



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ: BİR KAMU ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ**

Nisa KERKEZ

MUĞLA-2022

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ: BİR KAMU ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

Nisa KERKEZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Tezcan ŞAHİN

MUĞLA-2022

TEZ ONAYI

Nisa KERKEZ tarafından hazırlanan “Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi: Bir Kamu Üniversitesi Örneği” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Tezcan ŞAHİN Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ASLAN Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi	(İmza)

Tez savunma tarihi: 13.06.2022

Bu tez Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Banu BAYAR
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

13.06.2022

(İmza)

Nisa KERKEZ

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi: Bir Kamu Üniversitesi Örneği” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

13.06.2022

(İmza)

Nisa KERKEZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmam sürecinde bana rehberlik eden, bilgi ve emeğini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tezcan ŞAHİN'e ve üzerimde emeği olan diğer tüm hocalarıma,

Araştırmamı gerçekleştirebilmek için gerekli iznin alınması ve idari sürece ilişkin diğer hususlarda yardımlarını esirgemeyen sağlık bilimleri fakültesi idari personeli Sayın Ali SEZER'e,

Tez çalışmama katılım gösteren üniversitemizin saygıdeğer akademisyenlerine ve saygıdeğer idari çalışanlarına,

Tez çalışmama değerli görüş ve tavsiyeleri ile katkıda bulunan Tez Komitesi Jüri Başkanı Sayın Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE'ye ve Jüri Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ASLAN'a,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan ve beni maddi ve manevi olarak her zaman destekleyen canım aileme minnetle teşekkür ederim.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ: BİR KAMU ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

ÖZET

Bu çalışma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde görev yapan üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin tespit edilmesi, sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasındaki ilişkinin ortaya koyulması amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada veriler 372 katılımcı aracılığı ile elde edilmiştir. Araştırmada Sørensen vd. (2013) tarafından geliştirilen Bayık Temel ve Aras (2017) tarafından Türkçeye uyarlanan “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ve Diamond vd. (2007) tarafından geliştirilen Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından Türkçeye uyarlanan “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezler nicel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı ve genel sağlık algısı düzeylerinin sağlıkla ilgili bilgilere en çok ulaştıkları kaynak türü, hekime en çok gitme sebebi, sağlık durumunu ve yaşam kalitesini değerlendirme düzeylerine göre anlamlı olarak farklılaştığı, bununla birlikte sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı alt boyutları düzeylerinin unvan, eğitim durumu ve gelir durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile anlamlı şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında yapılan korelasyon analizi neticesinde sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisinin ortaya koyulması amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerindeki etkisinin ortaya koyulması amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin geliştirilmesine yönelik olarak yapılabilecek faaliyet ve eylemlere ilişkin, ilgili ve yetkililere önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı, Üniversite Personeli

**AN EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH
LITERACY AND HEALTH PERCEPTION: A RESEARCH IN PUBLIC
UNIVERSITY**

ABSTRACT

This study was conducted to determine the health literacy and the health perception levels of university personnel working at Muğla Sıtkı Koçman University, to examine the differences in participants' the levels of health literacy and the levels of health perception according to their socio-demographic characteristics, and to reveal the relationship between health literacy and health perception. In the study, the data were obtained through 372 participants. In the research, "Health Literacy Scale" adapted to Turkish by Bayık Temel and Aras (2017) developed by Sørensen et al. (2013), and "Health Perception Scale" adapted to Turkish by Kadioğlu and Yıldız (2012) developed by Diamond et al. (2007) have been used. Confirmatory factor analysis has been performed for the scales used in the research. The hypotheses created within the scope of the research have been analyzed using quantitative methods. It has been determined that the general health literacy and the general health perception levels of the participants differentiated significantly according to the type of source in which they reached health-related information, the reason for admission to the physician the most, perceived health status, and perceived quality of life. Also, the health literacy and the health perception dimensions levels of the participants differentiated significantly according to the title, educational level, and income status of participants. As a result of the correlation analysis, a statistically significant, moderate and positive correlation has been found between the health literacy and the health perception level. According to the results of the regression analysis were examined, conducted to reveal the effect of the health perception on the health literacy, it has been found that the health perception has a positive effect on the health literacy. According to the results of the regression analysis were examined, conducted to reveal the effect of the health literacy on the health perception, it has been found that the health literacy has a positive effect on the health perception. In line with the results of the research, suggestions were made to the relevant and authorities regarding the activities and actions that can be taken to improve the health literacy and health perception levels of the individuals.

Keywords: Health Literacy, Health Perception, University Personnel

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Etkileyen Faktörler.....	8
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Kavramsal Yapı Modelleri.....	12
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi ve Bu Amaçla Kullanılan Araçlar	19
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	23
2.2. Sağlık Algısı.....	29
2.2.1. Sağlığın Kavramsal Çerçevesi.....	30
2.2.2. Sağlık Davranış Modelleri.....	33
2.2.3. Sağlık Algısı Kavramı	39
2.3. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisi	42
3. YÖNTEM	45
3.1. Araştırma Modeli	45
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	49
3.3. Veri Toplama Araçları	50
3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	51
3.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	51
3.3.3. Sağlık Algısı Ölçeği	52
3.4. Deneysel Kurgu.....	53
3.5. Veri Toplama Süreci	53
3.6. İstatistiksel Analiz.....	53
3.7. Etik Onay	54

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
4. BULGULAR.....	55
4.1. Üniversite Personelinin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	55
4.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular.....	58
4.3. Ölçek İfadelerine İlişkin Bulgular.....	65
4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları.....	68
4.5. Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları	92
4.6. Değişkenlere İlişkin Korelasyon Analizi	117
4.7. Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi.....	117
4.8. Hipotezlerin Ret/Kabul Durumu	123
5. TARTIŞMA.....	126
5.1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına Ait Betimsel İstatistikleri, Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılıkların Belirlenmesine Ait Sonuçlar	126
5.2. Katılımcıların Sağlık Algısına Ait Betimsel İstatistikleri, Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılıkların Belirlenmesine Ait Sonuçlar	135
5.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Düzeylerine İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizi Sonuçları.....	144
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	147
6.1. Sonuçlar	147
6.2. Öneriler	149
KAYNAKLAR	152
EKLER	165
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	165
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	166
Ek 3. FORMLAR (KULLANILAN ÖLÇEKLER VE ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ).....	167
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ.....	173

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGFI	: Adjustment Goodness of Fit Index
ANOVA	: Analysis of Variance
AVE	: Average Variance Extracted
CFI	: Comparative Fit Index
CR	: Composite Reliability
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	: Goodness of Fit Index
HLS-EU Consortium	: The European Health Literacy Survey Consortium
IFI	: Incremental Fit Index
ILA	: Uluslararası Okuryazarlık Derneği
IOM	: Institute of Medicine
LISREL	: Linear Structural Equations Model Language
NAAL	: National Assessment of Adult Literacy
NFI	: Normed Fit Index
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PIAAC	: Uluslararası Yetişkin Becerilerinin Ölçülmesi Programı
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
SGM	: Sağlık Geliştirme Modeli
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart Sapma
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
Vd.	: Ve diğerleri
VIF	: Variance Inflation Factor
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 2. 1. NAAL’ın Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi.....	13
Şekil 2. 2. Institute of Medicine’ın Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	14
Şekil 2. 3. Institute of Medicine’ın Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelinde Yer Alan Potansiyel Müdahale Alanları	15
Şekil 2. 4. Bireysel kapasite, Sağlıkla İlişkili Yazılı ve Sözel Okuryazarlık ile Sağlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli	16
Şekil 2. 5. HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	18
Şekil 2. 6. Bir Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı.....	25
Şekil 2. 7. Bir Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı	26
Şekil 2. 8. Sağlık Durumuna İlişkin Doğrudan ve Dolaylı Yollar	32
Şekil 2. 9. Sağlık İnanç Modeli.....	34
Şekil 2.10. Sağlığı Geliştirme Modeli	37
Şekil 4. 1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı	59
Şekil 4. 2. Sağlık Algısı Ölçeğinin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı	62

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2. 1. HLS-EU Consortium Tarafından Yapılan Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması (Sørensen vd., 2012).....	7
Tablo 2. 2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Ölçmek İçin Sıklıkla Kullanılan Ölçekler (Avcı ve Özkan, 2020; Sarıyar ve Kılıç Fırat 2019)	21
Tablo 2. 2. (Devam) Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Ölçmek İçin Sıklıkla Kullanılan Ölçekler (Avcı ve Özkan, 2020; Sarıyar ve Kılıç Fırat 2019)	22
Tablo 2. 2. (Devam) Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Ölçmek İçin Sıklıkla Kullanılan Ölçekler (Avcı ve Özkan, 2020; Sarıyar ve Kılıç Fırat 2019)	23
Tablo 2. 3. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Rol Oynayan Gruplar ve Faydaları (ACSQHC, 2013).....	28
Tablo 2. 3. (Devam) Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Rol Oynayan Gruplar ve Faydaları (ACSQHC, 2013).....	29
Tablo 2. 4. Biyomedikal ve Biyopsikososyal Modelin Karşılaştırılması (Demir, 2020)	31
Tablo 4. 1. Üniversite Personelinin Demografik Özellikleri	55
Tablo 4. 2. Üniversite Personelinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	56
Tablo 4. 3. Üniversite Personelinin Sağlık Hizmetlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları.....	57
Tablo 4. 4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Standardize Edilmiş Beta Katsayıları, R², Hata ve T Değerleri	60
Tablo 4. 5. Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum Kriterleri Sınırlılıkları ve Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları	61
Tablo 4. 6. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Boyutlarına Ait Güvenilirlik, AVE ve CR Değerleri	61
Tablo 4. 7. Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Standardize Edilmiş Beta Katsayıları, R², Hata ve T Değerleri.....	63
Tablo 4. 8. Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum Kriterleri Sınırlılıkları ve Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları.....	64
Tablo 4. 9. Sağlık Algısı Ölçeği Boyutlarına Ait Güvenilirlik, AVE ve CR Değerleri	64
Tablo 4. 10. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı İfadelerine İlişkin Madde Ortalamalarının Dağılımı.....	65
Tablo 4. 10. (Devam) Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı İfadelerine İlişkin Madde Ortalamalarının Dağılımı.....	66
Tablo 4. 11. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı İfadelerine İlişkin Madde Ortalamalarının Dağılımı.....	67
Tablo 4. 12. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları.....	68

Tablo 4. 13. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular	68
Tablo 4. 14. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	69
Tablo 4. 15. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	70
Tablo 4. 16. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	70
Tablo 4. 16. (Devam) Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	71
Tablo 4. 17. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları... 	72
Tablo 4. 18. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin En Uzun Süre Yaşanılan Yere Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	73
Tablo 4. 19. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Unvanlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	74
Tablo 4. 20. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Görev Yaptıkları Birime Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	75
Tablo 4. 21. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Hizmet Sürelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	76
Tablo 4. 22. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları... 	77
Tablo 4. 23. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Güvencelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	78
Tablo 4. 24. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Çocuk Sayılarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	79
Tablo 4. 25. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Hastalığı Olup Olmaması Durumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	80
Tablo 4. 26. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ailelerinde Kronik Hastalığa Sahip Bireyin Olup Olmaması Durumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	81
Tablo 4. 27. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlıkla İlgili En Çok Bilgi Aldıkları Yere Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	82
Tablo 4. 28. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin 1 Yıl İçinde Sağlık Merkezine Gitme Sıklıklarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	83

Tablo 4. 29. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Hekime En Çok Gitme Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	84
Tablo 4. 30. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin En Sık Gittikleri Sağlık Kurumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	86
Tablo 4. 31. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin En Sık Gidilen Sağlık Kurumunun Tercih Edilme Sebebine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	87
Tablo 4. 32. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Durumlarını Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	88
Tablo 4. 33. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşam Kalitelerini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	89
Tablo 4. 34. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Aldıkları Sağlık Hizmetini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	91
Tablo 4. 35. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları.....	92
Tablo 4. 36. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular	93
Tablo 4. 37. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	94
Tablo 4. 38. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	95
Tablo 4. 39. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	96
Tablo 4. 40. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları... 	97
Tablo 4. 41. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin En Uzun Süre Yaşanılan Yere Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	98
Tablo 4. 42. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Unvanlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	99
Tablo 4. 43. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Görev Yaptıkları Birime Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	100
Tablo 4. 44. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Hizmet Sürelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	101
Tablo 4. 45. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	102
Tablo 4. 46. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sağlık Güvencelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	103

Tablo 4. 47. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Çocuk Sayılarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	104
Tablo 4. 48. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Hastalığı Olup Olmaması Durumuna Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	105
Tablo 4. 49. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Ailelerinde Kronik Hastalığa Sahip Bireyin Olup Olmaması Durumuna Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	105
Tablo 4. 50. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sağlıkla İlgili En Çok Bilgi Aldıkları Yere Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	106
Tablo 4. 51. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin 1 Yıl İçinde Sağlık Merkezine Gitme Sıklıklarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	107
Tablo 4. 52. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Hekime En Çok Gitme Durumlarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	109
Tablo 4. 53. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin En Sık Gittikleri Sağlık Kurumuna Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	111
Tablo 4. 54. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin En Sık Gidilen Sağlık Kurumunun Tercih Edilme Sebebine Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	112
Tablo 4. 55. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sağlık Durumlarını Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	113
Tablo 4. 56. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Yaşam Kalitelerini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları.....	114
Tablo 4. 57. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Aldıkları Sağlık Hizmetini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları	116
Tablo. 4. 58. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Ölçeklerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	117
Tablo 4. 59. Sağlık Algısının Sağlık Okuryazarlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	118
Tablo 4. 60. Sağlık Algısı Alt Boyut Düzeylerinin Sağlık Okuryazarlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	120
Tablo 4. 61. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	121
Tablo 4. 62. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyut Düzeylerinin Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	122
Tablo 4. 63. Hipotezlerin Ret/Kabul Durumu.....	123

1. GİRİŞ

Gelişen teknoloji ve internet kullanımının yaygınlaşmasıyla bilginin erişilebilirliğinin artması, insan yaşam süresinin uzaması, hastalık çeşitlerinin artması ve özellikle kronik hastalıkların artması gibi etmenler içinde bulunduğumuz çağda meydana gelen değişimler ile birlikte sağlık hizmetlerinde dönüşümü zorunlu hâle getirmiştir (Erdağ Çiler, 2015). Bu zorunluluklar içerisinde sağlık kurumlarına düşen görevler artmış olmakla birlikte bireylerin de sağlıklı olma sürecinde aktif rol alması ve iyi oluşları için karar verme ve uygulama konusunda doğru eylemler gerçekleştirmeleri önem arz etmektedir. Örneğin, içinde bulunduğumuz pandemi dönemi başta sağlık hizmetleri sektörü olmak üzere yaşamımızın her alanında dönüşümü zorunlu kılan küresel bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmıştır. Mevcut pandemi ile birlikte bilgi salgını ile de mücadele söz konusu olmuştur. Bilgilerin kullanımı ve paylaşımı esnasında gerekli değerlendirmenin yapılamaması kısmen yetersiz sağlık bilgisi eksikliği ile de ilişkilendirilmiştir (Cangussú vd., 2020). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tarafından “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı (World Health Organization, 1998) konusu günümüzde daha da çok önem kazanmıştır. Hastalık ile ilgili sahip olunan bilgilerin anlamlandırılması sadece hastalıklara ilişkin bilimsel anlayışı geliştirmek için değil, aynı zamanda bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve halk sağlığı açısından doğru mesajların verildiğinden emin olunması açısından da önemlidir (Spring, 2020).

Sağlık okuryazarlığı seviyeleri ülkeler arasında farklılık göstermesine rağmen genel olarak değerlendirildiğinde düşük seviyelerde olması dikkat çekicidir (Yiğitalp vd., 2021). Bir araştırmada ortalama sağlık okuryazarlığı puanlarının ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği ve bu ülkeler arasında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeylerinin %1.8 ile %26.9 arasında olduğu bildirilmiştir (Sørensen, 2015). Türkiye’de yetişkinler arasında yapılan ulusal bir çalışmada, katılımcıların %64,6’sının (Durusu Tanrıöver vd., 2014), başka bir çalışmada ise %42.2’sinin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu ortaya konmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Sağlık okuryazarlığı halk sağlığında geniş ve önemli bir yer tutarken, mevcut sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirildiğinde küresel boyutta gerekli önemin verilmediği

ortaya çıkmaktadır (Cangussú vd., 2020). Bu sebeple sağlık okuryazarlığı sessiz bir salgın olarak değerlendirilmektedir (Parker ve Ratzan, 2010). Tüm bu sebepler daha fazla ülkede genel sağlık okuryazarlığı durumunun belirlenmesi için gerekli planlama ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Sağlık algısı ise “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, ön yargı ve beklentilerinin bir birleşimi” olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz Türe vd., 2018). Toplum sağlığının geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığının yanı sıra sağlığa ilişkin inanç ve algıların önemli motivasyon kaynakları olduğu ifade edilmektedir. Bu noktada bireyin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin geliştirilerek sistem içerisinde güçlendirilmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Erdoğan ve Araman, 2017). Sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültürel ve toplumsal özellikler gibi önemli faktörler bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili düşünce ve davranışlarının yanı sıra sağlık hizmetlerine olan taleplerini de etkilemektedir. Dolayısıyla bireylerin kendi sağlıkları hakkındaki algıları açısından önemli olan bu faktörlerin “kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerin paylaşılan bir fonksiyonu” olarak değerlendirilen sağlık okuryazarlığı kavramı için de önem taşıdığı ifade edilebilir (Say Şahin vd., 2017). Bu noktada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık algısı düzeyi arasında olan ilişkinin varlığından söz edilebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe sağlık algısı düzeyi de düşmektedir. Söz gelimi kendisinde mevcut olan bir hastalığın bulgularını yorumlayamayan bir bireyin sağlık kuruluşuna başvuru ve tedavi süreci bu durumdan etkilenecektir. Bu da sağlık algısını olumsuz yönde etkileyebilecek bir durum olarak değerlendirilmektedir (Yalçın, 2020). Bununla birlikte sağlıklı beslenme, sağlıklı yaşam biçimi aktiviteleri, sağlığa zararlı davranışlardan kaçınma gibi sağlığa ilişkin olumlu davranışların birey tarafından anlamlandırılması ve günlük hayatta pratik edilmesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkisi söz konusudur. Bu iki kavramın benzer unsurlardan etkilenmesi ve karşılıklı etkileşimleri, bireyin sağlık ve hastalık durumu ile ilgili verdiği kararları ve davranışları büyük ölçüde etkilemektedir (Kuloğlu ve Uslu, 2022).

Bu çalışmanın temel amacı bir devlet üniversitesinde görev yapmakta olan üniversite personelinde sağlık algısı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu değişkenlerin düzeylerinin tespit edilmesi ve değişkenleri etkileyen sosyo-demografik özelliklerin saptanması ise çalışmanın alt amaçları olarak ifade edilebilir. Çalışmanın evrenini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde görev yapmakta

olan üniversite personeli oluşturmaktadır. Örneklemi oluşturan 372 öğretim elemanı ve idari personel farklı eğitim düzeylerine sahiptir. Eğitim faktörünün değişkenler üzerindeki doğrudan etkisi göz önüne alındığında çalışma kapsamında en üst eğitim düzeyine sahip bireylerden daha alt eğitim düzeylerine sahip bireylere ulaşılmış olmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu noktada üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin tespit edilmesi, düzeylerini etkileyen sosyo-demografik özelliklerin tespit edilmesi ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesiyle araştırmaya konu olan alan ile ilgili eksik yönlerin saptanmasına ve buna yönelik önerilerin geliştirilmesine katkıda bulunulacağı ifade edilebilir.



2. GENEL BİLGİLER

Bölüm kapsamında sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen faktörler, sağlık okuryazarlığını açıklamaya yönelik olarak geliştirilmiş yapı modelleri, sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan araçlar ve sağlık okuryazarlığının önemine ilişkin bilgiler detaylı olarak sunulmuştur. Sağlık algısı ise sağlık kavramının temelleri bazında incelenerek içinde yer aldığı sağlık inanç ve sağlığı geliştirme modelleri çerçevesinde ele alınmıştır. Sağlık algısına ilişkin detaylı diğer bilgiler sağlık algısı kavramı içerisinde incelenmiştir. Son olarak sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisi ve literatürde bu ilişkiyi ortaya koyan araştırmalar detaylı olarak sunulmuştur.

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) tarafından 2018 yılında yapılan tanıma göre okuryazarlık; “çeşitli bağlamlarla ilişkili basılı ve yazılı materyaller kullanılarak yapılan tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve hesaplama becerisi” olarak tanımlanmıştır (UNESCO, 2018). 2019 yılında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından koordine edilen Uluslararası Yetişkin Becerilerinin Ölçülmesi Programı (PIAAC) kapsamında okuryazarlık; “bireyin topluma katılması, hedeflerine ulaşması ile birlikte bireyin bilgi ve potansiyelini geliştirmesi amacıyla yazılı metinleri anlama, değerlendirme, kullanma ve bunlarla meşgul olma becerisi” olarak değerlendirilmektedir (OECD, 2019). Uluslararası Okuryazarlık Derneği (ILA) tarafından okuryazarlık; “disiplinler arasında ve herhangi bir bağlamda görsel, sesli ve dijital malzemeler kullanılarak yapılan tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, hesaplama ve iletişim kurma becerisi” olarak tanımlanarak kapsamı genişletilmiştir (ILA, 2021).

Metin okuma, yazma ve anlamada genel okuryazarlık becerilerine sahip olmak yeni bilgilere erişme, anlama ve bunlar doğrultusunda davranma becerisine katkı sunsa bile belirli bir alana özgü ve spesifik bilgi gerektiren durumlarda daha özel bilgi ve becerilere ihtiyaç duyulmaktadır (Nutbeam ve Lloyd, 2021). Kâğıt üzerindeki harfleri çözümlemeye dayanan okuryazar görüntüsüne karşılık, anlamlandırmaya dayalı okuryazarlık görüntüsü gün geçtikçe eklenen yeni terimler ile birlikte alana dair

literatürü geliştirmeye devam etmektedir (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010). Okuryazarlığın dinamik doğasına ilişkin bu anlayış, finans okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, görsel okuryazarlık, eleştirel okuryazarlık, dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı gibi farklı uzmanlık gerektiren okuryazarlık türlerinin tanınmasına olanak sağlamıştır. Bu ayırım bireylerin genel okuryazarlık becerilerini farklı bağlamlarda uygulama konusunda farklı kapasitelere sahip oldukları gerçeğini yansıtmaktadır. Bu noktada sağlık okuryazarlığı, okuryazarlığın birçok alanından biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Nutbeam ve Lloyd, 2021).

Halk sağlığı ve sağlık sektörü açısından önemi artmaya devam eden sağlık okuryazarlığı kavramı 1970’li yıllarda literatüre girmiştir. (Selden vd., 2000). Ottawa’da 1986 yılında yapılan “Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı” sonrasında sağlık okuryazarlığı kavramı yaygınlaşmaya başlamıştır. Konferans kapsamında sağlığı geliştirme sürecinde sağlık sektörünün tek başına yeterli olmayacağı vurgulanmıştır. Bununla birlikte çeşitli sektörlerin işbirliği içerisinde olması gerekliliği ifade edilmiştir. Sağlık ile ilgili bilgilerin topluma anlaşılır bir şekilde sunulması öne çıkan bir diğer başlık olmuştur. Böylelikle toplumun bu bilgilere göre sağlıkla ilgili davranışlarını geliştirmesi gerekliliğinin altı çizilmiştir. Bu aşamada “Sağlık Okuryazarlığı” öne çıkan bir kavram olmuştur (Bilir, 2014). İlk kez Scott K. Simonds’un “Health Education as Social Policy” adlı çalışmasında ele aldığı okuryazarlık kavramını (Selden vd., 2000) Dünya Sağlık Örgütü “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 1998). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde (2011) ise sağlık okuryazarlığı “bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Başka bir tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı, “insanların uygun sağlık kararlarını vermek için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, kullanma ve anlama kapasitesine sahip olma yeteneği” olarak tanımlanmaktadır (Toçi vd., 2015).

Nutbeam’e göre sağlık okuryazarlığı (2000); temel/işlevsel, interaktif/iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç sınıfta incelenebilir. Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini ifade etmektedir. İnteraktif/iletişimsel sağlık okuryazarlığı gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve

sosyal yetenekleri kapsamaktadır. Bu beceriler okuryazarlık düzeyinin artırılmasında ve bireylerin kurdukları iletişimlerin kaliteli hâle getirilmesinde önem kazanmaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise bilişsel ve sosyal yeteneklerin üst düzeyde gelişmiş olmasıyla ilgilidir. Bu gelişmiş yeteneklere sahip olan bireyler sağlıkla ilgili bilgileri analiz edebilmekte ve bu bilgileri kullanabilmektedirler (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı; örnek olarak sağlıklı bir diyet programı uygulamak, kanser hastalıklarından korunmak için kişisel önlemler almak, bireysel olarak sağlık ile ilgili bilgilere internet üzerinden veya kütüphaneden nasıl ulaşabileceğini bilmek gibi kişisel davranış ve tutumları içermektedir (Jorm, 2000). Sağlıkla ilgili metinleri okumak ve anlamak, besin etiketlerini yorumlamak, kontrollü ilaç kullanmak gibi bireysel becerilerin kazanımı, sağlık okuryazarlığının yeterli bir düzeye gelmesiyle sağlanabilmektedir (Berkman, 2011). Bu örneklerden yola çıkılarak sağlık okuryazarlığının sadece sağlık ile ilgili okuma ve anlama becerisine sahip olmak anlamına gelmediği, sahip olunan bu becerinin günlük hayatta uygulanmasını da içeren bir kavram olduğu ifade edilebilir (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığının bir başka sınıflandırması da Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2005) tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre sağlık okuryazarlığı temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört temel boyutta incelenmektedir (Zarcadoolas vd., 2005). Temel okuryazarlık; okuma, konuşma, yazma ve sayıları yorumlamayı (sayısal yeteneği) kapsayan yetenekleri ve stratejileri içermektedir. Bilimsel okuryazarlık ise teknoloji ve bilimle ilgili farkındalık ve yetenekleri kapsayan bir diğer boyutu ifade etmektedir (Zarcadoolas vd., 2005). Temel bilimsel kavramlar hakkında bilgi sahibi olmak, teknik karmaşıklığı kavrayabilme yeteneğine sahip olmak, teknolojiyi anlayabilmek, net olmayan bilimsel anlayışı ve bilimde kabul edilen hızlı değişimlerin olabilme ihtimaline karşı geliştirilen anlayışa sahip olabilmek gibi sürece dair yetenek ve farkındalıklar, boyutun çıkış noktasını oluşturmaktadır (Zarcadoolas vd., 2005). Yurttaşlık okuryazarlığı boyutu ise bireylerde kamu sorunlarına karşı farkındalık oluşturabilmek ve mevcut süreçte karar verme esnasında söz sahibi olabilmeleri için gerekli olan yeteneklerle ilgilidir (Zarcadoolas vd., 2005). Medya okuryazarlığı yetenekleri, sivil ve resmi süreçler hakkında fikir sahibi olunması, kamu sağlığına etki edebilecek bireysel sağlık kararlarına karşı farkındalığın mevcut olması bu boyutta öne çıkan başlıklar olarak ele alınmaktadır. Kültürel okuryazarlık boyutu ise sağlık bilgisini yorumlamak ve

pratikte uygulamaya geçirmekle ilgilidir. Bunun için sahip olunan kolektif inançları, gelenekleri, dünya görüşünü ve sosyal kimliğin tanımını yapan ve kullanabilen farkındalık ve yetenekleri kapsamaktadır (Zarcadoolas vd., 2005). Nutbeam'e göre daha kapsamlı yapılan bu sınıflamada da sağlık okuryazarlığının sadece sağlık ile ilgili okuma ve anlama becerisine sahip olmak anlamına gelmediği, çok daha fazla boyutta anlamının birçok uygulama yönüyle derinleştiği göze çarpmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi noktasında insanları teşvik eden bir değer olarak görülmektedir. Buradan hareketle The European Health Literacy Survey Consortium (HLS-EU Consortium) tarafından oluşturulan sınıflandırma Tablo 2.1'de gösterildiği gibi, sağlıkla ilgili bilgiye erişim, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama boyutlarının; sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanları ile olan ilişkilerinin incelenmesi sonucu oluşturulmuştur (Sørensen vd., 2012).

Tablo 2. 1. HLS-EU Consortium Tarafından Yapılan Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması (Sørensen vd., 2012)

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişim	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Uygulama
Sağlık Hizmeti	Tıbbi veya klinik konulara ilişkin bilgiye erişme yeterliliği	Tıbbi bilgiyi kavrama ve anlamlandırma düzeyi	Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme yeterliliği	Tıbbi konular hakkında farkındalığa dayalı karar verme düzeyi
Hastalıktan Korunma	Risk faktörleri hakkında bilgiye erişme yeterliliği	Risk faktörlerine ilişkin bilgiyi kavrama ve anlamlandırma yeterliliği	Risk faktörlerine ilişkin bilgiyi yorumlama ve değerlendirme yeterliliği	Risk faktörlerine ilişkin bilgiler üzerinde karar verme düzeyi
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlığa ilişkin konularda kendini yenileyebilme yeterliliği	Sağlığa ilişkin bilgiyi kavrama ve anlamlandırma yeterliliği	Sağlığa ilişkin konuları yorumlama ve değerlendirme yeterliliği	Sağlığa ilişkin konularda çıkarımda bulunma yeterliliği

Sağlık okuryazarlığının literatürde mevcut tanımlarına yönelik olarak yapılan içerik analizi sonucu oluşturulan bu model, sağlık okuryazarlığını geliştirme hususunda atılabilecek adımları somutlaştırmaktadır. Buna ek olarak sağlık okuryazarlığı ölçümü için kullanılabilecek araçların geliştirilmesi ve uygulanması noktasında bakış açısını genişletmektedir. Model en temel özelliği ile sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi boyutlarına yönelik olarak yapılacak müdahaleler çerçevesinde

sağlık okuryazarlığının nasıl konumlandırılabilirliğinin tespit edilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Kickbusch vd., 2013).

Sağlık okuryazarlığı bireyleri, aileleri, toplumları ve sağlık sistemlerini içeren karmaşık bir kavram olduğundan, “kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerin paylaşılan bir fonksiyonu” olarak değerlendirilmektedir (Say Şahin vd., 2017). Sağlık okuryazarlığı düzeyi; bireylerin içinde bulundukları toplumun sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültür ve sosyal ortamdan doğan etkileşimlerinin ve yeteneklerinin bir çıktısı olarak değerlendirilebilmektedir (Gözlü, 2020). Bu nedenle sağlık okuryazarlığının hangi faktörlerden nasıl etkilendiğini tespit etmek önem arz etmektedir.

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı yeterli olan bir birey, hangi faktörlerin kendisini, ailesini ve çevre sağlığını etkilediğinin ve onlara karşı ne tür bir tutum içerisinde olması gerektiğinin daha kolay farkına varabilmektedir. Bu nedenle yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı olan bir bireyin, aile sağlığı ve toplum sağlığı ile kendi sağlığı için sorumluluk alma yeteneğine sahip olduğu ifade edilebilmektedir (Sørensen vd., 2012).

Sørensen ve arkadaşlarının geliştirdikleri sağlık okuryazarlığı modelinde sağlık okuryazarlığını etkileyen üç temel faktör bulunmaktadır: uzak faktörler, yakın faktörler ve durumsal faktörler (Sørensen vd., 2012). Uzak faktörler kültür, dil, demografik özellikler, siyasi güç ve toplumsal sistemler gibi ülkelere göre değişkenlik gösteren sosyal ve çevresel faktörleri içerisinde barındırmaktadır. Sağlık okuryazarlığını etkileyen bu faktörler aynı zamanda sağlık sonuçlarını da etkilemektedir (Gözlü, 2020).

Etnik grup ve göçmenlik durumu gibi etmenleri içeren uzak faktörlerden öne çıkan kültür ve dil kavramları, Institute of Medicine (IOM, 2004) tarafından kültürün sağlık okuryazarlığı becerilerini etkilediğinin kabul edilmesiyle birlikte sağlık okuryazarlığı için tartışılan kavramlar hâline gelmiştir. Benzer şekilde Andrulis ve Brach (2007), dil ve kültürün sağlık bilgilerinin anlaşılması için gerekli bağlamı oluşturan önemli unsurlar olduğunu ifade etmişlerdir. Bireyin içinde bulunduğu kültüre bağlı inançlar, değerler ve tercihler, bireyin sağlık mesajlarını nasıl yorumladığını etkilemektedir. Bireyin sahip olduğu dilin ve kültürün tanınması, sağlık okuryazarlığı

düzeyinin tespit edilmesinde etkili faktörler olarak ele alınmaktadır (Singleton ve Krause, 2010).

Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi (2003) kapsamında kültürel olarak çeşitli Amerikan yetişkin popülasyonlarında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespiti yapılmıştır (Kutner vd., 2006). Özellikle Siyahi, Hispanik (etnik kökenleri Latin Amerika ülkeleri olanlar), Amerikan Kızılderili/Alaska Yerlisi ve çok kültürlü yetişkinler için ortalama sağlık okuryazarlığı puanları, Beyaz, Asyalı/Pasifik Adalı yetişkinlere göre daha düşük bulgulanmıştır. Beyaz yetişkinlerin sadece %28'ine kıyasla, Siyahi yetişkinlerin %58'inin ve Hispanik yetişkinlerin %66'sının “temel” veya “temelden düşük” sağlık okuryazarlığı düzeyleri bulgusu araştırmada dikkat çeken bulgulardan biri olarak kaydedilmiştir (Kutner vd., 2006). Ayrıca iki dil bilen yetişkinlerin, yani okula başlamadan önce İngilizce dışında farklı bir dil konuşan yetişkinlerin, okula başlamadan önce yalnızca İngilizce konuşan yetişkinlerden daha düşük ortalama sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (Kutner vd., 2006). Sonuç olarak yaygın olarak ölçülen ırksal ve etniksel sağlık eşitsizliklerinin sağlık okuryazarlığını (Institute of Medicine, 2009) etkileyen bir olgu olduğu kabul edilmiştir (Singleton ve Krause, 2010).

Tedavi seçenekleri, sigorta planları ve hizmet sunucuları arasında seçim yapma, hangi zamanda ve hangi düzeyde sağlık bakım hizmetinin alınacağına karar verme; sağlıkla ilgili alınan kararlarının risklerini ve faydalarını ölçebilme gibi önemli kararların alınabilmesi için sağlık okuryazarlığı becerileri gerekli olmaktadır. Bu beceriler, kültürel olarak yönlendirilen değerlere ve etik sistemlere, tercihlere, normlara ve algılara dayanmaktadır. Institute of Medicine (IOM) tarafından yapılan sağlık okuryazarlığı tanımında kullanılan uygun kelimesi bir anlamda sınırlılık taşımaktadır. Çünkü uygunluk, kültürel olarak bağlı olan değerlere göre değişmektedir. Herhangi bir sağlık sisteminin sağlıkla ilgili uygun olarak değerlendirdiği kararlar, kültürel olarak farklı grupların uygun olarak değerlendirdikleri kararlar ile çelişebilmektedir.

Kültürlere ait toplulukçuluk, bireycilik¹, yüksek ya da düşük bağlamlı² iletişim yapıları gibi özellikler bu değerlendirmede etkili olmaktadır. Örneğin düşük bağlamlı ve bireyci bir kültürde, bireylerin kendi sağlıklarından ve sağlıkla ilgili kararlarından sorumlu oldukları varsayılmaktadır. Toplulukçu kültürde ise, bireyler kararlarını verebilmek için üyelerine daha çok bağlı olmaktadır. Ayrıca, bireyler kültürlerinin bağlı olduğu sağlık inanç sistemleriyle uyumlu olarak kararlar vermektedirler. Bu nedenle, hizmet sunucunun sağlık eğitimi ve gerekli müdahaleleri gerçekleştirirken hizmet alan grubun inançlarını dikkate alması önem arz etmektedir (Chang ve Kelly, 2007).

Sağlık hizmetleri bağlamında gerçekleşen iletişime ilişkin hizmet sunucuların yetenekleri, sağlık bilgisinin zorluğu, sağlık hizmetinin sunulduğu bağlamın nitelikleri, sağlık sisteminin sağlık hizmeti alıcılarından beklentileri, sağlık hizmet sunucuları üzerindeki baskılar gibi sistemsel olarak değerlendirilen faktörlerde uzak faktörler içerisinde ele alınabilmektedir (Gözlü, 2020). Sağlık okuryazarlığı açısından bakıldığında sağlık bakım sistemi ile birey arasındaki entegrasyonu zorlaştıran bu karmaşıklıkların asgari düzeye indirilmesi açısından bu faktörlerin değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

¹ Toplulukçuluk ve bireycilik kültürlere özgü bir alt boyut olarak karşımıza çıkmaktadır (Hofstede, 2011). Bu boyut “bir toplumun üyeleri arasında koruduğu bağımlılık derecesi” olarak ifade edilmektedir. Bireyci kültürlerde yer alan üyeler kendilerini toplumda yer alan diğer üyelerden bağımsız olarak görmektedirler. Toplulukçu kültürlerde ise birey kendilerini ailelerinin, bir takım alt kimliklerin bir parçası olarak konumlamaktadır. Türkiye’nin de içinde bulunduğu bu kültürlerde, sağlıkla ilgili karar verme ve problem çözme sürecinde genellikle aileye/topluluğa bağlı bir görüş benimsenmesi muhtemel olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık Amerika Birleşik Devletleri gibi çok uluslu yapıya sahip ülkelerde genellikle benimsenen bireycilik, bu tür süreçlerde bağımsız hareket etmeye yönelmektedirler (Singleton ve Krause, 2010). Bu da sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemektedir.

² Kültürel iletişim açısından bakıldığında kültürlerin bağlam özellikleri bir başka faktör olarak değerlendirilebilmektedir. Bağlam, iletişim ortamı olarak ifade edilebileceği gibi kelimelerin farklı ortamlarda değişik anlamlarda kullanılması olarak ta açıklanabilmektedir. Yüksek bağlamlı kültürlerde, üyeler bir grup yönelimine sahiptirler. İletilmek istenen mesajlar kişilere ve ortama göre farklı anlam ifade ettiğinden subjektif iletişim söz konusudur (Erdem, 2006). İletişim problem çözmekten çok süreç ve ilişkiyle ilgili olduğundan resmi, doğrudan ve yazılı iletişime daha az ihtiyaç vardır. Yüksek bağlamlı kültürlerde grubun güçlü bir sınırı vardır, bu nedenle dışarıdan gruba dâhil olmaya çalışmak zor olmaktadır (Singleton ve Krause, 2010). Amerika Birleşik Devletleri gibi düşük bağlamlı kültürlerde ise iletilmek istenen mesajlar herkes için her ortamda aynı anlamı ifade etmektedir. Yani objektif bir iletişim söz konusudur (Erdem, 2006). Üyeler, kuralları ve prosedürleri netleştirmek ve sorunları çözmek için iletişim hedefinin belirli ve görev odaklı olduğu birçok yüzeysel bağlantıya sahip olmaktadır (Singleton ve Krause, 2010).

Yakın faktörler ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu gibi daha çok bireysel faktörlere işaret etmektedir. Genel olarak literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; ileri yaşlarda, kadınlarda, bekârlarda, çalışmayanlarda, eğitim ve gelir durumu düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Balçık Yalçın vd., 2014). Sağlık okuryazarlığı toplumda bir dizi sağlık çıktısı ile hem doğrudan hem de dolaylı olarak ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü “sağlıkta eşitlik için eğitimin kritik önemini” vurgulamaktadır. Bu doğrultuda okuryazarlık düzeyi görece düşük olan bireylerin sağlıkla ilgili mesajlara daha az yanıt verme eğilimi içinde oldukları, tedavileri için aldıkları hizmetleri kullanmada ve hastalıklarını yönetme konusunda daha az yetenekli oldukları ifade edilmiştir (Nutbeam ve Lloyd, 2021).

Durumsal belirleyiciler ise sosyal destek, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi faktörlerden oluşmaktadır (Sørensen vd., 2012). Bireylerin sağlıklarına ilişkin algılarının düşük olması, bu durumun sağlıkla ilgili davranışları üzerindeki olumsuz etkisi, çevrelerini oluşturan diğer bireyler tarafından yeterli sosyal destek alamamaları ile sağlıkla ilgili bilgilerinin yeterli olmamaları sağlık okuryazarlık düzeylerinin de düşük olmasına neden olmaktadır (Balçık Yalçın vd., 2014). Günümüz bilgi çağında medya kullanımı yaygın hâle gelmiştir. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak kolaylaşmakta ancak bilgilerin güvenilirliği konusunda bazı sıkıntılar mevcut olmaktadır. Bu noktada bilgilere erişimde güvenilir kaynaklara ulaşmak, elde edilen bilgileri eleştirel ve fonksiyonel olarak değerlendirebilmek önem kazanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması durumunda bireyler acil/tıbbi hizmetleri daha fazla kullanmaya yönelmekte, tedaviye uyum göstermeleri zorlaşmakta ve bunun sonucunda sağlık durumlarında olumsuz çıktılar meydana gelmektedir. Bu çıktılar aynı zamanda mevcut sağlık sistemini maliyet artışı ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımı açısından olumsuz etkilemektedir (Balçık Yalçın vd., 2014). Tüm bu nedenler göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin iyileştirilmesinin gerekliliği söz konusudur. Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi yapılacak iyileştirmeler konusunda fikir sağlaması açısından önem arz etmektedir.

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Kavramsal Yapı Modelleri

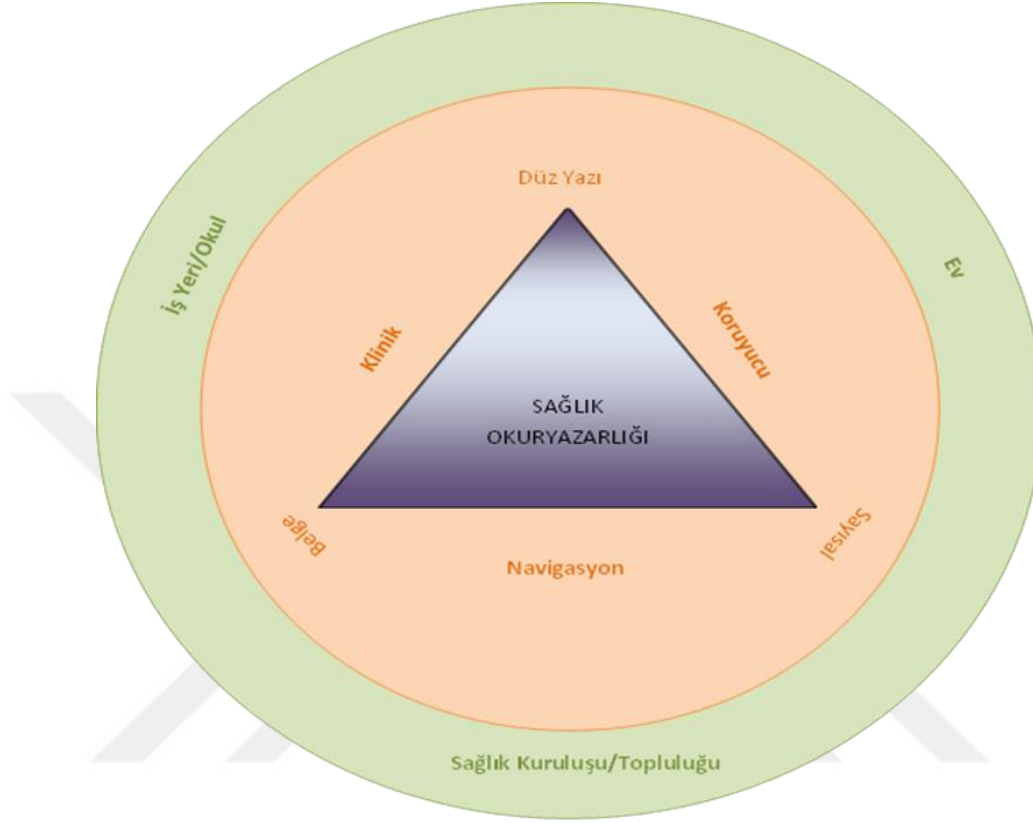
Sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısını açıklamaya yönelik olarak geliştirilen ortak bir model bulunmamaktadır. İlgili literatür incelendiğinde geliştirilmiş birden fazla model bulunduğu göze çarpmaktadır. National Assessment of Adult Literacy (NAAL) tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli, Institute of Medicine tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli, Baker'in sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli ve HLS-EU Consortium tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli ilgili alana dair literatürde öne çıkan ve en çok atıf alan modeller olduğu için bu çalışmada incelenmektedir.

National Assessment of Adult Literacy (NAAL) Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısını açıklamaya yönelik olarak geliştirilen ve en çok öne çıkan modellerden ilki 2003 yılında NAAL tarafından geliştirilmiştir. NAAL, sağlık okuryazarlığını, “kişinin evde, işyerinde ve toplumda (sağlık hizmeti ortamları dâhil) sağlıkla ilgili çok çeşitli görevlerle ilişkili hedeflerine ulaşmak için ilgili basılı ve yazılı bilgileri kullanma yeteneği” olarak tanımlamaktadır. Genel okuryazarlık düzeyinin ölçümü; düz yazı, belge ve sayısal okuryazarlık olmak üzere üç boyutta incelenmiştir. Düz yazı okuryazarlığı haberler, broşürler, eğitim yazıları gibi sürekli metinlerdeki bilgileri araştırmak, anlamak ve kullanmak için gereken bilgi ve becerileri içermektedir. Belge okuryazarlığı ise iş başvuru formları, bordro formları, haritalar, ilaç ve gıda etiketleri gibi çeşitli formatlardaki sürekli olmayan metinlerdeki bilgileri araştırmak, anlamak ve kullanmak için gereken bilgi ve becerileri içermektedir. Sayısal okuryazarlık ise bir reklamdan kredi faiz miktarını hesaplamak gibi basılı materyallerde yer alan sayısal değerleri kullanarak hesaplama yapmak için gereken bilgi ve becerileri kapsamaktadır (Kutner vd., 2006).

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için birtakım görevler tanımlanmıştır. Sağlık ve sağlık bakımı bilgi ve hizmetleri çerçevesinde; klinik, koruyucu ve navigasyon olmak üzere üç tip görev olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçümü için geliştirilmiş materyaller üç genel okuryazarlık ölçeğini (düz yazı, belge ve sayısal) temsil etmektedir. Bu materyaller sigorta bilgileri, ilaç yönergeleri, koruyucu bakım bilgileri dâhil olmak üzere sağlıkla ilgili gerçek bilgileri temsil edecek şekilde seçilmiştir. 28 sağlık okuryazarlığı görevinden 3'ü klinik alanı, 14'ü koruyucu alanı ve

11 tanesi de sağlık sistemine ilişkin süreçleri içeren navigasyon alanını temsil etmektedir (Kutner vd., 2006). National Assessment of Adult Literacy tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kapsamı Şekil 2.1’de gösterilmiştir.



Kaynak: U.S. Department of Education, National Assessment of Adult Literacy (NAAL), https://nces.ed.gov/naal/health_dev.asp, Erişim Tarihi: 10.06.2021.

Şekil 2. 1. NAAL’ın Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi

Klinik alanda yer alan görevler sağlık hizmet sunucusu ve sağlık bakım hizmeti alan bireyler arasında oluşan etkileşimden doğan klinik faaliyetleri ifade etmektedir. Muayeneye giden bireyin hasta bilgi formunu doldurması, tedavi kapsamında verilen ilaçların kullanma talimatını anlaması, tedavi ve tanı kapsamında önerilen talimatları anlaması gibi faaliyetler bu alanda örnek gösterilebilmektedir (Kutner vd., 2006).

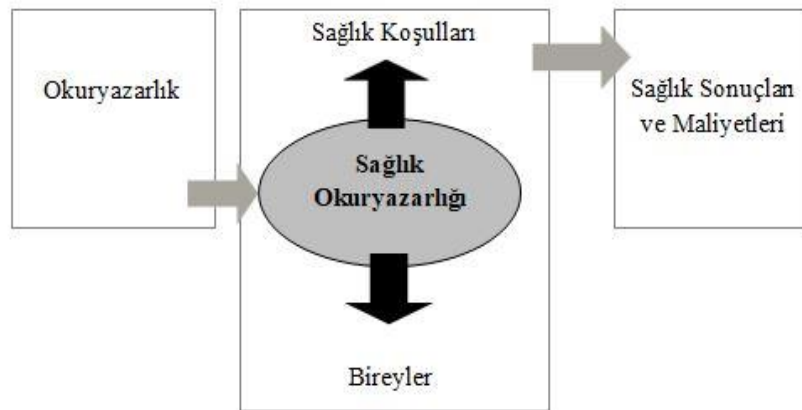
Koruyucu görevler ise hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve iyilik halinin devam ettirilmesine yönelik olan faaliyetleri kapsamaktadır. Kişinin yaşa uygun koruyucu sağlık hizmetleri çizelgesini izlemesi, tanının doğru teşhisi için sahip olunan hastalık semptomlarını anlayabilmesi, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz

alışkanlıkları gibi sağlıklı davranışlarda bulunmanın sağlıklı yaşam açısından önemini anlaması gibi faaliyetler örnek olarak değerlendirilebilir (Kutner vd., 2006).

Sağlık sisteminin navigasyon alanı ise sağlık sisteminin nasıl işlediği ve sahip olunan bireysel hak ve sorumlulukların anlaşılmasıyla ilgili faaliyetleri kapsamaktadır. Örneğin, kişinin sağlık sigortası kapsamında hangi tür hizmetlerden faydalandığını anlaması ve buna göre ödeme planını yapması, sağlık hizmeti alabilmesi için aydınlatılmış onam verebilmesi gibi faaliyetleri yerine getirebilmesi beklenir (Kutner vd., 2006).

Institute of Medicine Tarafından Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısını açıklamaya yönelik olarak geliştirilen ve öne çıkan modellerden bir diğeri Institute of Medicine tarafından ortaya konulmuştur. Model çerçevesinde okuryazarlık kavramı sağlık okuryazarlığının temel ögesini oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı ise bireyler ve sağlık bağlamları olarak ifade edilen sağlığa ilişkin çeşitli husus ve etkinlikler arasında aktif bir aracı olarak yerleştirilmiştir. Modelin şematize edilmiş hâli Şekil 2.2’de verilmiştir (IOM, 2004).

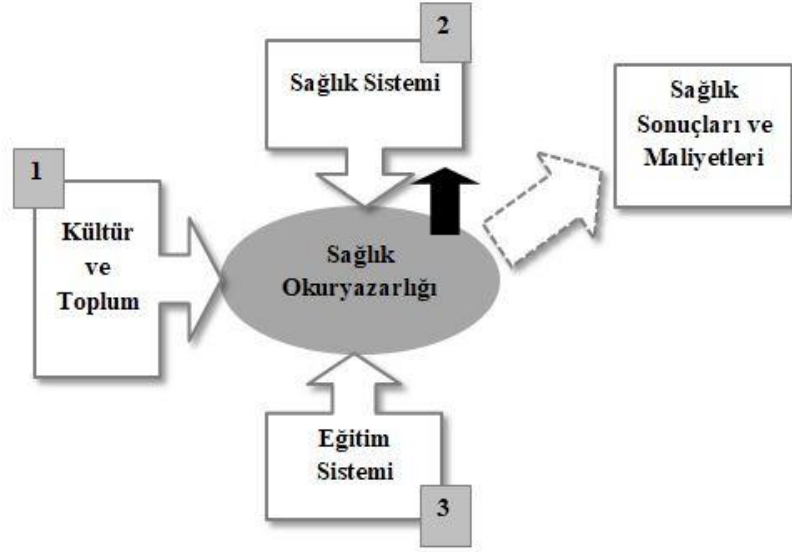


Kaynak: Institute of Medicine, 2004.

Şekil 2. 2. Institute of Medicine’ın Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığının bağlamını oluşturan alanlar kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemi olarak ifade edilmiştir. Bu alanlar ayrıca sağlık okuryazarlığını geliştirmek için hem zorluklar hem de fırsatlar olan müdahale noktaları sağlamaktadır

(IOM, 2004). Institute of Medicine’ın sağlık okuryazarlığı kavramsal modelinde yer alan potansiyel müdahale alanları Şekil 2.3’te gösterilmiştir.



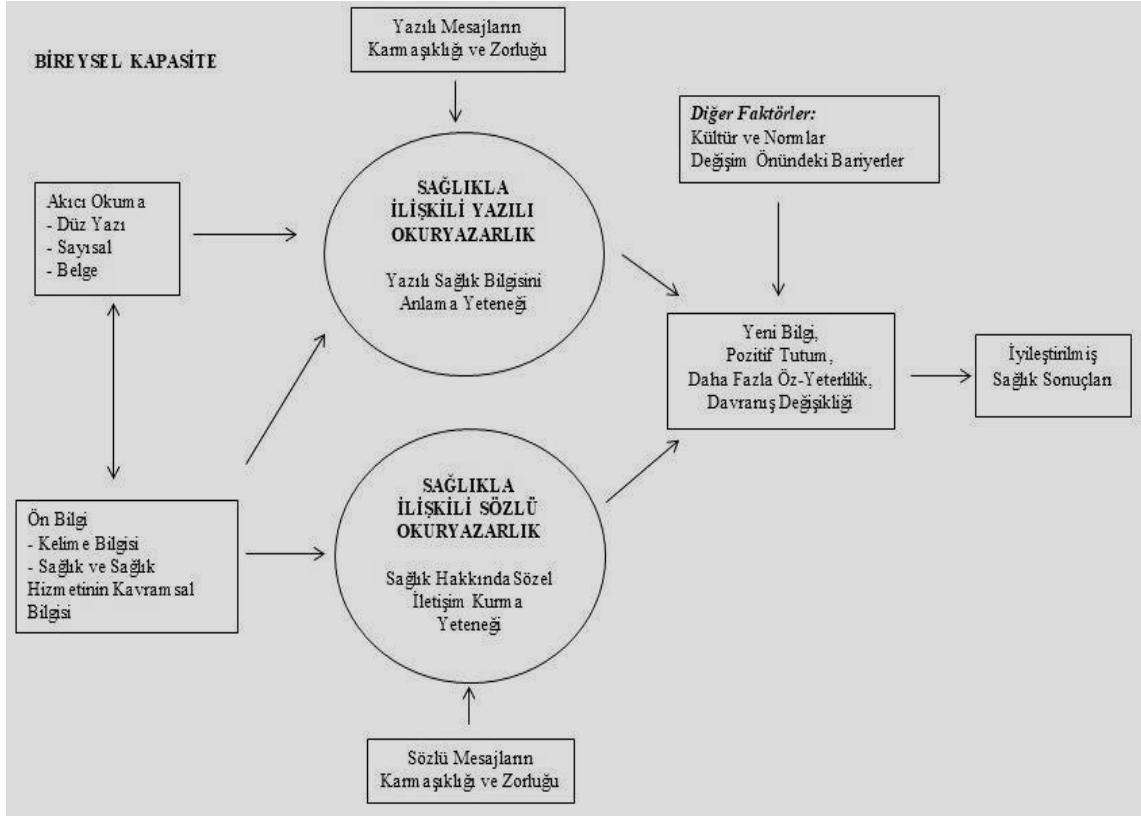
Kaynak: Institute of Medicine, 2004.

Şekil 2. 3. Institute of Medicine’ın Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelinde Yer Alan Potansiyel Müdahale Alanları

En genel ifadeyle sağlık okuryazarlığı bireysel yeteneklerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aileyle, bunların dışında iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörlerle etkileşmesi sonucu şekillenmektedir (Durusu Tanrıöver vd., 2014).

Baker’in Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Baker’in sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli Şekil 2.4’te gösterilmiştir (Baker, 2006).



Kaynak: Baker, 2006.

Şekil 2. 4. Bireysel kapasite, Sağlıkla İlişkili Yazılı ve Sözel Okuryazarlık ile Sağlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli

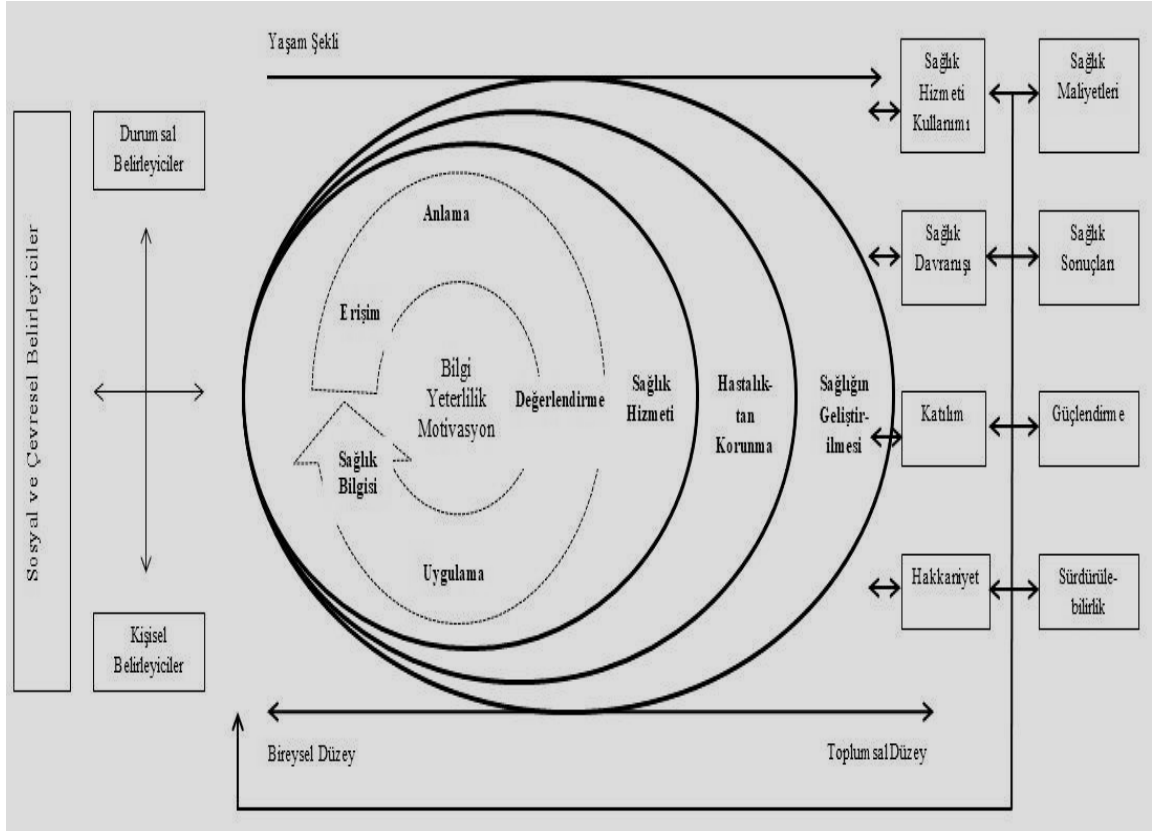
Bireyin yeteneklerini, sağlık bilgilerini, sağlık profesyonellerini ve sağlık sistemlerini etkili bir şekilde yönetmesi için ihtiyaç duyduğu bir dizi kaynak bireysel kapasite ile ifade edilmektedir. Burada vurgu, yeteneğin iki alt boyutu üzerinde yapılmıştır: akıcı okuma ve ön bilgi. Bunlar, sağlık ve sağlık bakım hizmetlerine yönelik kelime bilgisi ve kavramsal bilgileri kapsar. Akıcı okuma, yazılı materyalleri mental olarak anlamayı ve yeni bilgi üretme yeteneğini içeren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Ön bilgi (örneğin, bir kişinin sağlıkla ilgili materyalleri okumadan veya bir tıp uzmanıyla konuşmadan önceki ön bilgisi) kelime dağarcığından (kelimelerin anlamlarını anlamak için) ve kavramsal bilgidir (dünyanın çeşitli yönlerini anlama, vücudun sisteminin nasıl işlediğini anlama veya hastalığın vücuda verdiği tahribatı anlama gibi) oluşmaktadır (Baker, 2006).

Kelime bilgisi ve akıcı okuma arasında her ne kadar yüksek korelasyon olsa da bu kavramlar birbirinden farklı kavramlardır. İnsanlar okuyarak birçok kelime öğrenirler. Benzer akıcı okumaya sahip iki kişi, sağlık terimleri ve kavramları

hakkındaki bilgilerine bağılı olarak sağıık literatürünü farklı okuyabilir ve anlayabilir. Modellemenin ikinci önemli alanını sağıık okuryazarlığı oluşturmaktadır. Sözel ve yazılı okuryazarlık arasındaki fark belirsiz olmakla birlikte, Tıp Enstitüsü (IOM) sağıık okuryazarlığını, sağıığa ilişkin sözel okuryazarlık ve sağıığa ilişkin yazılı okuryazarlık olarak iki grupta incelemektedir. Sağııkla ilişkili iki okuryazarlık çeşidi de tıbbi terimlerin bulunduğu gereçler ve müzakerelerle, bireyin sağıık bakım hizmeti çerçevesinde karşı karşıya kaldığı sözlü ve yazılı iletilerin karmaşıklığı ile beraber bireyin sağıığa ilişkin konuları akıcı olarak okumasına, sağıığa ilişkin sahip olduğu kelime dağarcığına ve sağıığa ilişkin durumlara hâkim olmasına bağılı olarak değişkenlik göstermektedir. Bundan dolayı sağıık okuryazarlığını kişilerin sahip olduğu özellikler ile sağıık sisteminin özellikleri belirler. Sağıık okuryazarlığı bireyleri yeni bilgilere, daha olumlu bir tutuma ve daha sağııklı davranışlara yönlendiren birçok faktörden (kültür, sosyal normlar, sağıık hizmetlerine erişim vb.) sadece bir tanesi olarak değerlendirilmektedir. Bu durum daha iyi sağıık çıktılarının elde edilmesini kolaylaştırmaktadır (Baker, 2006).

HLS-EU Consortium Tarafından Geliştirilen Sağıık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Bu model Sørensen ve arkadaşları tarafından literatürde yer alan diğer kavramsal modellerin ana hatlarını içinde barındıran entegre bir model olarak ilgili alan yazına kazandırılmış bir modeldir. Sağıık okuryazarlığı kavramını açıklamaya yönelik olarak geliştirilen diğer modellere nazaran daha kapsamlı bir modeldir. Model, sağıık okuryazarlığını etkileyen yakın ve uzak faktörler ile sağıık çıktılarını birleştiren bir harita çizmektedir. (Teleş, 2018). Model Şekil 2.5'te gösterilmiştir (Sørensen vd., 2012).



Kaynak: Sørensen vd., 2012.

Şekil 2. 5. HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Modelde yer alan yeterlilikler sağlığa ilişkin bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama alanlarına yönelik olmakla birlikte, bu alanlar başlı başına sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Bu alanlarda ise bireylerin belirli yeteneklere sahip olması gerekmektedir. Bu yetenekler kendi içinde işlevsel, interaktif, özerk, bilgilendirme, bağlamsal ve kültürel olarak incelenmektedir. Model sağlık okuryazarlığının bileşenlerinin yanı sıra arka planda yer alan ana faktörleri ve çıktıları da sergilemektedir. Modelde yer alan üç temel faktör sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri açıklamaktadır (Sørensen vd., 2012).

Bu faktörler; uzak faktörler, yakın faktörler ve durumsal faktörler olarak üç grupta incelenmektedir. Uzak faktörler kültür, dil, demografik özellikler, siyasi güç ve toplumsal sistemler gibi ülkelere göre değişkenlik gösteren sosyal ve çevresel faktörleri içerisinde barındırmaktadır. Yakın faktörler ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, okuryazarlık durumu gibi daha çok bireysel faktörlere işaret etmektedir.

Durumsal belirleyiciler ise sosyal destek, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi faktörlerden oluşmaktadır (Sørensen vd., 2012).

Sağlık okuryazarlığının sağlık davranışı ve sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisi, toplum sağlığı çıktılarının ve sağlık maliyetlerinin incelenmesinde sağlık okuryazarlığının önemini artıran durumlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı bireysel düzeyde iletişim kalitesini olumsuz etkileyerek sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliğini tehdit eden riskleri artırmaktadır. Yeterli/ileri seviyede sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler ise sağlık, tıp, bilimsel ve kültürel alanda kamusal ve özel diyaloglara katılımlarıyla toplumsal düzeyde katkı sağlayabilmektedirler. Bu sayede sağlık okuryazarlığının faydaları evde, işyerinde, toplumda ve kültürde olmak üzere birçok yaşamsal faaliyeti geniş ölçüde kapsayarak etki alanını genişletmektedir. Sağlık okuryazarlığındaki gelişmeler, giderek artan bir şekilde kişisel özerklik ve güçlendirme sağlayarak, yaşam kalitesini iyileştirmede kişisel gelişim sürecini tamamlayan önemli bir etken olarak değerlendirilebilecektir. Buna ilaveten halk sağlığı alanında toplumda daha adil ve kalıcı bir değişime katkıda bulunması açısından da önemli rol oynamaktadır. Bu noktada düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz etkilerinin giderilmesinde bireylerin sağlık okuryazarlıklarının artırılması yönünde eğitimin sağlanması veya sistemin işlerliğinin artırılması için daha az talepte bulunulmayı sağlayacak teşviklerin yapılması önem arz etmektedir (Sørensen vd., 2012).

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi ve Bu Amaçla Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmeye başlandığı ilk zamanlarda, "Size bir sağlık materyali verildiğinde anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorulara bireylerin verdikleri yanıtlar temel alınarak sahip olunan sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır. Genellikle birkaç sorudan oluşan ve resmi olmayan bu testler çok kısa sürede tamamlanabilmektedir. Sağlık okuryazarlığının öneminin artması ile birlikte birey ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesi amacıyla birçok anket ve ölçek geliştirilmiştir (Ekti Alagöz, 2020). Sağlık okuryazarlığı ölçümünün nasıl olması gerektiğine dair farklı fikirler bulunmaktadır. Söz konusu farklılıklar göz önüne

alındığında sağlık okuryazarlığı ölçme araçları; kelime tanıma, okuduğunu anlama ve resmi olmayan testler olmak üzere üç ana sınıfta incelenebilmektedir (Peiravian, 2014).

Kelime tanıma testleri genellikle tıbbi terimleri içeren kelimelerden oluşmaktadır. Bireylerden, yazılı kelimeleri sesli bir şekilde okumaları istenir. Okunan kelime sayısı arttıkça kelimelerin okunma zorluğu da artmaktadır. Kelimeler okunamayacak seviyeye ulaşıldığında uygulama sonlandırılır. Kelimelerin seslendirilememesi bu kelimelerin anlamlarının da bilinmediğinin ifadesi olarak değerlendirilmektedir. Bu yöntemle her ne kadar sağlığa ilişkin okuma yeteneği değerlendirilmiş olursa da söz konusu kelimelerin kavranması ve yorumuna ilişkin değerlendirme yapılması mümkün olmamaktadır. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığını Hızlı Tahmin Etme Testi, Geniş Çaplı Başarı Testi ve Tıbbi Terminolojiyi Başarılı Okuma Testi gibi ölçme araçları bu kategoride yer alan testlerden bazıları olarak örnek verilebilmektedir (Davis vd., 1993; DeWalt vd., 2004; Hanson-Divers, 1997).

Okuduğunu anlama testleri ise bireylerin farklı zorluk düzeylerindeki yazılı metinleri okuma ve anlama yeterliliklerini inceleyen testlerdir. Bu tür testlerin kullanılması kelime tanıma testlerine nazaran daha fazla zaman ve yeterlilik gerektirir. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi ve En Yeni Vital Bulgu Testi gibi ölçme araçları bu kategoride yer alan testlerden bazılarıdır (Parker vd., 1995; Weiss vd., 2005).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için en sık kullanılan ölçekler Tablo 2.2’de gösterilmiştir (Avcı ve Özkan, 2020; Sarıyar ve Kılıç Fırat 2019).

Tablo 2. 2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Ölçmek İçin Sıklıkla Kullanılan Ölçekler (Avcı ve Özkan, 2020; Sarıyar ve Kılıç Fırat 2019)

Ölçek Adı	Geliştiren	Yıl	Dil	Amaç	Türkçe Versiyonu
TOFHLA Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (YİSOT) /The Test of Functional Health Literacy in Adults	Paker vd.	1995	İngilizce İspanyolca Türkçe	Hastanın sağlıkla ilgili sayı ve ifadeleri okuma ve anlama yeterliliğinin ölçüldüğü bir kavrama testidir. Test süresi 22-25 dk.dan oluşmaktadır. 67 maddeden oluşan soruların 17’si numerik ve 50’si boşluk doldurmadır. Değerlendirmeler yetersiz/orta/yeterli şeklindedir.	Ölçek Üçpunar ve Piyal tarafından 2014 yılında türkçeye uyarlanmıştır.
S-TOFHLA Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Test/The Short of Functional Health Literacy in Adults	Parker vd.	1995	İngilizce İspanyolca	TOFHLA’nın kısa versiyonu hâlidir. Boşluk doldurma soruları kısaltılmış olup okuma anlama parçası ölçekte yer almaktadır. Ölçekte sadece okuma ve anlama yeterliliği değerlendirilir. Uygulama ortalama 5-7 dk. kadardır.	Mevcut değil.
REALM Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü/The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine	Davis vd.	1991	İngilizce Türkçe	Uygulama süresi ortalama 2-3 dk. kadar olan ve 66 tıbbi kelimeyi içeren test, yetişkinlerin kelime tanıma ve telaffuza ilişkin yeterliliklerini incelemektedir. Kişilerin yüksek sesle testte yer alan kelimeleri okumaları beklenir. Her doğru telaffuz 1 puana eşittir. Yanlış telaffuz ise işaretlenir. Diğer ölçüm araçlarına nazaran daha az hassastır. Puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır.	Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdemir vd. tarafından 2010 yılında yapılmıştır.
NVS Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği/Newest Vital Sing	Weiss vd.	2005	İngilizce İspanyolca Türkçe	Problem çözme ve anlama yeterliliğini değerlendiren kavrama testi, numerik ve okuma yazmayı içeren 6 soruyu içermektedir. Besin etiketinde yer alan testin, ilk 4 sorusu hesaplama ve sayısal yeterliliğe yönelik iken; son 2 soru ise etiketteki uygun bilgiyi tespit etme yeterliliğine yöneliktir. Uygulama süresi ortalama 3 dk. kadardır. Verilen her doğru cevap alınan 1 puana eşittir.	Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdemir vd. tarafından 2010 yılında yapılmıştır.
WRAT-R Geniş Kapsamlı Başarı Testi/Wide Range Achievement Test/Revised	DeWalt vd.	2004	İngilizce	Kelime tanıma ve telaffuz okuma yeterliliğini değerlendirmeyi amaçlayan test, tıbbi olmayan 42 maddelik terimleri içerir. Kelimeleri anlamının önemi yoktur. 5-75 yaş aralığında kullanılması uygundur. Uygulama süresi ortalama 5 dk. kadardır. Değerlendirme puanlamalı olarak yapılmaktadır. Aynı yaş grupların karşılaştırılması söz konusudur. Hassas bir ölçme aracıdır.	Mevcut değil.
MART Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/The Medical Terminology Achievement Test	Hanson – Divers	1997	İngilizce	Sesli okuma testidir. Bireylerin okuyamadıkları kelimelerle ilgili neden zorlandıklarına dair açıklama yapmaları beklenir (Örneğin; yazıların küçük punto olması, uzak olması vb.).	Mevcut değil.

Tablo 2. 2. (Devam) Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Ölçmek İçin Sıklıkla Kullanılan Ölçekler (Avcı ve Özkan, 2020; Sarıyar ve Kılıç Fırat 2019)

Ölçek Adı	Geliştiren	Yıl	Dil	Amaç	Türkçe Versiyonu
SILS Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması/Single Item Literacy Screen	Morris vd.	2006	İngilizce	Tek bir ifadeden oluşan ölçek bireylerin basılı SOY düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Soru “Doktorunuz veya eczaneden verilen sağlık talimatlarını, broşürleri veya yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?” şeklindedir. Test gereksinimi ölçmektedir.	Mevcut değil.
HALS Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği/Health Activites Literacy Scale	Rudd vd.	2004	İngilizce	Sağlığın teşviki, korunması, hastalıkların önlenmesinin yanı sıra sağlık hizmeti-ve sağlık sistemine ilişkin metodları içermektedir. Sorular düzyazı, sayısal ve metin maddeleri ile ilişkili olarak geliştirilmiştir.	Mevcut değil.
PHLAT Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu/ Parental Health Literacy Activities Test	Kumar, D. vd.	2010	İngilizce İspanyolca Türkçe	0-1 yaş dönemi bebeklere sahip olan ebeveynlerin SOY ve matematiksel yetkinlikleri ölçek kapsamında değerlendirilmektedir. Testteki sorular, ilk bir yıl içinde bebeklerin rutin sağlık kontrollerinde verilen direktifler doğrultusunda anne ve bebek bakımı için rutin sağlık denetim kılavuzu baz alınarak hazırlanmıştır.	Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Topuz, A. tarafından 2016 yılında yapılmıştır.
HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği/Instrument for Assessment of Health Literacy	Sorenson vd.	2012	İngilizce Türkçe	47 sorudan oluşan ölçek üç sağlık sürecini (hastalıklardan korunma, sağlıkta hizmet sunma, sağlığın iyileştirilmesi) ve dört bilgi işlem sürecini (ulaşım, anlama, değerlendirme, kullanma) kapsamaktadır.	Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çimen ve Bayık Temel tarafından 2015 yılında yapılmıştır.
SOYÖ Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği/Health Literacy Index	Sorenson vd. Toçi vd.	2012 2013	İngilizce Türkçe	HLS-EU ölçeğinin sadeleştirilmesiyle oluşturulan ölçek, 25 madde ve 4 alt boyutu içermektedir. Alt boyutlarını bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma oluşturmaktadır. Minimum 25 ve maksimum 125 puan alınabilir.	Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aras ve Bayır Temel tarafından 2017 yılında yapılmıştır.
YSOÖ Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Sezer ve Kadioğlu	2012	Türkçe	Yetişkin bireylerin SOY düzeyinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili 1 adet şekilden oluşmaktadır. Alınacak puan 1-23 arasında değişmektedir. Puan arttıkça SOY düzeyi yükselmektedir.	Türkçedir.

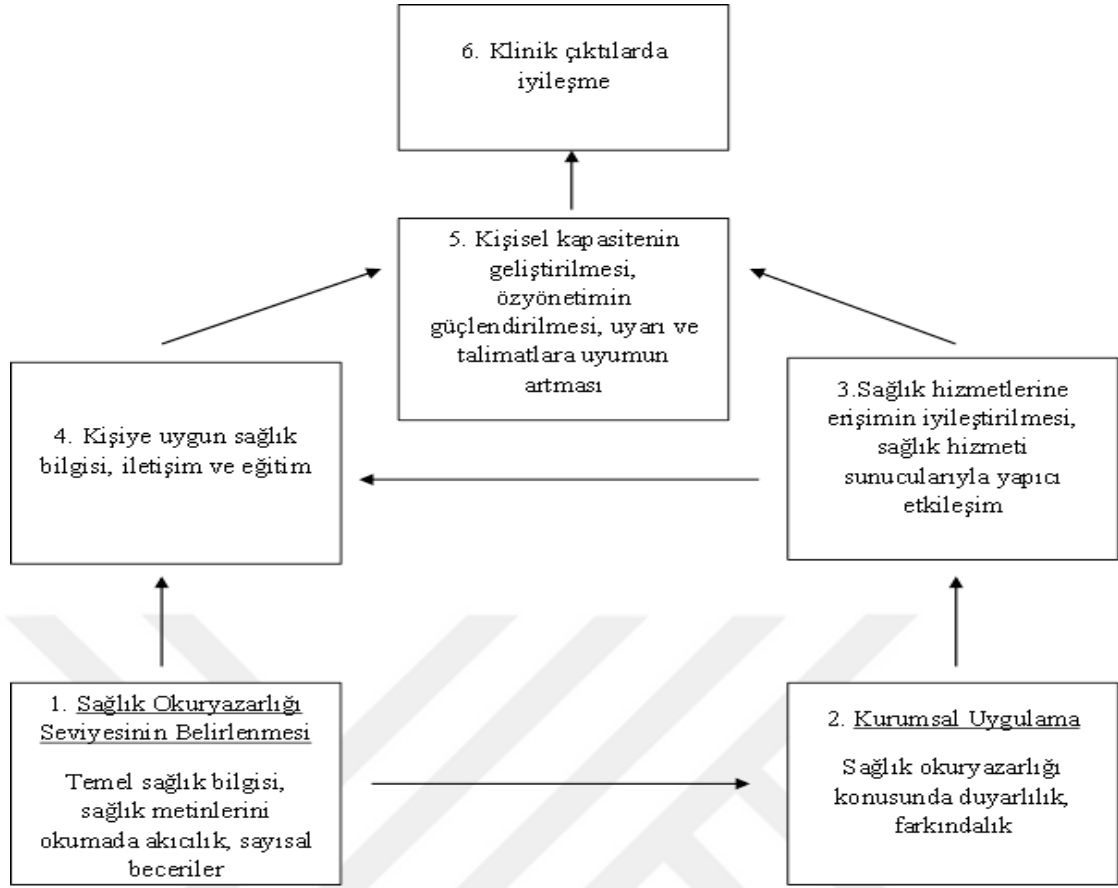
Tablo 2. 2. (Devam) Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Ölçmek İçin Sıklıkla Kullanılan Ölçekler (Avcı ve Özkan, 2020; Sarıyar ve Kılıç Fırat 2019)

Ölçek Adı	Geliştiren	Yıl	Dil	Amaç	Türkçe Versiyonu
e-HEALS e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği/The Ehealth Literacy Scale	Norman ve Skinner	2006	İngilizce Türkçe	Sağlığa ilişkin okuryazarlık, genel okuryazarlık ve bilgileri anlamının yanı sıra bilimsel araştırma, medya- bilgisayar okuryazarlığının da değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. En düşük 8, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Puan artıkça e-SOY düzeyi yükselmektedir.	Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Coşkun ve Bebiş tarafından 2015 yılında yapılmıştır.
ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması	Abacıgil, Harlak ve Okyay	2016	Türkçe	Öz bildirim ölçeğidir. 15 yaş üstü kişilerin SOY'nın belirlenmesinde kullanılır. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili; tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini kapsamaktadır.	Türkçedir.
TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32	Okyay, Abacıgil ve Harlak	2016	Türkçe	ASOY-TR çalışması sonuçlarından hareketle, ülkemize uygunluğunun sağlanması amacıyla bazı bölümler değiştirilerek 32 maddelik likert tipi TSOY-32 ölçeği geliştirilmiştir.	Türkçedir
SOY-SEN Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği	Abacıgil, Harlak ve Okyay	2016	Türkçe	4 senaryodan oluşan ölçek sağlıkla ilgili bilgiye erişimi, bilgiyi anlamayı, bilgiyi değerlendirmeyi ve bilgiyi uygulamayı kapsamaktadır.	Türkçedir

2.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koyan iki bakış açısı mevcuttur. Bunlardan ilki sağlık okuryazarlığını bir risk faktörü olarak değerlendiren bakış açısıdır. Bu bakış açısı sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesiyle başlayıp klinik çıktıların iyileştirilmesine kadar olan süreci adım adım gösteren bir modelden oluşmaktadır. Bakış açısının temel noktasını düşük sağlık okuryazarlığının sebep olabileceği maliyetler, yönetsel sorunlar ve olumsuz klinik çıktılar oluşturmaktadır (Güven, 2016). Nitekim bazı araştırmalar, sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin genellikle daha kötü sağlık durumlarına sahip oldukları ve koruyucu önlemleri kullanma olasılıklarının daha düşük olduğunu (IOM, 2004), daha fazla sağlık hizmeti kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu (Cho vd., 2008), yanlış ilaç kullanımına eğilimli olduklarını (Qin vd., 2015) ortaya koymaktadır. Bu durumlarda kötü sağlık çıktılarına (Baker vd., 2002; Schillinger vd., 2002) ve yatan hasta harcamalarında artışlara (Howard vd., 2005) zemin hazırladığı ve mortalite oranları (Baker vd., 2007) ve düşük yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Bundan dolayı modelde klinik

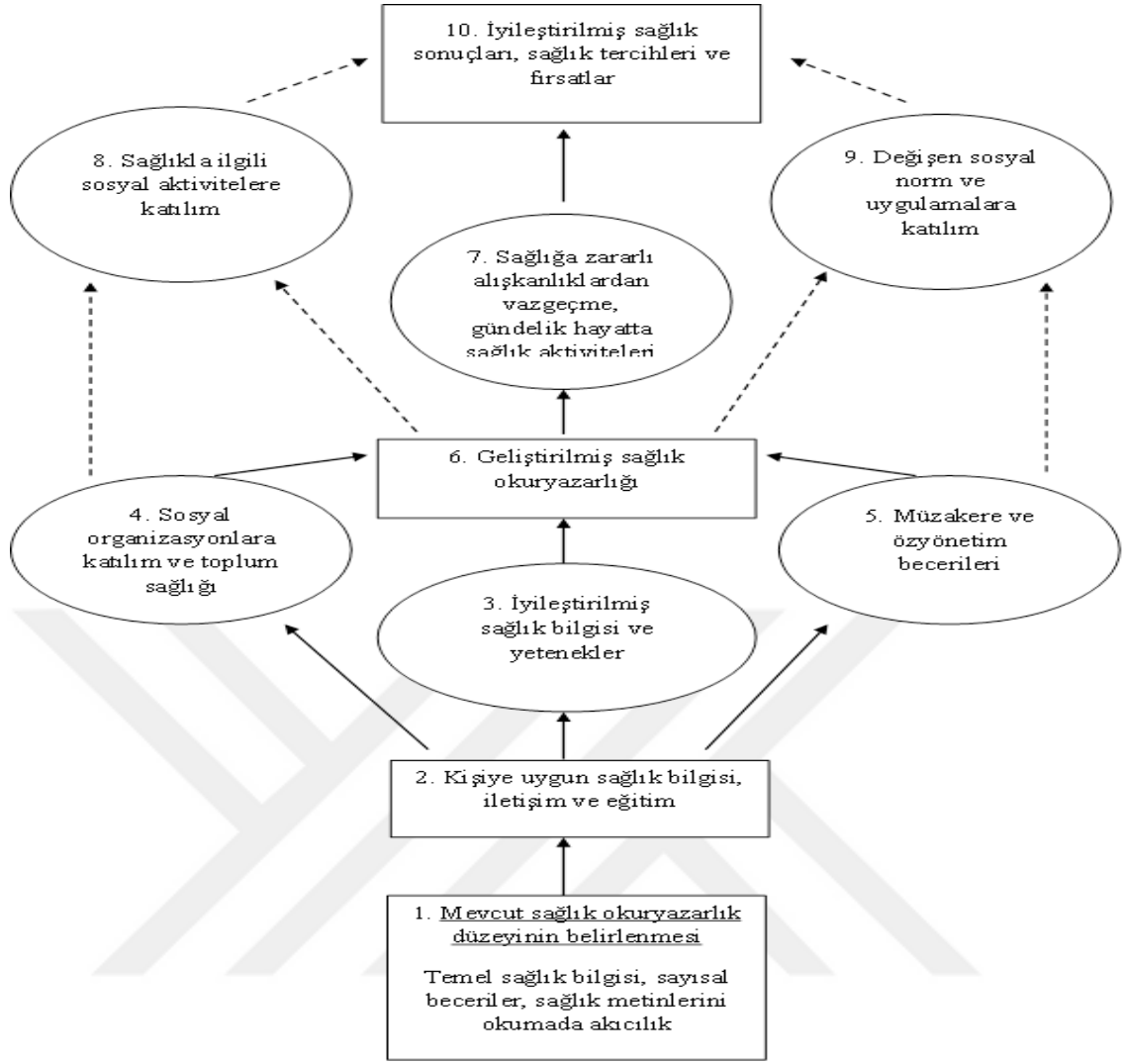
çıktıların iyileştirilmesi üzerine odaklanılmıştır. Sürecin ilk adımı bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesidir. Sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının neden olabileceği olumsuz etkilere karşı sağlık hizmet sunucularının hastalarla etkili bir iletişim kurabilmeleri ve iş birliği yapabilmeleri önem arz etmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalara karşı daha duyarlı olunmalıdır. Böylelikle hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin daha etkili hâle gelmesiyle hizmet erişimi önündeki engeller kalkmış olacaktır. Model çerçevesinde doktorlar önemli rol oynamaktadır (Güven, 2016). Çünkü sağlıkla ilgili terminolojik terimlerin ve mesleki dilin kullanımı ile birlikte sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımı zorlaşmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Aynı zamanda bu durumun hasta-hekim ilişkisine de yansıtacağı düşünülebilir. Doktor-hasta iletişimi açısından değerlendirildiğinde hastanın tedaviye uymamasında iletişim sırasında verilen mesajların hasta tarafından anlaşılabilirlik düzeyinin düşük olması durumu açıklayan bir sebep olarak ele alınmıştır (Gordon ve Edwards, 2014). Sağlık profesyonellerinin kullandıkları dilin sadeleştirilmesi ve aynı zamanda hastanın belirli bir düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması iletişimin kalitesinin artırılmasında etkili olabilir. Hastanın talimatlara daha çok uyum sağlaması kolaylaşabilir. Böylelikle hastaların sağlıkları ile ilgili olumlu sonuçları elde etmeleri kolaylaşabilir. Bu noktada sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından sağlık okuryazarlığı belirleyici bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Erdağ Çiler, 2015). Model Şekil 2.6'da gösterilmiştir (Nutbeam, 2008).



Kaynak: Nutbeam, 2008.

Şekil 2. 6. Bir Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koyan bir diğer bakış açısı da sağlık okuryazarlığını bir değer olarak değerlendiren bakış açısıdır. Yaklaşımına göre sağlık okuryazarlığı bir süreç olarak ifade edilmektedir. Sürecin ilerlemesiyle bireyin katılım durumu (pasiften, aktife ve pro-aktife doğru) değişmektedir. Birey ilk aşamada sadece kendi sağlığı ile ilgili kararlarını etkileyebiliyorken, sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça içinde bulunduğu toplumun sağlığına ilişkin kararlarda da rol üstlenebilen konuma gelmektedir. Modelde süreç bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesiyle başlamaktadır. Sürecin başlaması için bireylerin sağlıklarının bozulmuş olması veya bir sağlık kurumuna başvurmuş olmaları gerekmemektedir. Durum tespiti yapıldıktan sonra bireye uygun eğitim ve iletişim kanallarıyla bireyin ihtiyacına uygun sağlık bilgisi tarafına ulaştırılır, konuyla ilgili bilgi birikimi artırılır. Söz konusu eğitimler sadece klinik ve hastaneler tarafından değil, çeşitli yetişkin kursları ve eğitim programları aracılığıyla da sunulabilmektedir. Sağlıkla ilgili bilgilerini artıran birey, belirli sağlık okuryazarlık düzeylerine ulaşmakta ve buna göre çeşitli roller üstlenmektedir (Güven, 2016). İlgili model Şekil 2.7’de gösterilmektedir (Nutbeam, 2008).



Kaynak: Nutbeam, 2008.

Şekil 2. 7. Bir Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Temel düzeyde, sadece bilgiyi öğrenmeye çalışan birey hâlâ pasif rolde sayılmaktadır. Öğrenilen bilgiler pratiğe dönüştükçe özyönetim gelişmekte ve müzakere becerisi artmaktadır. Böylelikle birey kendi sağlığı ile ilgili aktif rol üstlenebilen konuma gelmiş olur. Sonraki adımda birey sağlıkla ilgili sosyal faaliyetlere katılım göstermeye başlamaktadır. Böylelikle toplum sağlığı ile ilgili aktif rol oynayan birey, halk sağlığı konusunda politika yapıcılar ile etkileşime geçebilecek noktaya ulaşmış olacaktır. Sürecin sonucunda sağlık okuryazarlığı gelişmekte ve sürece ilişkin edinilen tüm bilgiler pratiğe uygulanarak günlük hayatın bir parçası hâline gelebilmektedir. Bu şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyini artıran bireyin zararlı alışkanlıkları bırakması kolaylaşmakla birlikte sağlıklı davranışlara (egzersiz, sağlıklı beslenme vb.) yönelme ihtimali artmış olacaktır. Sağlık çıktılarında iyileşme ile birlikte sağlığın geliştirilmesine

yönelik fırsatlara ilişkin de bir iyileşme gerçekleşir. Bu iyileşme bireysel ve toplumsal düzeyde sağlığı olumlu yönde etkileyecektir (Güven, 2016).

Risk ve değer bakış açılarıyla da değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi, sağlıklı yaşam biçimlerinin sürdürülmesi, insanların iyi olma hâlinin sağlanması, sağlığı korumaya yönelik sağlıklı davranış biçimlerinin benimsetilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerinin giderilmesinde temel ve önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Greenhalgh, 2015; Nguyen, vd., 2020; Watson, 2011).

Öte yandan yaşanan pandemi dönemi başta sağlık hizmetleri sektörü olmak üzere yaşamımızın her alanında dönüşümü zorunlu kılan küresel bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmıştır. İlk salgının 2019 yılının sonlarında bildirilmesinin ardından hızla tüm dünyaya yayılan Koronavirüs hastalığı (COVID-19) 11 Mart 2020’de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir (WHO, 2020). Salgına neden olan koronavirüsün mutasyona uğrayarak yayılımını devam ettirmesi, birçok ülkede hastanelerin kapasiteleri üzerinde çalışmaları ve hastalıkla mücadelede malzeme ve profesyonel çalışan eksikliği ile sağlık sistemlerinin eksik yönlerini ortaya çıkarmıştır. Yaşanılan kritik durum ve sürecin beraberinde getirdiği belirsizlikler kitle iletişim araçları ile geniş kitlelere yayılarak bilgi kirliliğine de sebep olmuştur (Cangussú vd., 2020). Dünya Sağlık Örgütü Koronavirüs hastalığına ilişkin gerçek dışı bilgilerin yayılımını “infodemi” kavramı ile tanımlamaktadır. Buna göre infodemi aşırı bilgi yükünün beraberinde güvenilir olmayan bilgileri de getirmesini, “yanlış bilgi epidemisini” niteleyen bir kavramdır (Gölbaşı ve Metintaş, 2020). Bundan dolayı mevcut pandemi ile birlikte bilgi salgını ile de mücadele söz konusu olmuştur. Bilgilerin kullanımı ve paylaşımı esnasında gerekli değerlendirmenin yapılamaması kısmen yetersiz sağlık bilgisi eksikliği ile de ilişkilendirilmiştir (Cangussú vd., 2020). Hastalık ile ilgili sahip olunan bilgilerin anlamlandırılması sadece virüse ilişkin bilimsel anlayışı geliştirmek için değil, aynı zamanda bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve halk sağlığı açısından doğru mesajların verildiğinden emin olunması açısından önemlidir (Spring, 2020). Bununla ilişkili olarak sağlık okuryazarlığı halk sağlığında geniş ve önemli bir yer tutarken, küresel boyutta gerekli önem verilmemektedir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı sessiz bir salgın olarak değerlendirilmektedir. Tüm bu sebepler daha fazla ülkede genel sağlık okuryazarlığı durumunun belirlenmesi için gerekli planlama ihtiyacını ortaya koymaktadır (Cangussú vd., 2020).

Pandemiden bu yana yaşanan en büyük değişiklik, sosyal mesafe ve temastan kaçınma uygulaması olmuştur. Bununla birlikte ülkeler salgınla başa çıkabilmek adına çeşitli kısıtlamalar getirmişlerdir (Lee vd., 2021). Uzmanların gerekli uyarıları yapmalarına rağmen insanların bu konuda gerekli özeni göstermemeleri, gruplar halinde bir araya gelmeleri genel olarak yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olunduğunun kanıtı niteliğindedir. Bu sadece bireysel olarak değil toplum sağlığını tehdit eden bir durumdur. Sağlık okuryazarlığı işlevsel bir fonksiyon olarak davranışları etkileyen bir kavramdır. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı davranışlar göstermesi daha muhtemel olarak değerlendirilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bir toplum bulunacağı davranışlarla hem kendisini hem de diğer insanları nasıl koruyacağını anlayan bir toplumdur. Bu noktada açık ve anlaşılabilir bilgiler sağlamada devlet, sağlık uzmanları, bilgi sağlayıcılar, medya ve toplumun geneli ayrı ayrı önemli rollere sahiptir (Spring, 2020). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde rol oynayan gruplar ve faydaları Tablo 2.3'te gösterilmiştir (ACSQHC, 2013).

Tablo 2. 3. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Rol Oynayan Gruplar ve Faydaları (ACSQHC, 2013)

Rol	Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkısı
<i>Tüketiciler</i> • Sağlık hizmeti talebinde bulunan ve faydalanan • Sağlık hizmeti planlamasına yönelik karar verme sürecinde bulunan • Günlük hayatta sağlıklarına yönelik karar veren bireyler	• Tüketicilerin sağlık ve sağlık sistemine ilişkin bilgilerini zenginleştirir. • Kişilerin kendi sağlıkları ile birlikte sağlık hizmetleri alanında daha bilinçli kararlar almasını kolaylaştırır. • Tüketicilerin, sağlık sisteminde gereksinim duyacak şeyleri karşılama konusundaki farkındalığını artırır. • Tüketicileri sağlık hizmeti bilgisi ile sağlık hizmeti planlaması ve değerlendirmesine yönelik karar ve faaliyetlerinde etkili hâle getirerek süreçte daha aktif rol oynamalarına yardımcı olur.
<i>Sağlık Hizmeti Sunucuları</i>	• Tüketiciler sağlıkları ile ilgili yapılması gerekenler hakkında uygun kararlar alıp uygun faaliyetlerde bulunabilecekleri için sağlık hizmeti sunucuları ile tüketicilerin işbirliğinin kolaylaşması söz konusudur. • Tüketicilerin sağlığa ilişkin bilgilere erişimi, bilgileri kavraması ve uygulaması kolaylaştığı için sağlık hizmet sunum şeklinin farklılaştırılmasında katkıda bulunur. • Sağlık hizmeti sunucuları-hasta iletişimlerini iyileştirerek karşılıklı zarar görme riskinin asgari düzeye indirilmesinde yardımcı olur.
<i>Sağlık Hizmeti Yöneticileri</i>	• Tüketicilerin sağlığa ilişkin yapılması gerekenleri gerçekleştirmek ve uygun kararları almak için sağlık hizmetinin sunum biçiminin karmaşıklığını azaltmada katkıda bulunur. • Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde bilinçli ve aktif rol üstlenmeleri yöneticilere yardımcı olur.

Tablo 2. 3. (Devam) Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Rol Oynayan Gruplar ve Faydaları (ACSQHC, 2013)

Rol	Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkısı
<i>Sağlık Hizmeti Yöneticileri</i>	• Tüketicilerin anlaşılır ve etkin sağlık bilgilerine ulaşmalarının kolaylaştırılması yöneticilere yardımcı olur. • Sağlık hizmetinin kalitesi ve güvenliğini iyileştirmede yöneticilere yardımcı olur. • İletişim ve bilgi alışverişinin etkili hâle getirilmesiyle tüketicilerin zarar görme riskinin asgari düzeye indirilmesi yöneticilere yardımcı olur.
<i>Politika Yapıcılar</i>	• Sağlık sisteminin düzenlenmesi ve sağlanan hizmetin, tüketicilerin sağlıkları ve sağlıkları ile ilgili aldıkları hizmetlere yönelik olarak uygun faaliyetlerde bulunmaları ile etkin kararlar geliştirmelerine olanak sağlayacak şekilde biçimlendirilmesi, politika yapıcılara yardımcı olur. • Tüketicilerin anlaşılır ve elverişli sağlık bilgilerine ulaşmalarının kolaylaştırılması politika yapıcılara yardımcı olur. • Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık kuruluşları ve tüketiciler arasında işbirliğinin kolaylaşmasını sağlayacak etkili bir ortam oluşturmada politika yapıcılara fırsat oluşturur. • Karar verme sürecinde tüketicilerin aktif rol almalarını kolaylaştırmak için katılımlarının teşvik edilmesi, sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik ile kalite ve güvenliğin geliştirilmesine yardımcı olur.

Sağlık okuryazarlığı sağlığın geliştirilmesi sürecinin bir çıktısı olarak değerlendirilebilmektedir. Sağlığın geliştirilebilmesinin sürdürülebilir kılınmasında katılım önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı da katılıma vurgu yapmaktadır. Sağlığın geliştirilmesinde bireysel ve toplumsal düzeyde güçlendirme temel stratejiyi oluşturmaktadır. Bu süreçte tüketicilerin sorumluluk almaları teşvik edilerek güçlendirilmeleri sağlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça güçlendirme de kolaylaşacaktır (Bükecik, 2019). Sorumluluk sadece bireyleri ya da sağlık sektörü profesyonellerini kapsamamaktadır. Sağlık okuryazarlığının birey, halk ve sağlık kuruluşlarının yanı sıra toplum ve inanç temelli kuruluşlar, dezavantajlı gruplar, akademik kuruluşlar, eğitimciler ve medya gibi paydaşları bulunmaktadır (Bükecik, 2019). Bu paydaşların sağlık okuryazarlığında etkin rol oynadıkları düşünüldüklerinde tutum ve davranışları girişimlerini etkilemektedir. Bu açıdan paydaşlarda olumlu tutum ve davranış değişikliğinin sağlanması sürecinde sağlığa ilişkin algı ve inançlarının değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

2.2. Sağlık Algısı

Sağlık kavramı “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu” olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan yola çıkılarak sağlığın çok boyutlu bir kavram olduğu ve

sağlık durumunun doğrudan ve dolaylı olarak birden fazla faktörden etkilendiği ifade edilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015). Bireylerin sağlık durumlarına etkide bulunan sağlık davranışlarının incelenmesi amacıyla sosyal öğrenme modeli, sağlık inanç modeli gibi birçok model geliştirilmiştir. Modellerin ortak yönü inanç, tutum ve algıların sağlık davranışlarında rol oynayan faktörler olarak ifade edilmesidir (Kadioğlu ve Yıldız, 2012). Bu noktada bireyin kendi sağlığına ilişkin algısı da özellikle önem arz etmektedir. Bu bölüm kapsamında sağlık algısı kavramının daha iyi açıklanabilmesi amacıyla sağlığın kavramsal çerçevesi ve konuyla ilişkili olarak öne çıkan modeller incelenmiştir.

2.2.1. Sağlığın Kavramsal Çerçevesi

Rene Dubos (1961) sağlığın kendine has karmaşık doğasından dolayı sağlıklı ilgili algıları “uzaklaşan bir serap” şeklinde tanımlamıştır (Dubos, 1961; aktaran Larson, 1999). Sağlık kavramı uzaktan bakıldığında daha net bir şekilde ifade edilebilirken yakından incelendiğinde ise; anlamı derinleşen ve çeşitli yaklaşımlarla tanımlanabilen bir kavram hâline dönüşmektedir (Larson, 1999). Sağlık tıbbi, sosyal, ekonomik ve diğer birçok bileşenden oluştuğu için ortak bir tanımını yapmak oldukça güçtür. Sağlıkla ilgili yapılan çalışmalar on dokuzuncu yüzyılda temelleri atılan modern tıbbın biyomedikal modeli çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Bu modelde insan biyolojik kimliğe sahip varlıklar olarak tanımlanmış, hastalıklar ise vücut dışından gelen ve fiziksel değişikliklere sebep olan bir olgu olarak ele alınmıştır (Ogden, 2007). Modele göre sağlık “hastalık veya sakatlık hâlinin yokluğu” şeklinde tanımlanmaktadır (Demir, 2020). Süreç içerisinde sağlık üzerinde psikolojinin ve sosyolojinin rolünün güçlenmesi ile birlikte model ile ilgili tartışmalar ortaya çıkmıştır (Ogden, 2007). Modele getirilen en önemli eleştirilerden biri sağlığı etkileyen psikolojik, sosyal faktörlerin göz ardı edilmiş olmasıdır. Bu tartışmalar sonucunda ortaya çıkan biyopsikososyal model sağlığın tanımında öne çıkan modellerden biri olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (1947) bu model kapsamında sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (WHO, 1947).

Sağlık psikolojisi açısından ele alındığında sağlık ve hastalık analizinde dört temel yaklaşım baz alınmaktadır. Bu yaklaşımlar; biyopsikososyal model, sağlığın sürekliliği, psikoloji ve sağlık arasındaki doğrudan ve dolaylı yollar ile sağlığın

değişkenliği olarak ifade edilmektedir (Ogden, 2007). Biyopsikososyal model hastalıklara sebep olduğu düşünülen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlere odaklanmaktadır. Genetik özellikler, bakteriler ve virüsler modelde “biyo” faktörü içerisinde ele alınmaktadır. Sağlık ve hastalıkların “psiko” yönleri ise bilişler (sağlıkla ilgili beklentiler), duygular (tedaviden duyulan korku) ve davranışlar (sigara ya da alkol kullanımı, diyet, egzersiz alışkanlıkları) açısından ele alınmaktadır (Ogden, 2007). Sağlığın sosyal yönleri ise sosyal davranış normları (sigara kullanmanın veya kullanmamanın sosyal normu), davranışı değiştirmeye yönelik olan baskılar (akran grubu beklentileri, ebeveyn baskısı), sağlıkla ilgili toplumsal değerler (sağlığın iyi veya kötü olarak kabul edilip edilmediği), sosyal sınıf ve etnik köken açısından tanımlanmaktadır. (Ogden, 2007). Böylece hastalığı vurgulayan eski paradigma, işlevselliği ve iyi oluş hâlini öne çıkaran yeni paradigmaya dönüşmüştür. Bu dönüşümü temsil eden biyomedikal ve biyopsikososyal modele ilişkin detaylı karşılaştırma Tablo 2. 4’te verilmiştir (Demir, 2020).

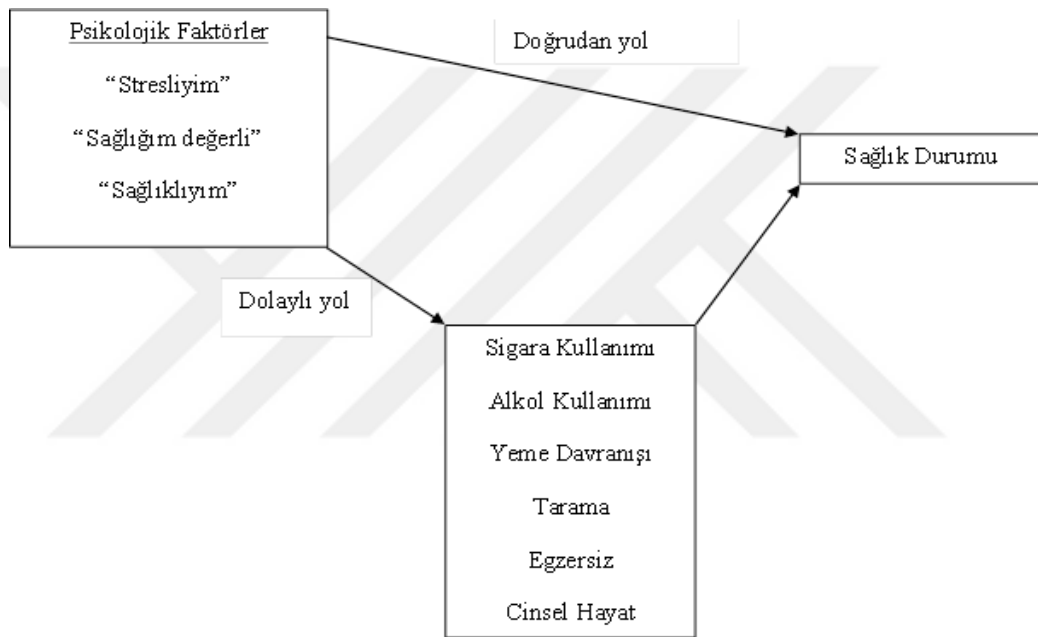
Tablo 2. 4. Biyomedikal ve Biyopsikososyal Modelin Karşılaştırılması (Demir, 2020)

Odak Noktası	Biyomedikal Model	Biyopsikososyal Model
Hastalığı oluşturan sebep nedir?	Biyolojik Faktörler.	Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler.
Hastalıktan sorumlu olan kimdir?	Hastalık bireyin dışında gelişen bir olgu olarak görüldüğü için birey hastalıktan sorumlu tutulamaz.	Sağlık ve hastalık durumlarında bireyler sorumluluk taşırlar.
Hastalığın tedavisi nasıl olmalıdır?	Aşılama, cerrahi ve kemoterapi gibi fiziksel durumu değiştirmeyi hedefleyen medikal müdahaleler kullanılır.	Bütüncül tıbbi tedaviye yönelik uyumu ve olumlu davranış değişikliğini sağlamaya yönelik teşvikler kullanılır.
Tedaviden sorumlu olan kimdir?	Hekim.	Bütüncül olarak tedaviye uyumu kolaylaştıracak olumlu davranış sergileme noktasında hasta da süreçten sorumlu kişidir.
Sağlık ve hastalık arasında nasıl bir ilişki vardır?	Sağlık ve hastalık olguları arasında süreklilik ilişkisi yoktur. Kişi ya sağlıklı ya da hasta olarak kabul edilir.	Sağlık ve hastalık arasında süreklilik ilişkisi vardır. Yaşam bu iki olgu arasında bir döngü olarak ilerler.
Zihin ve beden arasında nasıl bir ilişki vardır?	Zihin ve beden birbirinden ayrı varlıklar olarak bağımsız çalışır.	Zihin ve beden etkileşimde bulunan olgulardır.

Yaşanan bu dönüşümle sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi gibi farklı çalışma alanları oluşmuştur. Bu noktada psikoloji ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen uzmanlar hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkiler üzerinde odaklanmışlardır. İlgili literatür incelendiğinde konuyla ilgili yapılan araştırmalar sonucunda stres gibi bireyin

hayatında deneyimlediği olguların, bireyin sağlık durumunu doğrudan etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yine konuyla ilgili yapılan araştırmalar sonucunda bireyin deneyimlediği olguların davranışlarına yansıdığı bununda dolaylı olarak sağlık durumunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bireyin kendini stresli hissetmesiyle sigara kullanımına yönelmesi örnek olarak verilebilmektedir. Bundan dolayı bireyin sağlığının dolaylı yoldan olumsuz etkileneceği kaçınılmaz bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık durumuna ilişkin doğrudan ve dolaylı yollar Şekil 2.8’de olduğu gibi gösterilebilmektedir (Ogden, 2007).



Kaynak: Ogden, 2007.

Şekil 2. 8. Sağlık Durumuna İlişkin Doğrudan ve Dolaylı Yollar

Sosyolojik açıdan ele alındığında sağlık kavramının birçok tanımı yapılmıştır. Parsons (1951)’a göre sağlık: “bireyin işlevsel olma yeteneği”dir (Parsons, 1951; aktaran Kaplan, 2016). Illich (1995) sağlığı: “çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneği” olarak açıklamıştır (Illich, 1995; aktaran Kaplan, 2016). Capra (1989) ise “sağlığın bir insanın canlı organizmaya ve onun çevresiyle ilişkisine bakış açısına bağlı olduğunu, zamana ve kültürler göre bu bakış değiştiğinde sağlık anlayışlarının da değişeceğini” belirterek sağlığın sürekli ve değişen bir kavram olduğuna vurgu yapmaktadır (Capra, 1989;

aktaran Kaplan, 2016). Yapılan tanımlarla bağlantılı olarak sağlık kavramının kültürlere göre değişimini ortaya koyan Andrews ve Boyle (2008), farklı kültürel gruplar üzerinde sağlık ve hastalık kavramlarını açıklamak için sağlık inanç modellerini uygulamıştır. Uygulama, grupların sahip oldukları inançlar, büyü-dini inanışlar, biyomedikal ve deterministik inanç sistemlerini içermektedir. Büyü-dini inanışlar, bazen günahların cezası olarak kötü ruhlar veya hastalık taşıyan yabancı cisimler şeklinde insanlara hastalık bulaştıran doğaüstü güçlere olan inancı ifade etmektedir. Bu inanışa Latin Amerika, Afro-Amerikan ve Orta Doğu kültürlerinde rastlanabilmektedir. Biyomedikal modelde, yaşamın “insanlar tarafından incelenen ve manipüle edilebilen bir dizi fiziksel ve biyokimyasal süreç tarafından kontrol edildiği” genel olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan inanç sistemini ifade etmektedir (Andrews ve Boyle, 2008). Hastalık, fiziksel parçaların stres, travma, patojenler veya yapısal değişikliklerden parçalanmasının bir sonucu olarak görülür. Determinizm ise, sonuçların dışarıdan önceden belirlendiğine ve değiştirilemeyeceğine olan inancı ifade etmektedir. Bu inanç sistemine sahip bireyler, “Eğer hastalık Allah tarafından verilmişse, neden önlemeye çalışalım, tedavi olmaya çalışalım” gibi düşüncelere sahip olabilmektedirler. Yapılan bu çalışma ile sahip olunan inanç sistemlerinin sağlık algısını ne yönde etkilediği ortaya konulmaktadır. Sahip olunan sağlık algıları bireyleri çeşitli sağlık davranışları sergilemeye yönlendirmektedir.

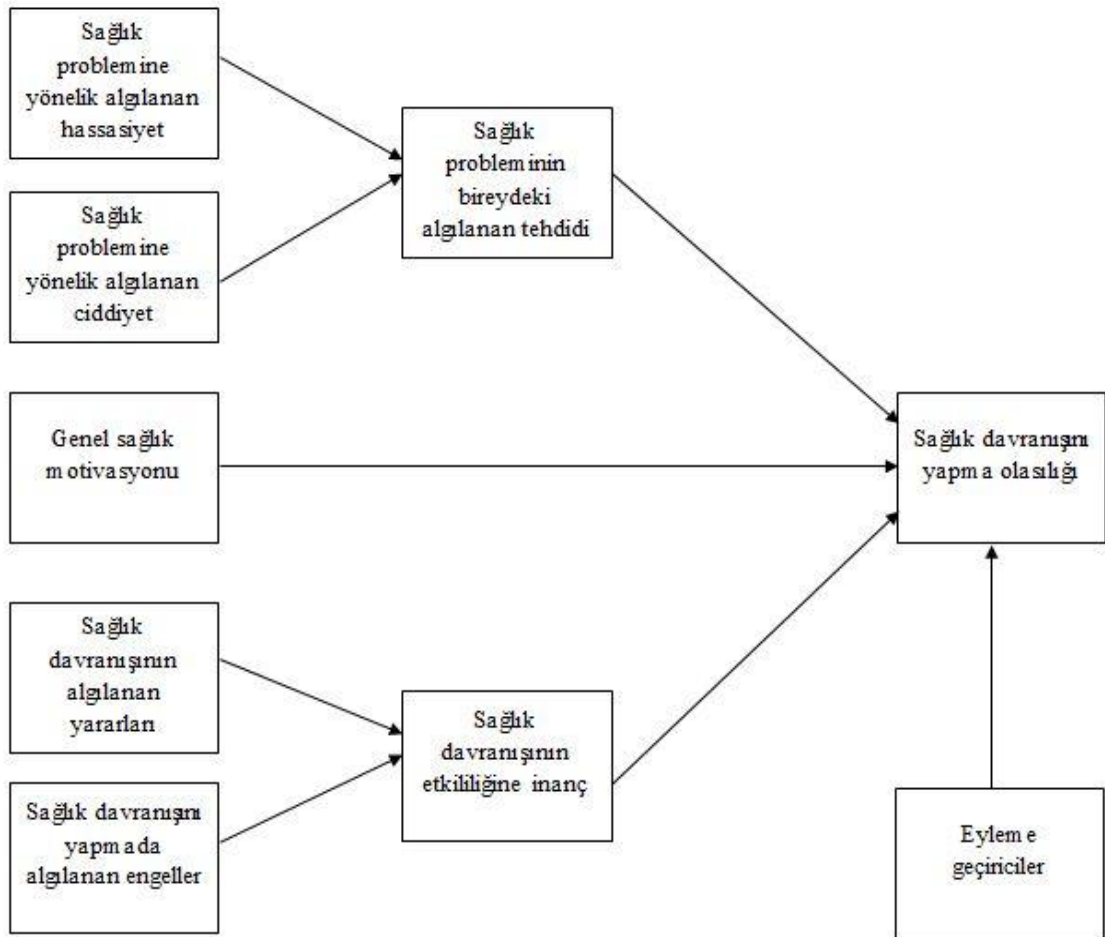
2.2.2. Sağlık Davranış Modelleri

Sağlık davranışı: “bireyin; sağlığını korumak, geliştirmek, sürdürmek ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve yaptığı davranışların bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme kapsamında düzenlenen programlar aracılığıyla bireylerin olumlu sağlık davranışları göstermeleri teşvik edilebilir (Esin ve Aktaş, 2012). Buna yönelik olarak çeşitli sağlık davranış modelleri geliştirilmiştir. Bu noktada Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) birey temelli sağlık davranışını irdeleyen modellerden öne çıkan modeller olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple bu iki model bölüm kapsamında ele alınmıştır.

Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Hochbaum (1958), Rosenstock (1960) ve meslektaşları tarafından bazı insanların sağlığı koruma davranışlarını gösterirken, diğerlerinin neden hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılım gösterdiklerinin araştırılması amacıyla

geliştirilmiştir (Aydoğdu ve Bahar, 2011). Modelin ana konusunu koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini ve buna yönelik teşviklerin sağlanması ile bu davranışları etkileyen faktörleri açıklamak oluşturmaktadır (Ayers vd., 2007). Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve buna yönelik olarak geliştirilen davranışların önemini Rosenstock ve Kirscht (1974): “Birincil korumanın maliyeti ekonomik ve sosyal olarak hastalık bakımı maliyetine göre daha azdır” şeklinde vurgulamışlardır (Rosenstock ve Kirscht, 1974). Model temel olarak bireysel özellikler, algılar ve eyleme geçirici faktörler üzerine inşa edilmiştir. Model kapsamlı hâliyle Şekil 2.9’da verilmiştir (Gözüm ve Çarpık, 2014).



Kaynak: Gözüm ve Çarpık, 2014.

Şekil 2. 9. Sağlık İnanç Modeli

Bireysel özellikler modele ilişkin bileşenlerden birini oluşturmaktadır Yaş, eğitim, cinsiyet, gelir durumu gibi sosyo-demografik faktörler ile bilişsel-algisal olarak değerlendirilen sosyopsikolojik faktörler bireysel özellikler kapsamında ele alınan

faktörlerdir. Bu faktörlerin artmasıyla sağlıklı davranışları gösterme eğiliminin de artacağı öngörülmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

Algılar modelin bir diğer bileşenini oluşturmaktadır. Bu kapsamda algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel ve algılanan öz-yeterlilik modelde algılar bileşeninin alt başlıklarını oluşturmaktadır. Duyarlılık ya da hassasiyet algısı bireyin bir hastalığa yönelik oluşturduğu yakalanma ihtimali olarak ifade edilebilmektedir (Bulduk vd., 2015). Bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarında önemli bir algıdır. Birey kendisinde ne kadar çok risk hissederse, risk ile sonuçlanabilecek davranışlarını o ölçüde azaltacaktır. Başka bir deyişle, bir kadın daha önce meme kanseri olmuşsa, önerilen zamanlarda mamografiyi kaçırmayacaktır (Gözüm ve Çarpık, 2014). Ciddiyet ya da önemseme algısı bireyin yakalanma ihtimali verdiği hastalığın tedavisi ve sonuçlarına yönelik olarak değerlendirdiği algıyı ifade etmektedir (Bulduk vd., 2015). Bireyin sağlık konusundaki bilgisi bu algıyı belirleyici bir unsurdur. Birey hastalığın genel kapsamıyla ilgili bilgiye ne kadar sahip ise, algısı da buna göre şekillenecektir. Örneğin sağlıklı bir birey ile astım hastalığına sahip bir bireyin geçirdiği grip, bireylerde farklı ciddiyet algısının oluşmasına neden olacaktır. Sağlıklı birey hastalığı dinlenerek kısa sürede atlabilecekken; astımlı bir hastanın iyileşebilmesi için daha uzun bir sürede yatarak tedavi alması gerekebilir (Gözüm ve Çarpık, 2014). Yarar algısı bireyin hastalığa karşı önerilen tedbiri almasının hastalığın etkisi üzerinde azaltıcı bir unsur olduğunu değerlendirmesi ile ortaya çıkan algıyı ifade etmektedir (Bulduk vd., 2015). Birey duyarlı olduğu konularda harekete geçtiğinde olumlu sonuçları fayda olarak algılayacaktır (Gözüm ve Çarpık, 2014). Engel algısı yeni davranışlar sergilemeye ve bu duruma uyum sağlamaya ilişkin bireysel olarak algılanan engellerdir. Konuyla ilgili yapılan birçok çalışma sonucunda algılanan engellerin davranış sergilemede en önemli belirleyici olduğu bulgulanmıştır (Gözüm ve Çarpık, 2014). Öz etkililik bireyin bir davranışa yönelebileceğine ve bu davranışı gerçekleştirmesi sonucunda başarı elde edebileceğine olan inancını ifade etmektedir. Bireyin bu inancı sayesinde motive olması kaçınılmaz olacaktır. Böylelikle öz-etkililiği yüksek olan bir birey, öz-etkililiği düşük olan başka bir bireye göre harekete daha kolay geçebilmektedir. Öz-etkililik, davranış ve motivasyon ile ilgili başka birçok modellerin yapılarını oluşturan önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır (Gözüm ve Çarpık, 2014).

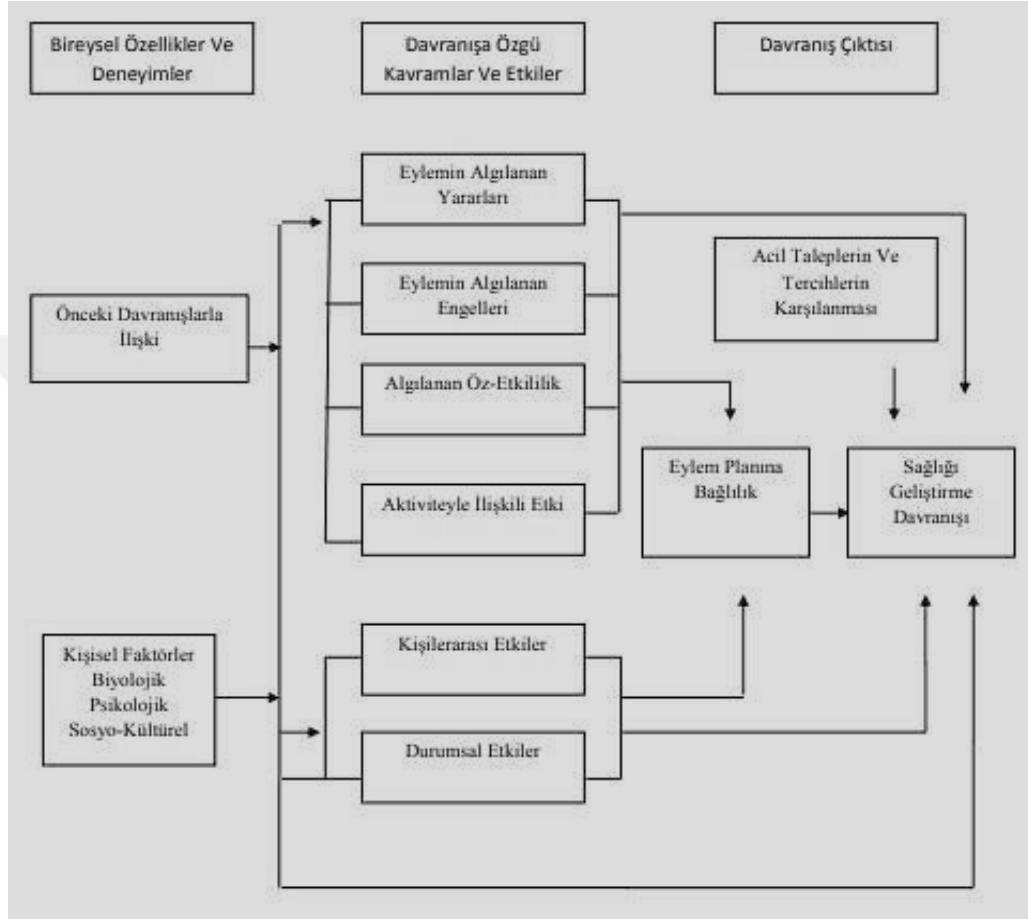
Eyleme geçiriciler SİM'in kullanıldığı ilk zamanlarda, bireyin sağlıklı davranışta bulunması için tetikleyici faktörün önemine vurgu yapılmıştır. Bireyin algıladığı duyarlılık ve ciddiyet potansiyel olarak sağlık arama davranışlarına bireyi yönlendirebilirken; medya, kitle iletişim araçları gibi çevresel uyaranlar bireyi aktif olarak harekete geçmesi için tetikleyebilmektedir (Gözüm ve Çarpık, 2014).

SİM'in genel olarak değerlendirildiğinde bireyin sağlığa yönelik olumlu davranış göstermesinin merkezine hastalık tehditini yerleştirdiği söylenebilmektedir. Model bu yönüyle hastalıktan kaçınma modeli olarak ta ifade edilebilmektedir (Bahar ve Açıl, 2014). Birey temelli sağlık davranışını irdeleyen modellerden öne çıkan bir diğer model Pender tarafından geliştirilmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'nin SİM'den farkı hastalık tehditinin modelde yer almamasıdır. SİM'de odaklanılan hastalığı önleme stratejisi SGM'de yerini sağlığı geliştirme stratejisine bırakmıştır (Bahar ve Açıl, 2014).

Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)

Nola J. Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen ve 1996 yılında revize edilen SGM, SİM'de mevcut olan bazı eksiklikleri yeni bileşenler ekleyerek gideren ve kapsamını genişleten bir modeldir (Çalık ve Kapucu, 2017). Sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri belirleyerek sağlık profesyonellerine katkıda bulunmak modelin çıkış noktasını oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra bireyin tecrübelerini ve sağlık davranışına yönelik oluşan algılarını etkileyebilecek faktörler de model kapsamında incelenmektedir. Beklenti-Değer Teorisi ile Sosyal Bilişsel Teori modelin beslendiği iki temel teoriyi oluşturmaktadır. Motivasyon kuramlarından biri olan Beklenti Değer Teorisi bireyleri hedeflere ulaştırmak için harekete geçiren güdünün hedeflerin neticelerine attıkları değer oranında artacağını ortaya koymaktadır (Çalık ve Kapucu, 2017). Bandura tarafından geliştirilen Sosyal-Bilişsel Teoriye göre ise davranışlar ve çevre karşılıklı olarak etkileşim hâlinindedir. Gözlem, taklit ve rol model ile yeni davranışlar öğrenilmekte; deneyimlenmiş olan davranışlar ise tekrarlanarak değiştirilmektedir (Sümen ve Öncel, 2021). Bu iki teori aynı zamanda sağlık davranışlarını kişilerarası boyutta inceleyen modeller kapsamında değerlendirilebilmektedir.

Birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalık SGM'nin özünü oluşturan unsurlar olarak ifade edilmektedir. Bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü kavramlar ve etkiler ile davranış çıktısı modelin bileşenlerini oluşturmaktadır (Bahar ve Açıl, 2014). Model kapsamlı hâliyle Şekil 2.10'da verilmiştir (Çalık ve Kapucu, 2017).



Kaynak: Çalık ve Kapucu, 2017.

Şekil 2.10. Sağlık Geliştirme Modeli

Bireysel özellikler ve deneyimler bileşeninde yer alan bireysel özellikler; bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel özelliklerini kapsamaktadır. Deneyimler ise davranışlar üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etkiye sahip olan bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkilemektedir (Çalık ve Kapucu, 2017).

Davranışa özgü algılar bileşeni; algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz etkililik, aktiviteye ilişkin duygu durumu, kişilerarası etkiler ve durumsal etkileri kapsamaktadır. Algılanan yarar, sergilenecek olan davranışın hastalık riskini azaltmada

etkili olacağına olan inancı ifade etmektedir (Bahar ve Açıl, 2014). Örneğin sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma gibi davranışları sağlığı için olumlu davranışlar olarak algılayan bireyin, bu davranışlara ilişkin öz yeterlilik algısının da pozitif olması beklenenecektir (Çalık ve Kapucu, 2017). Böylelikle bireyin sağlıklı davranışlar kazanması kolaylaşacaktır. Algılanan engel, yapılması tavsiye edilen davranışın sergilenmesini zorlaştıran engelleri ifade etmektedir (Bahar ve Açıl, 2014). Davranışları gerçekleştirmeye yeterli zaman bulamama, davranışı tekrarlamaktan sıkılma, yetersiz gelir durumu, davranışın zor olduğuna dair geliştirilen algı ve akran ya da aileyi oluşturan yakın çevreden desteğin görülmemesi en sık karşılaşılan güçlükler olarak sıralanmaktadır (Çalık ve Kapucu, 2017). Öz etkililik, önerilen davranış gerçekleştirmede sahip olunan kararlılık ve inancı ifade etmektedir (Bahar ve Açıl, 2014). Aktiviteye ilişkin duygu durumu davranış etkilemektedir. Deneyimlenen davranış sonucunda bireyde oluşan olumlu ya da olumsuz duygu durumları davranışın sürekliliğini etkilemektedir (Çalık ve Kapucu, 2017). Kişilerarası etkiler bireyin etkileşimde bulunduğu insanların bireyin davranışına yönelik olarak geliştirdikleri fikir ve tutumları ifade etmektedir. Sosyal norm, destek ve örnek alma kişilerarası etkileşimde yer alan önemli unsurlardır (Çalık ve Kapucu, 2017). Birey ya da etkileşimde bulunduğu grubun tam bir iyilik haline erişebilmesi için çevresiyle adapte olması, gerektiğinde çevresini değiştirebilmesi, isteklerini anlayabilmesi durumsal etkiler tarafından yönlendirilmektedir (Çalık ve Kapucu, 2017).

Davranış çıktısı ise davranışa ilişkin plan yapma, acil/birbiriyle yarışan istekler ve tercihler ile sağlığı geliştirme davranışından meydana gelmektedir. Davranışa ilişkin plan yapma aşaması bireyin amaçlanan sağlık davranışını sergilediği aşama olarak ifade edilmektedir. Davranış için çeşitli plan ve stratejilerin geliştirilmesi, davranışa ilişkin niyet unsurunu da içinde barındırmaktadır (Çalık ve Kapucu, 2017). Olumlu sağlık davranışının gerçekleştirilmesinin öncesinde acil bir ihtiyacın ya da isteğin oluşması (sorumluluk, iş ya da çevresel faktörlerden oluşan durumlar vb.) davranışın meydana gelmesini etkileyecektir (Bahar ve Açıl, 2014). Bu durum acil/birbiriyle yarışan istekler ve tercihler boyutunda ele alınmaktadır. Örneğin diyetle giren bireyin acıktığı anda hangi besini olursa olsun tüketmesi sağlıklı beslenmeye yönelik olarak geliştirdiği olumlu sağlık davranışını sekteye uğratacaktır. Bu noktada kontrolü elden bırakmayarak belirlenen beslenme planına bağlı olarak sağlıklı besinleri tüketen birey amaçlanan davranış gerçekleştirmiş olacaktır (Çalık ve Kapucu, 2017). Sağlığı geliştirme davranış

aşamasında ise birey arzu edilen olumlu sağlık davranışını yaşam tarzı olarak benimsemiş ve hedeflenen amaca ulaşmıştır (Çalık ve Kapucu, 2017).

Özetle sağlığa ilişkin geliştirilen birçok yaklaşım ve tanımlara rağmen ortak bir noktada uzlaşamamasından yola çıkılarak her bireyin kendisine özgü sağlık tanımlarının olduğu söylenebilmektedir. Bu tanımlar bireysel beklentiler ve değerler ile bunlarla ilişkili diğer faktörler tarafından şekillenmektedir. Şekillenen bu tanımlar bireylerin sağlık davranışlarını etkilemektedir. Sağlık algısı da sağlığın tanımı ve sağlık davranışlarına yönelik olarak geliştirilen modellerde yer alan önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2.3. Sağlık Algısı Kavramı

Sağlık algısı (algılanan sağlık durumu), bir kişinin kendi sağlık durumunu subjektif olarak değerlendirmesidir (Sen, 2002; American Thoracic Society, 2016). Sağlık algısı bedensel fonksiyonun ve kaliteli yaşamın bir yansımasıdır (Guera ve Shea, 2007). Buna göre bazı insanlar hastalık bulgusuna sahip olmadıkları halde kendilerini hasta olarak algılayabilirken, bazı insanlar bir veya daha fazla kronik hastalıktan muzdarip olsalar bile kendilerini sağlıklı olarak algılayabilmektedirler (American Thoracic Society, 2016). Literatürde sağlık algısının: hastalık algısı, yaşam kalitesi, sağlık çıktıları, genel iyilik hali, psikolojik iyilik hali, mutluluk, depresyon ve kaygı bozukluğu gibi kavramlarla ilişkisi akademik çalışmalara konu olmuştur. Böylelikle sağlık algısının yapısal geçerliliği zamanla artmıştır (Souto vd., 2018).

Sağlık algısının ülkelere göre değiştiği ifade edilebilir (Assari, 2014; Assari ve Lankarani 2015). OECD ülkelerinin çoğu toplum sağlıklarının farklı yönlerinin belirlenmesine olanak sağlayan sağlık anketlerini düzenli olarak uygulamaktadır. “Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?” sorusu anketlerde sıkça kullanılan bir soru türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Soru her ne kadar öznel olsa da algılanan sağlık göstergeleri, bireylerin gelecekteki sağlık hizmeti kullanımlarının ve ölüm oranlarının tahmininde kullanılan önemli göstergelerdir (OECD, 2017). Fakat ülkelerin algılanan sağlık durumundaki farklılıkların uluslararası boyutta karşılaştırılması zordur. Çünkü buna yönelik olarak gerçekleştirilen anketlerin sonuçlarının, bu anketlerin soru ve cevaplarının formülasyonundan etkilenme ihtimali bulunmaktadır. Bununla birlikte

anket sonuçlarını etkileyen sosyal ve kültürel faktörlerde yorum yapmayı zorlaştıran diğer faktörler olarak ele alınabilmektedir. Örneğin, Japonya ve Kore’de gerçekleştirilen uygulama sonucu yanlılıklar rapor edilmiştir. Buna ek olarak genellikle yaşlı insanların gençlerden daha sık sağlıklarının kötü oldukları bildirildiğinden, yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu ülkelerde sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin oranının da düşük olması muhtemeldir. Bu sınırlamalar göz önünde bulundurularak yapılan sağlık algısı değerlendirmelerinin sonucunda; neredeyse tüm OECD ülkelerinde yetişkinlerin çoğunun sağlık durumunun iyi algılandığı tespit edilmiştir. Yeni Zelanda, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya’da yaşayan bireylerin %85’inden fazlası sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmişlerdir. Ancak bu dört ülkede katılımcılara sunulan yanıt kategorilerinin Avrupa, Asya ve OECD ülkelerinden farklı olmaları nedeniyle yukarı yönlü yanlılığa sebep olabileceği yapılan bir diğer değerlendirme olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu değerlendirme göz önüne alınarak, OECD ülkeleri genelinde yetişkin bireylerin ortalama %68’inin sağlıklarını iyi olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Türkiye’de ise bu ortalama %66 olarak bulgulanmıştır (OECD, 2017).

Öte yandan Japonya, Kore, Letonya ve Portekiz’de yaşayan yetişkinlerin yarısından azı sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmektedir. Bu oran, yetişkin bireylerin %60’ından daha azının kendilerini sağlıklı olarak değerlendirdiği Estonya, Macaristan, Polonya ve Şili’ye göre nispeten düşük bir oran olarak değerlendirilmektedir. Potansiyel olarak net bir ayrımın sağlık durumlarını kötü olarak değerlendiren yetişkinler üzerinden yapılması olanaklıdır. Bu değerlendirme göz önüne alınarak, OECD ülkeleri genelinde yetişkin bireylerin ortalama %9’unun sağlıklarını kötü olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Türkiye’de bu oran %12 olarak bulgulanmıştır. Portekiz, Kore, Letonya, İsrail, Macaristan ve Estonya’nın bu değerlendirmeden aldıkları pay ise %15’in üzerinde bulgulanmıştır (OECD, 2017).

Yeni Zelanda hariç tüm OECD ülkelerinde erkeklerin sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmeye kadınlardan daha fazla yatkın oldukları tespit edilmiştir. (OECD, 2017). Benzer şekilde Pakistan’da yapılan araştırma sonucunda kadınların erkeklere göre sağlıklarını daha kötü algıladıkları bulgulanmıştır (Ahmad vd., 2005). Avrupalı bireyler üzerinde yapılan başka bir araştırma sonucunda da erkeklerin kadınlara göre sağlıklarını daha iyi algılama eğilimine sahip oldukları tespit edilmiştir

(Eurostat, 2018). Kanada ve Avustralya’da ise bu oran neredeyse eşit olarak karşımıza çıkmaktadır. Beklenildiği üzere insanların kendi sağlıklarına ilişkin değerlendirmeleri yaşları ile birlikte düşme eğilimi göstermektedir. Birçok ülkede 45 yaş ve üzeri bireylerin sağlıklarını değerlendirme oranlarında belirgin bir düşüş gözlenmekle birlikte bu oran 65 yaş üzeri bireylerde daha çok düşme eğilimi göstermektedir (OECD, 2017). Buna göre sağlık algısı yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin yanı sıra kişinin yaşam tarzından da (sigara kullanımı, fiziksel egzersiz alışkanlığı vb.) önemli ölçüde etkilenmektedir. Buna ek olarak, istihdam durumu, meslek, eğitim durumu ve hatta gelir düzeyi sağlık algısını etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Noguchi vd., 2015; Fernandez Martinez vd., 2012; Pampalon vd., 1999).

Farklı sosyo-ekonomik gruplar arasında sağlık durumu değerlendirmelerinde büyük ölçüde farklılıklar tespit edilmiştir. Fark değişse de tüm ülkelerde daha düşük gelir düzeyine sahip olan bireyler, daha yüksek gelir düzeyine sahip bireylere oranla sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendirme eğilimindedir. OECD ülkeleri genelinde ortalama olarak en yüksek gelir grubundaki bireylerin %80’i sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirirken, bu oran en düşük gelir grubundaki bireylerde %60’ın biraz altında tespit edilmiştir. Bu eşitsizlikler yaşam ve çalışma koşullarındaki farklılıkların yanı sıra sigara ve diğer risk faktörlerindeki farklılıklarla açıklanabilir. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin finansal veya başka nedenlerle belirli sağlık hizmetlerine erişimlerinin sınırlı olduğu düşünülmektedir. Kötü sağlık durumunun daha düşük istihdama ve daha düşük gelire neden olması ile ters bir nedensel bağlantı kurmakta mümkün olmaktadır (OECD, 2017).

Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde düşük sağlık algısına sahip olan bireylerin yüksek sağlık riskleri ile karşı karşıya kaldıkları sonucuna ulaşılmaktadır (Goodwin ve Engstrom, 2002). Özellikle dezavantajlı gruplar arasında halk sağlığı ve hastalıkların önlenmesine daha fazla önem verilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, genel olarak nüfusun sağlık durumunda daha fazla iyileşmeye ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunabilir (OECD, 2017).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisi

Günümüzde sağlık hizmetleri sektörü ileri teknolojik gelişmelerin yaşandığı karmaşık bir noktada konumlanmıştır. Hastaların rolü tüketici ve birey olarak iç içe geçmiş durumdadır. Böyle dinamik bir sistemde yer alan bireyin işlevsel olarak sağlık okuryazarlığına ilişkin düzey ve becerileri de önem kazanmaktadır. Bu noktada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilerek sistem içerisinde güçlendirilmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi noktasında sağlık okuryazarlığının yanı sıra sağlığa ilişkin inanç ve algıların önemli motivasyon kaynakları olduğu ifade edilmektedir. Bu motivasyon kaynakları aynı zamanda bilimsel araştırmalara konu olmaktadır. İlgili literatüre göre fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlığa ilişkin olumlu tutum artırılarak toplumdaki sağlık eşitsizlikleri azaltılabilmektedir (Erdoğan ve Araman, 2017).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin varlığı ortaya çıkmaktadır (Wagner, 2007; Jovic-Vranes, 2010; Cho, 2008; Kim ve Lee, 2008; Say Şahin vd., 2017; Nasrin vd., 2019; Yulu, 2020; Kırac, 2019; Doğan ve Çetinkaya, 2019; Chang, 2010; Furuya vd., 2013; Van der Heide vd., 2013; Gül, 2018; Ekti, 2020; Deniz ve Oğuzöncül, 2020; HLS-AB Konsorsiyumu, 2012; Durmaz vd., 2020; Yiğitalp vd., 2021). Wagner vd. (2007)'nin işlevsel sağlık okuryazarlığı ve sağlığı geliştirici davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 18-90 yaş aralığındaki bireyler üzerinde gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık algılarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Jovic-Vranes vd. (2010) tarafından hastalar üzerinde fonksiyonel sağlık okuryazarlığının incelendiği çalışma sonucunda sağlık algısı yüksek olan hastaların sağlık okuryazarlıklarının da yüksek olduğu bulgulanmıştır. Cho vd. (2008) tarafından yaşlı hastalar üzerinde sağlık okuryazarlığının sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımına etkisini incelenmesi amacıyla yapılan benzer çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olanların sağlık algılarının da düşük olduğu, bunun da sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Yine örneklem grubunu yaşlı bireylerin oluşturduğu Kim ve Lee (2008) tarafından fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda düşük

sağlık okuryazarlığına sahip olanların aynı zamanda sağlık algılarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Say Şahin vd. (2017)'nin sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda ise sağlık okuryazarlığı alt boyutları ile sağlık algısı alt boyutları arasında düşük ve orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Nasrin vd. (2019) tarafından sağlık okuryazarlığı ve sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yaşlı bakım merkezinde bulunan yaşlı bireyler üzerinde yapılan çalışmanın sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile eğitim düzeyi arasında; sağlık durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yulu (2020) tarafından ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla, lise öğrencileri üzerinde yapılan araştırma sonucunda ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttıkça sağlık tutumu, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı tespit edilmiştir. Kırac (2019) tarafından sağlık arama davranışını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yetişkinler üzerinde yapılan araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık algısının da arttığı; sağlık algısı arttığında ise öz yeterliliğin arttığı tespit edilmiştir. Doğan ve Çetinkaya (2019) tarafından akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkisinin incelenmesi amacıyla akademisyenler üzerinde yapılan araştırma sonucunda sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Chang (2010)'ın sağlık okuryazarlığı, algılanan sağlık durumu ve sağlığı geliştirici davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla adolesanlar üzerinde yaptığı çalışma sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı ile olan ilişkisini ortaya koyan benzer çalışmalardan biri olmuştur. Furuya vd. (2013) tarafından Japonya'da sağlık okuryazarlığı, sosyo-ekonomik durum ve algılanan sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda bireylerin demografik ve sosyo-ekonomik durumlarından bağımsız olarak, algılanan sağlık ve sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Van der Heide vd. (2013) tarafından Alman yetişkin bireylerin üzerinde sağlık okuryazarlığının eğitim ve algılanan sağlık durumu arasındaki ilişkisinin incelenmesine yönelik olarak yapılan

Çalışma sonucunda da algılanan sağlık ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olduğu bulgulanmıştır.

Gül (2018) tarafından yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla aile sağlığı merkezine kayıtlı 30-60 yaş grubu bireyler üzerinde yapılan çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile yeme davranışı ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan pozitif doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır. Ekti Alagöz (2020) tarafından aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla, aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş arası bireyler üzerinde yapılan çalışmanın sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı ile pozitif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Deniz ve Oğuzöncül (2020) tarafından yapılan çalışmada da iki değişken arasındaki ilişki benzer şekilde tespit edilmiştir. Avrupa sağlık okuryazarlığı (HLS-AB Konsorsiyumu, 2012) araştırmasında da kişisel sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişkinin olduğu raporlanmıştır. Durmaz vd. (2020) tarafından mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında pozitif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır. Yiğitalp vd. (2021) tarafından sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan örneklem grubunu Mardin’de yaşayan farklı etnik gruplardan (Türk, Arap, Kürt, Süryani kökenli) oluşan 18-65 yaş arası 600 bireyin oluşturduğu çalışma sonucunda ise sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık algısı arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir.

Literatürde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalar bulunmakta ve iki değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadırlar. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı değerlendirilirken sahip olunan sağlık algıları ve bu algıyı etkileyen faktörler üzerinde odaklanmak önem kazanmaktadır (Say şahin vd., 2017).

3. YÖNTEM

Bölüm kapsamında araştırma modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analiz yöntemi, araştırmanın sınırlılıkları ile ilgili bilgiler sunulmuştur.

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisini belirlemek üzere kesitsel tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Böylelikle sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı olgularının belirli bir yerde (Muğla'da) ve belirli bir andaki (22.4.2021-8.9.2021) durumu ortaya konulmuştur. Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H_1 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık algısı düzeyleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki vardır.

H_2 : Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeyi genel sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

H_3 : Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi genel sağlık algısı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

H_4 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H_5 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_6 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_7 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_8 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en uzun süre yaşadıkları yere göre farklılık göstermektedir.

H_9 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri unvanlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{10} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri görev yaptıkları birim türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{11} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri hizmet sürelerine göre farklılık göstermektedir.

H_{12} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{13} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık güvencelerine göre farklılık göstermektedir.

H_{14} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri çocuk sayılarına göre farklılık göstermektedir.

H_{15} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalıklarının olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{16} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ailelerinde kronik hastalığa sahip olan birey olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{17} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları yere göre farklılık göstermektedir.

H_{18} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri son 1 yılda kendileri için hastaneye/muayenehaneye/aile sağlık merkezine gitme durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{19} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en çok hangi durumlarda hekime gittiklerine göre farklılık göstermektedir.

H_{20} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumu türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{21} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumunu tercih etme nedenlerine göre farklılık göstermektedir.

H_{22} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak sağlık durumlarını değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.

H_{23} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.

H_{24} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.

H_{25} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H_{26} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{27} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{28} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{29} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en uzun süre yaşadıkları yere göre farklılık göstermektedir.

H_{30} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri unvanlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{31} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri görev yaptıkları birim türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{32} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri hizmet sürelerine göre farklılık göstermektedir.

H_{33} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{34} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri sağlık güvencelerine göre farklılık göstermektedir.

H_{35} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri çocuk sayılarına göre farklılık göstermektedir.

H_{36} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalıklarının olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{37} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri ailelerinde kronik hastalığa sahip olan birey olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.

H_{38} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları yere göre farklılık göstermektedir.

H_{39} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri son 1 yılda kendileri için hastaneye/muayenehaneye/aile sağlık merkezine gitme durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_{40} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en çok hangi durumlarda hekime gittiklerine göre farklılık göstermektedir.

H_{41} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumu türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{42} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumunu tercih etme nedenlerine göre farklılık göstermektedir.

H_{43} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak sağlık durumlarını değerlendirme düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H_{44} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirme düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H_{45} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeyine göre farklılık göstermektedir.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde görev yapmakta olan üniversite personeli oluşturmaktadır. Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi güncel verilerine göre Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde görev yapmakta olan öğretim elemanı sayısı 1691 olarak raporlanmıştır (YÖK İstatistik, Erişim Tarihi: 12.10.2020). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde görev yapmakta olan idari personel sayısı ise 1198 olarak raporlanmıştır (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Faaliyet Raporu, 2019).

Evreni oluşturan üniversite personeli sayısı toplam 2889 olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü Formül 1’de verilen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılarak hesaplanmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

Formül 1. Evrendeki eleman sayısı bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyine, t tablosuna göre bulunan teorik değer

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır.

$$n = \frac{2889 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2 \cdot (2888) + (1.96)^2 \cdot (0.5 \times 0.5)} = 339$$

% 95 güvenirlik seviyesinde ulaşılması gereken örneklem sayısı 339 olarak hesaplanmıştır. Örneklem belirlenmesinde basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Toplam 372 anket formu analiz için değerlendirilmek üzere araştırmada kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın veri toplama araçları Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeğidir.

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Bu formda katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir. Bunlar: cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, unvan, görev yapılan birim, hizmet süresi, gelir durumu, sağlık güvencesi, çocuk sayısı, kronik hastalık mevcudiyeti, ailede kronik hastalığa sahip bireyin mevcudiyeti, sağlık ile ilgili bilgilerin en çok alındığı yer, son 1 yılda sağlık kurumuna olan başvuru sıklığı, hekime en çok gidilme durumu, en sık başvurulanan sağlık kurumu, en sık başvurulanan sağlık kurumunun tercih edilme sebebi, genel olarak sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilme düzeyi ile genel olarak alınan sağlık hizmetinin değerlendirilme düzeyidir.

3.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sørensen tarafından geliştirilen 47 maddelik HLS-EU (Health Literacy Survey in Europe) formu daha sonra Toçi, Bruzari ve Sorenson'ın birlikte tekrar çalışarak sadeleştirdikleri Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne (Health Literacy Index) dönüştürülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayık Temel ve Aras (2017) tarafından yapılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır:

- Bilgiye erişim, beş madde (1.-5. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir.
- Bilgileri anlama, yedi madde içermektedir (6.-12. maddeler) ve bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'dir.
- Değer biçme/Değerlendirme, alt ölçeği sekiz madde içermektedir (13.-20. maddeler) ve bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40'tır.
- Uygulama/ Kullanma alt ölçeği de beş madde (21.-25. maddeler) içermekte olup, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'tir.

Tüm ölçek için minimum puan 25 ve maksimum puan 125'tir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz

zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız” şeklinde Likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Özgün ölçeğin standart sapması 0,95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir. Aracın uygulanma süresi ortalama 5-10 dakikadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Bayık Temel ve Aras, 2017). Bununla birlikte Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini Türkçeye uyarlayan araştırmacılardan izinler e-posta aracılığıyla alınmıştır (Ek 3).

3.3.3. Sağlık Algısı Ölçeği

Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş olan “Sağlık Algısı Ölçeği” orijinal dili İngilizce olan beşli Likert tipi bir ölçektir. Türkçe güvenirlik ve geçerliği Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek 15 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. 1, 5, 9, 10, 11 ve 14 maddeler olumlu ifadeler, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13 ve 15 maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “Çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “Katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’tir. Ölçeğin, “Kontrol Merkezi”, “Öz Farkındalık”, “Kesinlik” ve “Sağlığın Önemi” alt başlıklı dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin;

- 2, 3, 4, 12, 13 maddeleri “Kontrol merkezi” boyutuna,
- 6, 7, 8, 15 maddeleri “Kesinlik” boyutuna,
- 1, 9, 11 maddeleri “Sağlığın Önemi” boyutuna ve
- 5, 10, 14 maddeleri “Öz farkındalık” boyutuna ait bilgi vermektedir.

Ölçeğin orijinali için alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri; Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın Önemi 0,82 olarak

bulgulanmıştır (Kadioğlu ve Yıldız, 2012). Bununla birlikte Sağlık Algısı Ölçeğini Türkçeye uyarlayan araştırmacılardan izinler e-posta aracılığıyla alınmıştır (Ek 3).

3.4. Deneysel Kurgu

Araştırma betimsel desenli bir durum tespiti çalışmasıdır. Bu doğrultuda herhangi bir deneysel kurgu oluşturulmamıştır.

3.5. Veri Toplama Süreci

Soru formları online formatta (Google Forms) hazırlanmış olup, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde görev yapmakta olan üniversite personeline 22.04.2021-08.09.2021 tarihleri arasında e-postaları aracılığıyla gönderilmiştir. Araştırmaya üniversitede görev yapmakta olan personelden anketlere tam cevap veren 372 üniversite personeli katılmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırma kapsamında 372 katılımcıdan elde edilen verilerin doğrulanması amacıyla LISREL 8.7 programı aracılığıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına SPSS 24.0 programı kullanılarak yapılan analizler ile ulaşılmıştır. Üniversite personelinin sosyo-demografik dağılımlarının tespit edilmesi amacıyla frekans ve yüzde analizi, ölçeklerden elde edilen maddelere ilişkin katılım düzeylerinin belirlenmesi için betimsel istatistikler gerçekleştirilmiştir. Hipotezlere ilişkin analiz sonuçlarının tespit edilmesi için ilk olarak merkezi eğilim ölçümleri aracılığıyla verilerin dağılımı incelenmiştir. Verilerin dağılımlarının normal çıkması neticesinde farklılık hipotezlerinin sınanması amacıyla t-testi ve Anova testi kullanılmıştır. Hipotezlere ilişkin değişkenler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin tespit edilmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerinin saptanması amacıyla ise çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Verilerin düzenlenmesi aşamasında yaş değişkeni “18-23 yaş”, “24-29 yaş” ile “30-35 yaş” grupları birleştirilerek; “35 yaş ve altı”, “54-59 yaş” ile “60-65 yaş” grupları birleştirilerek “54 yaş ve üzeri” şeklinde düzenlenerek kategorize edilmiştir.

Böylelikle yaş değişkeni; “35 yaş ve altı”, “36-41 yaş”, “42-47 yaş”, “48-53 yaş” ve “54 yaş ve üzeri” olmak üzere 5 kategoride incelenmiştir. Unvan değişkeni akademik unvan grupları birleştirilerek; “öğretim elemanı”, idari personele ait unvan grupları birleştirilerek “idari personel” olarak kategorize edilmiştir. Görev yapılan birim türleri ise “fakülte”, “meslek yüksekokulu”, “rektörlüğe bağlı idari birimler” dışında kalan gruplar “diğer” birimler olarak ele alınmıştır. En çok ulaşılan sağlık kaynağı değişkeni ise analize alınırken “eş, dost, tanıdık” ve “televizyon” grupları birleştirilerek “diğer” şeklinde kategorize edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun 30.12.2020 tarihi ve 53 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 1). Araştırmanın Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde yapılabilmesi için kurumdan gerekli izinler alınmıştır (Ek 2).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma bir kamu üniversitesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulguları katılımcıların cevapları ile sınırlıdır. Dolayısıyla topluma genelleme yapılamaz. Araştırmada sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayık Temel ve Aras (2017) tarafından yapılan “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” kullanılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılan “Sağlık Algısı” ölçeği ise sağlık algısının değerlendirilmesi amacıyla araştırmada kullanılan bir diğer ölçektir. Böylelikle araştırmada iki ölçek kullanılmıştır. Dolayısıyla bu ölçekler aracılığıyla cevaplara ulaşılmıştır. Başka çalışmalarda farklı ölçeklerle farklı sonuçlara ulaşılabilir. Bu nedenle elde edilen bulgular bu anlamda sınırlılık taşımaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırma sonucunda elde edilen bulgular sunulmuştur.

4.1. Üniversite Personelinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4. 1. Üniversite Personelinin Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Grup	n	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	164	44.1
	Erkek	208	55.9
Medeni Durum	Evli	264	71.0
	Bekâr	108	29.0
Yaş	35 yaş ve altı	83	22.3
	36-41 yaş	105	28.2
	42-47 yaş	84	22.6
	48-53 yaş	60	16.1
	54 yaş ve üzeri	40	10.8
Eğitim Durumu	Ön Lisans	22	5.9
	Lisans	104	28.0
	Yüksek Lisans	74	19.9
	Doktora	172	46.2
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Belde/Köy	22	5.9
	İlçe	70	18.8
	İl Merkezi	280	75.3
Gelir Durumu	Gelir gıderden az	90	24.2
	Gelir gıdere eşit	167	44.9
	Gelir gıderden fazla	115	30.9
Çocuk Sayısı	Hayır	122	32.8
	1 çocuk	110	29.6
	2 çocuk	116	31.2
	3 çocuk ve üzeri	24	6.5
Toplam		372	100.0

Tablo 4.1'de verilen üniversite personelinin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; %44.1'inin kadın, %55.9'unun erkek olduğu, medeni durumları incelendiğinde; %71.0'ının evli, %29.0'ının bekâr olduğu, yaş dağılımlarına bakıldığında ise; %22.3'ünün 35 yaş ve altı, %28.2'sinin 36-41 yaş, %22.6'sının 42-47 yaş, %16.1'inin 48-53 yaş ve %10.8'inin ise 54 yaş ve üzeri aralıkta yer aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %5.9'unun ön lisans, %28.0'ının lisans, %19.9'unun yüksek lisans ve %46.2'sinin ise doktora mezunu olduğu görülmektedir. En uzun süre yaşanılan yere göre dağılımları

incelendiğinde ise %5.9'unun beldede/köyde, %18.8'inin ilçede ve %75.3'ünün de ilde yaşadığı tespit edilmiştir. Gelir durumlarını değerlendirme düzeylerine göre bakıldığında; %24.2'sinin gelirini giderinden az değerlendirdiği, %44.9'unun gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği, %30.9'unun ise gelirini giderinden fazla olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Katılımcıların %32.8'inin hiç çocuğu olmadığı belirlenirken, %29.6'sının 1, %31.2'sinin 2, %6.5'inin ise 3 çocuk ve üzerinde çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 2. Üniversite Personelinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları

Mesleki Özellikler	Grup	n	Yüzde(%)
Unvan	Öğretim elemanı	228	61.3
	İdari personel	144	38.7
Görev Yapılan Birim	Fakülte	192	51.6
	Meslek yüksekokul	57	15.3
	Rektörlüğe bağlı idari birim	69	18.5
	Diğer	54	14.5
Hizmet Süresi	0-5 yıl	39	10.5
	6-10 yıl	95	25.5
	11-15 yıl	68	18.3
	16-20 yıl	50	13.4
	21 yıl üzeri	120	32.3
Toplam		372	100.0

Tablo 4.2'de verilen üniversite personelinin mesleki özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %61.3'ünün öğretim elemanı, %38.7'sinin ise idari personel olarak görev yaptıkları, birimleri bazında dağılımları incelendiğinde; %51.6'sının fakülte, %15.3'ünün yüksekokul, %18.5'inin rektörlüğe bağlı idari birim ve %14.5'inin diğer birimlerde görev yaptıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların hizmet sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %10.5'inin 0-5 yıl, %25.5'inin 6-10 yıl, %18.3'ünün 11-15 yıl, %13.4'ünün 16-20 yıl, %32.3'ünün ise 21 yıl ve üzeri aralıkta yer aldığı görülmektedir.

Tablo 4. 3. Üniversite Personelinin Sağlık Hizmetlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Özellikleri	Grup	n	Yüzde(%)
Sağlık Güvencesi	Genel Sağlık Sigortası	338	90.9
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	9.1
Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Hastalığın Varlığı	Evet	111	29.8
	Hayır	261	70.2
Ailede Kronik Hastalığa Sahip Bireyin Varlığı	Evet	201	54.0
	Hayır	171	46.0
Sağlıkla İlgili Bilgi Alınan Kaynak	İnternet/Sosyal Medya	129	34.7
	Sağlık Kurumları	208	55.9
	Diğer	35	9.4
1 Yılda Sağlık Merkezine Gitme Sıklığı	Hiç gitmedim	43	11.6
	1-2 kere	161	43.3
	3-4 kere	106	28.5
	5-10 kereden fazla	62	16.7
Hekime En Çok Gidilme Sebebi	Düzenli/yıllık kontrol	66	17.7
	Kendimi hasta hissettiğimde	127	34.1
	Hastalığı kendim iyileştiremediğimde	63	16.9
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde	87	23.4
	Şiddetli ağrı durumunda	29	7.8
En Sık Gidilen Sağlık Kurumu	Aile sağlığı merkezleri	91	24.5
	Devlet hastaneleri	56	15.1
	Özel hastane/muayenehane	51	13.7
	Üniversite (Eğitim/Araştırma) hastaneleri	174	46.8
En Sık Gidilen Sağlık Kurumunun Tercih Edilme Sebebi	Erişim Kolaylığı	211	56.7
	Hizmet Kalitesi	112	30.1
	Diğer	49	13.2
Sağlık Durumu Değerlendirme Düzeyi	Orta	79	21.2
	İyi	250	67.2
	Çok iyi	43	11.6
Yaşam Kalitesi Değerlendirme Düzeyi	Orta	126	33.9
	İyi	202	54.3
	Çok iyi	44	11.8
Sağlık Hizmeti Değerlendirme Düzeyi	Kötü	22	5.9
	Orta	137	36.8
	İyi	192	51.6
	Çok iyi	21	5.6
Toplam		372	100.0

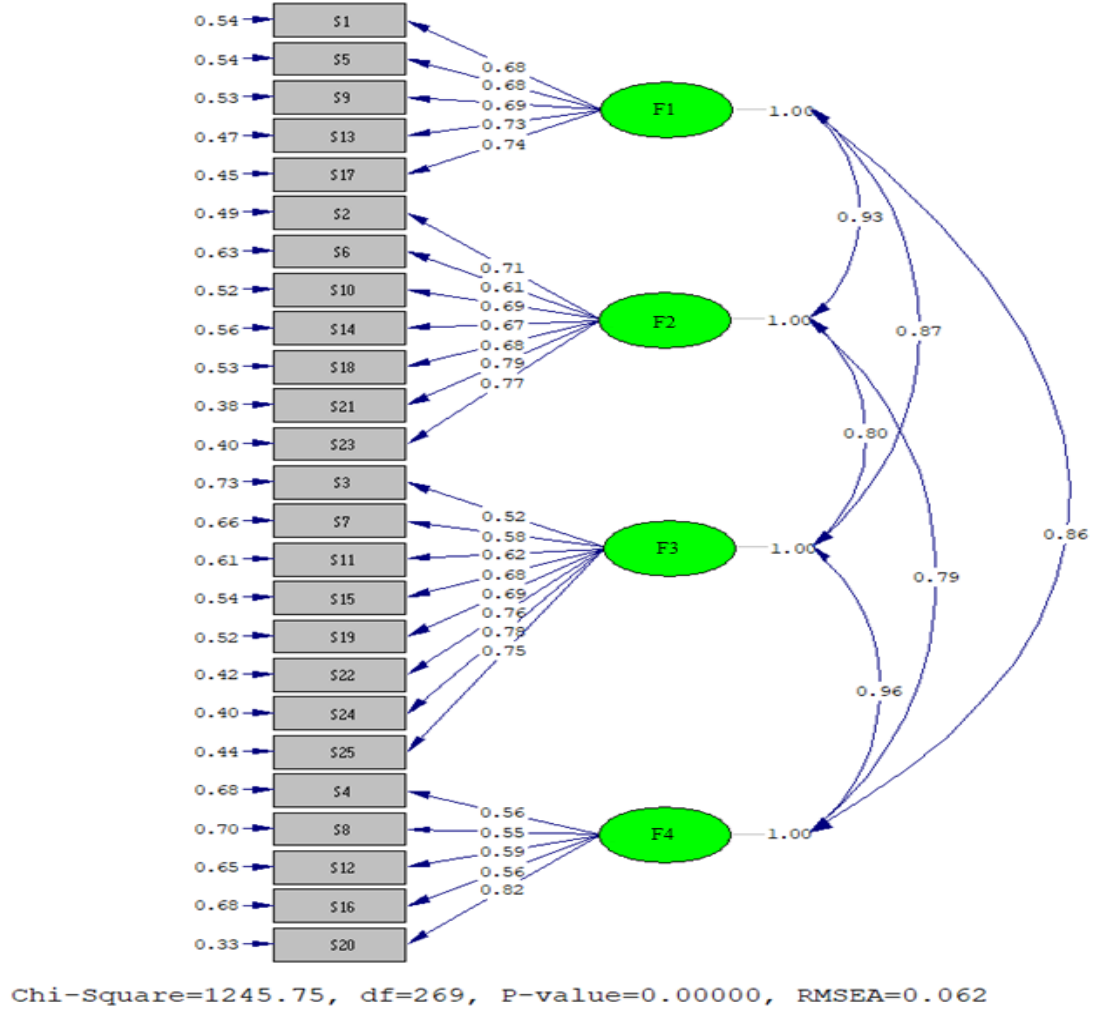
Tablo 4.3'te verilen üniversite personelinin sağlık hizmetlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %90.9'unun genel sağlık sigortası, %9.1'inin ise genel sağlık sigortasının yanı sıra özel sigortası olduğu görülmektedir. %29.8'inin sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olduğu, %70.2'sinin ise olmadığı, ailelerinde kronik hastalığa sahip bireyin varlığı noktasında incelendiğinde; %54.0'ının ailesinde kronik hastalığa sahip bireyin olduğu görülürken %46.0'ının olmadığı görülmektedir. Katılımcıların sağlıkla ilgili en çok bilgi aldıkları kaynağa göre dağılımları incelendiğinde; %34.7'sinin sağlıkla ilgili bilgiye en çok internet/sosyal medya aracılığıyla, %55.9'unun sağlık kurumları aracılığıyla ve %9.4'ünün de diğer kaynaklar aracılığıyla ulaştıkları belirlenmiştir. Son 1 yılda kaç kere sağlık kurumuna

başvurulduğu incelendiğinde; %11.6'sının hiç başvurmadığı, %43.3'ünün 1-2 kere, %28.5'inin 3-4 kere ve %16.7'sinin ise 5-10 kereden daha fazla sağlık merkezine başvurduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %17.7'sinin en çok düzenli/yıllık kontrol durumunda, %16.9'unun hastalığı kendi iyileştiremediği durumunda, %23.4'ünün herhangi bir hastalıktan şüphelendiği zaman, %34.1'inin kendisini hasta hissettiği zaman ve %7.8'inin ise şiddetli ağrı durumunda hekime gittiği belirlenmiştir. Katılımcıların en sık gidilen sağlık kuruluşuna göre dağılımları incelendiğinde; %24.5'inin aile sağlık merkezlerine, %15.1'inin devlet hastanelerine, %13.7'sinin özel hastane ve muayenahanelere, %46.8'inin ise üniversite hastanelerine gittiği belirlenmiştir. En sık gidilen sağlık kurumunun tercih sebeplerine göre dağılımları incelendiğinde; %56.7'sinin erişim kolaylığı, %30.1'inin hizmet kalitesi, %13.2'sinin ise diğer sebeplerden dolayı tercih yaptıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %21.2'sinin sağlık durumunu orta, %67.2'sinin iyi, %11.6'sının ise çok iyi düzeyde değerlendirdikleri tespit edilmiştir. %33.9'unun yaşam kalitesini orta, %54.3'ünün iyi %11.8'inin ise çok iyi düzeyde değerlendikleri belirlenmiştir. %5.9'unun aldığı sağlık hizmetini kötü, %36.8'inin orta, %51.6'sının iyi, %5.6'sının ise çok iyi düzeyde değerlendirdikleri belirlenmiştir.

4.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçeklere ait doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçları ve Cronbach Alpha değerleri verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğine yapılan DFA analizine ait standardize edilmiş beta kat sayıları Şekil 4.1 ve Tablo 4.4'te verilmiştir.



Şekil 4. 1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı

Şekil 4.1 incelendiğinde; katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait DFA sonuçlarına göre, ilk aşamada uyum kriterlerinin istenilen seviyede çıkması nedeniyle maddeler arasında modifikasyon yapılmasına gerek duyulmamıştır. Ölçeğin faktör yüklerine ait istatistikler Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4. 4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Standardize Edilmiş Beta Katsayıları, R², Hata ve T Değerleri

Faktör	Madde No	Standardize Edilmiş Faktör Yüğü	R ²	Hata	t
Bilgiye Erişim (F1)	S1	0.68	0.46	0.54	15.29
	S5	0.68	0.46	0.54	15.40
	S9	0.69	0.47	0.53	15.65
	S13	0.73	0.53	0.47	17.14
	S17	0.74	0.55	0.45	17.64
Bilgileri Anlama (F2)	S2	0.71	0.51	0.49	16.22
	S6	0.61	0.37	0.63	15.79
	S10	0.69	0.48	0.52	16.17
	S14	0.67	0.44	0.56	15.18
	S18	0.68	0.47	0.53	15.79
	S21	0.79	0.62	0.38	20.02
	S23	0.77	0.60	0.40	19.52
Değer Biçme (F3)	S3	0.52	0.27	0.73	10.60
	S7	0.58	0.34	0.66	12.13
	S11	0.62	0.39	0.61	13.30
	S15	0.68	0.46	0.54	14.97
	S19	0.69	0.48	0.52	15.43
	S22	0.76	0.58	0.42	17.81
	S24	0.79	0.60	0.40	18.51
	S25	0.75	0.56	0.44	17.30
Uygulama/Kullanma (F4)	S4	0.56	0.32	0.68	11.54
	S8	0.55	0.30	0.70	11.14
	S12	0.59	0.35	0.65	12.26
	S16	0.56	0.32	0.68	11.55
	S20	0.82	0.67	0.33	19.68
p<0.01**					

Tablo 4.4'e göre; analiz sonucu ölçeğe ait maddelerin faktör yüklerinin 0.52–0.82 değerleri arasında yer aldığı görülmektedir. Faktör yüklerinin 0.30'un altında olmaması dolayısıyla değerlerin kabul edilebilir değerler olduğu belirlenmiştir (Harrington, 2009; aktaran Çapık, 2014). Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel anlamlılık düzeyinin ifadesi olan t değerlerinin 1.96'dan büyük olması 0.05 düzeyinde; 2.58'den büyük olması ise 0.01 düzeyinde anlamlı olduğunu göstermektedir (Jöreskog ve Sörbom, 1993; Kline, 2011). Buna göre analizden elde edilen t değerlerinin 2.58'den büyük olmasıyla t değerlerinin tamamının 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucu oluşturulan modelin kabul edilebilirliği uyum kriterleri ile karşılaştırılarak belirlenmektedir. Schermelleh-Engel ve Moosbrugger (2003)'e göre kabul edilebilir ve mükemmel uyum kriterleri ile birlikte sağlık okuryazarlığı ölçeği uyum kriterleri bulguları Tablo 4.5' te verilmiştir.

Tablo 4. 5. Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum Kriterleri Sınırlılıkları ve Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinden elde edilen uyum değeri	Uyum derecesi
χ^2/sd	≤ 3	≤ 5	4.866	Kabul edilebilir
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	0.062	Kabul edilebilir
RMR	$0 \leq RMR < 0.05$	$0.05 \leq RMR \leq 0.10$	0.066	Kabul edilebilir
SRMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0.059	Kabul edilebilir
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.90	Kabul edilebilir
NNFI	$0.95 \leq NNFI \leq 1$	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$	0.93	Kabul edilebilir
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0.93	Kabul edilebilir
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0.91	Kabul edilebilir
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0.88	Kabul edilebilir

Ölçeğin kabul görmesi için elde edilen uyum iyiliği kriterlerinin en az kabul edilebilir sınırlar arasında olması gerekmektedir. Tablo 4.5'te verilen DFA sonucu elde edilen uyum kriterleri değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri olan χ^2 değerinin df değerine olan oranının 4.866 ile kabul edilebilir uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0.062 ile yine kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir. CFI değerinin 0.93 ile kabul edilebilir, GFI değerinin 0.91 ile kabul edilebilir, AGFI değerinin 0.88 ile kabul edilebilir uyum, NNFI değerinin 0.93 ile kabul edilebilir, NFI değerinin 0.90 ile kabul edilebilir, RMR değerinin 0.066 ile kabul edilebilir ve SRMR değerinin 0.059 ile kabul edilebilir uyumda olduğu belirlenmiştir. Tüm bu bulgular ışığında açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlenmiştir.

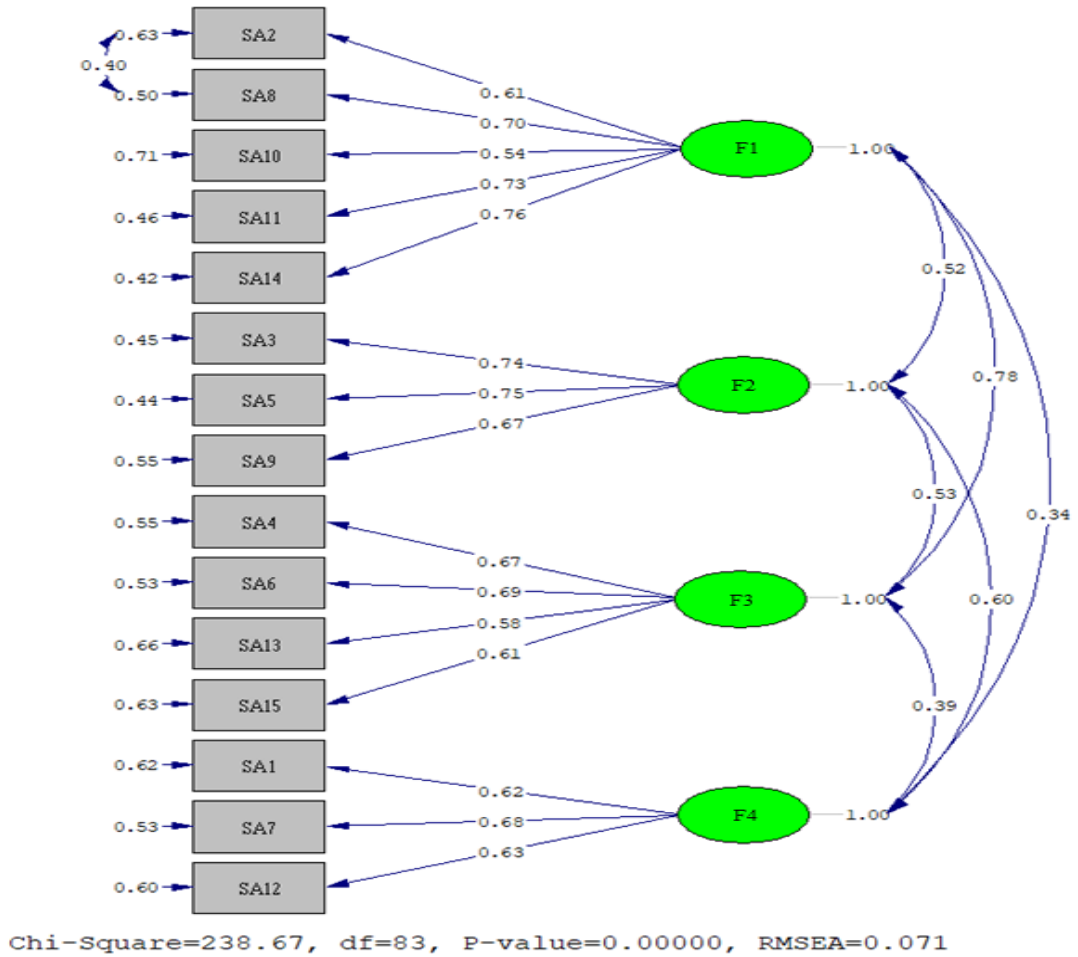
Tablo 4. 6. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Boyutlarına Ait Güvenilirlik, AVE ve CR Değerleri

Faktörler	Cronbach's Alpha	AVE	$\sqrt{AVE}$	CR
Bilgiye Erişim (F1)	0.800	0.49	0.70	0.83
Bilgileri Anlama (F2)	0.770	0.50	0.71	0.87
Değer Biçme (F3)	0.837	0.46	0.68	0.87
Uygulama/Kullanma (F4)	0.714	0.39	0.63	0.75

Ölçeğin yakınsak geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçme aracı içerisinde yer alan yapıların CR (Birleşik Güvenirlik) ve AVE (Ortalama Açıklanan Varyans) değerleri hesaplanmıştır. CR değeri faktörün yapı güvenirliliği hakkında bilgi vermektedir. Ayrışım geçerliliği olarak da ifade edilen AVE değeri ise benzer iki kavramın birbirinden ne derece farklılaştığını ortaya koymaktadır. Yakınsak geçerliliğin sağlanabilmesi için AVE değerlerinin, alanyazındaki sınır değer olan 0.50'nin üzerinde

olması gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Tablo 4.6 incelendiğinde ölçeğe ilişkin alt faktörlerin AVE değerlerinin sınır değer altında olduğu görülmektedir. Ancak CR değerinin 0.60'dan yüksek olması ve her yapıya ait $\sqrt{AVE}$ değerinin yapılar arasındaki korelasyon düzeyinden yüksek olması ile yakınsak geçerliğin sağlanmış olacağı kabul edilmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Ölçek içerisindeki yapılara ilişkin AVE ve CR değerlerinin her iki kıstası da karşıladığı görüldüğünden ölçme aracının yakınsak geçerliği sağladığı düşünülmektedir. Ölçeğin tüm boyutlarının ve genel güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. (Cronbach's Alpha > 0.70).

Sağlık algısı ölçeğine yapılan DFA analizine ait standardize edilmiş beta kat sayıları Şekil 4.2 ve Tablo 4.7'de verilmiştir.



Şekil 4. 2. Sağlık Algısı Ölçeğinin DFA Sonucuna Ait Path Diyagramı

Şekil 4.2’de verilen sağlık algısı ölçeğine ait DFA sonuçlarına göre, ilk aşamada uyum kriterlerinin istenilen seviyede çıkmaması nedeniyle SA2-SA8 maddeleri arasında modifikasyon yapılmasına gerek duyulmuştur. Ölçeğin faktör yüklerine ait istatistikler Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4. 7. Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Standardize Edilmiş Beta Katsayıları, R², Hata ve T Değerleri

Faktör	Madde No	Standardize Edilmiş Faktör Yüğü	R ²	Hata	t
Kontrol Merkezi (F1)	SA2	0.61	0.37	0.63	12.05
	SA8	0.70	0.50	0.50	14.68
	SA10	0.54	0.29	0.71	13.10
	SA11	0.73	0.54	0.46	15.51
	SA14	0.76	0.58	0.42	16.42
Öz Farkındalık (F2)	SA3	0.74	0.55	0.45	15.91
	SA5	0.75	0.56	0.44	15.36
	SA9	0.67	0.45	0.55	13.40
Kesinlik (F3)	SA4	0.67	0.45	0.55	13.28
	SA6	0.69	0.47	0.53	13.78
	SA13	0.58	0.34	0.66	11.75
	SA15	0.61	0.37	0.63	11.86
Sağlığın Önemi (F4)	SA1	0.62	0.38	0.62	11.00
	SA7	0.68	0.47	0.53	11.89
	SA12	0.63	0.40	0.60	11.23

p<0.01**

Tablo 4.7’ye göre; analiz sonucu ölçeğe ait maddelerin faktör yüklerinin 0.54–0.76 değerleri arasında yer aldığı görülmektedir. Faktör yüklerinin 0.30’un altında olmaması dolayısıyla değerlerin kabul edilebilir değerler olduğu belirlenmiştir (Harrington, 2009; aktaran Çapık, 2014). Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel anlamlılık düzeyinin ifadesi olan t değerlerinin 1.96’dan büyük olması 0.05 düzeyinde; 2.58’den büyük olması ise 0.01 düzeyinde anlamlı olduğunu göstermektedir (Jöreskog ve Sörbom, 1993; Kline, 2011). Buna göre analizden elde edilen t değerlerinin 2.58’den büyük olmasıyla t değerlerinin tamamının 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucu oluşturulan modelin kabul edilebilirliği uyum kriterleri ile karşılaştırılarak belirlenmektedir. Schermelleh-Engel ve Moosbrugger (2003)’e göre kabul edilebilir ve mükemmel uyum kriterleri ile birlikte sağlık algısı ölçeği uyum kriterleri bulguları Tablo 4.8’ de verilmiştir.

Tablo 4. 8. Araştırma Kapsamında İncelenen Uyum Kriterleri Sınırlılıkları ve Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği Uyum Kriterleri Bulguları

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sağlık Algısı ölçeğinden elde edilen uyum değeri	Uyum derecesi
χ^2/sd	≤ 3	≤ 5	2.875	Mükemmel
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	0.071	Kabul edilebilir
RMR	$0 \leq RMR < 0.05$	$0.05 \leq RMR \leq 0.10$	0.072	Kabul edilebilir
SRMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0.066	Kabul edilebilir
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.90	Kabul edilebilir
NNFI	$0.95 \leq NNFI \leq 1$	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$	0.92	Kabul edilebilir
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0.92	Kabul edilebilir
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0.92	Kabul edilebilir
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0.89	Kabul edilebilir

Ölçeğin kabul görmesi için elde edilen uyum iyiliği kriterlerinin en az kabul edilebilir sınırlar arasında olması gerekmektedir. Tablo 4.8’de verilen DFA sonucu elde edilen uyum kriterleri değerleri incelendiğinde, en önemli uyum değeri olan χ^2 değerinin df değerine olan oranının 2.875 ile mükemmel uyum düzeyinde, RMSEA değerinin ise 0.071 ile yine kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir. CFI değerinin 0.92 ile kabul edilebilir, GFI değerinin 0.92 ile kabul edilebilir, AGFI değerinin 0.89 ile kabul edilebilir uyum, NNFI değerinin 0.92 ile kabul edilebilir, NFI değerinin 0.90 ile kabul edilebilir, RMR değerinin 0.072 ile kabul edilebilir ve SRMR değerinin 0.066 ile kabul edilebilir uyumda olduğu belirlenmiştir. Tüm bu bulgular ışığında açıklanan faktör yapısının doğrulandığı belirlenmiştir.

Tablo 4. 9. Sağlık Algısı Ölçeği Boyutlarına Ait Güvenilirlik, AVE ve CR Değerleri

Faktörler	Cronbach’s Alpha	AVE	$\sqrt{AVE}$	CR
Kontrol Merkezi (F1)	0.759	0.46	0.68	0.80
Öz Farkındalık (F2)	0.625	0.76	0.72	0.52
Kesinlik (F3)	0.655	0.73	0.85	0.64
Sağlığın Önemi (F4)	0.585	0.42	0.65	0.68

Ölçeğin yakınsak geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçme aracı içerisinde yer alan yapıların CR (Birleşik Güvenirlik) ve AVE (Ortalama Açıklanan Varyans) değerleri hesaplanmıştır. CR değeri faktörün yapı güvenirliliği hakkında bilgi vermektedir. Ayrışım geçerliliği olarak da ifade edilen AVE değeri ise benzer iki kavramın birbirinden ne derece farklılaştığını ortaya koymaktadır. Yakınsak geçerliliğin sağlanabilmesi için AVE değerlerinin, alanyazındaki sınır değer olan 0.50’nin üzerinde olması gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Tablo 4.9 incelendiğinde ölçeğe

ilişkin alt faktörlerin AVE değerlerinin sınır değere yakın ve bazı alt faktörlerin sınır değerlerden yüksek olduğu görülmektedir. Ancak CR değerinin 0.60'dan yüksek olması ve her yapıya ait $\sqrt{AVE}$ değerinin yapılar arasındaki korelasyon düzeyinden yüksek olması ile yakınsak geçerliğin sağlanmış olacağı kabul edilmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Ölçek içerisindeki yapılara ilişkin AVE ve CR değerlerinin her iki kıstası da karşıladığı görüldüğünden ölçme aracının yakınsak geçerliği sağladığı düşünülmektedir. Ölçeğin tüm boyutlarının ve genel güvenilirlik düzeylerinin yeterli seviyede olduğu belirlenmiştir. (Cronbach's Alpha > 0.60).

4.3. Ölçek İfadelerine İlişkin Bulgular

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı ifadelerine ilişkin madde ortalamalarının dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4. 10. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı İfadelerine İlişkin Madde Ortalamalarının Dağılımı

Boyut No	İfadeler	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
Bilgiye Erişim	1 Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	4.45	0.681	4.45	0.550
	2 Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	4.26	0.851		
	3 Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	4.62	0.668		
	4 Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	4.52	0.714		
	5 Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	4.42	0.760		
Bilgileri Anlama	6 İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	4.21	0.877	4.29	0.548
	7 Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	3.64	1.167		
	8 Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	4.34	0.893		
	9 Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	4.76	0.513		
	10 Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	3.94	1.009		
	11 Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	4.58	0.641		
	12 Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	4.60	0.621		
Değer Bıçme/Değerlendirme	13 Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	3.67	1.209	4.27	0.582
	14 Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	4.11	0.948		
	15 Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	4.11	0.858		
	16 Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	4.60	0.652		
	17 Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	4.30	0.862		
	18 Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	4.38	0.755		
	19 Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	4.45	0.727		
	20 Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	4.58	0.662		

Tablo 4. 10. (Devam) Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı İfadelerine İlişkin Madde Ortalamalarının Dağılımı

Boyut No İfadeler		$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
Uygulama/Kullanma	21 Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	4.40	0.725	4.16	0.637
	22 Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	4.33	0.882		
	23 Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	3.90	1.162		
	24 Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	3.93	1.055		
	25 Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	4.28	0.772		
Genel değerlendirme		4.29	0.525		

Tablo 4.10 incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ölçeğinde bulunan ilk 5 ifadenin; bilgiye erişim boyutunu ($\bar{x}$ =4.45), 6-12 numaralı ifadelerin; bilgileri anlama boyutunu ($\bar{x}$ =4.29), 13-20 numaralı ifadelerin değer biçme/değerlendirme boyutunu ($\bar{x}$ =4.27), 21-25 numaralı ifadelerin uygulama/kullanma boyutunu ($\bar{x}$ =4.16) içerdiği görülmektedir. Madde ortalama puanları boyutlar arasında karşılaştırıldığında bilgiye erişim boyutu ($\bar{x}$ =4.45) en yüksek ortalamaya sahipken; uygulama/kullanma boyutu en düşük boyut ($\bar{x}$ =4.16) olarak tespit edilmiştir.

Genel olarak bakıldığında ölçekte bulunan maddelere katılım düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{x}$ =4.29). Katılımcıların ölçekte yer alan ifadelere ilişkin hiç zorlanmadıkları tutumunu göstermeye yatkın oldukları ifade edilebilmektedir. Ölçekte bulunan “Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?” ifadesine en yüksek katılımın sağlandığı görülmektedir ($\bar{x}$ =4.76). Bununla birlikte katılımcıların 10, 13, 23 ve 24. ifadelere nispeten düşük katılım gösterdikleri tespit edilmiştir. Söz konusu ifadeler için az zorlandıkları tutumunu sergilemeye yatkın oldukları ifade edilebilmektedir. “Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?” ifadesine ise en düşük katılımın sağlandığı görülmektedir ($\bar{x}$ =3.64).

Üniversite personelinin sağlık algısı ifadelerine ilişkin madde ortalamalarının dağılımı ise Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4. 11. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı İfadelerine İlişkin Madde Ortalamalarının Dağılımı

Boyut	No	İfadeler	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
Kontrol Merkezi	1	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.*	3.54	1.010	3.52	0.479
	2	Sağlıklı olmak şans işidir.*	3.63	1.024		
	3	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.*	2.99	1.291		
	4	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacağsam zaten olan olur.*	3.50	1.136		
	5	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem*.	3.98	0.923		
Kesinlik	6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.*	3.47	1.136	3.29	0.801
	7	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.*	3.16	1.155		
	8	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.*	2.80	1.141		
	9	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.*	3.73	1.141		
Sağlığın Önemi	10	Sağlığımı çok düşünürüm.	3.98	0.817	3.81	0.694
	11	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	3.75	0.977		
	12	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	3.73	1.009		
Öz Farkındalık	13	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	4.08	0.792	3.60	0.704
	14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	3.20	1.017		
	15	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	3.53	0.969		
Genel değerlendirme			3.53	0.479		

*İşaretili sorular ters kodlanmıştır.

Tablo 4.11 incelendiğinde sağlık algısı ölçeğinde bulunan ilk 5 ifadenin; kontrol merkezi boyutunu ($\bar{x}$ =3.52), 6-9 numaralı ifadelerin; kesinlik boyutunu ($\bar{x}$ =3.29), 10-12 numaralı ifadelerin sağlığın önemi boyutunu ($\bar{x}$ =3.81), 13-15 numaralı ifadelerin öz farkındalık boyutunu ($\bar{x}$ =3.60) içerdiği görülmektedir. Madde ortalama puanları boyutlar arasında karşılaştırıldığında sağlığın önemi boyutu ($\bar{x}$ =3.81) en yüksek ortalamaya sahipken; kesinlik boyutu en düşük boyut ($\bar{x}$ =3.29) olarak tespit edilmiştir.

Genel olarak bakıldığında ölçekte bulunan maddelere katılım düzeylerinin orta üstü olduğu görülmektedir ($\bar{x}$ =3.53). Ölçekte bulunan “Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım” ifadesine en yüksek katılımın sağlandığı görülmektedir ($\bar{x}$ =4.08). “Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum” ifadesine ise en düşük katılımın sağlandığı görülmektedir ($\bar{x}$ =2.80).

4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları

Araştırmanın bu bölümde üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerine ait betimsel istatistikleri, sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verilmiştir. Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerine ait normallik testi sonuçları Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4. 12. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Merkezi Eğilim Ölçümleri			
	$\bar{X}$	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Bilgiye Erişim	22.26	23.00	-0.926	0.266
Bilgileri Anlama	30.08	30.00	-0.525	-0.515
Değer Biçme/Değerlendirme	34.19	35.00	-0.580	-0.430
Uygulama/Kullanma	20.84	21.00	-0.564	-0.274
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	107.37	109.00	-0.573	-0.426

Verilerin dağılımlarının incelenmesinde aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılmıştır. Tablo 4.12 incelendiğinde, medyan ile aritmetik ortalama değerlerinin birbirine yakın ya da eşit olduğu; çarpıklık ve basıklık değerlerinin ise ± 1.5 sınırları içerisinde yer aldığı görülmektedir. Sonuçlar değerlendirildiğinde elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerine ait betimsel bulgular Tablo 4.13’te sunulmuştur.

Tablo 4. 13. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular

Alt Boyutlar	$\bar{X}$	Ss	Elde Edilen En Yüksek ve En Düşük Puan (Min-Max)
Bilgiye Erişim	22.26	2.75	13-25
Bilgileri Anlama	30.08	3.84	19-35
Değer Biçme/Değerlendirme	34.19	4.66	22-40
Uygulama/Kullanma	20.84	3.19	10-25
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	107.37	13.11	71-125

Tablo 4.13'te verilen üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerine ait betimsel bulgular incelendiğinde; katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanı ($\bar{x}$ =107.37) olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğine ait alt boyut ortalamaları incelendiğinde; bilgiye erişim düzeyleri ($\bar{x}$ =22.26), bilgiyi anlama düzeyleri ($\bar{x}$ =30.08), değer biçme düzeyleri ($\bar{x}$ =34.19), uygulama/kullanma düzeyleri ($\bar{x}$ =20.84) olduğu belirlenmiştir. Genel olarak üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı puanı ve alt boyut puanları oldukça yüksek bulunmuştur.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Tablo 4. 14. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Bilgiye Erişim	Kadın	164	22.59	2.55	2.064	370	0.040*
	Erkek	208	22.00	2.88			
Bilgileri Anlama	Kadın	164	30.42	3.76	1.509	370	0.132
	Erkek	208	29.82	3.88			
Değer Biçme/ Değerlendirme	Kadın	164	34.51	4.46	1.170	370	0.243
	Erkek	208	33.94	4.80			
Uygulama/Kullanma	Kadın	164	21.13	3.05	1.576	370	0.116
	Erkek	208	20.61	3.28			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Kadın	164	108.65	12.54	1.673	370	0.095
	Erkek	208	106.36	13.49			

p<0.05*

Tablo 4.14.'e göre; üniversite personelinin bilgiye erişim düzeylerinin cinsiyetlerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. (t= 2.064; p<0.05). Kadın katılımcıların ($\bar{x}$ =22.59) bilgiye erişim düzeyleri erkek katılımcılara ($\bar{x}$ =22.00) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_4 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Tablo 4. 15. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Bilgiye Erişim	Evli	264	22.30	2.78	0.439	370	0.661
	Bekâr	108	22.16	2.68			
Bilgileri Anlama	Evli	264	30.21	3.87	1.012	370	0.312
	Bekâr	108	29.77	3.75			
Değer Bıçme/Değerlendirme	Evli	264	34.33	4.63	0.891	370	0.374
	Bekâr	108	33.85	4.73			
Uygulama/Kullanma	Evli	264	21.10	3.08	2.484	370	0.013*
	Bekâr	108	20.20	3.37			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Evli	264	107.94	13.04	1.306	370	0.192
	Bekâr	108	105.98	13.26			

p<0.05*

Tablo 4.15'e göre; üniversite personelinin uygulama/kullanma düzeylerinin medeni durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= 2.484; p<0.05). Evli olanların ($\bar{x}$ =21.10) uygulama/kullanma düzeyleri bekâr olanlara ($\bar{x}$ =20.20) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde " H_5 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir." hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.16'da sunulmuştur.

Tablo 4. 16. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaş	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Bilgiye Erişim	35 yaş ve altı	83	22.00	2.65	0.335	0.855
	36-41 yaş	105	22.37	2.77		
	42-47 yaş	84	22.17	2.94		
	48-53 yaş	60	22.42	2.73		
	54 yaş ve üzeri	40	22.43	2.61		
Bilgileri Anlama	35 yaş ve altı	83	29.72	3.59	0.315	0.868
	36-41 yaş	105	30.08	3.78		
	42-47 yaş	84	30.38	4.19		
	48-53 yaş	60	30.17	3.58		
	54 yaş ve üzeri	40	30.10	4.19		
Değer Bıçme/Değerlendirme	35 yaş ve altı	83	33.78	4.44	0.644	0.631
	36-41 yaş	105	33.87	4.64		
	42-47 yaş	84	34.43	4.90		
	48-53 yaş	60	34.83	4.47		
	54 yaş ve üzeri	40	34.40	4.95		

Tablo 4. 16. (Devam) Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaş	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Uygulama/Kullanma	35 yaş ve altı	83	20.07	3.28	2.030	0.090
	36-41 yaş	105	20.73	3.10		
	42-47 yaş	84	21.19	3.46		
	48-53 yaş	60	21.32	2.85		
	54 yaş ve üzeri	40	21.28	2.94		
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	35 yaş ve altı	83	105.58	12.75	0.681	0.606
	36-41 yaş	105	107.05	13.07		
	42-47 yaş	84	108.17	14.11		
	48-53 yaş	60	108.73	11.89		
	54 yaş ve üzeri	40	108.20	13.74		

$p>0.05$

Tablo 4.16'ya göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Bu nedenle " H_0 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir." hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.17’de sunulmuştur.

Tablo 4. 17. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Ön Lisans	22	21.73	2.98	0.528	0.664	
	Lisans	104	22.20	2.83			
	Yüksek Lisans	74	22.12	3.19			
	Doktora	172	22.41	2.47			
Bilgileri Anlama	Ön Lisans ⁽¹⁾	22	28.41	4.03	3.750	0.011*	(1-4)
	Lisans ⁽²⁾	104	29.46	3.61			
	Yüksek Lisans ⁽³⁾	74	30.08	4.27			
	Doktora ⁽⁴⁾	172	30.67	3.65			
Değer Biçme/ Değerlendirme	Ön Lisans	22	32.86	4.37	1.385	0.247	
	Lisans	104	33.90	4.40			
	Yüksek Lisans	74	33.91	5.32			
	Doktora	172	34.65	4.52			
Uygulama/ Kullanma	Ön Lisans	22	20.68	2.90	0.885	0.449	
	Lisans	104	20.80	3.04			
	Yüksek Lisans	74	20.38	3.64			
	Doktora	172	21.09	3.10			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Ön Lisans	22	103.68	12.06	1.610	0.187	
	Lisans	104	106.37	12.23			
	Yüksek Lisans	74	106.49	15.35			
	Doktora	172	108.83	12.64			

p<0.05*

Tablo 4.17’ye göre; üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin eğitim durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.750; p<0.05). Ön lisans mezunu olanların ($\bar{x}$ =28.41) bilgileri anlama düzeyleri doktora mezunu olanlara ($\bar{x}$ =30.67) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_7 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en uzun süre yaşanan yere göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4. 18. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin En Uzun Süre Yaşanılan Yere Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	En Uzun Süre Yaşanılan Yer	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Bilgiye Erişim	Belde/Köy	22	21.00	3.79	2.540	0.080
	İlçe	70	22.21	2.58		
	İl Merkezi	280	22.36	2.68		
Bilgileri Anlama	Belde/Köy	22	29.14	4.30	1.260	0.285
	İlçe	70	29.71	3.78		
	İl Merkezi	280	30.25	3.81		
Değer Bıçme/ Değerlendirme	Belde/Köy	22	33.32	5.21	1.753	0.175
	İlçe	70	33.43	4.26		
	İl Merkezi	280	34.45	4.69		
Uygulama/Kullanma	Belde/Köy	22	20.32	3.23	2.373	0.095
	İlçe	70	20.19	2.88		
	İl Merkezi	280	21.05	3.24		
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Belde/Köy	22	103.77	15.00	1.960	0.142
	İlçe	70	105.54	12.31		
	İl Merkezi	280	108.11	13.11		

p>0.05

Tablo 4.18’e göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en uzun süre yaşanan yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_3 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en uzun süre yaşadıkları yere göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin unvanlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.19’da sunulmuştur.

Tablo 4. 19. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Unvanlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Unvan	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Bilgiye Erişim	Öğretim elemanı	228	22.53	2.49	2.446	370	0.015*
	İdari personel	144	21.82	3.08			
Bilgileri Anlama	Öğretim elemanı	228	30.74	3.71	4.227	370	0.000*
	İdari personel	144	29.05	3.82			
Değer Biçme/Değerlendirme	Öğretim elemanı	228	34.68	4.52	2.582	370	0.010*
	İdari personel	144	33.41	4.78			
Uygulama/Kullanma	Öğretim elemanı	228	21.07	3.14	1.746	370	0.082
	İdari personel	144	20.48	3.25			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Öğretim elemanı	228	109.02	12.70	3.087	370	0.002*
	İdari personel	144	104.76	13.39			

p<0.05*

Tablo 4.19’a göre; üniversite personelinin bilgiye erişim düzeylerinin unvanlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t=2.446$; $p<0.05$). Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ($\bar{x}=22.53$) bilgiye erişim düzeyleri idari personele ($\bar{x}=21.82$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin unvanlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t=4.227$; $p<0.05$). Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ($\bar{x}=30.74$) bilgileri anlama düzeyleri idari personele ($\bar{x}=29.05$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin unvanlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t=2.582$; $p<0.05$). Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ($\bar{x}=34.68$) değer biçme/değerlendirme düzeyleri idari personele ($\bar{x}=33.41$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin unvanlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t=3.087$; $p<0.05$). Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ($\bar{x}=109.02$) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri idari personele ($\bar{x}=104.76$) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_9 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri unvanlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin görev yaptıkları birime göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.20’de sunulmuştur.

Tablo 4. 20. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Görev Yaptıkları Birime Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Görev Yapılan Birim	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Bilgiye Erişim	Fakülte	192	22.32	2.67	0.527	0.664
	Meslek yüksekokul	57	21.86	2.86		
	Rek. bağlı idari birim	69	22.25	2.76		
	Diğer	54	22.46	2.94		
Bilgileri Anlama	Fakülte	192	30.19	3.85	1.442	0.4230
	Meslek yüksekokul	57	29.96	4.28		
	Rek. bağlı idari birim	69	29.36	3.61		
	Diğer	54	30.76	3.50		
Değer Bıçme/ Değerlendirme	Fakülte	192	34.39	4.63	0.945	0.419
	Meslek yüksekokul	57	33.89	4.73		
	Rek. bağlı idari birim	69	33.48	4.61		
	Diğer	54	34.70	4.75		
Uygulama/Kullanma	Fakülte	192	20.86	3.21	0.278	0.841
	Meslek yüksekokul	57	20.60	3.19		
	Rek. bağlı idari birim	69	20.75	3.23		
	Diğer	54	21.13	3.11		
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Fakülte	192	107.76	12.96	0.787	0.502
	Meslek yüksekokul	57	106.32	14.31		
	Rek. bağlı idari birim	69	105.84	12.60		
	Diğer	54	109.06	13.07		

p>0.05

Tablo 4.20’ye göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin görev yaptıkları birime göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{10} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri görev yaptıkları birim türüne göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hizmet sürelerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.21’de sunulmuştur.

Tablo 4. 21. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Hizmet Sürelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Hizmet Süresi	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	0-5 yıl	39	23.15	2.35	2.276	0.061	
	6-10 yıl	95	21.69	2.93			
	11-15 yıl	68	22.34	2.57			
	16-20 yıl	50	22.60	2.78			
	21 yıl ve üzeri	120	22.22	2.75			
Bilgileri Anlama	0-5 yıl ⁽¹⁾	39	31.26	3.45	3.897	0.004*	(1-2)
	6-10 yıl ⁽²⁾	95	29.02	3.70			
	11-15 yıl ⁽³⁾	68	30.60	3.40			
	16-20 yıl ⁽⁴⁾	50	30.96	3.55			
	21 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	120	29.88	4.21			
Değer Biçme/ Değerlendirme	0-5 yıl ⁽¹⁾	39	35.72	4.03	2.593	0.036*	(1-2)
	6-10 yıl ⁽²⁾	95	33.12	4.75			
	11-15 yıl ⁽³⁾	68	34.09	4.29			
	16-20 yıl ⁽⁴⁾	50	34.76	4.78			
	21 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	120	34.36	4.79			
Uygulama/Kullanma	0-5 yıl	39	21.18	2.86	1.709	0.147	
	6-10 yıl	95	20.13	3.32			
	11-15 yıl	68	20.90	2.97			
	16-20 yıl	50	21.22	3.09			
	21 yıl ve üzeri	120	21.11	3.30			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	0-5 yıl ⁽¹⁾	39	111.31	11.33	2.927	0.021*	(1-2)
	6-10 yıl ⁽²⁾	95	103.96	13.29			
	11-15 yıl ⁽³⁾	68	107.93	11.94			
	16-20 yıl ⁽⁴⁾	50	109.54	13.23			
	21 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	120	107.57	13.66			

p<0.05*

Tablo 4.21’e göre; üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin hizmet sürelerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.897; p<0.05). Hizmet süresi 0-5 yıl olanların ($\bar{x}$ =31.26) bilgileri anlama düzeyleri hizmet süresi 6-10 yıl olanlara ($\bar{x}$ =29.02) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin değer biçme/değerlendirme göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 2.593; p<0.05). Hizmet süresi 0-5 yıl olanların ($\bar{x}$ =35.72) değer biçme/değerlendirme düzeyleri hizmet süresi 6-10 yıl olanlara ($\bar{x}$ =33.12) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hizmet sürelerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 2.927;

$p<0.05$). Hizmet süresi 0-5 yıl olanların ($\bar{x}=111.31$) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri hizmet süresi 6-10 yıl olanlara ($\bar{x}=103.96$) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{11} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri hizmet sürelerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin gelir durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.22’de sunulmuştur.

Tablo 4. 22. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Gelir giderden az ⁽¹⁾	90	21.42	3.16	5.685	0.004*	(1-2) (1-3)
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾	167	22.46	2.52			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	115	22.61	2.62			
Bilgileri Anlama	Gelir giderden az ⁽¹⁾	90	28.88	3.91	6.033	0.003*	(1-2) (1-3)
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾	167	30.50	3.54			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	115	30.43	4.02			
Değer Biçme/ Değerlendirme	Gelir giderden az ⁽¹⁾	90	32.94	4.69	4.360	0.013*	(1-2) (1-3)
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾	167	34.52	4.47			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	115	34.69	4.76			
Uygulama/Kullanma	Gelir giderden az ⁽¹⁾	90	19.96	3.71	4.718	0.009*	(1-2) (1-3)
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾	167	21.08	2.93			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	115	21.19	3.01			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Gelir giderden az ⁽¹⁾	90	103.20	13.73	6.193	0.002*	(1-2) (1-3)
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾	167	108.55	12.24			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	115	108.91	13.27			

$p<0.05^*$

Tablo 4.22’ye göre; üniversite personelinin bilgiye erişim düzeylerinin gelir durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F=5.685$; $p<0.05$). Gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=21.42$) bilgiye erişim düzeyleri gelir durumunu giderlerine eşit olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=22.46$) ve gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=22.61$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin gelir durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F=6.033$; $p<0.05$). Gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=28.88$) bilgileri anlama düzeyleri gelir durumunu giderlerine eşit olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=30.50$) ve gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=30.43$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin

gelir durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F=4.360$; $p<0.05$). Gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=32.94$) değer biçme/değerlendirme düzeyleri gelir durumunu giderlerine eşit olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=34.52$) ve gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=34.69$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin uygulama/kullanma düzeylerinin gelir durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F=4.718$; $p<0.05$). Gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=19.96$) uygulama/kullanma düzeyleri gelir durumunu giderlerine eşit olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=21.08$) ve gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=21.19$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin gelir durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F=6.193$; $p<0.05$). Gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=103.20$) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelir durumunu giderlerine eşit olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=108.55$) ve gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=108.91$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{12} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık güvencelerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.23’te sunulmuştur.

Tablo 4. 23. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Güvencelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlık Güvencesi	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Bilgiye Erişim	Genel Sağlık Sigortası	338	22.23	2.77	-0.544	370	0.587
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	22.50	2.55			
Bilgileri Anlama	Genel Sağlık Sigortası	338	30.11	3.81	0.414	370	0.679
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	29.82	4.16			
Değer Biçme/Değerlendirme	Genel Sağlık Sigortası	338	34.14	4.65	-0.680	370	0.497
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	34.71	4.77			
Uygulama/Kullanma	Genel Sağlık Sigortası	338	20.78	3.19	-1.208	370	0.228
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	21.47	3.12			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Genel Sağlık Sigortası	338	107.25	13.13	-0.527	370	0.598
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	108.50	13.05			

$p>0.05$

Tablo 4.23'e göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık güvencelerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle " H_{13} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık güvencelerine göre farklılık göstermektedir." hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin çocuk sayılarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.24'te sunulmuştur.

Tablo 4. 24. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Çocuk Sayılarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Hayır	122	21.98	2.74	1.345	0.259	
	1 çocuk	110	22.68	2.63			
	2 çocuk	116	22.15	2.81			
	3 çocuk ve üzeri	24	22.21	2.95			
Bilgileri Anlama	Hayır	122	29.74	3.59	1.932	0.124	
	1 çocuk	110	30.82	3.64			
	2 çocuk	116	29.81	4.14			
	3 çocuk ve üzeri	24	29.79	4.20			
Değer Biçme/ Değerlendirme	Hayır ⁽¹⁾	122	33.43	4.57	2.913	0.034*	(1-2)
	1 çocuk ⁽²⁾	110	35.20	4.27			
	2 çocuk ⁽³⁾	116	34.10	4.87			
	3 çocuk ve üzeri ⁽⁴⁾	24	33.79	5.15			
Uygulama/Kullanma	Hayır ⁽¹⁾	122	20.07	3.29	4.701	0.003*	(1-2)
	1 çocuk ⁽²⁾	110	21.61	2.96			
	2 çocuk ⁽³⁾	116	20.93	3.09			
	3 çocuk ve üzeri ⁽⁴⁾	24	20.83	3.43			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Hayır ⁽¹⁾	122	105.22	12.77	3.041	0.029*	(1-2)
	1 çocuk ⁽²⁾	110	110.31	12.10			
	2 çocuk ⁽³⁾	116	106.99	13.63			
	3 çocuk ve üzeri ⁽⁴⁾	24	106.63	14.99			

p<0.05*

Tablo 4.24'e göre; üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin çocuk sayılarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 2.913; p<0.05). Çocuk sahibi olmayanların ($\bar{x}$ =33.43) değer biçme/değerlendirme düzeyleri 1 çocuk sahibi olanlara ($\bar{x}$ =35.20) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin uygulama kullanımı düzeylerinin çocuk sayılarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 4.701; p<0.05). Çocuk sahibi olmayanların ($\bar{x}$ =20.07) uygulama kullanımı düzeyleri 1 çocuk sahibi olanlara

($\bar{x}$ =21.61) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin çocuk sayılarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 3.041$; $p<0.05$). Çocuk sahibi olmayanların ($\bar{x}$ =105.22) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri 1 çocuk sahibi olanlara ($\bar{x}$ =110.31) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{14} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri çocuk sayılarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olup olmaması durumuna göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.25’te sunulmuştur.

Tablo 4. 25. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Hastalığı Olup Olmaması Durumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Hastalık	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Bilgiye Erişim	Evet	111	22.45	2.98	0.892	370	0.373
	Hayır	261	22.17	2.65			
Bilgileri Anlama	Evet	111	30.18	3.92	0.317	370	0.751
	Hayır	261	30.04	3.81			
Değer Bıçme/Değerlendirme	Evet	111	34.51	4.72	0.879	370	0.380
	Hayır	261	34.05	4.63			
Uygulama/Kullanma	Evet	111	21.18	3.36	1.338	370	0.182
	Hayır	261	20.70	3.11			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Evet	111	108.32	13.43	0.917	370	0.360
	Hayır	261	106.96	12.98			

$p>0.05$

Tablo 4.25’e göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç kullanmayı gerektiren hastalıkları olmasına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{15} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalıklarının olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ailelerinde kronik hastalığa sahip bireyin olup olmaması durumuna göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.26’da sunulmuştur.

Tablo 4. 26. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ailelerinde Kronik Hastalığa Sahip Bireyin Olup Olmaması Durumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Ailede Kronik Hastalığa Sahip Bireyin Varlığı	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Bilgiye Erişim	Evet	201	22.34	2.69	0.630	370	0.529
	Hayır	171	22.16	2.83			
Bilgileri Anlama	Evet	201	30.14	3.75	0.305	370	0.761
	Hayır	171	30.02	3.95			
Değer Bıçme/Değerlendirme	Evet	201	34.24	4.65	0.227	370	0.820
	Hayır	171	34.13	4.68			
Uygulama/Kullanma	Evet	201	20.73	3.18	-0.721	370	0.471
	Hayır	171	20.97	3.21			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Evet	201	107.45	12.89	0.127	370	0.899
	Hayır	171	107.27	13.41			

p>0.05

Tablo 4.26’ya göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ailede kronik hastalığa sahip bireyin olmasına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{16} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ailelerinde kronik hastalığa sahip olan birey olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlıkla ilgili en çok bilgi aldıkları yere göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.27’de sunulmuştur.

Tablo 4. 27. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlıkla İlgili En Çok Bilgi Aldıkları Yere Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlıkla İlgili En Çok Bilgi Alınan Yer	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	İnternet/sosyal medya	129	22.22	2.93	2.216	0.110	
	Sağlık kurumları	208	22.42	2.59			
	Diğer	35	21.37	2.89			
Bilgileri Anlama	İnternet/sosyal medya	129	29.78	3.99	2.347	0.097	
	Sağlık kurumları	208	30.43	3.71			
	Diğer	35	29.14	3.84			
Değer Biçme/Değerlendirme	İnternet/sosyal medya ⁽¹⁾	129	33.47	5.07	4.386	0.013*	(1-2)
	Sağlık kurumları ⁽²⁾	208	34.81	4.30			
	Diğer ⁽³⁾	35	33.14	4.68			
Uygulama/Kullanma	İnternet/sosyal medya ⁽¹⁾	129	20.16	3.54	4.768	0.009*	(1-2)
	Sağlık kurumları ⁽²⁾	208	21.25	2.84			
	Diğer ⁽³⁾	35	20.89	3.45			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	İnternet/sosyal medya ⁽¹⁾	129	105.63	14.31	3.456	0.033*	(1-2)
	Sağlık kurumları ⁽²⁾	208	108.92	12.09			
	Diğer ⁽³⁾	35	104.54	13.45			

p<0.05*

Tablo 4.27’ye göre; üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin sağlıkla ilgili bilgi aldıkları yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 4.386; p<0.05). Sağlıkla ilgili bilgiye internet/sosyal medya kullanarak ulaşanların ($\bar{x}$ =33.47) değer biçme/değerlendirme düzeyleri sağlık kurumları aracılığıyla ulaşanlara ($\bar{x}$ =34.81) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin uygulama/kullanma genel düzeylerinin sağlıkla ilgili bilgi aldıkları yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 4.768; p<0.05). Sağlıkla ilgili bilgiye internet/sosyal medya kullanarak ulaşanların ($\bar{x}$ =20.16) uygulama kullanımı genel düzeyleri sağlıkla ilgili bilgiye sağlık kurumları aracılığıyla ulaşanlara ($\bar{x}$ =21.25) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlıkla ilgili bilgi aldıkları yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.456; p<0.05). Sağlıkla ilgili bilgiye internet/sosyal medya kullanarak ulaşanların ($\bar{x}$ =105.63) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlıkla ilgili bilgiye sağlık kurumları aracılığıyla ulaşanlara ($\bar{x}$ =108.92) göre daha düşüktür. Sonuçlar

incelendiğinde “ H_{17} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları yere göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin 1 yıl içinde sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.28’de sunulmuştur.

Tablo 4. 28. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin 1 Yıl İçinde Sağlık Merkezine Gitme Sıklıklarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlık Merkezine Gitme Sıklığı	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Hiç gitmedim	43	22.93	2.07	1.013	0.387	
	1-2 kere	161	22.22	2.69			
	3-4 kere	106	22.13	2.99			
	5-10 kereden fazla	62	22.10	2.88			
Bilgileri Anlama	Hiç gitmedim	43	30.74	3.37	0.641	0.589	
	1-2 kere	161	30.05	4.04			
	3-4 kere	106	30.09	3.79			
	5-10 kereden fazla	62	29.69	3.71			
Değer Biçme/Değerlendirme	Hiç gitmedim ⁽¹⁾	43	35.70	3.88	2.708	0.045*	(1-3)
	1-2 kere ⁽²⁾	161	34.13	4.93			
	3-4 kere ⁽³⁾	106	34.30	4.45			
	5-10 kereden fazla ⁽⁴⁾	62	33.10	4.55			
Uygulama/Kullanma	Hiç gitmedim	43	21.40	2.50	1.590	0.191	
	1-2 kere	161	21.04	3.05			
	3-4 kere	106	20.69	3.37			
	5-10 kereden fazla	62	20.19	3.59			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Hiç gitmedim	43	110.77	10.56	1.606	0.187	
	1-2 kere	161	107.44	13.46			
	3-4 kere	106	107.22	13.38			
	5-10 kereden fazla	62	105.08	13.13			

p<0.05*

Tablo 4.28’e göre; üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin 1 yıl içinde sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 2.708; p<0.05). 1 yıl içinde sağlık merkezine hiç gitmeyenlerin ($\bar{x}$ =35.70) değer biçme/değerlendirme düzeyleri 3-4 kere gidenlere ($\bar{x}$ =34.13) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{18} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri son 1 yılda kendileri için

hastaneye/muayenehaneye/aile sağlık merkezine gitme durumlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.29’da sunulmuştur.

Tablo 4. 29. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Hekime En Çok Gitme Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Hekime En Çok Gitme Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	23.21	2.40	3.160	0.014*	(1-5)
	Kendimi hasta hissettiğim ⁽²⁾	127	22.26	2.75			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğim ⁽³⁾	63	22.10	2.80			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğim ⁽⁴⁾	87	21.93	2.79			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	21.38	2.88			
Bilgileri Anlama	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	31.18	3.79	2.563	0.038*	(1-5)
	Kendimi hasta hissettiğim ⁽²⁾	127	30.02	3.86			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğim ⁽³⁾	63	29.89	3.54			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğim ⁽⁴⁾	87	29.99	3.95			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	28.59	3.71			
Değer Biçme/Değerlendirme	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	35.44	4.50	2.763	0.027*	(1-5)
	Kendimi hasta hissettiğim ⁽²⁾	127	34.18	4.74			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğim ⁽³⁾	63	34.21	4.52			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğim ⁽⁴⁾	87	33.93	4.58			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	32.10	4.59			
Uygulama/Kullanma	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	21.73	3.06	2.627	0.034*	(1-5)
	Kendimi hasta hissettiğim ⁽²⁾	127	20.90	3.26			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğim ⁽³⁾	63	20.46	3.43			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğim ⁽⁴⁾	87	20.77	2.92			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	19.62	3.03			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	111.56	12.53	3.241	0.012*	(1-5)
	Kendimi hasta hissettiğim ⁽²⁾	127	107.35	13.41			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğim ⁽³⁾	63	106.65	12.72			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğim ⁽⁴⁾	87	106.62	13.00			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	101.69	12.24			

p<0.05*

Tablo 4.29'a göre; üniversite personelinin bilgiye erişim düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 3.160$; $p<0.05$). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin ($\bar{x}=23.21$) bilgiye erişim düzeyleri şiddetli ağrı durumunda gidenlere ($\bar{x}=21.38$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 2.563$; $p<0.05$). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin ($\bar{x}=31.18$) bilgileri anlama düzeyleri şiddetli ağrı durumunda gidenlere ($\bar{x}=28.59$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 2.763$; $p<0.05$). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin ($\bar{x}=35.44$) değer biçme/değerlendirme düzeyleri şiddetli ağrı durumunda gidenlere ($\bar{x}=32.10$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin uygulama/ kullanma düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 2.627$; $p<0.05$). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin ($\bar{x}=21.73$) uygulama/kullanma düzeyleri şiddetli ağrı durumunda gidenlere ($\bar{x}=19.62$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 3.241$; $p<0.05$). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin ($\bar{x}=111.56$) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri şiddetli ağrı durumunda gidenlere ($\bar{x}=101.69$) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde " H_{19} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en çok hangi durumlarda hekime gittiklerine göre farklılık göstermektedir." hipotezi kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en sık gittikleri sağlık kurumuna göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.30'da sunulmuştur.

Tablo 4. 30. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin En Sık Gittikleri Sağlık Kurumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	En Sık Gidilen Sağlık Kurumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Bilgiye Erişim	Aile sağlık merkezleri	91	22.24	2.87	0.876	0.453
	Devlet hastaneleri	56	21.73	2.91		
	Özel hastane/muayenehane	51	22.47	2.33		
	Üniversite hastaneleri	174	22.37	2.75		
Bilgileri Anlama	Aile sağlık merkezleri	91	29.86	3.86	0.444	0.721
	Devlet hastaneleri	56	29.75	3.94		
	Özel hastane/muayenehane	51	30.43	3.77		
	Üniversite hastaneleri	174	30.21	3.83		
Değer Bıçme/ Değerlendirme	Aile sağlık merkezleri	91	33.78	4.93	0.800	0.494
	Devlet hastaneleri	56	33.64	4.97		
	Özel hastane/muayenehane	51	34.49	4.29		
	Üniversite hastaneleri	174	34.49	4.51		
Uygulama/Kullanma	Aile sağlık merkezleri	91	20.65	3.08	0.704	0.550
	Devlet hastaneleri	56	20.41	3.39		
	Özel hastane/muayenehane	51	21.04	2.97		
	Üniversite hastaneleri	174	21.02	3.25		
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Aile sağlık merkezleri	91	106.53	13.49	0.773	0.509
	Devlet hastaneleri	56	105.54	14.17		
	Özel hastane/muayenehane	51	108.43	12.08		
	Üniversite hastaneleri	174	108.09	12.88		

p>0.05

Tablo 4.30'a göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en sık gittikleri sağlık kurumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle " H_{20} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumu türüne göre farklılık göstermektedir." hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en sık gidilen sağlık kurumunun tercih edilme sebebine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.31’de sunulmuştur.

Tablo 4. 31. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin En Sık Gidilen Sağlık Kurumunun Tercih Edilme Sebebine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	En Sık Gidilen Sağlık Kurumunun Tercih Edilme Sebebi	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Bilgiye Erişim	Erişim kolaylığı	211	22.16	2.83	0.365	0.694
	Hizmet kalitesi	112	22.34	2.56		
	Diğer	49	22.49	2.85		
Bilgileri Anlama	Erişim kolaylığı	211	29.92	3.91	0.719	0.488
	Hizmet kalitesi	112	30.45	3.52		
	Diğer	49	29.26	4.20		
Değer Bıçme/Değerlendirme	Erişim kolaylığı	211	33.98	4.80	0.933	0.394
	Hizmet kalitesi	112	34.24	4.37		
	Diğer	49	34.98	4.65		
Uygulama/Kullanma	Erişim kolaylığı	211	20.77	3.06	0.498	0.608
	Hizmet kalitesi	112	20.79	3.37		
	Diğer	49	21.27	3.34		
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Erişim kolaylığı	211	106.82	13.31	0.495	0.610
	Hizmet kalitesi	112	107.81	12.44		
	Diğer	49	108.69	13.88		

p>0.05

Tablo 4.31’e göre; üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin en sık gidilen sağlık kurumunun tercih edilme sebeplerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{21} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumunu tercih etme nedenlerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.32’de sunulmuştur.

Tablo 4. 32. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Durumlarını Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlık Durumunu Değerlendirme Düzeyleri	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Orta ⁽¹⁾	79	20.96	3.30	17.373	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	22.40	2.51			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	23.81	1.87			
Bilgileri Anlama	Orta ⁽¹⁾	79	28.67	3.67	11.446	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	30.20	3.75			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	32.00	3.72			
Değer Biçme/Değerlendirme	Orta ⁽¹⁾	79	32.24	4.69	15.353	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	34.34	4.55			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	36.88	3.62			
Uygulama/Kullanma	Orta ⁽¹⁾	79	19.28	3.22	22.738	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	20.95	3.03			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	23.09	2.50			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Orta ⁽¹⁾	79	101.15	13.28	19.754	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	107.88	12.60			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	115.79	10.12			

p<0.05*

Tablo 4.32’ye göre; üniversite personelinin bilgiye erişim düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 17.373; p<0.05). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}$ =20.96) bilgiye erişim düzeyleri sağlık durumlarını iyi ($\bar{x}$ =22.40) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}$ =23.81) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 11.446; p<0.05). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}$ =28.67) bilgileri anlama düzeyleri sağlık durumlarını iyi ($\bar{x}$ =30.20) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}$ =32.00) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 15.353; p<0.05). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}$ =32.24) değer biçme/değerlendirme düzeyleri sağlık durumlarını

iyi ($\bar{x}=34.34$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=36.88$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin uygulama/kullanma düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 22.738$; $p<0.05$). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=19.28$) uygulama/kullanma düzeyleri sağlık durumlarını iyi ($\bar{x}=20.95$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=23.09$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 19.754$; $p<0.05$). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=101.15$) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık durumlarını iyi ($\bar{x}=107.88$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=115.79$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{22} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak sağlık durumlarını değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.33’te sunulmuştur.

Tablo 4. 33. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşam Kalitelerini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaşam Kalitesini Değerlendirme Düzeyleri	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Orta ⁽¹⁾	126	21.02	3.20	24.960	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	22.70	2.28			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	23.77	1.80			
Bilgileri Anlama	Orta ⁽¹⁾	126	28.63	3.69	19.245	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	30.51	3.65			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	32.27	3.62			
Değer Bıçme/Değerlendirme	Orta ⁽¹⁾	126	32.19	4.74	25.257	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	34.78	4.31			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	37.18	3.51			
Uygulama/Kullanma	Orta ⁽¹⁾	126	19.25	3.36	31.969	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	21.41	2.79			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	22.82	2.35			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Orta ⁽¹⁾	126	101.08	13.36	30.820	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	109.40	11.87			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	116.05	9.71			

p<0.05*

Tablo 4.33'e göre; üniversite personelinin bilgiye erişim düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 24.960$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=21.02$) bilgiye erişim düzeyleri yaşam kalitelerini iyi ($\bar{x}=22.70$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=23.77$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 19.245$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=28.63$) bilgileri anlama düzeyleri yaşam kalitelerini iyi ($\bar{x}=30.51$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=32.27$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 25.257$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=32.19$) değer biçme/değerlendirme düzeyleri yaşam kalitelerinin iyi ($\bar{x}=34.78$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=37.18$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin uygulama/kullanma düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 31.969$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=19.25$) uygulama/kullanma düzeyleri yaşam düzeylerini iyi ($\bar{x}=21.41$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=22.82$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 30.820$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=101.08$) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri yaşam kalitelerini iyi ($\bar{x}=109.40$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=116.05$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde " H_{23} : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir." hipotezi kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.34’te sunulmuştur.

Tablo 4. 34. Üniversite Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Aldıkları Sağlık Hizmetini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Alınan Sağlık Hizmetinin Değerlendirilme Düzeyleri	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Bilgiye Erişim	Kötü ⁽¹⁾	22	21.55	2.54	7.717	0.000*	(4-2)
	Orta ⁽²⁾	137	21.53	3.12			
	İyi ⁽³⁾	192	22.69	2.39			
	Çok iyi ⁽⁴⁾	21	23.76	2.05			
Bilgileri Anlama	Kötü ⁽¹⁾	22	28.91	3.49	7.307	0.000*	(4-2)
	Orta ⁽²⁾	137	29.14	3.76			
	İyi ⁽³⁾	192	30.67	3.69			
	Çok iyi ⁽⁴⁾	21	32.14	4.33			
Değer Biçme/Değerlendirme	Kötü ⁽¹⁾	22	33.77	4.83	7.870	0.000*	(4-2)
	Orta ⁽²⁾	137	33.00	4.48			
	İyi ⁽³⁾	192	34.72	4.67			
	Çok iyi ⁽⁴⁾	21	37.52	2.98			
Uygulama/Kullanma	Kötü ⁽¹⁾	22	19.82	3.76	8.694	0.000*	(4-2)
	Orta ⁽²⁾	137	19.99	3.32			
	İyi ⁽³⁾	192	21.36	2.90			
	Çok iyi ⁽⁴⁾	21	22.71	2.43			
Sağlık Okuryazarlığı (Genel)	Kötü ⁽¹⁾	22	104.05	12.45	9.463	0.000*	(4-2)
	Orta ⁽²⁾	137	103.66	13.23			
	İyi ⁽³⁾	192	109.44	12.52			
	Çok iyi ⁽⁴⁾	21	116.14	10.50			

p<0.05*

Tablo 4.34’e göre; üniversite personelinin bilgiye erişim düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 7.717; p<0.05). Aldıkları sağlık hizmetini çok iyi bulanların ($\bar{x}$ =23.76) bilgiye erişim düzeyleri orta bulanlara ($\bar{x}$ =21.53) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin bilgileri anlama düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 7.307; p<0.05). Aldıkları sağlık hizmetini çok iyi bulanların ($\bar{x}$ =32.14) bilgileri anlama düzeyleri orta bulanlara ($\bar{x}$ =29.14) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin değer biçme/değerlendirme düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini

değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 7.870$; $p<0.05$). Aldıkları sağlık hizmetini çok iyi bulanların ($\bar{x}=37.52$) değer biçme/değerlendirme düzeyleri orta bulanlara ($\bar{x}=33.00$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin uygulama/kullanma düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 8.694$; $p<0.05$). Aldıkları sağlık hizmetini çok iyi bulanların ($\bar{x}=22.71$) uygulama/kullanma düzeyleri orta bulanlara ($\bar{x}=19.99$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 9.463$; $p<0.05$). Aldıkları sağlık hizmetini çok iyi bulanların ($\bar{x}=116.14$) genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri orta bulanlara ($\bar{x}=103.66$) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ $24H_1$: Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

4.5. Sağlık Algısı Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları

Araştırmanın bu bölümde üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerine ait betimsel istatistikleri, sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerine ait normallik testi sonuçları Tablo 4.35’te sunulmuştur.

Tablo 4. 35. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Merkezi Eğilim Ölçümleri			
	$\bar{X}$	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Kontrol Merkezi	17.64	18.00	-0.415	0.165
Kesinlik	13.16	13.00	-0.100	-0.062
Öz Farkındalık	10.81	11.00	-0.239	-0.059
Sağlığın Önemi	11.45	12.00	-0.600	0.629
Sağlık Algısı (Genel)	53.07	53.00	0.121	0.013

Verilerin dağılımlarının incelenmesinde aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılmıştır. Tablo 4.35 incelendiğinde, medyan ile aritmetik

ortalama değerlerinin birbirine yakın ya da eşit olduğu; çarpıklık ve basıklık değerlerinin ise ± 1.5 sınırları içerisinde yer aldığı görülmektedir. Sonuçlar değerlendirildiğinde elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerine ait betimsel bulgular Tablo 4.36’da sunulmuştur.

Tablo 4. 36. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular

Alt Boyutlar	$\bar{X}$	Ss	Elde Edilen En Yüksek ve En Düşük Puan (Min-Max)
Kontrol Merkezi	17.64	3.87	5-25
Kesinlik	13.16	3.21	4-20
Öz Farkındalık	10.81	2.11	4-15
Sağlığın Önemi	11.45	2.08	5-15
Sağlık Algısı (Genel)	53.07	7.19	33-75

Tablo 4.36’da verilen üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerine ait betimsel bulgular incelendiğinde; katılımcıların sağlık algısı genel düzeylerinin toplam puanının ($\bar{x}$ =53.07) olduğu belirlenmiştir. Üniversite personelinin sağlık algısı ölçeğine ait alt boyut ortalamaları incelendiğinde; kontrol merkezi düzeylerinin ($\bar{x}$ =17.64), kesinlik düzeylerinin ($\bar{x}$ =13.16), öz farkındalık düzeylerinin ($\bar{x}$ =10.81) ve sağlığın önemi düzeylerinin ($\bar{x}$ =11.45) olduğu belirlenmiştir. Genel olarak üniversite personelinin sağlık algısı puanı ve alt boyut puanları orta üstü olarak bulgulanmıştır.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.37’de sunulmuştur.

Tablo 4. 37. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Kontrol Merkezi	Kadın	164	17.80	3.70	0.715	370	0.475
	Erkek	208	17.51	4.00			
Kesinlik	Kadın	164	13.65	3.04	2.630	370	0.009*
	Erkek	208	12.78	3.28			
Öz Farkındalık	Kadın	164	10.60	2.18	-1.742	370	0.082
	Erkek	208	10.98	2.05			
Sağlığın Önemi	Kadın	164	11.12	2.17	-2.760	370	0.006*
	Erkek	208	11.72	1.98			
Sağlık Algısı (Genel)	Kadın	164	53.17	7.15	0.246	370	0.805
	Erkek	208	52.99	7.23			

p<0.05*

Tablo 4.37’ye göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin cinsiyetlerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= 2.630; p<0.05). Kadın katılımcıların ($\bar{x}$ =13.65) kesinlik düzeyleri erkek katılımcılara ($\bar{x}$ =12.78) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin sağlığın önemi düzeylerinin cinsiyetlerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= -2.760; p<0.05). Kadınların ($\bar{x}$ =11.12) sağlığın önemi düzeyleri erkek olanlara ($\bar{x}$ =11.72) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{25} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.38’de sunulmuştur.

Tablo 4. 38. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Kontrol Merkezi	Evli	264	17.51	4.04	-1.010	370	0.313
	Bekâr	108	17.95	3.42			
Kesinlik	Evli	264	13.15	3.38	-0.167	370	0.868
	Bekâr	108	13.20	2.73			
Öz Farkındalık	Evli	264	10.89	2.12	1.173	370	0.242
	Bekâr	108	10.61	2.09			
Sağlığın Önemi	Evli	264	11.56	1.97	1.599	370	0.111
	Bekâr	108	11.19	2.31			
Sağlık Algısı (Genel)	Evli	264	53.11	7.47	0.195	370	0.846
	Bekâr	108	52.95	6.48			

p>0.05

Tablo 4.38’e göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin medeni durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{26} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin yaşlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.39’da sunulmuştur.

Tablo 4. 39. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaş	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kontrol Merkezi	35 yaş ve altı	83	17.89	3.13	0.414	0.799
	36-41 yaş	105	17.54	4.13		
	42-47 yaş	84	17.25	3.91		
	48-53 yaş	60	17.95	4.22		
	54 yaş ve üzeri	40	17.70	4.01		
Kesinlik	35 yaş ve altı	83	13.41	2.75	1.268	0.282
	36-41 yaş	105	13.42	3.05		
	42-47 yaş	84	13.33	3.71		
	48-53 yaş	60	12.57	2.98		
	54 yaş ve üzeri	40	12.53	3.63		
Öz Farkındalık	35 yaş ve altı	83	10.73	1.76	0.351	0.843
	36-41 yaş	105	10.70	2.27		
	42-47 yaş	84	10.79	2.26		
	48-53 yaş	60	11.02	2.03		
	54 yaş ve üzeri	40	11.03	2.22		
Sağlığın Önemi	35 yaş ve altı	83	11.13	2.15	1.423	0.226
	36-41 yaş	105	11.41	2.08		
	42-47 yaş	84	11.37	2.09		
	48-53 yaş	60	11.80	2.11		
	54 yaş ve üzeri	40	11.90	1.78		
Sağlık Algısı (Genel)	35 yaş ve altı	83	53.17	6.17	0.069	0.991
	36-41 yaş	105	53.07	7.73		
	42-47 yaş	84	52.74	8.12		
	48-53 yaş	60	53.33	6.63		
	54 yaş ve üzeri	40	53.15	6.70		

$p > 0.05$

Tablo 4.39’a göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin yaşlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{27} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.40’da sunulmuştur.

Tablo 4. 40. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Ön Lisans	22	16.45	3.86	2.242	0.083	
	Lisans	104	17.14	4.17			
	Yüksek Lisans	74	18.38	3.82			
	Doktora	172	17.77	3.65			
Kesinlik	Ön Lisans ⁽¹⁾	22	10.41	2.04	10.340	0.000*	(1-2) (1-3) (1-4)
	Lisans ⁽²⁾	104	12.44	3.20			
	Yüksek Lisans ⁽³⁾	74	13.65	2.85			
	Doktora ⁽⁴⁾	172	13.74	3.23			
Öz Farkındalık	Ön Lisans ⁽¹⁾	22	11.45	1.34	3.174	0.024*	(2-4)
	Lisans ⁽²⁾	104	10.39	2.15			
	Yüksek Lisans ⁽³⁾	74	10.61	2.14			
	Doktora ⁽⁴⁾	172	11.07	2.12			
Sağlığın Önemi	Ön Lisans	22	11.64	2.32	1.973	0.118	
	Lisans	104	11.13	2.11			
	Yüksek Lisans	74	11.26	2.14			
	Doktora	172	11.71	1.98			
Sağlık Algısı (Genel)	Ön Lisans ⁽¹⁾	22	49.95	6.11	6.169	0.000*	(1-4) (2-3) (2-4)
	Lisans ⁽²⁾	104	51.12	6.77			
	Yüksek Lisans ⁽³⁾	74	53.89	7.08			
	Doktora ⁽⁴⁾	172	54.29	7.29			

p<0.05*

Tablo 4.40’a göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin eğitim durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 10.340; p<0.05). Ön lisans mezunu olanların ($\bar{x}$ =10.41) kesinlik düzeyleri lisans mezunu ($\bar{x}$ =12.44), yüksek lisans mezunu ($\bar{x}$ =13.65) ve doktora mezunu olanlara ($\bar{x}$ =13.74) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin öz farkındalık düzeylerinin eğitim durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.174; p<0.05). Lisans mezunu olanların ($\bar{x}$ =10.39) öz farkındalık düzeyleri doktora mezunu olanlara ($\bar{x}$ =11.07) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin eğitim durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 6.169; p<0.05). Ön lisans mezunu olanların ($\bar{x}$ =49.95) genel sağlık algısı düzeyleri doktora mezunu olanlara ($\bar{x}$ =54.29) göre daha düşüktür. Lisans mezunu olanların ($\bar{x}$ =51.12) genel sağlık algısı düzeyleri ise yüksek lisans ($\bar{x}$ =53.89) ve

doktora mezunu olanlara ($\bar{x}=54.29$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{28} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin en uzun süre yaşanan yere göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.41’de sunulmuştur.

Tablo 4. 41. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin En Uzun Süre Yaşanılan Yere Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	En Uzun Süre Yaşanılan Yer	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Belde/Köy	22	17.50	4.32	0.979	0.377	
	İlçe	70	17.07	4.33			
	İl Merkezi	280	17.79	3.71			
Kesinlik	Belde/Köy ⁽¹⁾	22	11.59	3.57	4.458	0.012*	(1-3)
	İlçe ⁽²⁾	70	12.66	3.20			
	İl Merkezi ⁽³⁾	280	13.41	3.14			
Öz Farkındalık	Belde/Köy	22	11.18	2.38	1.260	0.285	
	İlçe	70	10.49	1.91			
	İl Merkezi	280	10.86	2.14			
Sağlığın Önemi	Belde/Köy	22	10.73	2.00	2.962	0.053	
	İlçe	70	11.11	2.31			
	İl Merkezi	280	11.60	2.01			
Sağlık Algısı (Genel)	Belde/Köy ⁽¹⁾	22	51.00	8.96	3.990	0.019*	(1-3)
	İlçe ⁽²⁾	70	51.33	6.59			
	İl Merkezi ⁽³⁾	280	53.66	7.10			

p<0.05*

Tablo 4.41’e göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin en uzun süre yaşanan yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 4.458; p<0.05). En uzun süre belde/köyde yaşayanların ($\bar{x}=11.59$) kesinlik düzeyleri il merkezinde yaşayanlara ($\bar{x}=13.41$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin en uzun süre yaşanan yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.990; p<0.05). En uzun süre belde/köyde yaşayanların ($\bar{x}=51.00$) genel sağlık algısı düzeyleri il merkezinde yaşayanlara ($\bar{x}=53.66$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{29} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en uzun süre yaşadıkları yere göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin unvanlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.42’de sunulmuştur.

Tablo 4. 42. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Unvanlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Unvan	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Kontrol Merkezi	Öğretim elemanı	228	17.88	3.71	1.537	370	0.125
	İdari personel	144	17.25	4.09			
Kesinlik	Öğretim elemanı	228	13.76	3.10	4.625	370	0.000*
	İdari personel	144	12.22	3.15			
Öz Farkındalık	Öğretim elemanı	228	10.88	2.09	0.751	370	0.453
	İdari personel	144	10.71	2.15			
Sağlığın Önemi	Öğretim elemanı	228	11.63	2.00	2.025	370	0.044*
	İdari personel	144	11.18	2.18			
Sağlık Algısı (Genel)	Öğretim elemanı	228	54.14	6.99	3.701	370	0.000*
	İdari personel	144	51.36	7.17			

p<0.05*

Tablo 4.42’ye göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin unvanlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= 4.625; p<0.05). Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ($\bar{x}$ =13.76) kesinlik düzeyleri idari personele ($\bar{x}$ =12.22) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin sağlığın önemi düzeylerinin unvanlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= 2.025; p<0.05). Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ($\bar{x}$ =11.63) sağlığın önemi düzeyleri idari personele ($\bar{x}$ =11.18) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin unvanlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (t= 3.701; p<0.05). Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ($\bar{x}$ =54.14) genel sağlık algısı düzeyleri idari personele ($\bar{x}$ =51.36) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{30} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri unvanlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin görev yaptıkları birime göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.43’te sunulmuştur.

Tablo 4. 43. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Görev Yaptıkları Birime Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Görev Yapılan Birim	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kontrol Merkezi	Fakülte	192	17.81	3.77	1.073	0.360
	Meslek yüksekokul	57	17.11	3.94		
	Rek. bağlı idari birim	69	17.20	3.81		
	Diğer	54	18.13	4.19		
Öz Farkındalık	Fakülte	192	10.96	2.05	0.820	0.483
	Meslek yüksekokul	57	10.53	2.04		
	Rek. bağlı idari birim	69	10.77	2.14		
	Diğer	54	10.63	2.36		
Kesinlik	Fakülte	192	13.36	3.20	1.552	0.201
	Meslek yüksekokul	57	12.86	3.27		
	Rek. bağlı idari birim	69	12.55	2.91		
	Diğer	54	13.57	3.45		
Sağlığın Önemi	Fakülte	192	11.45	2.26	0.501	0.682
	Meslek yüksekokul	57	11.68	1.65		
	Rek. bağlı idari birim	69	11.23	1.97		
	Diğer	54	11.50	1.98		
Sağlık Algısı (Genel)	Fakülte	192	53.59	7.08	1.611	0.186
	Meslek yüksekokul	57	52.18	6.39		
	Rek. bağlı idari birim	69	51.75	6.81		
	Diğer	54	53.83	8.58		

p>0.05

Tablo 4.43’e göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin görev yaptıkları birime göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{31} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri görev yaptıkları birim türüne göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin hizmet sürelerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.44’te sunulmuştur.

Tablo 4. 44. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Hizmet Sürelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Hizmet Süresi	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kontrol Merkezi	0-5 yıl	39	18.49	2.95	0.913	0.457
	6-10 yıl	95	17.34	3.56		
	11-15 yıl	68	17.29	4.14		
	16-20 yıl	50	18.08	4.18		
	21 yıl ve üzeri	120	17.61	4.07		
Kesinlik	0-5 yıl	39	14.05	2.83	2.341	0.055
	6-10 yıl	95	12.95	2.82		
	11-15 yıl	68	12.96	3.22		
	16-20 yıl	50	14.06	3.48		
	21 yıl ve üzeri	120	12.79	3.40		
Öz Farkındalık	0-5 yıl	39	11.08	1.69	1.306	0.267
	6-10 yıl	95	10.41	1.82		
	11-15 yıl	68	10.91	2.33		
	16-20 yıl	50	11.10	2.35		
	21 yıl ve üzeri	120	10.87	2.20		
Sağlığın Önemi	0-5 yıl	39	11.18	2.23	0.963	0.428
	6-10 yıl	95	11.19	2.15		
	11-15 yıl	68	11.50	1.94		
	16-20 yıl	50	11.74	2.06		
	21 yıl ve üzeri	120	11.61	2.07		
Sağlık Algısı (Genel)	0-5 yıl	39	54.79	5.21	2.197	0.069
	6-10 yıl	95	51.88	6.73		
	11-15 yıl	68	52.66	7.93		
	16-20 yıl	50	54.98	8.79		
	21 yıl ve üzeri	120	52.88	6.75		

p>0.05

Tablo 4.44’e göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin hizmet sürelerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{32} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri hizmet sürelerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin gelir durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.45’te sunulmuştur.

Tablo 4. 45. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Gelir giderden az	90	18.06	4.21	0.999	0.369	
	Gelir gidere eşit	167	17.65	3.81			
	Gelir giderden fazla	115	17.29	3.67			
Kesinlik	Gelir giderden az ⁽¹⁾	90	12.61	3.11	3.740	0.025*	(3-1)
	Gelir gidere eşit ⁽²⁾	167	13.03	3.36			
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	115	13.79	2.95			
Öz Farkındalık	Gelir giderden az	90	10.44	2.18	1.966	0.141	
	Gelir gidere eşit	167	10.99	2.08			
	Gelir giderden fazla	115	10.84	2.09			
Sağlığın Önemi	Gelir giderden az	90	11.16	2.41	1.858	0.157	
	Gelir gidere eşit	167	11.66	1.82			
	Gelir giderden fazla	115	11.38	2.15			
Sağlık Algısı (Genel)	Gelir giderden az	90	52.27	7.46	0.736	0.480	
	Gelir gidere eşit	167	53.34	7.57			
	Gelir giderden fazla	115	53.30	6.37			
p<0.05*							

Tablo 4.45’e göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin gelir durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 3.740; p<0.05). Gelirlerini giderlerinden fazla olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}$ =13.79) kesinlik düzeyleri gelirlerini giderlerinden az olarak değerlendirenlere ($\bar{x}$ =12.61) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{33} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin sağlık güvencelerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.46’da sunulmuştur.

Tablo 4. 46. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sağlık Güvencelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlık Güvencesi	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Kontrol Merkezi	Genel Sağlık Sigortası	338	17.67	3.91	0.495	370	0.621
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	17.32	3.47			
Kesinlik	Genel Sağlık Sigortası	338	13.11	3.18	-1.090	370	0.276
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	13.74	3.41			
Öz Farkındalık	Genel Sağlık Sigortası	338	10.79	2.12	-0.630	370	0.529
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	11.03	2.02			
Sağlığın Önemi	Genel Sağlık Sigortası	338	11.44	2.13	-0.480	370	0.632
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	11.62	1.46			
Sağlık Algısı (Genel)	Genel Sağlık Sigortası	338	53.00	7.20	-0.543	370	0.587
	Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta	34	53.71	7.13			

p>0.05

Tablo 4.46’ya göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin sağlık güvencelerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{34} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri sağlık güvencelerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin çocuk sayılarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.47’de sunulmuştur.

Tablo 4. 47. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Çocuk Sayılarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kontrol Merkezi	Hayır	122	17.63	3.71	0.065	0.978
	1 çocuk	110	17.72	4.33		
	2 çocuk	116	17.63	3.68		
	3 çocuk ve üzeri	24	17.33	3.51		
Kesinlik	Hayır	122	13.37	2.76	0.284	0.837
	1 çocuk	110	13.14	3.66		
	2 çocuk	116	12.99	3.25		
	3 çocuk ve üzeri	24	13.08	3.02		
Öz Farkındalık	Hayır	122	10.59	2.18	1.150	0.329
	1 çocuk	110	11.10	2.05		
	2 çocuk	116	10.77	2.00		
	3 çocuk ve üzeri	24	10.83	2.55		
Sağlığın Önemi	Hayır	122	11.20	2.19	0.978	0.403
	1 çocuk	110	11.64	2.16		
	2 çocuk	116	11.54	1.90		
	3 çocuk ve üzeri	24	11.50	1.98		
Sağlık Algısı (Genel)	Hayır	122	52.79	7.02	0.285	0.837
	1 çocuk	110	53.59	7.91		
	2 çocuk	116	52.93	6.62		
	3 çocuk ve üzeri	24	52.75	7.50		

p>0.05

Tablo 4.47’ye göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin çocuk sayılarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{35} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri çocuk sayılarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalığı olup olmaması durumuna göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.48’te sunulmuştur.

Tablo 4. 48. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Hastalığı Olup Olmaması Durumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Hastalık	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Kontrol Merkezi	Evet	111	17.86	4.36	0.688	370	0.492
	Hayır	261	17.54	3.64			
Kesinlik	Evet	111	12.72	3.38	-1.744	370	0.082
	Hayır	261	13.35	3.12			
Öz Farkındalık	Evet	111	10.86	2.31	0.262	370	0.794
	Hayır	261	10.79	2.03			
Sağlığın Önemi	Evet	111	11.55	2.22	0.575	370	0.565
	Hayır	261	11.41	2.02			
Sağlık Algısı (Genel)	Evet	111	52.99	7.55	-0.133	370	0.894
	Hayır	261	53.10	7.04			

p>0.05

Tablo 4.48’e göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalıklarının olmasına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{36} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalıklarının olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin ailelerinde kronik hastalığa sahip bireyin olup olmaması durumuna göre farklılaşmasının belirlenmesine ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 4.49’da sunulmuştur.

Tablo 4. 49. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Ailelerinde Kronik Hastalığa Sahip Bireyin Olup Olmaması Durumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Ailede Kronik Hastalığa Sahip Bireyin Varlığı	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Kontrol Merkezi	Evet	201	17.32	4.02	-1.700	370	0.090
	Hayır	171	18.01	3.65			
Kesinlik	Evet	201	12.92	3.17	-1.625	370	0.105
	Hayır	171	13.46	3.24			
Öz Farkındalık	Evet	201	10.64	2.14	-1.688	370	0.092
	Hayır	171	11.01	2.06			
Sağlığın Önemi	Evet	201	11.39	2.11	-0.665	370	0.506
	Hayır	171	11.53	2.05			
Sağlık Algısı (Genel)	Evet	201	52.27	7.34	-2.338	370	0.020*
	Hayır	171	54.01	6.90			

p<0.05*

Tablo 4.49’a göre; üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin ailelerinde kronik hastalığa sahip olan bireyin olmasına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($t = -2.338$; $p < 0.05$). Ailelerinde kronik hastalığa sahip bireyler olmayanların ($\bar{x} = 54.01$) genel sağlık algısı düzeyleri olanlara ($\bar{x} = 52.27$) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{37} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri ailelerinde kronik hastalığa sahip olan birey olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin sağlıkla ilgili en çok bilgi aldıkları yere göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.50’de sunulmuştur.

Tablo 4. 50. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sağlıkla İlgili En Çok Bilgi Aldıkları Yere Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlıkla İlgili En Çok Bilgi Alınan Yer	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	İnternet/sosyal medya ⁽¹⁾	129	17.60	3.84	7.995	0.000*	(3-1) (3-2)
	Sağlık kurumları ⁽²⁾	208	18.06	3.76			
	Diğer ⁽³⁾	35	15.29	3.85			
Kesinlik	İnternet/sosyal medya	129	13.48	2.74	1.324	0.267	
	Sağlık kurumları	208	13.07	3.39			
	Diğer	35	12.57	3.62			
Öz Farkındalık	İnternet/sosyal medya	129	10.71	2.03	0.282	0.755	
	Sağlık kurumları	208	10.88	2.17			
	Diğer	35	10.74	2.12			
Sağlığın Önemi	İnternet/sosyal medya	129	11.14	2.29	2.330	0.099	
	Sağlık kurumları	208	11.64	1.94			
	Diğer	35	11.51	1.99			
Sağlık Algısı (Genel)	İnternet/sosyal medya ⁽¹⁾	129	52.93	7.21	3.715	0.025*	(3-2)
	Sağlık kurumları ⁽²⁾	208	53.65	7.02			
	Diğer ⁽³⁾	35	50.11	7.47			

$p < 0.05$ *

Tablo 4.50’ye göre; üniversite personelinin kontrol merkezi düzeylerinin sağlıkla ilgili en çok bilgi aldıkları yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F = 7.995$; $p < 0.05$). Sağlıkla ilgili bilgilere en çok diğer kaynakları (eş, dost, tanıdık, televizyon) kullanarak ulaşan katılımcıların ($\bar{x} = 15.29$) kontrol merkezi düzeyleri sağlıkla ilgili bilgilere internet/sosyal medya kullanarak ulaşan ($\bar{x} = 17.60$) ve sağlık kurumları aracılığıyla ulaşan katılımcılara ($\bar{x} = 18.06$) göre

daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin sağlıkla ilgili bilgi aldıkları yere göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 3.715$; $p<0.05$). Sağlıkla ilgili bilgilere en çok diğer kaynakları (eş, dost, tanıdık, televizyon) kullanarak ulaşan katılımcıların ($\bar{x}=50.11$) genel sağlık algısı düzeyleri sağlıkla ilgili bilgilere sağlık kurumları aracılığıyla ulaşan katılımcılara ($\bar{x}=53.65$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{38} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları yere göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin 1 yıl içinde sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.51’de sunulmuştur.

Tablo 4. 51. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin 1 Yıl İçinde Sağlık Merkezine Gitme Sıklıklarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlık Merkezine Gitme Sıklığı	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Hiç gitmedim	43	17.91	3.70	1.459	0.225	
	1-2 kere	161	17.19	3.80			
	3-4 kere	106	18.17	3.75			
	5-10 kereden fazla	62	17.69	4.29			
Kesinlik	Hiç gitmedim ⁽¹⁾	43	14.74	2.88	4.086	0.007*	(1-2) (1-3) (1-4)
	1-2 kere ⁽²⁾	161	13.01	3.16			
	3-4 kere ⁽³⁾	106	12.96	3.38			
	5-10 kereden fazla ⁽⁴⁾	62	12.82	2.98			
Öz Farkındalık	Hiç gitmedim ⁽¹⁾	43	11.09	2.20	5.983	0.001*	(4-1) (4-2) (4-3)
	1-2 kere ⁽²⁾	161	11.09	1.91			
	3-4 kere ⁽³⁾	106	10.85	1.95			
	5-10 kereden fazla ⁽⁴⁾	62	9.82	2.53			
Sağlığın Önemi	Hiç gitmedim	43	12.05	1.91	1.639	0.180	
	1-2 kere	161	11.49	1.94			
	3-4 kere	106	11.25	2.05			
	5-10 kereden fazla	62	11.29	2.51			
Sağlık Algısı (Genel)	Hiç gitmedim ⁽¹⁾	43	55.79	6.87	3.040	0.029*	(1-4)
	1-2 kere ⁽²⁾	161	52.78	7.25			
	3-4 kere ⁽³⁾	106	53.24	7.28			
	5-10 kereden fazla ⁽⁴⁾	62	51.63	6.68			

$p<0.05^*$

Tablo 4.51’e göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin 1 yıl içinde sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık

gösterdiği saptanmıştır ($F= 4.086$; $p<0.05$). 1 yıl içinde sağlık merkezine hiç gitmeyenlerin ($\bar{x}=14.74$) kesinlik düzeyleri 1-2 kere gidenlere ($\bar{x}=13.01$), 3-4 kere gidenlere ($\bar{x}=12.96$) ve 5-10 kereden fazla gidenlere ($\bar{x}=12.82$) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin öz farkındalık düzeylerinin 1 yıl içinde sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 5.983$; $p<0.05$). 1 yıl içinde sağlık merkezine 5-10 kereden fazla gidenlerin ($\bar{x}=9.82$) öz farkındalık düzeyleri hiç gitmeyenlere ($\bar{x}=11.09$), 1-2 kere gidenlere ($\bar{x}=11.09$) ve 3-4 kere gidenlere ($\bar{x}=10.85$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeyleri 1 yıl içinde sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 3.040$; $p<0.05$). 1 yıl içinde sağlık merkezine hiç gitmeyenlerin ($\bar{x}=55.79$) genel sağlık algısı düzeyleri 5 kere ve daha fazla gidenlere ($\bar{x}=51.63$) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{39} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri son 1 yılda kendileri için hastaneye/muayenehaneye/aile sağlık merkezine gitme durumlarına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.52’de sunulmuştur.

Tablo 4. 52. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Hekime En Çok Gitme Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Hekime En Çok Gitme Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	19.26	4.12	4.842	0.001*	(1-2) (1-3) (1-4) (1-5)
	Kendimi hasta hissettiğimde ⁽²⁾	127	17.80	4.02			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğimde ⁽³⁾	63	16.73	3.08			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde ⁽⁴⁾	87	16.89	3.68			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	17.48	3.68			
Kesinlik	Düzenli/yıllık kontrol	66	13.89	3.61	1.505	0.200	
	Kendimi hasta hissettiğimde	127	13.06	3.19			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğimde	63	13.38	3.04			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde	87	12.80	3.00			
	Şiddetli ağrı durumunda	29	12.55	3.11			
Öz Farkındalık	Düzenli/yıllık kontrol	66	11.14	2.49	1.256	0.287	
	Kendimi hasta hissettiğimde	127	10.99	2.11			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğimde	63	10.54	1.84			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde	87	10.55	2.00			
	Şiddetli ağrı durumunda	29	10.66	2.04			
Sağlığın Önemi	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	11.52	2.23	2.561	0.038*	(3-1) (3-2) (3-4)
	Kendimi hasta hissettiğimde ⁽²⁾	127	11.65	2.12			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğimde ⁽³⁾	63	10.75	2.37			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde ⁽⁴⁾	87	11.71	1.61			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	11.24	1.88			
Sağlık Algısı (Genel)	Düzenli/yıllık kontrol ⁽¹⁾	66	55.80	7.75	4.200	0.002*	(1-2) (1-3) (1-4) (1-5)
	Kendimi hasta hissettiğimde ⁽²⁾	127	53.50	6.83			
	Hastalığı kendim iyileştiremediğimde ⁽³⁾	63	51.40	6.95			
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde ⁽⁴⁾	87	51.95	6.86			
	Şiddetli ağrı durumunda ⁽⁵⁾	29	51.93	7.30			

p<0.05*

Tablo 4.52’ye göre; üniversite personelinin kontrol merkezi düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 4.842; p<0.05). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin ($\bar{x}$ =19.26) kontrol merkezi düzeyleri hekime en çok kendilerini hasta hissettiklerinde

($\bar{x}$ =17.80), hastalıklarını kendileri iyileştiremediklerinde ($\bar{x}$ =16.73), herhangi bir hastalıktan şüphelendiklerinde ($\bar{x}$ =16.89) ve şiddetli ağrı durumlarında gidenlere ($\bar{x}$ =17.48) göre daha yüksektir. Üniversite personelinin sağlığın önemi düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 2.561$; $p<0.05$). Hekime en çok hastalıklarını kendileri iyileştiremediklerinde gidenlerin ($\bar{x}$ =10.75) sağlığın önemi düzeyleri hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlere ($\bar{x}$ =11.52), kendilerini hasta hissettiklerinde ($\bar{x}$ =11.65) ve herhangi bir hastalıktan şüphelendiklerinde gidenlere ($\bar{x}$ =11.71) göre daha düşük tespit edilmiştir. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin hekime en çok gitme durumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 4.200$; $p<0.05$). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin ($\bar{x}$ =55.80) genel sağlık algısı düzeyleri hekime en çok kendilerini hasta hissettiklerinde ($\bar{x}$ =53.50), hastalıklarını kendileri iyileştiremediklerinde ($\bar{x}$ =51.40), herhangi bir hastalıktan şüphelendiklerinde ($\bar{x}$ =51.95) ve şiddetli ağrı durumunda gidenlere ($\bar{x}$ =51.93) göre daha yüksektir. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{40} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en çok hangi durumlarda hekime gittiklerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin en sık gittikleri sağlık kurumuna göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.53’te sunulmuştur.

Tablo 4. 53. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin En Sık Gittikleri Sağlık Kurumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	En Sık Gidilen Sağlık Kurumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kontrol Merkezi	Aile sağlık merkezleri	91	17.29	4.19	1.218	0.303
	Devlet hastaneleri	56	17.82	3.63		
	Özel hastane/muayenehane	51	16.96	3.54		
	Üniversite hastaneleri	174	17.96	3.85		
Kesinlik	Aile sağlık merkezleri	91	12.82	3.35	0.580	0.628
	Devlet hastaneleri	56	13.20	2.85		
	Özel hastane/muayenehane	51	13.06	3.04		
	Üniversite hastaneleri	174	13.36	3.29		
Öz Farkındalık	Aile sağlık merkezleri	91	10.93	1.97	1.142	0.332
	Devlet hastaneleri	56	10.80	2.25		
	Özel hastane/muayenehane	51	10.31	2.08		
	Üniversite hastaneleri	174	10.90	2.14		
Sağlığın Önemi	Aile sağlık merkezleri	91	11.52	1.92	1.098	0.350
	Devlet hastaneleri	56	11.38	1.98		
	Özel hastane/muayenehane	51	11.90	1.57		
	Üniversite hastaneleri	174	11.32	2.31		
Sağlık Algısı (Genel)	Aile sağlık merkezleri	91	52.56	7.15	0.628	0.597
	Devlet hastaneleri	56	53.20	7.77		
	Özel hastane/muayenehane	51	52.24	6.79		
	Üniversite hastaneleri	174	53.53	7.14		

p>0.05

Tablo 4.53’e göre; üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin en sık gittikleri sağlık kurumlarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{41} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumuna farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin en sık gidilen sağlık kurumunun tercih edilme sebebine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.54’te sunulmuştur.

Tablo 4. 54. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin En Sık Gidilen Sağlık Kurumunun Tercih Edilme Sebebine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	En Sık Gidilen Sağlık Kurumunun Tercih Edilme Sebebi	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kontrol Merkezi	Erişim kolaylığı	211	17.58	3.81	1.272	0.282
	Hizmet kalitesi	112	17.39	4.01		
	Diğer	49	18.43	3.76		
Öz Farkındalık	Erişim kolaylığı	211	10.84	2.10	0.400	0.671
	Hizmet kalitesi	112	10.68	2.29		
	Diğer	49	10.98	1.74		
Kesinlik	Erişim kolaylığı	211	13.12	3.22	0.255	0.775
	Hizmet kalitesi	112	13.12	3.19		
	Diğer	49	13.47	3.24		
Sağlığın Önemi	Erişim kolaylığı	211	11.46	2.02	0.011	0.989
	Hizmet kalitesi	112	11.44	2.29		
	Diğer	49	11.49	1.85		
Sağlık Algısı (Genel)	Erişim kolaylığı	211	53.00	6.95	1.024	0.360
	Hizmet kalitesi	112	52.63	7.54		
	Diğer	49	54.37	7.37		

p>0.05

Tablo 4.54’e göre; üniversite personelinin sağlık algısı genel düzeylerinin en sık gidilen sağlık kurumunun tercih edilme sebeplerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle “ H_{42} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumunu tercih etme nedenlerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.55’te sunulmuştur.

Tablo 4. 55. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Sağlık Durumlarını Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Sağlık Durumunu Değerlendirme Düzeyleri	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Orta	79	17.37	3.84	1.744	0.176	
	İyi	250	17.55	3.77			
	Çok iyi	43	18.65	4.37			
Kesinlik	Orta ⁽¹⁾	79	11.97	2.58	14.616	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	13.20	3.07			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	15.14	4.00			
Öz Farkındalık	Orta ⁽¹⁾	79	9.84	2.09	18.100	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	10.90	1.98			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	12.09	2.10			
Sağlığın Önemi	Orta ⁽¹⁾	79	10.92	2.26	4.927	0.008*	(1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	11.51	1.92			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	12.12	2.41			
Sağlık Algısı (Genel)	Orta ⁽¹⁾	79	50.10	5.84	18.473	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	250	53.16	6.93			
	Çok iyi ⁽³⁾	43	58.00	8.13			

p<0.05*

Tablo 4.55’e göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 14.616; p<0.05). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}$ =11.97) kesinlik düzeyleri iyi ($\bar{x}$ =13.20) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}$ =15.14) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin öz farkındalık düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 18.100; p<0.05). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}$ =9.84) öz farkındalık düzeyleri iyi ($\bar{x}$ =10.90) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}$ =12.09) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin sağlığın önemi düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 4.927; p<0.05). Sağlık durumları orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}$ =10.92) sağlığın önemi düzeyleri iyi ($\bar{x}$ =11.51) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}$ =12.12) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin sağlık durumlarını değerlendirme düzeylerine göre farkının

istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 18.473$; $p<0.05$). Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=50.10$) genel sağlık algısı düzeyleri iyi ($\bar{x}=53.16$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=58.00$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{43} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak sağlık durumlarını değerlendirme düzeyine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.56’da sunulmuştur.

Tablo 4. 56. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Yaşam Kalitelerini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaşam Kalitesini Değerlendirme Düzeyleri	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Orta	126	17.33	4.15	2.863	0.058	
	İyi	202	17.55	3.56			
	Çok iyi	44	18.91	4.24			
Kesinlik	Orta ⁽¹⁾	126	12.30	2.88	17.712	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	13.19	2.99			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	15.50	3.88			
Öz Farkındalık	Orta ⁽¹⁾	126	9.87	1.98	28.559	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	11.07	1.94			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	12.30	2.06			
Sağlığın Önemi	Orta ⁽¹⁾	126	10.93	2.09	8.609	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	11.59	1.97			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	12.32	2.20			
Sağlık Algısı (Genel)	Orta ⁽¹⁾	126	50.43	6.50	27.219	0.000*	(1-2) (1-3)
	İyi ⁽²⁾	202	53.42	6.51			
	Çok iyi ⁽³⁾	44	59.02	8.21			

$p<0.05^*$

Tablo 4.56’ya göre; üniversite personelinin kesinlik düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 17.712$; $p<0.05$). Yaşam kaliteleri orta olarak

değerlendirenlerin ($\bar{x}=12.30$) kesinlik düzeyleri iyi ($\bar{x}=13.19$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=15.50$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin öz farkındalık düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 28.559$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=9.87$) öz farkındalık düzeyleri iyi ($\bar{x}=11.07$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=12.30$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin sağlığın önemi düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 8.609$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=10.93$) sağlığın önemi düzeyleri iyi ($\bar{x}=11.59$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=12.32$) göre daha düşüktür. Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeylerinin yaşam kalitelerini değerlendirme düzeylerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($F= 27.219$; $p<0.05$). Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin ($\bar{x}=50.43$) sağlık algısı düzeyleri iyi ($\bar{x}=53.42$) ve çok iyi olarak değerlendirenlere ($\bar{x}=59.02$) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{44} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirme düzeyine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Üniversite personelinin sağlık algısı düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farklılaşmasının belirlenmesine ait anova testi sonuçları Tablo 4.57’de sunulmuştur.

Tablo 4. 57. Üniversite Personelinin Sağlık Algısı Düzeylerinin Aldıkları Sağlık Hizmetini Değerlendirme Düzeylerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Alınan Sağlık Hizmetinin Değerlendirilme Düzeyleri	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Scheffe
Kontrol Merkezi	Kötü	22	17.77	4.22	0.727	0.536	
	Orta	137	17.91	4.06			
	İyi	192	17.53	3.51			
	Çok iyi	21	16.67	5.25			
Kesinlik	Kötü	22	12.95	3.96	0.330	0.803	
	Orta	137	13.10	2.85			
	İyi	192	13.16	3.08			
	Çok iyi	21	13.81	5.29			
Öz Farkındalık	Kötü ⁽¹⁾	22	10.41	2.34	5.090	0.002*	(2-4)
	Orta ⁽²⁾	137	10.39	2.18			
	İyi ⁽³⁾	192	11.03	1.96			
	Çok iyi ⁽⁴⁾	21	12.00	2.19			
Sağlığın Önemi	Kötü	22	11.68	2.46	0.444	0.722	
	Orta	137	11.32	2.13			
	İyi	192	11.49	1.88			
	Çok iyi	21	11.76	3.02			
Sağlık Algısı (Genel)	Kötü	22	52.82	8.36	0.318	0.812	
	Orta	137	52.73	7.34			
	İyi	192	53.21	6.70			
	Çok iyi	21	54.24	9.32			

p<0.05*

Tablo 4.57’ye göre; üniversite personelinin öz farkındalık düzeylerinin aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeyine göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (F= 5.090; p<0.05). Aldıkları sağlık hizmetini orta bulanların ($\bar{x}$ =10.39) öz farkındalık düzeyleri aldıkları sağlık hizmetini çok iyi bulanlara ($\bar{x}$ =12.00) göre daha düşüktür. Sonuçlar incelendiğinde “ H_{45} : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeyine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

4.6. Değişkenlere İlişkin Korelasyon Analizi

Değişkenlere ilişkin korelasyon analizi bulguları Tablo 4.58’de verilmiştir.

Tablo. 4. 58. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Ölçeklerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Bilgiye Erişim ⁽¹⁾	r	1	.777*	.796*	.695*	.889*	.213*	.392*	.279*	.180*	.424*
Bilgileri Anlama ⁽²⁾	r		1	.831*	.665*	.912*	.168*	.373*	.256*	.186*	.386*
Değer Biçme/Değerlendirme ⁽³⁾	r			1	.771*	.953*	.172*	.384*	.304*	.293*	.438*
Uygulama/Kullanma ⁽⁴⁾	r				1	.857*	.123*	.343*	.341*	.331*	.415*
Sağlık Okuryazarlığı ⁽⁵⁾	r					1	.185*	.411*	.324*	.277*	.458*
Kontrol Merkezi ⁽⁶⁾	r						1	.451*	.185*	-0.90	.768*
Kesinlik ⁽⁷⁾	r							1	.199*	.005	.749*
Öz Farkındalık ⁽⁸⁾	r								1	.237*	.551*
Sağlığın Önemi ⁽⁹⁾	r									1	.313*
Sağlık Algısı ⁽¹⁰⁾	r										1
p<0.05*											

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; genel olarak sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ölçeği arasında ($r=0.458$) pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki vardır. Tablo 4.58’e ilişkin sonuçlar incelendiğinde “ H_1 : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık algısı düzeyleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

4.7. Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi

Araştırmanın 2. ve 3. hipotezlerinin test edilmesi amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi uygulanmadan önce regresyon analizlerinin varsayımları olan; verilerin dağılımının normal olması, değişkenler arasında ilişkinin olması ile değişkenler arasında otokorelasyon ve çoklu bağıntı problemlerinin olmaması durumları incelenmiştir. Araştırma kapsamında modele dâhil edilen verilerin normal dağılım özelliğine sahip olduğunu gösteren bulgular Tablo 4.12 ve Tablo 4.35’te sunulmuştur. Modele dâhil edilen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu sonucu ise Tablo 4.58’de verilmiştir. Öncelikle sağlık algısının sağlık okuryazarlığı

üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Modeldeki her yol katsayısına ait regresyon modeli için otokorelasyon olup olmadığının incelenmesinde Durbin Watson değerine bakılmış ve bu değerlerin 1-3 arasında olması nedeniyle kurulan her regresyon katsayısı için otokorelasyon olmadığına karar verilmiştir (Field, 2005). Elde edilen bulgular çerçevesinde örnekleme ilişkin doğrusal regresyon kestirim denklemine Formül 2’de verilen denklem kullanılarak ulaşılmıştır (Alpar, 2016).

Formül 2. Basit doğrusal regresyon kestirim denklemi

$$\hat{y}_i = a + bx_i$$

$\hat{y}_i$: Bağımlı değişkenin değeri

a: Regresyon doğrusunun kesişim değeri (Sabit değer)

b: Regresyon doğrusunun eğimi

x_i : Bağımsız değişkenin değeri

Sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.59’da sunulmuştur.

Tablo 4. 59. Sağlık Algısının Sağlık Okuryazarlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	β	Standart Hata	t	p	F	F anlamlılık
Sabit	62.980	4.516	13.947	<0.001*	98.393	<0.001*
Sağlık Algısı	0.836	0.084	9.919	<0.001*		

p<0.05*

Düzeltilmiş R²=0.208; Durbin Watson= 1.888 Bağımsız: Sağlık Algısı, Bağımlı: Sağlık Okuryazarlığı

Tablo 4.59'a göre; sağlık algısı ($t=9.919$; $p<0.05$) düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir. Sağlık algısı düzeylerinin sağlık okuryazarlığının %20.8'ini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0.208$). Regresyon analizi sonucuna ilişkin regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

$$\text{Sağlık Okuryazarlığı} = 62.980 + 0.836 * \text{Sağlık Algısı}$$

Sağlık algısı düzeylerindeki bir birimlik artışın sağlık okuryazarlığında 0.836'lık bir artışa neden olacağı belirlenmiştir. Tablo 4.59'a ilişkin sonuçlar incelendiğinde " H_2 : Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeyi genel sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir." hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırma modelinde kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık, sağlığın önemi ve sağlık algısı değişkenlerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin incelenmesinde ise bağımsız değişkenlerin birden fazla olması nedeniyle çoklu doğrusal regresyon modeli yapılmıştır. İlgili modelde çoklu bağıntı olup olmadığına karar verilirken VIF değerleri incelenmiş ve VIF değerlerinin 10'nun altında olması nedeniyle çoklu bağıntı probleminin olmadığı belirlenmiştir (Field, 2005). Elde edilen bulgular çerçevesinde örnekleme ilişkin çoklu doğrusal regresyon kestirim denkleminde Formül 3'te verilen denklem kullanılarak ulaşılmıştır (Alpar, 2016).

Formül 3. Çoklu doğrusal regresyon kestirim denklemi

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_px_p$$

$\hat{y}$: Bağımlı değişkenin değeri

a : Regresyon doğrusunun kesişim değeri (Sabit değer)

$b_1, b_2, \dots, b_p$: Değişkenlere ilişkin regresyon katsayıları

$x_1, x_2, \dots, x_p$: Bağımsız değişkenlerin değerleri

Sağlık algısı alt boyut düzeylerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.60'ta sunulmuştur.

Tablo 4. 60. Sağlık Algısı Alt Boyut Düzeylerinin Sağlık Okuryazarlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	β	Standart Hata	t	p	VIF	F	F anlamlılık
Sabit	57.647	4.801	12.008	<0.001*			
Kontrol Merkezi	0.007	0.171	0.042	0.966	1.293		
Kesinlik	1.513	0.205	7.387	<0.001*	1.278	35.576	<0.001*
Öz Farkındalık	1.218	0.292	4.168	<0.001*	1.127		
Sağlığın Önemi	1.441	0.290	4.963	<0.001*	1.081		

p<0.05*

Düzeltilmiş $R^2=0.272$; Durbin Watson= 1.841, Bağımsız: Kontrol Merkezi, Kesinlik, Öz Farkındalık, Sağlığın Önemi, Bağımlı: Sağlık Okuryazarlığı

Tablo 4.60'a göre; kesinlik (t=7.387; p<0.05), öz farkındalık (t=4.168; p<0.05) ve sağlığın önemi (t=4.963; p<0.05) düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir. Kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin %27.2'sini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0.272$). Kontrol merkezi düzeyinin ise sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Regresyon analizi sonucuna regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

$$\text{Sağlık Okuryazarlığı} = 57.647 + 0.007 \cdot \text{Kontrol Merkezi} + 1.513 \cdot \text{Kesinlik} + 1.218 \cdot \text{Öz Farkındalık} + 1.441 \cdot \text{Sağlığın Önemi}$$

Kesinlik düzeyindeki bir birimlik artışın sağlık okuryazarlığında 1.513'lük, sağlığın önemi düzeyindeki bir birimlik artışın sağlık okuryazarlığında 1.441'lik ve öz farkındalık düzeyindeki bir birimlik artışın 1.218'lik bir artışa neden olacağı belirlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucu elde edilen bulgular Tablo 4.61’de verilmiştir.

Tablo 4. 61. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	β	Standart Hata	t	p	F	F anlamlılık
Sabit	25.653	2.691	9.535	<0.001*	104.913	<0.001*
Sağlık Okuryazarlığı	0.255	0.025	10.243	<0.001*		

p<0.05*

Düzeltilmiş R²=0.219; Durbin Watson= 2.061, Bağımsız: Sağlık Okuryazarlığı, Bağımlı: Sağlık Algısı

Tablo 4.61’e göre; sağlık okuryazarlığı (t=10.243; p<0.05) düzeylerinin sağlık algısı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı düzeyinin %21.9’unu açıkladığı belirlenmiştir (R²=0.219). Regresyon analizi sonucuna regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

$$\text{Sağlık Algısı} = 25.653 + 0.255 * \text{Sağlık Okuryazarlığı}$$

Sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki bir birimlik artışın sağlık algısında 0.255’lik bir artışa neden olacağı belirlenmiştir. Tablo 4.61’e ilişkin sonuçlar incelendiğinde “H₃: Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi genel sağlık algısı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırma modelinde bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma ve sağlık okuryazarlığı değişkenlerinin sağlık algısı üzerindeki etkilerinin incelenmesinde ise bağımsız değişkenlerin birden fazla olması nedeniyle çoklu doğrusal regresyon modeli yapılmıştır. İlgili modelde çoklu bağıntı olup olmadığına karar verilirken VIF değeri incelenmiş ve VIF değerinin 10’nun altında olması nedeniyle çoklu bağıntı probleminin olmadığı belirlenmiştir (Field, 2005).

Sağlık okuryazarlığı alt boyut düzeylerinin sağlık algısı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.62’te sunulmuştur.

Tablo 4. 62. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyut Düzeylerinin Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	β	Standart Hata	t	p	VIF	F	F anlamlılık
Sabit	25.795	2.781	9.274	<0.001*			
Bilgiye Erişim	0.474	0.213	2.232	0.026*	3.222		
Bilgileri Anlama	-0.027	0.162	-0.165	0.869	3.662	27.362	<0.001*
Değer Biçme/Değerlendirme	0.269	0.154	1.746	0.082	4.875		
Uygulama/Kullanma	0.395	0.164	2.409	0.016*	2.576		

p<0.05*

Düzeltilmiş R²=0.222; Durbin Watson= 2.072, Bağımsız: Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme/Değerlendirme, Uygulama/Kullanma, Bağımlı: Sağlık Algısı

Tablo 4.62’ye göre; bilgiye erişim (t=2.232; p<0.05) ve uygulama/kullanma (t=2.409; p<0.05) düzeylerinin sağlık algısı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir. Bilgiye erişim ve uygulama/kullanma düzeylerinin sağlık algısı düzeyinin %22.2’sini açıkladığı belirlenmiştir (R²=0.222). Bilgileri anlama ve değer biçme/değerlendirme düzeylerinin ise sağlık algısı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Regresyon analizi sonucuna regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

$$\text{Sağlık Algısı} = 25.795 + 0.474 \cdot \text{Bilgiye Erişim} - 0.027 \cdot \text{Bilgileri Anlama} + 0.269 \cdot \text{Değer Biçme/Değerlendirme} + 0.395 \cdot \text{Uygulama/Kullanma}$$

Bilgiye erişim düzeyindeki bir birimlik artışın sağlık algısında 0.474’lük, uygulama/kullanma düzeyindeki bir birimlik artışın ise sağlık algısında 0.395’lik bir artışa neden olacağı belirlenmiştir.

4.8. Hipotezlerin Ret/Kabul Durumu

Hipotezlerin ret ve kabul durumları Tablo 4.63'te verilmiştir.

Tablo 4. 63. Hipotezlerin Ret/Kabul Durumu

HİPOTEZLER	RET	KABUL
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık algısı düzeyleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki vardır.		Kabul
Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeyi genel sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.		Kabul
Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi genel sağlık algısı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.		Kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en uzun süre yaşadıkları yere göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri unvanlarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri görev yaptıkları birim türüne göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri hizmet sürelerine göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir.		Kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık güvencelerine göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri çocuk sayılarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalıklarının olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ailelerinde kronik hastalığa sahip olan birey olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları yere göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri son 1 yılda kendileri için hastaneye/muayenhaneye/aile sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en çok hangi durumlarda hekime gittiklerine göre farklılık göstermektedir.		Kabul

Tablo 4. 63. (Devam) Hipotezlerin Ret/Kabul Durumu

HİPOTEZLER	RET	KABUL
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumu türüne göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumunu tercih etme nedenlerine göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak sağlık durumlarını değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.		Kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.		Kabul
Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri genel olarak aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.		Kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en uzun süre yaşadıkları yere göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri unvanlarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri görev yaptıkları birim türüne göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri hizmet sürelerine göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri gelir durumlarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri sağlık güvencelerine göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri çocuk sayılarına göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalıklarının olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri ailelerinde kronik hastalığa sahip olan birey olup olmaması durumuna göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları yere göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri son 1 yılda kendileri için hastaneye/muayenehaneye/aile sağlık merkezine gitme sıklıklarına göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en çok hangi durumlarda hekime gittiklerine göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul

Tablo 4. 63. (Devam) Hipotezlerin Ret/Kabul Durumu

HİPOTEZLER	RET	KABUL
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumu türüne göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri en sık gittikleri sağlık kurumunu tercih etme nedenlerine göre farklılık göstermektedir.	Ret	
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak sağlık durumlarını değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul
Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri genel olarak aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme şekline göre farklılık göstermektedir.		Kısmen kabul

Tablo 4. 63'te verildiği gibi araştırma kapsamında yapılan analizler neticesinde 17 hipotez reddedilirken 26 hipotezin kabul edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma bir devlet üniversitesinde görev yapmakta olan üniversite personelinin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespit edilmesi, değişkenleri etkileyen sosyo-demografik özelliklerin saptanması ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular üç farklı kısımda literatürde yer alan benzer çalışmalar ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına Ait Betimsel İstatistikleri, Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılıkların Belirlenmesine Ait Sonuçlar

Sağlık okuryazarlığı sağlığın geliştirilmesi ve iyilik hâlinin sürdürülebilmesinin sağlanabilmesi amacıyla sağlık ile ilgili bilgilere ilişkin erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama yetkinliklerini kapsayan önemli bir kavramdır. Bilgiye erişim boyutu sağlık ile ilgili bilgilere erişiminde sahip olunan arama, bulma becerilerini ifade etmektedir. Bilgileri anlama boyutu elde edilen sağlık bilgilerini kavrama becerilerini ifade etmektedir. Değer biçme/değerlendirme boyutu elde edilen sağlık bilgilerini yorumlama ve yargılama becerilerini kapsamaktadır. Uygulama/kullanma boyutu ise elde edilen sağlık bilgilerini karar verme aracı olarak kullanma becerilerini içermektedir. Bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil etmekte ve belirli bilişsel nitelikler gerektirmektedir. Elde edilen bilgilerin güvenilirliği ve anlaşılabilirliğinin yanı sıra beklentiler, algılar, neden-sonuç ilişkilerinin anlamlandırılabilmesi ile içselleştirilebilmesi, etkili iletişim gibi faktörler bu yeterlilikleri etkileyen diğer faktörler arasında sayılabilmektedir (Sørensen, 2012).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, sağlık okuryazarlığı puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması 125 puan üzerinden 107.37 ± 13.11 (madde puan ortalaması 4.29 ± 0.52) ile oldukça iyi düzeyde bulunmuştur. Araştırma kapsamında kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Bayık Temel ve Aras (2017) tarafından yapılan çalışma sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 90.30 ± 12.35 olarak tespit edilmiştir. Ata (2020) tarafından elli yaş ve üzeri hastalar üzerinde aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışma sonucunda ise katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 81.88 ± 23.64 ile orta düzeyde bulunmuştur. Yediyıldız Bulun (2021) tarafından gönüllü hastalar üzerinde

aynı ölçek kullanılarak yapılan bir başka çalışma sonucunda ortalama sağlık okuryazarlığı puanı 89.18 ± 19.20 olarak tespit edilmiştir. Barutçu Demir ve Düzen Öğüt (2018) tarafından akademisyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelendiği bir çalışma sonucunda ise katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri 20 puan üzerinden 14.69 ± 2.63 puan ile yüksek olarak tespit edilmiştir. Burada incelenen örneklem grubunun özelliklerinin çalışmamızla benzer olması sonucu okuryazarlık düzeylerinin yüksek çıktığı düşünülmektedir. Farklı olarak Ersin vd. (2021) sınıf öğretmenlerinin sağlık okuryazarlığı ortalama puanını 108.20 ± 12.39 bularak ortalama puanı çalışmamızdan daha yüksek tespit etmiştir. Literatürde farklı ölçekler kullanılarak yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin evrensel olarak yetersiz olduğu göze çarpmaktadır (Deniz ve Oğuzöncül 2020; Durusu Tanrıöver vd., 2014; Davis vd., 2020). Sağlık okuryazarlığı demografik, sosyal ve kültürel olmak üzere birçok faktörden etkilenen bir kavramdır. Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı ölçeği ortalama puanın literatürde yer alan diğer çalışmalara kıyasla yüksek bulunmasının gerekçesi olarak örneklem gruplarının sahip oldukları eğitim düzeyi, gelir durumu vb. gibi demografik özellikler ile kültürel ve sosyal farklılıklar gösterilebilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutlardan alınan ortalama puanlar incelendiğinde ise; bilgiye erişim alt boyutunun 22.26 ± 2.75 (madde puan ortalaması 4.45 ± 0.55), bilgileri anlama alt boyutunun 30.08 ± 3.84 (madde puan ortalaması 4.29 ± 0.55), değer biçme/değerlendirme alt boyutunun 34.19 ± 4.66 (madde puan ortalaması 4.27 ± 0.58) ve uygulama/kullanma alt boyutunun ise 20.84 ± 3.19 (madde puan ortalaması 4.16 ± 0.64) olduğu görülmektedir. Sonuçlar diğer alt boyutlarla kıyaslandığında bilgiye erişimde katılımcıların daha yeterli seviyede olduklarını göstermektedir. En düşük puanın uygulama/kullanma boyutundan alınmış olması ise dikkat çekicidir. Bayık Temel ve Aras (2017)'in çalışması sonucunda katılımcıların bilgiye erişim alt boyutundan 19.56 ± 3.1 , bilgileri anlama alt boyutundan 24.32 ± 4.5 , değer biçme/değerlendirme alt boyutundan 30.08 ± 4.7 ve uygulama/kullanma alt boyutundan ise 18.64 ± 3.2 aldıkları tespit edilmiştir. Ata (2020)'nin çalışmasında ise katılımcılar bilgiye erişim alt boyutundan 16.60 ± 5.22 , bilgileri anlama alt boyutundan 20.96 ± 8.38 , değer biçme/değerlendirme alt boyutundan 26.48 ± 7.73 ve uygulama/kullanma alt boyutundan ise 17.81 ± 4.04 puana sahiptirler. Yediyıldız Bulun (2021) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların bilgiye erişim alt boyutundan 18.53 ± 4.64 , bilgileri anlama alt

boyutundan 23.62 ± 6.06 , değer biçme/değerlendirme alt boyutundan 28.32 ± 6.79 ve uygulama/kullanma alt boyutundan 18.72 ± 4.07 aldıkları tespit edilmiştir. Çalışmalarla kıyaslandığında araştırmamız kapsamında katılımcıların alt boyutlardan benzer ve daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir.

Araştırmada katılımcıların bilgiye erişim alt boyutu bakımından düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre kadın katılımcıların aldıkları ortalama puan erkek katılımcıların aldıkları ortalama puandan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca genel olarak kadınlarda özellikle sağlıkla ilgili konularda öne çıkan araştırmacı özellikleri dolayısıyla ulaşıldığı yorumu yapılabilmektedir. Güven (2016) tarafından yapılan araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerden birinin cinsiyet faktörü olduğu tespit edilmiş ve kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bulgulanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı (2016) tarafından yetişkin bireyler üzerinde yapılan çalışma sonucunda da kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Japon yetişkinler üzerinde yapılan benzer çalışma sonucunda kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Matsumoto ve Nakayama, 2017). Literatürde kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere oranla daha yüksek bulunduğu başka çalışmalar da mevcuttur. Kıracı (2019) Yeşildal ve Kaya (2021) ve Sığırıcı vd. (2022) tarafından yapılan çalışmalar bu çalışmalara örnek olarak gösterilebilmektedir. Genel olarak kadınların sağlık hizmetlerini daha sık kullanmaları ve toplumsal rol modelleri dolayısıyla aile bakımından sorumlu olarak görülmelerinin kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olmasına gerekçe oluşturabileceği düşünülmektedir (Yeşildal ve Kaya, 2021: 178). Farklı olarak Durusu Tanrıöver vd. (2014) tarafından yapılan çalışma sonucunda erkeklerin genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı kadınların ortalama puanından daha yüksek tespit edilmiştir. Arnavutluk'ta 18 yaş ve üzeri bireylerde yapılan başka bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Toçi vd., 2014a). Farklı ölçek ve örneklem gruplarının analiz edildiği bu çalışmaların farklı sonuçlar vermesi doğal olarak karşılanmaktadır.

Araştırmada katılımcıların uygulama/kullanma alt boyutu bakımından düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Evli olanların aldıkları ortalama puan bekâr olanların aldıkları ortalama puana göre daha

yüksek bulunmuştur. Uygulama/kullanma boyutu sağlık bilgilerinin bir karar verme amacıyla araç olarak kullanılmasına ilişkin becerileri kapsamaktadır. Bu doğrultuda evli katılımcıların aile içinde aldıkları sorumluluklar göz önüne alındığında sağlıklarıyla ilgili aldıkları kararları uygulamalarında daha dikkatli davrandıkları düşünülmektedir. Kaya ve Yılmaz (2019) tarafından sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda medeni durumun bilgiyi uygulama boyutu olmak üzere bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama boyutlarıyla arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya koyulmuştur. Türkoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada sonucunda da evli katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Farklı olarak Güven (2016) ve Kaya (2018) katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve medeni durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını tespit etmiştir.

Araştırmadan elde edilen diğer bir bulgu ise yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında fark bulunmamış olmasıdır. Suka vd. (2015) tarafından Japonya’da yetişkinler üzerinde yapılan çalışma sonucunda da sağlık okuryazarlığı ortalama puanı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer sonuca Sezer vd. (2012) tarafından sağlıklı yaşam biçimi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda ulaşılmıştır. Karabulut (2021) tarafından yapılan araştırma sonucu da bulguyu destekler niteliktedir. Öte yandan yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı sonucu literatürde yer alan başka çalışmalar tarafından ortaya koyulmaktadır (Durusu Tanrıöver, 2014; Teleş, 2018). Yaş arttıkça sağlıkla ilgili problemlerin artmasının sağlık okuryazarlığı düzeyini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir. Bu anlamda üzerinde çalışan örneklem gruplarının farklı özellikler taşıyor olmasının farklılığa sebep olduğu düşünülebilmektedir.

Araştırmada katılımcıların bilgileri anlama alt boyutu bakımından düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Eğitim durumu doktora olanların sağlık okuryazarlığı ortalama puanları eğitim durumları ön lisans olanlara göre daha yüksektir. Bilgileri anlama alt boyutu kapsamında sağlık bilgilerinin kavrama becerileri yer almaktadır. Bu becerilerin geliştirilmesinde eğitim düzeyinin etkisinin olduğu düşünülmektedir. Nutbeam bireylerin sağlık ile ilgili becerilerinin geliştirilmesinde eğitimin önemine vurgu yapmış, bireysel ve toplumsal düzeyde güçlendirmeyi eğitim ile ilişkilendirmiştir (Nutbeam, 2000). T.C. Sağlık Bakanlığı

(2016) tarafından yapılan araştırma sonucunda eğitim seviyesi yüksek olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek olarak bulgulanmıştır. Kaya (2018) tarafından bireyler üzerinde yapılan araştırma sonucunda eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükseldiği bulunmuştur. Literatürde yer alan benzer birçok çalışma bulguyu desteklemektedir. Durusu Tanrıöver vd. (2014), Lanpher vd. (2016), Filiz (2015), Sezer (2012), Sun vd. (2013), Üçpunar (2014), Güven (2016), Teleş (2018), Yeşildal ve Kaya (2021) ve Sığırcı vd. (2022) tarafından yapılan çalışmalar bu çalışmalara örnek olarak gösterilebilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında fark bulunmamış olmasıdır. Bükecik (2019) tarafından hastane çalışanları üzerinde yapılan araştırma sonucunda da en uzun süre yaşanan yer ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer sonuca Coşkun vd. (2021) yaptıkları çalışma sonucunda ulaşmışlardır. Farklı olarak Karabulut (2021) tarafından öğretmenler üzerinde yapılan araştırma sonucu merkezde daha uzun süre yaşayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Üçpunar (2014), Teleş (2018) ve Örsal (2021) tarafından yapılan araştırma sonuçları da bulguyu destekler niteliktedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların bilgiye erişim, bilgileri anlama ve değer biçme alt boyutları olmak üzere genel sağlık okuryazarlığı bakımından ortalama puanlarının sahip oldukları unvana göre farklılık göstermesi olmuştur. Buna göre akademik personelin sahip olduğu sağlık okuryazarlığı düzeyi idari personele göre daha yüksek bulunmuştur. Liu (2015) tarafından yapılan araştırma sonucunda yaptıkları işte profesyonel olanların daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. Kobayashi vd. (2015) tarafından yetişkinlerin sosyo-demografik özelliklerinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada ise meslek sınıflarının sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi ortaya koyulmuştur. Meslek sınıflarındaki düşüklüğün sağlık okuryazarlığı düzeyinde de düşüklüğü etkileyen faktörlerden biri olduğu tespit edilmiştir. Farklı olarak Kendilci (2022) akademisyenlerin akademik unvanlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılaşmadığını tespit etmiştir.

Araştırma sonucunda görev yapılan birim türü ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken; katılımcıların bilgileri anlama ve değer biçme alt boyutları olmak üzere genel sağlık okuryazarlığı bakımından ortalama puanlarının görevlerindeki hizmet süresine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre hizmet süresi 0-5 yıl olan katılımcıların bilgileri anlama ve değer biçme alt boyutları olmak üzere genel sağlık okuryazarlığı bakımından aldıkları ortalama puanın hizmet süresi 6-10 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Farklı olarak Kendilci (2022) tarafından akademisyenler üzerinde yapılan araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı ve hizmet yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken; meslek yüksekokullarında çalışan akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin fakülte/sağlık yüksekokulunda çalışan akademisyenlerin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve alt boyutları bakımından gelir durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Gelir durumunu gider durumundan az değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı ortalama puanları diğer katılımcılara göre daha düşüktür. Gelir seviyesi yükseldikçe bireylerin yaşam kalitelerinin ve sağlıklı yaşam biçimine yöneliminin arttığı; gelir seviyesi yüksek olan bireylerin aynı zamanda eğitim durumlarının da yüksek olduğu düşünülmektedir (Kıraç, 2019). Sun vd. (2013) tarafından Çin’de yapılan araştırma sonucunda da gelir seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı ortalama puanının arttığı bildirilmiştir. Benzer sonuca Suka vd. (2015) tarafından Japonya’da yapılan araştırma ile ulaşılmıştır. Üçpunar (2014), Teleş (2018), Yeşildal ve Kaya (2021) ile Karabulut (2021) tarafından yapılan araştırma sonuçları da bulguyu desteklemektedir. Farklı olarak Kendilci (2022)’nin çalışmasında akademisyenlerin gelir durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda sağlık güvencesi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer olarak Kendilci (2022)’nin çalışmasında özel sağlık sigortası durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Farklı olarak Güven (2016) çalışmasında katılımcıların genel sağlık sigortasının yanı sıra özel sağlık sigortası da olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sadece genel sağlık sigortasına sahip olanlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Araştırma sonucunda katılımcıların değer biçme ve uygulama alt boyutları olmak üzere genel sağlık okuryazarlığı bakımından ortalama puanlarının çocuk sayılarına göre farklılık gösterdiği bulgulanmıştır. Bu noktada 1 çocuk sahibi olan katılımcıların değer biçme ve uygulama alt boyutları olmak üzere genel sağlık okuryazarlığı bakımından aldıkları ortalama puanın çocuğu olmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Çocuk sahibi olan bireylerin çocuklarının sağlıklarıyla ilgili sorumluluk taşıdıkları düşünüldüğünde sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve uygulama konusunda daha hassas davrandıkları düşünülmektedir. Bu durumun da bireylerin sağlık okuryazarlığını yükselten bir etken olduğu ifade edilebilmektedir. Farklı olarak Güven (2016) çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki bulmazken; Kaya (2018) çocuk sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğünü bulmuştur.

Araştırma sonucunda sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalığın varlığı ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Deniz vd. (2018) tarafından sağlık personelinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelendiği çalışma sonucunda da benzer sonuca ulaşılmıştır. Gül (2018), Karabulut (2021) ve Kendilci (2022) tarafından yapılan çalışmalar da bulguyu destekleyen benzer çalışmalar arasında gösterilebilmektedir. Farklı olarak Güven (2016) tarafından yapılan çalışma sonucunda kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda ailede kronik hastalığa sahip bireyin varlığı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kırarç (2019) tarafından yetişkinler üzerinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelendiği araştırma sonucu da bulguyu desteklemektedir. Kaya (2018) tarafından yapılan araştırma sonucunda ise katılımcıların kendisinde ya da ailesinde kronik hastalık mevcudiyetinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların değer biçme ve uygulama alt boyutları olmak üzere genel sağlık okuryazarlığı bakımından ortalama puanlarının genellikle sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları yere göre farklılık göstermesi olmuştur. Buna göre sağlıkla ilgili bilgilere en çok sağlık kurumları aracılığıyla ulaşan katılımcıların değer biçme ve uygulama alt boyutları olmak üzere

genel sağlık okuryazarlığı bakımından aldıkları ortalama puanın internet/sosyal medya kaynaklarını kullanan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde bilginin güvenilirliği, anlaşılabilirliği gibi hususlar önem arz etmektedir. Günümüzde teknolojinin gelişimiyle en sık başvurulacak kaynaklardan biri kuşkusuz internet/sosyal medya olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilgilerin çeşitlenmesiyle birlikte erişimin kolaylaşması yanında bilgi kirliliğini de getirmiştir. Özellikle pandemi döneminde bilgi salgını ile mücadele de söz konusu olmuştur. Bilgilerin kullanımı ve paylaşımı esnasında gerekli değerlendirmenin yapılamaması kısmen yetersiz sağlık bilgisi eksikliği ile de ilişkilendirilmiştir (Cangussú vd., 2020). Bu anlamda bilgiye formal kaynak olan sağlık kurumları aracılığıyla erişen bireylerin sağlıkla ilgili daha doğru bilgilere ulaşma imkânlarının arttığı düşünüldüğünde bu durumun sağlık okuryazarlığı düzeylerine de olumlu yansıtacağı beklenen bir sonuçtur.

Araştırma sonucunda katılımcıların değer biçme/değerlendirme alt boyutu bakımından ortalama puanlarının son 1 yılda herhangi bir sağlık kurumuna yaptıkları başvuru sıklıklarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu noktada sağlık merkezine hiç gitmeyenlerin değer biçme alt boyutundan aldıkları ortalama puan son 1 yılda 3-4 kez gidenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca çalışmamızın pandemi döneminde yürütülmesi nedeniyle ulaşıldığı düşünülmektedir. Pandemi sırasında salgının yayılmasının önlenmesi amacıyla alınan tedbirler hastane başvurularını büyük ölçüde azaltmıştır. Bu bağlamda vatandaşların evlerinde kalmaları yönünde yapılan çağrının bu durumu etkilediği düşünülebilir. Uzmanların gerekli uyarıları yapmalarına rağmen bireylerin alınması gereken tedbirlerde gerekli özeni göstermemeleri, genel olarak yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olunduğunun kanıtı olarak değerlendirilmiştir. Bu sadece bireysel olarak değil toplum sağlığını tehdit eden bir durum olarak karşımıza çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı işlevsel bir fonksiyon olarak davranışları etkileyen bir kavramdır. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı davranışlar göstermesi daha muhtemel olarak değerlendirilmektedir (Spring, 2020). Bu anlamda son 1 yılı etkileyen pandemi döneminde sağlık kurumuna hiç gitmeyenlerin, sağlığa ilişkin bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerilerini içeren değer biçme alt boyutu düzeylerinin yüksek çıkması beklenen bir durum olarak değerlendirilebilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı ve tüm alt boyutları bakımından ortalama puanlarının hekime en çok gittikleri duruma göre farklılık göstermesi olmuştur. Buna göre hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için giden katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri şiddetli ağrı durumunda doktora giden katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının temelinde mevcut sağlığın korunması ve geliştirilmesi yer almaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ise sağlıklı davranışlarda bulunmanın önemi büyüktür. Bununla beraber yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını arttıracığı (Güven 2016) düşünüldüğünde elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu ifade edilebilmektedir. Bu anlamda düzenli/yıllık kontrolünü aksatmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Araştırma sonucunda en sık başvurulanan sağlık kurumu türü ve en sık başvurulanan sağlık kurumunun tercih edilme sebebi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Güven (2016) çalışmasında katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin en sık başvurulanan sağlık kurumu türüne göre farklılaşmadığını saptamıştır. Benzer şekilde Yılmaz vd. (2021) tarafından yapılan çalışma sonucunda başvuru yeri olarak tercih edilen sağlık kurumu türlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini farklılaştırmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların genel sağlık okuryazarlık ve tüm alt boyutları bakımından ortalama puanlarının sağlık durumlarını, yaşam kalitelerini ve aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farklılık göstermesi olmuştur. Bu noktada sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların bilgilere erişim, bilgileri anlama, değer biçme ve uygulama alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ile genel sağlık okuryazarlık düzeyleri; sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini orta ve iyi olarak değerlendiren katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Baker vd. (1997)'nin hastalar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda da sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların sağlık okuryazarlığı yeterli olan hastalara göre sağlık durumlarını kötü olarak bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sentell vd. (2013) tarafından yapılan çalışma sonucunda düşük sağlık okuryazarlığı ortalamasındaki her yüzde artış, bireyler tarafından bildirilen kötü sağlık durumundaki yaklaşık % 2'lik artışla ilişkilendirilmiştir. Wolf vd. (2005)'nin 65

yaş ve üzeri bireyler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda da incelenen yaşlı bireylerden yeterince sağlık okuryazarlığına sahip olmayanların fiziksel işlev ve zihinsel sağlıklarının zayıf olduğu bulgulanmıştır. Doğan ve Çetinkaya (2019) sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çimen (2015) tarafından kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlıklarını algılama durumları ve yaşam kalitelerini değerlendirme durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. Buna göre sağlıklarını iyi ve çok iyi algılayan bireyler ile yaşam kalitesinin iyi ve çok iyi olarak değerlendiren bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yer alan bu ve buna benzer çalışmalar bulguyu destekler niteliktedir (Örsal vd., 2021). Aldıkları sağlık hizmetini çok iyi olarak değerlendiren katılımcılar incelendiğinde de genel sağlık okuryazarlık ve tüm alt boyutları bakımından aldıkları ortalama puanın aldıkları sağlık hizmetini orta düzey olarak değerlendiren katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bireyin aldığı tedavi hizmetlerine uyum sağlayamaması, tedavi sürecinde yapılması gerekenleri yerine getirememesi gibi olumsuz çıktılar düşük sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkilendirilmektedir. Bireyde sağlık okuryazarlığı yükseldikçe sağlıklarını geliştirmelerinin kolaylaşacağı beklenmektedir. Böylelikle aldıkları sağlık hizmeti sonucunda sağlık durumları olumlu yönde etkilenen bireylerin bu hizmetleri de olumlu olarak değerlendirme eğilimlerinin artacağı düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Sağlık Algısına Ait Betimsel İstatistikleri, Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılıkların Belirlenmesine Ait Sonuçlar

Sağlık algısı bireyin sağlığı ile ilgili kontrolü, kesinliği, öz farkındalık durumu ile sağlığına verdiği önemi içeren en genel ifadeyle bireyin sağlığını algılama durumunu ifade eden bir kavramdır. Kontrol merkezi boyutu bireyin sağlığını kontrol etme noktasında kendisini merkeze konumlandırıp, konumlandırmadığı hakkında bilgi vermektedir. Kendisi dışında gelişen şans, kader gibi faktörlerin sağlığı üzerinde etkili olup olmadığına dair fikirleri bu boyutta değerlendirilmektedir. Kesinlik boyutu bireyin sağlıklı olma konusunda yapması gerekenler hakkında kesin bir düşüncesinin olup, olmadığına değerlendirildiği bir diğer boyuttur. Öz farkındalık boyutu sağlıklı olmanın bireyin kendisine ne kadar bağlı olup olmadığı noktasında farkındalığının değerlendirildiği boyutu ifade etmektedir. Sağlığın önemi boyutunda ise bireyin

sağlığına verdiği önemin düzeyi değerlendirilmektedir. Bu yeterliliklerin her biri sağlık algısının önemli bir boyutunu temsil etmektedir. Sağlık algısını etkileyen pek çok faktörün yanı sıra bireylerin geliştirdikleri “psikolojik iyi oluş hâli” kavramda önemli bir diğer değişken olarak ifade edilmektedir.

Sağlık algısı puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması 75 puan üzerinden 53.07 ± 7.19 (madde puan ortalaması 3.53 ± 0.48) ile orta üstü düzeyde bulunmuştur. Gür (2017) tarafından gönüllü hastalar üzerinde yapılan çalışma sonucunda sağlık algısı puan ortalaması 47.37 ± 5.77 olarak bulunmuştur. Kolaç (2018) tarafından fabrika çalışanları üzerinde yapılan araştırma sonucunda katılımcıların sağlık algısı puan ortalamaları 39.84 ± 8.29 olarak tespit edilmiştir Karakoyunlu Şen (2019) çalışması sonucunda katılımcıların sağlık algısı ortalama puanını 50.18 ± 9.86 olarak bulmuştur. Yalçinkaya (2020) tarafından aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir başka araştırma sonucunda katılımcıların sağlık algısı puan ortalaması 48.9 ± 7.3 olarak tespit edilmiştir. Şahin (2021) tarafından yapılan araştırma sonucunda ise bakım verenlerin sağlık algısı ortalama puanları 40.34 ± 12.99 ile orta düzeyde bulunmuştur. Literatürde yapılan benzer çalışmalarla kıyaslandığında çalışmamız sonucu elde edilen sağlık algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir (Çaka vd., 2017; Özdelikara vd., 2018). Farklı olarak Ersin vd. (2021) sınıf öğretmenlerinin sağlık algısı ortalama puanını 54.01 ± 7.26 bularak ortalama puanı çalışmamızdan daha yüksek tespit etmiştir.

Alt boyutlardan alınan ortalama puanlar incelendiğinde ise; kontrol merkezi alt boyutundan 17.64 ± 3.87 (madde puan ortalaması 3.52 ± 0.48), kesinlik alt boyutundan 13.16 ± 3.21 (madde puan ortalaması 3.29 ± 0.80), öz farkındalık alt boyutundan 10.81 ± 2.11 (madde puan ortalaması 3.60 ± 0.70) ve sağlığın önemi alt boyutundan 11.45 ± 2.08 (madde puan ortalaması 3.81 ± 0.69) puanın alındığı bulunmuştur. Sonuçlar diğer alt boyutlarla kıyaslandığında katılımcıların sağlığın önemi alt boyutundan daha yüksek puan aldıklarını göstermektedir. En düşük puan ise kesinlik boyutundan alınmıştır. Katılımcıların sağlıklı olmak konusunda kesin bir fikre sahip olmada daha yetersiz oldukları yorumu yapılabilmektedir. Gür (2017)’ün çalışmasında katılımcıların kontrol merkezi alt boyutundan 15.32 ± 4.68 , kesinlik alt boyutundan 10.84 ± 3.22 , öz farkındalık alt boyutundan 9.81 ± 2.40 ve sağlığın önemi alt boyutundan 11.33 ± 2.44 puan aldıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde en yüksek puan sağlığın önemi

boyutundan alınırken en düşük puan kesinlik boyutundan alınmıştır. Yalçinkaya (2020)'nın çalışması sonucunda ise katılımcıların en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu alt boyut kontrol merkezi (16.0 ± 3.9) olmak üzere diğer alt boyutlar kesinlik (11.3 ± 3.0), sağlığın önemi (10.9 ± 2.2) ve öz farkındalık (10.5 ± 2.0) olarak kendi aralarında sıralanmıştır. Şahin (2021) çalışması sonucunda katılımcıların kontrol merkezi alt boyutundan 9.88 ± 4.70 , kesinlik alt boyutundan 10.53 ± 4.37 , öz farkındalık alt boyutundan 10.22 ± 3.23 ve sağlığın önemi alt boyutundan 10.38 ± 3.30 puan aldıkları bulunmuştur. Çalışmalarla kıyaslandığında araştırmamız kapsamında katılımcıların alt boyutlardan benzer ve daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir.

Araştırma sonucunda katılımcıların kesinlik ve sağlığın önemi alt boyutları bakımından düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre kadınların kesinlik alt boyutundan aldıkları ortalama puanlarının erkeklerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Buradan kadın katılımcıların sağlıklarını geliştirmek için yapılması gerekenler konusunda daha net düşüncelere sahip oldukları yorumu yapılabilmektedir. Bademli ve Lök (2018) tarafından yapılan çalışma sonucunda da kesinlik alt boyutundan alınan ortalama puanın kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlığın önemi alt boyutu incelendiğinde ise erkeklerin aldıkları ortalama puanları kadınları aldıkları ortalama puanlarından yüksek olduğu bulgulanmıştır. Erkek katılımcılar kadın katılımcılara kıyasla sağlıklarını daha iyi düzeyde algılamaktadır. Benzer şekilde Gültekin (2019) tarafından öğrenciler üzerinde yapılan çalışma sonucunda erkeklerin sağlığın önemi boyutundan aldıkları ortalama puanın kızlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım (2021) tarafından kronik hastalar üzerinde yapılan bir başka çalışma sonucunda erkeklerin daha iyi sağlık algısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Biyolojik farklılıklar ve toplumsal cinsiyet rollerinin bu durumu etkilediği düşünülmektedir (Yıldırım, 2021: 39). Benzer sonuca Cott vd. (1999), Badawi vd. (2012), Ahmad (2005), Gür(2017), Karakoyunlu Şen (2019) tarafından yapılan çalışmalar sonucunda da ulaşılmıştır. Özcebe (2003) çalışmasında kadınların daha kötü sağlık algısına sahip olma sonucunu incelediği örneklem grubunun eğitim düzeylerinin erkeklere oranla düşük olması ve “ev hanımı” olma durumlarına bağlamıştır. Bizim çalışmamızda incelediğimiz örneklem grubunu daha yüksek eğitim durumuna sahip üniversitede çalışan personel oluşturması ve kadınların sağlıkla ilgili bilgilere erkeklere oranla daha iyi erişim becerilerine sahip olması sonucunun bulunmasıyla kesinlik boyutundan

aldıkları ortalama puanın daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde genel olarak erkeklerin daha iyi sağlık algısına sahip olduğuna dair kanıt oluşturacak çalışmalar yer alsa da cinsiyet ile sağlık algısının ilişkisinin olmadığını içeren çalışmalar da mevcuttur. Eser vd. (2012)'nin çalışması sonucunda eczacılık fakültesi öğrencilerinin cinsiyetlerinin sağlık algısı ile ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Dinç (2019) tarafından masabaşı çalışanlar üzerinde yapılan araştırma sonucunda sağlık algısı ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Karabal (2020) tarafından bakım vericiler üzerinde yapılan çalışma sonucunda da ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda medeni durum ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kırac (2019) tarafından yetişkinler üzerinde sağlık algısı düzeyinin incelendiği araştırma sonucunda da sağlık algısı düzeylerinin katılımcıların medeni durumlarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Kara (2017), Ersin vd. (2021), Dinç (2019), Karakoyunlu Şen (2019), Karabal (2020) ve Karabulut (2021) tarafından yapılan çalışmalar sonuçları da bulguyu destekler niteliktedir. Farklı olarak Cott (1999) tarafından yapılan çalışma sonucu evli bireylerin daha iyi sağlık algısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım (2021) tarafından yapılan çalışma da bu bulguyu desteklemektedir. Başka bir çalışmada ise hiç evlenmemiş olan katılımcıların %72 oranında iyi sağlık algısına sahip oldukları, evli olanlarda ise bu oranın %59'a düştüğü bildirilmiştir (Çapık, 2006: 50). Gür (2017) tarafından yapılan araştırma sonucunda da bekâr katılımcıların sağlık algıları daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar göz önüne alındığında medeni durum ve sağlık algısı ilişkisine ilişkin net bir yorumun yapılamayacağı görülmektedir. Örneklem gruplarının farklı demografik özellikleri ve yaşanılan bölgenin farklı sosyal-kültürel özellikleriyle çalışma sonuçlarının farklılaştığı ifade edilebilmektedir.

Araştırma sonucunda yaş ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kırac (2019) tarafından yetişkinler üzerinde sağlık algısı düzeyinin incelendiği araştırma sonuçlarında da sağlık algısı düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yıldırım (2021)'in çalışması sonucunda sağlık algısı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ersin vd. (2021) tarafından öğretmenler üzerinde yapılan çalışma sonucunda da yaş değişkeninin sağlık algısı ile ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Gür (2017), Koraltan (2017) ile Çağlayan vd. (2019) tarafından yapılan çalışmalar sonucu benzer bulgu elde edilmiştir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde genel olarak yaş arttıkça sağlık algısının kötüleştiği sonucuna daha fazla ulaşıldığı görülmektedir (Ahmed vd., 2002; Goldberg vd., 2001; Vissandjee vd., 2004). Yaş ile birlikte hastalıkların artması, eğitim düzeyinin düşmesi, sağlıklı davranış biçimlerinden biri olan fiziksel aktivitelerin gerçekleştirilmesinin zorlaşması gibi durumların sağlık algısını kötüleştirdiği düşünülmektedir. Farklı olarak bir araştırma sonucunda bireylerin sağlık algılarının yaş değişkeni ile birlikte arttığı tespit edilmiştir. Bu duruma yaş arttıkça sağlığa ilişkin önemin artması gerekçe olarak gösterilmiştir (Gültekin, 2019). Sağlık algısı bireylerin algıladıkları “iyi oluş” hâllerine göre değişkenlik göstermektedir. Farklı sonuçlara ulaşılması bireylerin farklı iyi oluş düzeylerine sahip olmasıyla açıklanabilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların kesinlik ve öz farkındalık alt boyutları olmak üzere genel sağlık algısı bakımından ortalama puanlarının eğitim durumlarına göre farklılık göstermesi olmuştur. Buna göre ön lisans mezunu olanların kesinlik düzeyleri diğer katılımcılara göre daha düşükken, lisans mezunu olanların öz farkındalık düzeyleri ise doktora mezunu olanlara göre daha düşüktür. Genel sağlık algısı ortalama puanları karşılaştırıldığında ön lisans mezunu olanların genel sağlık algısı düzeylerinin doktora mezunu olanlara göre daha düşük, lisans mezunu olanların genel sağlık algısı düzeylerinin ise yüksek lisans ve doktora mezunu olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Genel olarak yorumlandığında eğitim seviyesinin arttıkça sağlık algısı düzeylerinin de arttığı ifade edilebilmektedir. Ahmad (2005) vd. eğitim durumunun bireylerde sağlığı algılama durumları üzerinde etkili bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Vissandjee vd. (2004) düşük eğitim seviyesinin sağlık algısını olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır. Kırac (2019) ve Şahin (2021) çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısının arttığını tespit etmişlerdir. Literatürde yapılan çalışmalar genel olarak artan eğitim durumunun olumlu sağlık algısı ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Farklı olarak Yıldırım (2021), Ersin vd. (2021), Gür (2017) ve Karabal (2020) tarafından yapılan araştırma sonucunda eğitim durumunun sağlık algısı üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda katılımcıların kesinlik alt boyutu ve genel sağlık algısı bakımından ortalama puanlarının en uzun süre yaşadıkları yere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre en uzun süre ilde yaşamış olanların en uzun süre beldede yaşamış olanlara kıyasla kesinlik alt boyutundan ve genel sağlık algısı düzeyi

bakımından aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Literatürde kırsal alanda yaşayanların olumsuz sağlık algısına sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Ahmad vd., 2005; Vissandjee vd., 2004). Farklı olarak Çilingir ve Aydın (2017)'in çalışmasında en uzun süre ilçede yaşayan öğrencilerde genel sağlık algısı ortalama puanı yüksek bulunmuştur. Filiz (2015), Gür(2017) ve Karabulut (2021) tarafından yetişkinler üzerinde sağlık algısı düzeyinin incelendiği araştırma sonuçlarında ise sağlık algısı düzeylerinin katılımcıların yaşadıkları yere göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda görev yapılan birim ve görevdeki hizmet süresi ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken; katılımcıların kesinlik ve sağlığın önemi alt boyutları olmak üzere genel sağlık algısı bakımından ortalama puanlarının sahip oldukları unvana göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre öğretim elemanlarının sahip olduğu sağlık algısı düzeyi idari personele göre daha yüksek bulunmuştur. Öğretim elemanlarının daha yüksek eğitim düzeyine sahip olmalarının bu farkı oluşturduğu düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların kesinlik alt boyutu bakımından ortalamalarının gelir durumlarına göre farklılık göstermesi olmuştur. Buna göre gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenler, gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlere göre daha yüksek kesinlik algısına sahiptir. Gelir seviyesi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimine yöneliminin arttığı düşünülmektedir (Kıraç, 2019). Bu noktada gelir durumu fazla olan bireyin sağlığını geliştirmesi için yapılabilecekler konusunda öncelik olarak maddi kaynaklarını aktarabilme olanağına sahip olduğu düşünüldüğünde kesin düşüncelere sahip olması olası bir durum olarak değerlendirilebilmektedir. Benzer şekilde Bademli ve Lök (2018) tarafından yapılan çalışma sonucunda kesinlik alt boyutundan alınan ortalama puanın gelir durumunu iyi olarak değerlendirenlerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda sağlık güvencesi ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Koraltan (2017) tarafından yapılan araştırma sonucunda sosyal güvencenin sağlık algısı üzerinde farklılığa sahip olmadığı bulunmuştur. Karakoyunlu Şen (2019) tarafından polikliniğe başvuran hasta ve sağlıklı

bireyler üzerinde yaptığı araştırma sonucunda da sosyal güvence varlığı ile sağlık algısı puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların çocuk sayıları ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kolaç vd. (2018) fabrika çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ile sağlık algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını tespit etmiştir. Karabulut (2021) tarafından öğretmenler üzerinde yapılan araştırma sonucunda benzer bulgu elde edilmiştir.

Araştırma sonucunda sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalığın varlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken; katılımcıların genel sağlık algısı bakımından düzeylerinin ailede kronik hastalığa sahip bireyin varlığına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre ailelerinde kronik hastalığa sahip olmayan katılımcıların genel sağlık algısı düzeylerinin ailelerinde kronik hastalığa sahip olan katılımcıların genel sağlık algısı düzeylerinden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bu noktada aile üyelerinde yaşanan kronik hastalığın neden olabileceği karamsarlık, tükenmişlik gibi olumsuz duygu durumlarının, ailedeki diğer üyelerin sağlık algılarını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilmektedir. Farklı olarak Çiftçi Kırac (2021) ailesinde kronik rahatsızlığı bulunanların sağlık algı düzeylerini daha yüksek bulmuştur. Literatür incelendiğinde genel olarak kronik hastalığa sahip olan bireyin sağlık durumunu daha kötü algılamaya eğilimli olduğu öne çıkmaktadır. Ancak her bireyin kendine özgü sağlık algısına sahip olduğu düşünüldüğünde kronik hastalığa sahip olunması sağlık algısını kötüleştirmeyebilir. Bu anlamda bu değişkenler arasındaki ilişkiler net değildir. Bununla birlikte Kırac (2019), Kolaç (2018), Karabal (2020) ve Karabulut (2021) tarafından yapılan çalışmalar kronik hastalığın varlığının sağlık algısı düzeyini farklılaştırmadığı bulgumuzu destekleyen benzer çalışmalar arasında gösterilebilmektedir. Farklı olarak başka bir çalışma sonucu kronik bir hastalığı bulunmayanların sağlık algısı puanı ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Karakoyunlu Şen, 2019).

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların kontrol merkezi boyutu ve genel sağlık algısı bakımından ortalama puanlarının genellikle sağlıkla ilgili bilgileri en çok aldıkları kaynağa göre farklılık göstermesi olmuştur. Buna göre sağlıkla ilgili bilgilere en çok internet/sosyal medya ve diğer kaynakları kullanarak ulaşan

katılımcıların kontrol merkezi ve genel sağlık algısı düzeyleri sağlıkla ilgili bilgilere en çok sağlık kurumları aracılığıyla ulaşan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Sağlık kurumları bilgiye erişimde formal bir kaynak olarak değerlendirilebilirken; internet ve diğer kaynaklar informal kaynaklar olarak değerlendirilebilmektedir. Özellikle pandemi döneminde bilgi salgını ile mücadele de söz konusu olmuştur. Bilgilerin kullanımı ve paylaşımı esnasında gerekli değerlendirmenin yapılamaması kısmen yetersiz sağlık bilgisi eksikliği ile de ilişkilendirilmiştir (Cangussú vd., 2020). Sağlık kurumları diğer kaynaklarla kıyaslandığında bilgilerin güvenilirliğinin sağlanmasında öne çıkmaktadır. Bu bilgilerin güvenilirliği arttıkça sağlıklı olma konusunda kontrol sağlamak kolaylaşacaktır. Dolayısıyla bilgiye erişimde sağlık kurumlarının tercih edilmesinin sağlık algısını arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda katılımcıların kesinlik ve öz farkındalık alt boyutları olmak üzere genel sağlık algısı bakımından ortalama puanlarının son 1 yılda herhangi bir sağlık kurumuna yaptıkları başvuru sıklıklarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu noktada sağlık merkezine hiç gitmeyenlerin kesinlik boyutundan aldıkları puan 1-2 kere, 3-4 kere ve 5-10 kereden fazla sağlık merkezine gidenlerin aldıkları ortalama puanlara göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Öz farkındalık alt boyutu bakımından incelendiğinde sağlık merkezine 5-10 kereden fazla gidenlerin aldıkları ortalama puanın sağlık merkezine 3-4 kere ve 1-2 kere gidenler dâhil olmak üzere hiç gitmeyenlerin aldıkları ortalama puanlara kıyasla daha düşük olduğu gözlenmiştir. Genel sağlık algısı düzeyleri karşılaştırıldığında son 1 yılda sağlık merkezine hiç gitmeyenlerin ortalama puanları sağlık merkezine 5-10 kereden fazla gidenlerin ortalama puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca çalışmamızın pandemi döneminde yürütülmesi nedeniyle ulaşıldığı düşünülmektedir. Pandemi sırasında salgının yayılmasının önlenmesi amacıyla alınan tedbirler hastane başvurularını büyük ölçüde azaltmıştır. Bu bağlamda vatandaşların evlerinde kalmaları yönünde yapılan çağrının bu durumu etkilediği düşünülebilir. Pandemi bu yana yaşanan en büyük değişiklik, sosyal mesafe ve temastan kaçınma uygulaması olmuştur. Bu durumun sağlık algısını değiştirdiği düşünülmektedir. Pandemi nedeniyle sağlığın önemi ve değeri bir kez daha ortaya çıkmıştır. Sağlıklı yaşam için geliştirilen alışkanlıkların sosyal mesafeye dayalı yaşam biçimlerine entegre edilerek benimsendiği göze çarpmaktadır (Lee vd., 2021). Bu anlamda tedbirleri uygulayan bireylerin sağlık algılarının yüksek olması beklenen bir durum olarak değerlendirilebilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların kontrol merkezi ve sağlığın önemi alt boyutları olmak üzere genel sağlık algısı bakımından ortalama puanlarının hekime en çok gittikleri duruma göre farklılık göstermesi olmuştur. Buna göre hekime en çok hastalığı kendileri iyileştiremediğinde giden katılımcıların sağlığın önemi alt boyutundan aldıkları ortalama puan diğer katılımcıların ortalama puanlarına göre daha düşük tespit edilmiştir. Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için giden katılımcıların ise kontrol merkezi boyutu ortalamaları ile genel sağlık algısı ortalamaları diğer katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Genel olarak yorumlandığında sağlık kurumuna en çok düzenli/yıllık kontrol için başvuran katılımcıların sağlık algısı düzeyleri daha yüksektir. Düzenli/yıllık kontrolünü yaptıran katılımcıların sağlıklarına yönelik olarak olumlu davranış sergiledikleri düşünülmektedir. Olumlu sağlık algısı da bu durumun bir çıktısı olarak değerlendirilebilmektedir.

Araştırma sonucunda en sık başvurulanan sağlık kurumu türü ve en sık başvurulanan sağlık kurumunun tercih edilme sebebi ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu ilişkileri inceleyen başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların genel sağlık algısı ve alt boyutları bakımından ortalama puanlarının sağlık durumlarını, yaşam kalitelerini ve aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerine göre farklılık göstermesi olmuştur. Bu noktada sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini orta ve iyi olarak değerlendiren katılımcıların kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutlarından aldıkları ortalama puanları ile genel sağlık algısı düzeylerinin sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların ortalama puanlarına göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ortanca (2021) çalışmasında sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer bulguya Çiftçi Kırac (2021) üzerinde yaptığı çalışma sonucu ulaşmıştır. Olumlu sağlık algısı kaliteli bir yaşamın yansıması olarak değerlendirilebilmektedir. Bu anlamda yaşam kalitesi yükseldikçe sağlık algısının da yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Aldıkları sağlık hizmetini orta olarak değerlendiren katılımcıların ise öz farkındalık alt boyutundan aldıkları ortalama puanın aldıkları sağlık hizmetini çok iyi düzey olarak değerlendiren katılımcılara göre daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Öz farkındalık bireyin sağlık sorumluluğuna ilişkin

bireysel farkındalığını ifade etmektedir. Aldığı sağlık hizmeti sürecinde sağlıklı olma konusunda kendisinde sorumluluk taşıyan bireyin söz konusu süreci olumlu değerlendirmeye yönelik eğiliminin yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Düzeylerine İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizi Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı, gelir düzeyi, istihdam durumu, eğitim düzeyi, ırk ve etnik köken gibi diğer faktörlerle karşılaştırıldığında, bireylerin sağlık durumunu belirleyen temel faktör olarak kabul edilmektedir (Örsal vd., 2021). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişiler, sağlığı teşvik edici davranışlar arama ve sağlık durumlarını daha iyi değerlendirme eğilimindedir. Bu anlamda sağlıkları için sorumluluk alan ve sağlıklı yaşam davranışları geliştiren kişilerin daha sağlıklı olmaları beklenir. Bu doğrultuda olumlu sağlık algısına sahip olan bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olacağı beklenmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı değişkenleri birbirleri üzerinde etkileri olan değişkenlerdir. Çalışma sonucunda değişkenler arasında orta düzeyde ilişki bulunmuş; birbirleri üzerindeki etkileri regresyon analizleri sonucunda tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde pek çok çalışma sonucu iki değişken arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Gül, 2018; Ekti, 2020; Deniz ve Oğuzöncül, 2020; Durmaz 2020; Yiğitalp vd., 2021).

Yapılan regresyon analizi sonucu incelendiğinde, sağlık algısı düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu; kontrol merkezi hariç diğer tüm alt boyutlarının (kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık) ise sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı etkileri olduğu tespit edilmiştir. Kesinlik boyutu bireyin sağlıklı olması amacıyla yapması gerekenlere ilişkin olarak kesin bir fikre sahip olup olmadığını içermektedir. Sağlığın önemi boyutu bireyin sağlığına verdiği önemin düzeyi olarak değerlendirildiği boyuttur. Öz farkındalık boyutu ise bireyin sağlıklı olma durumunun kendisine ne kadar bağlı olup olmadığına ilişkin farkındalığını kapsamaktadır. Birey sağlığına ne kadar önem verirse, sağlıklı olmak için yapılması gerekenler hakkında ne kadar çok kesin düşüncelere sahip olursa ve bununla ilgili farkındalığı ne kadar fazla olursa sağlık okuryazarlık düzeyinin de o kadar yüksek olacağı beklenmektedir. Akça vd. (2020) tarafından gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışma sonucunda kesinlik boyutunun

sağlık okuryazarlığı tüm alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Mollaoğlu vd. (2021) tarafından hemodiyaliz hastalarında sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda değişkenler arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Buna göre katılımcılarda sağlık algısı düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır. Araştırma sonucunda sağlık algısı alt boyutlarından kontrol merkezi boyutunun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı bir ilişkisi tespit edilememiştir. Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde kontrol merkezi alt boyutunun sağlık okuryazarlığı alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişkisine rastlanılamamış olduğu görülmektedir (Kuloğlu ve Uslu 2022: 271). Bu yönüyle araştırmadan elde edilen bu sonucun literatürde yer alan diğer çalışmaların sonuçları ile benzer olduğu söylenebilmektedir.

Sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerindeki etkisinin incelendiği regresyon analizi sonucunda ise sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu; bilgiye erişim ve uygulama/kullanma boyutlarının sağlık algısı düzeyleri üzerinde anlamlı etkileri olduğu tespit edilmiştir. Bireyler sağlık durumlarını koruma ve iyileştirmeleri sürecinde sağlıkla ilgili bilgilere gereksinim duymaktadır. Bilgiye erişim boyutu bu bilgilere ulaşabilme yetkinliğini ifade etmektedir. Uygulama/kullanma boyutu ise elde edilen sağlık bilgilerinin sağlığın geliştirilmesi ve iyilik hâlinin korunması amacıyla bir karar verme aracı olarak kullanabilme (sağlığa zararlı alışkanlıklardan vazgeçme, sağlıkla ilgili aktiviteleri günlük hayatta pratik etmek gibi) yetkinliğini ifade etmektedir. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilen ve bu bilgileri sağlıkları ile ilgili bir karar verme aracı olarak kullanabilen bireylerin sağlık algılarının da pozitif yönde etkileneceği düşünülmektedir. Say Şahin vd. (2017) tarafından 65 yaş ve üstü bireylerde sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda değer biçme ve uygulama boyutlarının sağlık algısının sağlığın önemi alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı ilişkileri olduğu tespit edilmiştir. Yalçın (2020) tarafından üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda bilgiye erişim ve bilgileri anlama boyutlarının sağlık algısı düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Kuloğlu ve Uslu (2022) tarafından sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık algıları üzerindeki etkisini incelendiği benzer çalışma sonucunda

bilgileri anlama ve uygulama boyutlarının sağlık algısı alt boyutlarından sağlığın önemi ve öz farkındalık üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Akça vd. (2020) tarafından yapılan araştırma kapsamında ise gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça sağlık algılarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışma kapsamında bir kamu üniversitesinde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı değişkenlerinin birbirleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Verilere 372 üniversite personelinin araştırmaya katılımıyla ulaşılmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ankette yer alan 25 ifade ile sağlık algısı düzeyleri ise ankette yer alan 15 ifade ile ölçülmüştür.

Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığına ilişkin maddelerden aldıkları ortalama puan göz önüne alındığında, genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlarından alınan ortalama puanlara bakıldığında ise en yüksek puanın bilgiye erişim boyutundan, en az puanın ise uygulama/kullanma boyutundan alındığı sonucuna ulaşılmıştır.

Genel sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle sosyo-demografik özellikler birlikte incelendiğinde, öğretim elemanı unvanına sahip olan katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte sağlıkla ilgili bilgiye sağlık kurumları aracılığıyla ulaşanların ve hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksektir. Sağlık durumlarını, yaşam kalitelerini ve aldıkları sağlık hizmetini orta düzey olarak değerlendirenlerin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarına ilişkin anlamlı farklılıklar incelendiğinde ise gelir durumu, hekime en çok gitme sebebi, sağlık durumunu değerlendirme düzeyi, yaşam kalitesini değerlendirme düzeyi ile aldıkları sağlık hizmetini değerlendirme düzeyinin alt boyutları etkileyen ortak değişkenler olduğu tespit edilmiştir. Buna göre gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenlerin, hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin, sağlık durumlarını, yaşam kalitelerini ve aldıkları sağlık hizmetini daha iyi düzeyde değerlendirenlerin bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme ve uygulama düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Üniversite personelinin genel sağlık algısına ilişkin maddelerden aldıkları ortalama puan göz önüne alındığında, genel sağlık algısı düzeylerinin orta üstü düzey olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlarından alınan ortalama puanlara bakıldığında ise en yüksek puanın sağlığın önemi boyutundan, en az puanın ise kesinlik boyutundan alındığı sonucuna ulaşılmıştır.

Genel sağlık algısı düzeyleriyle sosyo-demografik özellikler birlikte incelendiğinde, ön lisans mezunu olanların genel sağlık algısı düzeyleri doktora mezunu olanlara göre; lisans mezunu olanların genel sağlık algısı düzeyleri ise yüksek lisans ve doktora mezunu olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Öğretim elemanı unvanına sahip olanların ve hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin genel sağlık algısı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgilere en çok diğer kaynakları (eş, dost, tanıdık, televizyon) kullanarak ulaşan katılımcıların genel sağlık algısı düzeyleri ise sağlıkla ilgili bilgilere sağlık kurumları aracılığıyla ulaşan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini orta düzey olarak değerlendirenlerin genel sağlık algısı düzeyleri daha düşük tespit edilmiştir.

Sağlık algısının alt boyutlarına ilişkin anlamlı farklılıklar incelendiğinde ise hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin kontrol merkezi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kesinlik alt boyutu incelendiğinde kadın katılımcıların kesinlik düzeyleri daha yüksek bulunurken; ön lisans mezunu olanların kesinlik düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Lisans mezunu olanların öz farkındalık düzeyleri ise doktora mezunu olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Öğretim elemanı unvanına sahip olanların kesinlik ve sağlığın önemi düzeyleri daha yüksektir. Gelirlerini giderlerinden fazla olarak değerlendirenlerin kesinlik düzeyleri gelirlerini giderlerinden az olarak değerlendirenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini orta düzey olarak değerlendirenlerin kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Sağlığın önemi alt boyutu incelendiğinde erkek ve öğretim elemanı unvanına sahip olanların katılımcıların sağlığın önemi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi ile genel olarak sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ölçeği arasında pozitif yönlü orta

seviyede bir ilişki bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonucunda ise sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık algısı alt boyutlarının sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisi incelendiğinde; kontrol merkezi boyutunun sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı, kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi boyutlarının ise pozitif ve anlamlı etkilerinin olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığını en çok etkileyen boyutun ise kesinlik boyutu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Son olarak sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının sağlık algısı üzerindeki etkisi incelendiğinde; bilgileri anlama ve değer biçme/değerlendirme boyutlarının sağlık algısı üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı, bilgiye erişim ve uygulama/kullanma boyutlarının ise pozitif ve anlamlı etkilerinin olduğu bulunmuştur. Sağlık algısını en çok etkileyen boyutun ise bilgiye erişim boyutu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek; genel sağlık algısı düzeylerinin ise orta üstü olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte düzeyleri farklılaştıran demografik, mesleki ve sağlık hizmetlerine ilişkin bazı özellikler tespit edilmiştir. Özellikle eğitim ve gelir düzeyi daha düşük olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeyinin nispeten daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. Literatürde yer alan çalışma sonuçları bulguyu destekler niteliktedir. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan bireyler sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetleri kullanmakta güçlük çekmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeyinin toplumdaki dengesiz dağılımı sağlık eşitsizliklerinin giderilmesinin önünde engel oluşturan faktörlerden biri olarak değerlendirilebilmektedir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin iyileştirilmesinde toplumun her kesiminin katılımının güçlendirilmesi gerekliliği söz konusudur. Eğitim ve ekonomi düzeylerine bağlı olarak farklı düzeydeki bireylerin katılımlarının toplumdaki diğer bireylerin katılımlarına kıyasla daha zor olduğu düşünüldüğünde bu bireylere yönelik olarak plan ve programların geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda bu bireylere yönelik

olarak daha yoğunlaştırılmış eğitimler sunulabilir. Sağlığın bireysel, kültürel, sosyal, ekonomik ve çevresel olmak üzere birden fazla faktörden etkilendiği göz önüne alındığında; sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplumlar oluşturabilmek adına daha bütüncül bakış açısıyla tüm toplumsal sistemlerin incelenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda istihdam olanaklarının iyileştirilmesine yönelik daha farklı politikalar geliştirilebilir, sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerine ilişkin farkındalığın geliştirilmesi adına çok boyutlu toplum temelli farkındalık çalışmaları yürütülebilir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde sağlıkla ilgili bilgilere gereksinim duyulmaktadır. Erişilen bilginin güvenilirliği ve kalitesi bu açıdan önemlidir. Çalışma sonuçlarından biri de en çok sağlık kurumları aracılığıyla bilgiye ulaşan katılımcıların sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bireylerin sağlık çalışanlarıyla etkileşimleri sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısının yükseltilmesinde fırsat olarak görülebilmektedir. Bu doğrultuda birey ve sağlık çalışanları arasında etkili iletişimin sağlanmasına yönelik olarak yapılan çalışmaların geliştirilerek yaygınlaştırılması önerilmektedir. Çalışma sonucunda katılımcıların daha fazla sağlıklı olmak için yapılması gerekenler konusunda kesin fikirleri olup olmadığını değerlendiren kesinlik alt boyutu madde ortalama puanı diğer alt boyutlara kıyasla nispeten daha düşük düzeyde tespit edilmiştir. Kesinlik alt boyutunun sağlık okuryazarlığı düzeyini en çok arttıran alt boyut olduğu sonucu ile birlikte değerlendirildiğinde, sağlıkla ilgili bilgilere erişimde yazılı ve görsel araçların etkin hâle getirilebilmesi için güvenilir ve kolay erişimin sağlanması önem arz etmektedir. Etkili medya kullanımının sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerini geliştirmede bir araç olduğu düşünüldüğünde buna ilişkin olarak bireylere eleştirel bakış açısı kazandırabilecek eğitim programları düzenlenebilir, medya ve sağlık sektörünün entegrasyonunun geliştirilmesine katkı sağlayacak dijital boyutta uygulamalar yaygınlaştırılabilir.

Bireylerin sağlık ile ilgili talepleri hem bireysel hem de kamusal sağlık harcamalarını etkileyen en önemli dinamiktir. Bu kapsamda bireylerin kendilerine ilişkin sağlık yönetimini gerçekleştirebilmeleri bu harcamaların önemli ölçüde azalmasına yardımcı olacaktır. Çalışma sonucunda katılımcıların sağlıkla ilgili bilgileri uygulamada nispeten daha düşük düzeyde yeterli oldukları tespit edilmiştir. Uygulama/kullanma alt boyutunun sağlık algısı düzeyini arttırdığı sonucu ile birlikte

değerlendirildiğinde, bireylerin sağlıkları ile ilgili olumlu davranışlara teşvik edilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç ise en çok düzenli/yıllık kontrol için hekime başvuran katılımcıların sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buradan hareketle bu düzeylerin yükseltilmesinin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını arttırabileceği, bu durumun da gereksiz sağlık hizmetleri taleplerini azaltabileceği düşünülmektedir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinden daha düşük maliyetle sahip olunabilen sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısının geliştirilmesi hususu sağlığın geliştirilmesi ve teşvikiyle ilgili yeni stratejilerin geliştirilmesinde daha çok gündeme getirilebilir.

Sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına yönelik olarak sağlıklı davranış biçimlerinin benimsenmesi sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun göstergesi olarak değerlendirilebilmektedir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerindeki iyileşmeler daha sağlıklı birey ve toplumların oluşmasına katkı sunmaktadır. Elde edilen bulgular kapsamında düzeylerin durum tespiti yapılmış olup; düzeyleri farklılaştıran sosyo-demografik özellikler tespit edilmiştir. Bu anlamda çalışma sonuçlarının hem uygulamacılara hem de karar vericilere sağlıkla ilgili politika geliştirme konusunda hangi faktörleri daha fazla ön planda tutabileceklerine ilişkin fikir sağladığı düşünülmektedir. Buna ek olarak çalışma sonucunda literatüre çeşitli farklılıklar bağlamında ne tür sonuçlar elde edilebileceği saptanmış olmakla birlikte bu durumun ilgili literatürün zenginleştirilmesine katkı sunduğu düşünülmektedir.

Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket kullanılmıştır. Daha kapsamlı sonuçlara farklı ölçek çalışmaları yürütülerek ulaşılabilir. Bunun yanı sıra görüşme ve gözlem gibi nitel araştırma yöntemleri aracılığıyla konu ile ilgili farklı çalışmalar gerçekleştirilebilir. Böylece konu ile ilgili derinlemesine inceleme yapılabilir. Bu araştırmanın Muğla ilinde bir kamu üniversitesinde yapılmış olması ise en önemli sınırlılığı oluşturmaktadır. Çalışmaya benzer ve farklı özelliklere sahip daha geniş çaplı örneklem gruplarının incelenerek sonuçların karşılaştırılmasıyla ilgili literatür bilgisinin zenginleştirileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N (2005). Self-rated health in Pakistan: Results of a national health survey. *BMC Public Health*, 5(1): 51.
- Ahmed SM, Rana AKMM, Chowdhury M, Bhuiya A (2002). Measuring perceived health outcomes in non-western culture: Does SF-36 have a place? *Journal of Health, Population and Nutrition*, 20(4): 334-342. Retrieved from: <http://www.jstor.org/stable/23498922>.
- Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Akbaş M (2020). Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3): 630-642.
- Alpar R (2016). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Dördüncü Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- American Thoracic Society (2016). Health status, health perceptions. Retrieved from: <https://qol.thoracic.org/sections/key-concepts/health-status-health-perceptions.html> (Erişim Tarihi: 25.02.2020).
- Andrews MM, Boyle JS (2008) Transcultural concepts in nursing. New York. Wolters Kluwer/ Lippincott, Williams & Wilkins.
- Andrulis D, Brach C (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior*, 2007(31 supplement):122-133.
- Assari S (2014). Cross-country variation in additive effects of socio-economics, health behaviors, and comorbidities on subjective health of patients with diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13(1): 36.
- Assari S, Lankarani, MM (2015). Does multi-morbidity mediate the effect of socioeconomic on self-rated health? Cross-country differences. *International Journal of Preventive Medicine*, 6: 85.
- Ata A (2020). *Elli Yaş ve Üzeri Bireylerde Kolorektal Kansere Tarama Davranışları ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Arasındaki İlişki* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. Türkiye.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2013). Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. Consultation Paper. Sydney. ACSQHC.
- Avcı E, Özkan S (2020). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1): 5-13. Erişim Adresi: <http://www.saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/index> (Erişim Tarihi: 24.04.2021).
- Aydoğdu NG, Bahar Z (2011). Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1):34-40.

- Ayers S, Baum A, McManus Chris, Newman S, Wallston K, Weinman J, West R (2007). The health belief model. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, pp. 97–102. DOI: 10.1017/CBO9780511543579.022.
- Badawi G, Gariépy G, Pagé V, Schmitz N (2012). Indicators of self-rated health in the Canadian population with diabetes. *Diabetic Medicine*, 29: 1021-1028.
- Bademli K, Lök N (2018). Relationship between the health perception and physical activity of individuals. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 20(3): 127-131. DOI: 10.15314/tsed.452950.
- Bahar Z, Açıl D (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1): 59-67.
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare man aged care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8): 1278–1283. DOI: 10.2105/AJPH.92.8.1278.
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health*, 87(6): 1027–1030.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14): 1503–1509. DOI: 10.1001/archinte.167.14.1503.
- Baker WD (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*, 21: 878–883. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x.
- Balçık Yalçın P, Taşkaya S, Şahin B (2014). Sağlık Okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4): 321-326.
- Barutçu Demir C, Düzen Öğüt K (2018). Determination of health literacy in academicians in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1): 437.
- Bayık Temel A, Aras Z (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2): 85-94.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2): 97–107.
- Bilir N (2014). Sağlık Okuryazarlığı. *Turk Journal of Public Health*, 12(1): 61-68.
- Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 5 (1): 28-34.
- Bükecik N (2019). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. Türkiye.

- Cangussú L, Barros I, Botelho Filho C, Sampaio Filho J, Lopes M (2020). COVID-19 and health literacy: The yell of a silent epidemic amidst the pandemic. *Rev Assoc Med Bras*, 66(suppl 2): 31-33.
- Chang LC (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2): 190–196.
- Chang M, Kelly A (2007). Patient education: Addressing cultural diversity and health literacy issues. *Urologic Nursing*, 27(5): 411-417. Retrieved from: www.medscape.com/viewarticle/564667 (Erişim Tarihi: 15.03.2022).
- Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8): 1809–1816. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.01.003.
- Coşkun N, Kazak A, Başaran F, Karakullukçu S (2021). Sağlıkla İlgili Bölümlerde Okuyan Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Kocaeli Med J.*, 10(3): 273-283.
- Cott CA, Gignac MA, Badley EM (1999). Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53: 731-736.
- Çağlayan SH, Öz DN, Arı A (2019). Relationship between health perception and life satisfaction in individuals who are member of recreative fitness center. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 21 (2): 311-315. DOI: 10.15314/tsed.615511.
- Çaka SY, Topal S, Suzan ÖK, Çınar N, Altınkaynak S (2017). Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı ile Özgüvenleri Arasındaki İlişki. *Journal of Human Rhythm*, 3(4): 198-203.
- Çalık A, Kapucu S (2017). Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2): 62-75.
- Çapık C (2006). *Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Çapık C (2014). Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3): 196-205.
- Çiftçi Kırac F (2021). *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algısının Hasta Aktivasyonu ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Çilingir D, Aydın A (2017). Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3): 167–76.
- Çimen Z (2015). *Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Davis SN, Wischhusen JW, Sutton SK, Christy SM, Chavarria EA, Sutter ME, Roy S, Meade CD, Gwede CK (2020). Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older Black Americans. *Patient Educ Counseling*, 103(2): 385-391. DOI: 10.1016/j.pec.2019.08.026.

- Davis TC, Long, SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Fam Med*, 25: 391-395.
- Demir B (2020). Sağlıkın Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Perspektifi. *İnsan&İnsan*, 7(24): 62-83.
- Deniz S (2018). *Malatya İli Akçadağ İlçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Fırat Üniversitesi, Elazığ. Türkiye.
- Deniz S, Oğuzoncül FA (2020). Malatya, Akçadağ'da Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 25(1): 5-13.
- DeWalt DA et al. (2004). Literacy and health outcomes: Systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12):1228-1239.
- Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Priliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5): 557-561.
- Dinç H (2019). *Masabaşı Çalışanlarının Sağlık Algılarının Boş Zaman Tutum ve Boş Zaman Katılımlarına Göre Değerlendirilmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon. Türkiye.
- Doğan M, Çetinkaya F (2019). Akademisyenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Olumlu Sağlık Davranışlarıyla İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(3): 135-141. DOI: 10.34108/eujhs.492647.
- Doğan M, Çetinkaya F (2019). The level of health literacy of academicians and factors affecting it. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2): 389-400. DOI: <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.675151>.
- Durmaz S, Sürücü E, Özvurmaz S (2020). Mermer Fabrikası İşçilerinde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Medical Sciences (NWSAMS)*, 15(3): 81-91.
- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı. Ankara. Sağlık-Sen Yayınları. Erişim Adresi: <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf> (Erişim Tarihi: 17.02.2020).
- Ekti Alagöz Z (2020). *Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar. Türkiye.
- Erdağ Çiler G (2015). Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. F. Yıldırım ve A. Keser (Editörler), Sağlık Okuryazarlığı. (Ss 1-14). Ankara: Ankara Üniversitesi Yayın No:455.
- Erdem R (2006). İletişim Eğilimlerinin Yüksek- Düşük Bağlam Ayrımı ile İncelenmesi: Türkçe Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2): 17-25. Erişim Adresi: <https://www.yumpu.com/tr/document/read/19404143/iletisim-egilimlerinin-yuksek-dusuk-baglam-frat-universitesi> (Erişim Tarihi: 15.03.2022).

- Erdoğan ÖN, Araman AO (2017). Health beliefs and functional health literacy; Interaction with the pharmaceutical services. *Istanbul Journal of Pharm* 47 (2): 68-71. DOI: 10.5152/IstanbulJPharm.2017.0011.
- Ersin F, Usta EM, Havlioğlu S (2021). Investigation of the relationship between health literacy levels and health perceptions of primary school teachers. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3): 2001-2008.
- Eser S, İkinci S, Ocaktan ME, Çalışkan D, Piyal B, Akdur R (2012). Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Algısının Değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi/HASUDER; 2-6 Ekim 2012, Bursa.
- Esin MN, Aktaş E (2012). Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematiik inceleme. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(2): 166-176.
- Eurostat (2018). Retrieved from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics (Erişim Tarihi: 27.02.2020).
- Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, MartínezMartín P (2012). Self-perceived health status in older adults: Regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Revista De Saude Publica*, 46(2): 310–319.
- Field A (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2. Ed.). London: Sage Publications.
- Filiz E (2015). *Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Fornell C, Larcker DF (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal Of Marketing Research*, 18(1): 39-50. DOI: <https://doi.org/10.2307/3151312>.
- Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H (2013). Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International*, 30(3): 505–513.
- Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M (2001). Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4): 233–238. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.55.4.233>.
- Goodwin R, Engstrom G (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2): 325–332.
- Gordon T, Edwards SW (2014). *Hasta ve doktor iletişimi* (O. Aytolu, Çev.). İstanbul: Profil Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).
- Gölbaşı SD, Metintaş S (2020). COVID-19 Pandemisi ve İnfoдеми. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(COVID-19 Özel Sayısı): 126-37.
- Gözlü K (2020). Sağlığın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1): 137-144. DOI: 10.17343/sdutfd.569301.
- Gözüm S, Çarpık C (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3): 230-237.

- Greenhalgh T (2015) Health literacy: Towards system level solutions. *British Medical Journal*, 350, h1026. DOI: 10.1136/bmj.h1026.
- Guerra CE, Shea JA (2007). Health literacy and perceived health status in Latinos and African Americans. *Ethnicity and Disease*, 17(2): 305–312.
- Gül E (2018). *Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya. Türkiye.
- Gültekin B (2019). *Adölesanlarda Sağlık Algısının Besin Etiketleri Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Gür G (2017). *Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Güven A (2016). *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Hanson-Divers EC (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: A preliminary study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8: 56-69.
- HLS-AB Konsorsiyumu (2012). Sekiz AB Üye Devletinde Sağlık Okuryazarlığı Karşılaştırmalı Raporu. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması HLS-EU.
- Hofstede G (2011). Dimensionalizing cultures: The hofstede model in context. *Online Readings in Psychology and Culture*, Unit 2. Retrieved from: <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol2/iss1/8>.
- Howard DH, Gazmararian J, Parker R (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118: 371–377.
- Institute of Medicine (2009). Toward health equity and patient-centeredness: Integrating health literacy, disparities reduction, and quality improvement workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA (Editors). Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. 2, What Is Health Literacy? Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>.
- International Literacy Association (ILA) (2021). <https://www.literacyworldwide.org/> (Erişim Tarihi: 17.04.2021).
- Jorm AF (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177(5): 396–401.
- Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Koccev N (2010). Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *International Journal of Public Health*, 56(2): 201–207. DOI: 10.1007/s00038-010-0181-0.

- Jöreskog KG, Sörbom D (1993). Lisrel 8: Structural equation modeling with the simplis command language, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kadioğlu H, Yıldız A (2012). Validity and reliability of Turkish version of perception of health scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1): 47–53.
- Kaplan M (2016). Kültürel Bir İnşa Süreci Olarak Sağlık: Kavramsal ve Tarihsel Bir Bakış. *Dört Öge*, 5(10): 11-18.
- Kara B (2017). Self-rated health and associated factors in older Turkish adults with type 2 diabetes: A pilot study. *Journal of Transcultural Nursing*, 28: 40-47.
- Karabal N (2020). *Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerde Sağlık Algısı ile Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. Türkiye.
- Karabulut M (2021). *Öğretmenlerin Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumu ile Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki* (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar. Türkiye.
- Karakoyunlu Şen S (2019). *Sağlık Algısı ile Kansere Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki*, (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Dördüncü baskı. Ankara. Siyasal Kitabevi.
- Kaya M, Yılmaz ÖF (2019). Sağlık Okuryazarlığı Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin İki Farklı İstatistiksel Yöntemle İncelenmesi. G. Gürçay, K. Manafidizaji (Editörler), Cumhuriyet 1. Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresi (Ss 200-211). Sivas. ISBN: 978-605-69046-7-7.
- Kaya, M. (2018). *Kişilerin Sağlık Okuryazarlıkları ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Değerlendirilmesi: Kırıkkale Örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Kendilci K (2022). *Bitlis Eren Üniversitesi Akademik Personellerinde Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya. Türkiye.
- Kıraç R (2019). *Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD (2013). World Health Organization, Health literacy the solid facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Kim SH, Lee E (2008). The influence of functional literacy on perceived health status in Korean older adults. *Journal of Korean Acad Nurs*, 38(2): 195–203. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.2.195>.
- Kline RB (2011). Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press
- Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Von Wagner C (2015). Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *Journal of General Internal Medicine*, 30(7): 958-9.

- Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S (2018). Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3): 267–274. DOI: <https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20170328092601>.
- Koralan A (2017). *Eve Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Genel Sağlık Algısı ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Doğuş Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Kuloğlu Y, Uslu K (2022). Geleceğin Sağlık Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1): 255-277.
- Kurudayıoğlu M, Tüzel S (2010). 21. Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, TÜBARXXVIII/2010(Güz): 284-298.
- Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education. NCES 2006-483 pp. 1-60. Retrieved from: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
- Lanpher MG, Askew S, Bennett GG (2016). Health literacy and weight change in a digital health intervention for women: A randomized controlled trial in primary care practice. *Journal of Health Communication*, 21(sup1): 34–42. DOI:10.1080/10810730.2015.1131773.
- Larson JS (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2): 123-136. DOI:10.1177/10775587990560021.
- Lee S-M, So W-Y, Youn H-S (2021). Importance-performance analysis of health perception among Korean adolescents during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3):1280. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18031280>.
- Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8): 9714-9725.
- Matsumoto M, Nakayama K (2017). Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health*, 17(30): 1-11. DOI: 10.1186/s12889-016-3971-3.
- Mollaoğlu M, Başer E, Candan F (2021). Examination of the relationship between health literacy and health perceptions in hemodialysis patients. *Journal of Renal Endocrinology*, 7(e11): 1-8. DOI: 10.34172/jre.2021.11.
- Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Faaliyet Raporu (2019). [https://muweb.mu.edu.tr/Newfiles/130/Content/MSK%C3%9C%20FAAL%C4%B0YE T%20RAPORU%202019%20web%20ver_2\(1\).pdf](https://muweb.mu.edu.tr/Newfiles/130/Content/MSK%C3%9C%20FAAL%C4%B0YE T%20RAPORU%202019%20web%20ver_2(1).pdf) (Erişim Tarihi: 12.10.2020).
- Nasrin M, Afsane N, Farzaneh S, Leili KE (2019). Survey of the relationship between health literacy level and health status among elderly people referring to retirement centers in Rasht city. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*, 16(1): 69–80.
- Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TTP, et al. (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. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4): 965. DOI: 10.3390/jcm9040965.
- Noguchi Y, Ueda K, Fukumoto K, Harada K, Ueda A, Wei CN (2015). Relationship between perceived health status and health practices in the general adult population in Japan. *Open Journal of Preventive Medicine*, 5(6): 280–290.
- 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 (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.*, 67(12): 2072-8. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
- Nutbeam D, Lloyd EJ (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42(1): 159-173.
- OECD (2017). “Perceived health status”, in *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-13-en.
- OECD (2019). Skill matter: Additional results from the survey of adult skills, OECD Skills Studies, ISBN: 978-92-64-79900-4.
- Ogden J (2007). Health psychology: A textbook. 3rd Edition. Open University Press: Buckingham.
- Ortanca D (2021). *Trakya Üniversitesi Son Sınıf Lisans Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne. Türkiye.
- Örsal Ö, Duru P, Örsal Ö, Tırpan K, Çulhacı A. (2021). Evaluation of the factors affecting the health literacy levels of patients admitted to family health centers. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(3): 330-336. DOI:10.5114/fmpcr.2021.108199.
- Özcebe H (2003). Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi. *Geriatrı*, 6(1): 22-26.
- Özdelikara A, Alkan Ağaçdiken S, Mumcu N (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14: 275-282.
- Pampalon R, Duncan C, Subramanian SV, Jones K (1999). Geographies of health perception in Quebec: A multilevel perspective. *Social Science & Medicine*, 48(10): 1483–1490.
- Parker R, Ratzan SC (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *J Health Commun.*, 15(Suppl 2): 20-33. DOI: 10.1080/10810730.2010.501094.
- Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR (1995). Test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients’ literacy skills. *JGIM*, 10: 537-5541.
- Peiravian F, Rasekh HR, Hashemi HJ, Mohammadi N, Jafari N, Fardi K (2014). Drug literacy in Iran: The experience of using “The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool”. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13(suplement): 217-224.

- Qin W, Yu PS, Chen JJ, Mehta G, Kuo GM (2015). The effect of health literacy on medication knowledge and medication discrepancy in Chinese Americans. *Journal of Pharmacy Technology*, 31(6): 262–269. DOI: 10.1177/87551 22515588370.
- Rosenstock IM, Kirscht JP (1974). Practice implications. *Health Education & Behavior*, 2(4): 470-473. DOI:10.1177/109019817400200411.
- Sarıyar S, Kılıç Fırat H (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 6(2): 126-131.
- Say Şahin D, Özer Ö, Songur C (2017). Effect of health literacy on health perception: An application in individuals at age 65 and older. *Social Work in Public Health*, 33(2): 85–95.
- Schermelleh Engel K, Moosbrugger H, Müller H (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness of fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8: 23-74.
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Bindman AB (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA: Journal of American Medical Association*, 288(4): 475–482.
- Selden CR, Zorn M, Ratzan S, Parker RM (2000). Health literacy; Current bibliographies in medicine; National Institute of Health CBM. U.S. Department of Health and Human Services, 1-33.
- Sen A (2002). Health perception versus observation. *Bmj*, 324: 860–861.
- Sentell T, Zhang W, Davis J, Baker KK, Braun KL (2013). The influence of community and individual health literacy on self-reported health status. *Journal of General Internal Medicine*, 29(2): 298–304.
- Sezer A (2012). *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Sığırcı H, Özer P, Yorulmaz M (2022). Investigation of the effect of health literacy on Covid-19 induced distress levels. *International Health Administration and Education (Sanitas Magisterium)*, 8(1): 16-33.
- Singleton K, Krause E (2009). Understanding cultural and linguistic barriers to health literacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3). DOI: 10.3912/OJIN.Vol14No03Man04.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Pub Health*, 25(6):1053–8. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
- 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.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 13, 948. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>.

- Souto TS, Ramires A, Leite Â, Santos V, Santo RE (2018). Health perception: Validation of a scale for the Portuguese population. *Trends Psychol*, 26(4): 2167-2183. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-17Pt>.
- Spring H (2020). Health literacy and COVID-19. *Health Info Libr J*, 37(3): 171-172. DOI: 10.1111/hir.12322 Epub 2020 Jul 16. PMID: 32672399; PMCID: PMC7405264.
- Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Yamamoto M, Nakayama T, Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5): 660-668.
- Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, Xie R, Chang C (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: A pathway model. *BMC Public Health*, 13(1): 261.
- Sümen A, Öncel S (2021). Sosyal Bilişsel Teoriye Temellendirilmiş Bir Eğitim Programının Tanıtımı: Çocuğumu Güneşten Koruyorum. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sci.*, 13(1):163-70. DOI: 10.5336/nurses.2020-75927.
- Şahin G (2021). *Palyatif Bakım Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Sağlık Algısına Etkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya. Türkiye.
- Tabachnick BG, Fidell LS (2013). Using multivariate statistics. Boston, Pearson.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Güvenirlik ve Geçerlik Uygulaması. P. Okyay, F. Abacıgil (Editörler). Birinci Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (2011). Erişim Adresi:<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>.
- Teleş M (2018). *Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Toçi E, Burazeri G, Jerliu N, Sørensen K, Ramadani N, Hysa B, Brand H (2015). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International*, 30(3): 667–674.
- Toçi E, Burazeri G, Sørensen K, Kamberi H, Brand H (2014a). Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *The European Journal of Public Health*, 25(3): 482-486.
- Türkoğlu Ç (2016). *Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta. Türkiye.
- U.S. Department of Education, Institute for Education Sciences, National Center for Education Statistics, National Assessment of Adult Literacy (NAAL). https://nces.ed.gov/naal/health_dev.asp (Erişim Tarihi: 10.06.2021).

- UNESCO (2018). Defining literacy. GAML Fifth Meeting, 17-18 October 2018: Hamburg, Germany. Retrieved from: http://gaml.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/4.6.1_07_4.6-defining-literacy.pdf.
- Üçpunar E (2014). *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılama Çalışması* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Ueters E (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(1): 172–84. DOI: 10.1080/10810730.2013.825668.
- Vissandjee, B., Desmeules, M., Cao, Z. et al. (2004). Integrating socio-economic determinants of Canadian women's health. *BMC Women's Health*, 4(S34). DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S34>.
- Wagner CV, Knight K, Steptoe A, Wardle J (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12): 1086–1090.
- Watson R (2011). Europeans with poor “health literacy” are heavy users of health services. *British Medical Journal*, 343. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d7741>.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of family medicine*, 3(6): 514–522. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.405>.
- Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17): 1946-1952.
- World Health Organization (1947). The constitution of the WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Erişim Tarihi: 17.06.2022).
- World Health Organization (1998). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva. Retrieved from: file:///C:/Users/User/Downloads/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf.
- World Health Organization (2020). Coronavirus Disease (COVID-19) Advice for the public. Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> (Erişim Tarihi: 31.05.2021).
- Yalçın B (2020). Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 23-33.
- Yalçınkaya Z (2020). *Ankara İli Bazı İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üstü Bireylerin Gıda Satın Alma ve Tüketimi Konusundaki Tutum ve Davranışları ile Sağlık Algıları İlişkisinin İncelenmesi* (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S (2004). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Yediyıldız Bulun M (2021). *Preoperatif Hasta Anksiyete Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Yeşildal M, Kaya DŞ (2021). Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(2): 174-181.
- Yıldırım A (2021). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Kaderciliğin Öz Bakım Gücü ve Sağlık Algısına Etkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum. Türkiye.
- Yılmaz S, Gür Akgöl ST, Daharlı E (2021). Acil Poliklinik Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *JAMER*, 6(3): 66-71.
- Yılmaz Türe A, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N (2018). Cerrahi Hastalarının Sağlık Algıları ve Etkileyen Faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(68): 89-99.
- Yılmazel G, Çetinkaya F (2016). Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1): 69-74.
- Yiğitalp G, Bayram Değer V, Çifçi S (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: A cross-sectional study in Southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1109): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11119-7>.
- YÖK İstatistik. Erişim Adresi: <https://istatistik.yok.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 12.10.2020).
- Yulu N (2020). *Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı, Tutumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer SD (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20 (2): 195–203. DOI: 10.1093/heapro/dah609.

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 200278

Karar No : 53

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi NİSA KERKEZ
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ / SAĞLIK YÖNETİMİ
Araştırmanın Başlığı	Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi: Bir Kamu Üniversitesi Örneği
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	18.11.2020
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 08.12.2020 1. Düzeltme Tarihi : 19.12.2020
Karar Tarihi	30.12.2020

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA : Beyana esas izinlerin alınması ve başvuru formunda beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : E-28677689-302.08-274115
Konu : İzin İşleri

23.03.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'nün 09.03.2021 tarihli ve E-47921137-302.08-269311 sayılı yazısı
b) EĞİTİM FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'nın 19.03.2021 tarihli ve E-89241861-302.08-273598 sayılı yazısı

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı 1844030001 numaralı öğrencisi Nisa KERKEZ'in, "Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi: Bir Kamu Üniversitesi Örneği" adlı yüksek lisans tez çalışmasını sürdürmesi amacı ile, 01.04.2021- 30.09.2021 tarihleri arasında ilgi (a) yazınız ekinde belirtilen Üniversitemiz personeline anket uygulama talebi Üniversitemiz Eğitim Fakültesi Dekanlığından alınan ilgi (b) yazıdaki değerlendirmeleri dikkate alınarak Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Sırrı Sunay GÜRLEYÜK
Rektör Yrd.

Ek: İlgi (b) yazı

Ek 3. FORMLAR (KULLANILAN ÖLÇEKLER VE ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ)



Nisa Kerkez

Ölçek izni

2 ileti

26 Şubat 2020 12:16

Sayın Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL,

Ben Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nisa Kerkez. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı ilişkisini konu aldığım tez çalışmam için geçerlilik ve güvenilirliğini test ettiğiniz "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini" kullanmak istiyorum. Bunun için izninizi istiyorum. İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.

26 Şubat 2020 13:43

Sayın Nisa Kerkez

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

Ek 3. FORMLAR (KULLANILAN ÖLÇEKLER VE ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ)



Nisa Kerkez

Ölçek İzni

2 ileti

20 Şubat 2020 16:03

Sayın Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU,

Ben Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nisa Kerkez. Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı ilişkisini konu aldığım tez çalışmam için geçerlilik ve güvenilirliğini test ettiğiniz "Sağlık Algısı Ölçeğini" kullanmak istiyorum. Bunun için izninizi istiyorum. İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.

24 Şubat 2020 10:06

Sayın Kerkez,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Ek 3. FORMLAR (KULLANILAN ÖLÇEKLER VE ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ)

Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi: Bir Kamu Üniversitesi Örneği adlı çalışma Dr. Öğr. Üyesi Tezcan Şahin danışmanlığında yüksek lisans ögr. Nisa Kerkez tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinde görev yapmakta olan üniversite personelinde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerini belirlemek, sosyo-demografik özelliklerin değişkenler üzerindeki etkisini tespit etmek ve iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir. Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışma formu 40 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 10 dk zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda sorumlu araştırmacı Nisa Kerkez ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Yüksek Lisans Öğrencisi Nisa Kerkez

Katılımınız için teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
Cinsiyetiniz	: () Kadın () Erkek
Medeni Durumunuz	: () Evli () Bekâr
Yaşınız	: () 18-23 () 24-29 () 30-35 () 36-41 () 42-47 () 48-53 () 54-59 () 60-65
Eğitim Durumunuz	: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
En Uzun Süre Yaşadığınız Yer	: () Belde/Köy () İlçe () İl Merkezi () Yurtdışı
Unvanınız	: () Profesör Dr. () Doçent Dr. () Doktor Öğretim Üyesi () Araştırma Görevlisi () Öğretim Görevlisi () Daire Başkanı () Şube Müdürü () Şef () Enstitü/Fakülte/Yüksekokul Sekreteri () Memur/Bilgisayar İşletmeni/VHKİ () Teknisyen/Tekniker () Hizmetli () Hemşire () Diğer
Görev Yaptığınız Birim	: () Fakülte () Yüksekokul () Meslek Yüksekokulu () Enstitü () Rektörlüğe Bağlı İdari Birimler () Uygulama ve Araştırma Hastanesi () Diğer
Hizmet Süreniz	: () 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16-20 yıl () 21 yıl ve üzeri
Gelir Durumunuz	: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
Sağlık Güvenceniz	: () Genel Sağlık Sigortası () Özel Sağlık Sigortası () Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sigorta
Çocuğunuz var mı?	: () Hayır () 1 çocuk () 2 çocuk () 3 çocuk ve üzeri
Sürekli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığınız var mı?	() Evet () Hayır
Ailenizde kronik hastalığa sahip olan birey var mı?	() Evet () Hayır
Genel olarak sağlıkla ilgili bilgileri en çok hangi kaynaktan alıyorsunuz?	() Sağlık kurumları () Eczane () Televizyon () İnternet/Sosyal medya () Eş, dost, tanıdık
Son 1 yılda kendiniz için hastaneye/muayenehaneye/aile sağlık merkezine kaç kez gittiniz?	() Hiç gitmedim () 1-2 kere () 3-4 kere () 5-10 kere () 11-20 kere () 20 kereden fazla
En çok hangi durumlarda doktora gidersiniz?	() Düzenli/yıllık kontrol () Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğim zaman () Kendimi hasta hissettiğimde () Şiddetli ağrı durumunda () Hastalığı kendim iyileştiremediğimde () Diğer
En sık gittiğiniz sağlık kurumu hangisidir?	() Aile sağlık merkezleri () Devlet hastaneleri () Üniversite (Eğitim/Araştırma) hastaneleri () Özel hastane/muayenehane
Neden en sık bu kuruma gidiyorsunuz?	() Erişim kolaylığı () Hizmet kalitesi () Ekonomik sebepler () Diğer
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü
Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl algılıyorsunuz?	() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü
Genel olarak aldığınız sağlık hizmetini nasıl değerlendiriyorsunuz?	() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü

Uyarı: Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi sağ tarafta yer alan;

(1) Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız (2) : Çok zorluk çekiyorum (3) Biraz zorluk çekiyorum (4) Az zorluk çekiyorum (5) Hiç zorluk çekmiyorum seçeneklerinden size uyan yalnız bir tanesini işaretleyerek belirtiniz.

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

Uyarı: Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi sağ tarafta yer alan;

(1) Hiç Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum (5) Çok Katılıyorum seçeneklerinden size

uyan yalnız bir tanesini işaretleyerek belirtiniz.

Sağlık Algısı Ölçeği	İfadeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Çok Katılıyorum
1	Sağlığımı çok düşünürüm.	1	2	3	4	5
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
4	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
5	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
6	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
7	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
8	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
9	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
10	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
11	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
12	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
13	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
14	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	1	2	3	4	5
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Nisa Kerkez

Yabancı Dili : İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) : Lisans (Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi / 2018)

Lise : Fethiye Fatih Anadolu Lisesi

Lisans : Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Yüksek Lisans :

Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl :

Yayınları (SCI ve diğer) : Şahin T, Yaşar A, Kırem S, Kerkez N, Bozan A. Duygusal Zekâ ve Duygusal Emeğin Çalışan Performansı Üzerine Etkileri. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Sakarya. 2019 (Tam Metin Bildiri).

Diğer Konular :