



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, ÖZ KONTROL VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Servet ALP

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin AKBULUT

ANKARA
2021

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, ÖZ KONTROL VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Servet ALP

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin AKBULUT**

**ANKARA
2021**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıdaki belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Servet ALP

Tarih: 17.06.2021

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında

Servet ALP tarafından hazırlanan

“Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17.06.2021

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

Ankara Üniversitesi

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Özlem ÖZER
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix

1. GİRİŞ	1
1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Özellikleri	3
1.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	8
1.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri	12
1.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçümünde Kullanılan Ölçekler	13
1.1.4.1. Okuma Testleri	14
1.1.4.2. Kavrama Testleri	15
1.2. Öz Kontrol	17
1.2.1. Öz-Kontrol Becerisinin Etkileri	18
1.3. Sağlıklı Yaşam Davranışı ve Etkileyen Faktörler	20
1.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sınıflandırılması	23
1.4. Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Arasındaki İlişki	28

2. GEREÇ VE YÖNTEM	32
2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	32
2.2. Araştırmanın Hipotezleri	32
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
2.4. Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	39
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
2.6. Araştırmanın Varsayımları	44
2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme	44
2.8.1. Ölçeklere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizleri	45
2.8.2. Ölçeklerin Güvenirliği ve Örneklem Uygunluğu	58
2.8.3. Ölçeklere Ait Verilerinin Normal Dağılımı	61

2.8.4. Korelasyon Analizi	62
2.8.5. Regresyon Analizi	63
2.8.6. Aracı ve Düzenleyici Etki Analizi	64
3. BULGULAR	66
3.1. Tanımlayıcı Bulgular	66
3.2. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	68
3.3. Bireysel Öğrenim Özelliklerine İlişkin Farklılık Analizi Bulguları	69
3.4. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Davranışı ve Öz Kontrol Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	73
3.5. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Davranışı ve Öz Kontrol Arasındaki İlişkiye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	78
3.6. Öz Kontrolün Aracılık Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları	81
3.7. Öz Kontrolün Düzenleyici Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları	83
4. TARTIŞMA	87
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	104
5.1. Sonuçlar	104
5.2. Öneriler	107
ÖZET	110
SUMMARY	111
KAYNAKLAR	112
EKLER	132
Ek-1: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurulu İzin Yazısı	132
Ek-2: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İ.İ.B.F. İzin Yazısı	133
Ek-3: Ölçek Kullanım İzin Yazıları	134
Ek-4: Anket Formu	137
ÖZGEÇMİŞ	143

ÖNSÖZ

Gelişmiş modern toplumlarda hastalık yükleri son yıllarda değişmiştir. Tedavi hizmetleri ile iyileştirilmesi mümkün akut hastalıklar yerini diyabet, kanser, obezite ve solunum yolu hastalıkları gibi uzun bir tedavi süreci gerektiren, bireysel, ulusal ve küresel anlamda katastrofik harcamalara neden olan kronik hastalıklara bırakmıştır. Kronik hastalıkları önlemenin en etkin ve optimal yolu sağlıklı yaşam davranışına sahip bireyler yetiştirmektir. Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol, sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılmasında önemli etmenlerdir. Çünkü bireylerin sağlıklı ilgili bilgileri okuma, anlama, yorumlama ve bu bilgileri sağlıkları ile ilgili tercih ve eylemlerinde uygulayabilmeleri sağlık okuryazarlık ve öz kontrol becerilerine bağlıdır. Bu amaçla sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol becerisine sahip daha sağlıklı yaşam davranışları sergileyen toplumların oluşturulmasına yönelik politika ve programların planlanması ve uygulanması daha sağlıklı ve yaşanabilir bir dünya için önemli olacaktır.

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan ve akademisyen olmamı çok isteyen rahmetli anneme, bu çalışmanın gerçekleştirilmesi aşamasında, bilgi ve yönlendirmeleriyle tezin hazırlanmasına büyük destek olan, değerli zamanını benden esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr.Yasemin AKBULUT'a, bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım aileme, araştırmanın uygulama aşamasında kıymetli zamanlarını ayırarak, araştırmaya katılmayı kabul ederek, beni destekleyen değerli katılımcılara, araştırma süresince tecrübeleriyle bana yol gösteren, her türlü maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen kıymetli hocam ve aynı zamanda meslektaşım Arş. Gör. Mehmet Ali TAŞ'a, veri toplama aşamasında kıymetli zamanlarını ayırarak, çalışmanın tamamlanmasına yardımcı olan, her türlü maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen bölüm hocalarım başta olmak üzere yardımcı olan bütün hocalarıma, lisans hayatımda büyük pay sahibi olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam Sayın Doç. Dr. Özlem ÖZER'e, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam ve aynı zamanda meslektaşım Arş. Gör. Ferda IŞIKÇELİK'e, sonsuz sevgilerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMA	Amerika Tabipler Birliği
AMOS	Analysis of Moment Structures
ASOY TR	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
CFI	Comparative Fit Index
CMIN	Minimum Discrepancy
DAF	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DW	Durbin-Watson
GFI	Goodness of Fit Indices
KAF	Keşfedici Faktör Analizi
KMO	Kaiser-Mayer-Olkin
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SFÖ	Sağlık Farkındalığı Ölçeği
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SOYSEN	Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32
VIF	Variance Inflation Factor
WHO	World Health Organization

ŞEKİLLER

Şekil 1.1.1. Ergenler Arasındaki Sağlık Okuryazarlığının Genişletilmiş Tanımının İşlevselleştirilmesi	7
Şekil 1.1.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Başlıca Paydaşları	8
Şekil 2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrolün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi	42
Şekil.2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisinde Öz Kontrolün Aracı Rolü	43
Şekil.2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisinde Öz Kontrolün Düzenleyici Rolü	43
Şekil 2.8.1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi	49
Şekil 2.8.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi	51
Şekil 2.8.1.3. TSOY-32 Ölçeğinin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi	53
Şekil 2.8.1.4. TSOY-32 Ölçeğinin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi	55
Şekil 2.8.1.5. Öz Kontrol Ölçeğinin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi	57
Şekil 2.8.1.6. Öz Kontrol Ölçeğinin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi	58
Şekil 3.6.1. Öz Kontrolün Aracılık Rolüne İlişkin Model	84
Şekil 3.7.1. Öz Kontrolün Düzenleyici Rolüne İlişkin Model	86

ÇİZELGELER

Çizelge 2.3.1. Anket Yöntemlerinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri	34
Çizelge 2.3.2. Bölümleri Başarı Sıralaması (2018-2019)	34
Çizelge 2.3.3. Akademik Bölümlerin Ortak Dersleri	35
Çizelge 2.4.1. TSOY-32 Ölçeği Boyut ve Madde Dağılımı	37
Çizelge 2.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Boyut ve Madde Dağılımı	38
Çizelge 2.4.3. Öz Kontrol Ölçeği Boyut ve Madde Dağılımı	39
Çizelge 2.8.1.1. YEM’de Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Eşik Değerleri	47
Çizelge 2.8.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modellerine İlişkin Uyum İyiliği Değerleri	59
Çizelge 2.8.2.1. Analiz Sonrası Ölçeklere İlişkin Sonuçlar	61
Çizelge 2.8.3.1. Ölçeklere Ait Verilerinin Normal Dağılımı	63
Çizelge 2.8.4.1. Korelasyon Katsayısının Değerlendirilmesi	64
Çizelge 3.1.1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	68
Çizelge 3.1.2. Ölçeklere ve Ölçekleri Oluşturan Boyutlara Verilen Cevapların Puan Derecesi	69
Çizelge 3.2.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32) Toplam Puan Ortalaması	70
Çizelge 3.3.1. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	70
Çizelge 3.3.2. Bölüm, Sınıf ve Gelire göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	71
Çizelge 3.3.3. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Düzeyi	72
Çizelge 3.3.4. Bölüm, Sınıf ve Gelire Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Düzeyi	73
Çizelge 3.3.5. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Öz Kontrol Düzeyi	73
Çizelge 3.3.6. Bölüm, Sınıf ve Gelire Göre Öz Kontrol Düzeyi	74
Çizelge 3.4.1. Ölçekler Arasında Çoklu Korelasyon Analizi	75
Çizelge 3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasında Kısmi Korelasyon Analizi	75
Çizelge 3.4.3. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Kontrol Arasında Kısmi Korelasyon Analizi	75
Çizelge 3.4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ile Öz Kontrol Arasında Kısmi Korelasyon Analizi	76
Çizelge 3.4.5. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi (Çoklu Korelasyon Analizi)	78

Çizelge 3.5.1. Sağlık Okuryazarlığının Öz Kontrol Üzerindeki Etkisi	79
Çizelge 3.5.2. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi	79
Çizelge 3.5.3. Öz Kontrolün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi	80
Çizelge 3.5.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrol Ölçeği Alt Boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi	81
Çizelge 3.5.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrolün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi	82
Çizelge 3.6.1. Öz Kontrolün Aracılık Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	83
Çizelge 3.7.1. Öz Kontrolün Düzenleyici Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	85
Çizelge 3.7.2. Hipotezlere Yönelik Sonuçların Özet Gösterimi	87

1. GİRİŞ

Ulusların ve devletlerin en önemli zenginliği sosyal bir varlık olan bireylerdir. Bireylerin en büyük zenginliği ise sağlık ve esenlikleridir (Ağırbaş, 2014). Sağlık açısından fiziksel ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik haline sahip olan bireyler; davranış ve eylemlerinde, iş hayatına katılımda, işe devamlılıkta, ekonomik bağımsızlığı kazanma noktası gibi durumlarda daha etkin ve başarılı olurlar. Sağlıklı olmayan bireyler ise sağlıklarına kavuşabilmek ve sağlıklarını geliştirmek amacıyla hem kendi gelirleri hem ülke milli kaynakları hem de küresel kaynaklar üzerinde katastrofik/yıkıcı harcamalara neden olurlar. Sağlıksız olma durumu, doğrudan yapılan harcamaların yanısıra iş gücünden geri kalma, hastalık nedeniyle zaman kaybı (hastanede bekleme süresi ve hastaneye ulaşmak için yolda geçirilen zaman), yol ücreti gibi dolaylı giderler ile bir takım gözlenemeyen maliyetlerin oluşmasına da neden olur.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık harcamalarının beşte üçü yetersiz sağlık okuryazarlığı dolayısıyla gerçekleşmektedir (Schaeffer ve ark., 2018). Dünya genelinde 2008 yılında gerçekleşen ölümlerin (57 milyon) 36 milyonu veya ölümlerin %63'ü kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmıştır. Bu hastalıklar her yıl diğer bütün ölüm nedenlerinden daha fazla ölüme neden olmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkol tüketimi ve sağlıklı olmayan besin tüketimi başta olmak üzere çeşitli davranışsal risk faktörleri neden olmaktadır. Bu hastalıkların önemli bir yüzdesi, hastalığa neden olan dört ana risk faktörünün (tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkol tüketimi ve sağlıklı olmayan besin tüketimi) azaltılması yoluyla önlenabilir.

Geniş halk kesimlerine uygulanacak olan; temel sağlık hizmetleri, alkol kontrol önlemleri, tuz azaltımı, düzenli sağlık taramaları, sağlık okuryazarlığı becerisi, erken teşhis ve tedavi gibi bir takım müdahalelerle hastalıkların yükü ve maliyetleri azaltılabilir (WHO, 2011). Çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin daha sağlıklı yaşam davranışları sergiledikleri (Adams ve ark., 2013), sağlık

hizmetlerini daha doğru kullandıkları ve kullanım durumu gerçekleştiğinde sağlık hizmetlerinden optimum fayda elde ettikleri bulunmuştur (Cabellos-García ve ark., 2018). Benzer şekilde diğer çalışmalarda öz kontrol düzeyi yüksek olan bireylerin daha sağlıklı davranışlarda buldukları (Beenackers ve ark., 2017; Junger ve van Kampen, 2010), diyabet, tütün kullanımı gibi bulaşıcı olmayan hastalığa sahip olan öz kontrolü yüksek bireylerin hastalıkla daha iyi mücadele ettiği, tedavi sürecinin etkin bir şekilde yürütüldüğü ve tedavi süresinin kısaldığı gözlemlenmiştir (Dumitrescu ve ark., 2012). Yukarıda da değinildiği gibi, bireylerde sağlıklı davranışların geliştirilmesinde çeşitli yöntem ya da müdahalelere başvurulabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı becerisi ve öz kontrol yönetimi bunlardan bazılarıdır.

Geleceğin yetişkin bireyleri ve ebeveynleri olacak olan üniversite öğrencilerinde, sağlık okuryazarlık becerisi ve öz kontrol farkındalığı oluşturmak, sağlıklı bireylerin yetiştirilmesi için oldukça önemlidir. Türkiye’de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların sınırlı olduğu (Altınok, 2019; Arıkan, 2018; Sezer, 2018), sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmadığı görülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın önemi ifade edilebilir.

Araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyini belirlemek, sosyodemografik ve öğrenim özelliklerine göre farklılıklarını ortaya koymak, sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi saptamak ayrıca sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün aracı ve düzenleyici rolünü saptamaktır.

Araştırma beş bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın ilk bölümünde; sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık okuryazarlığının önemi, sağlık okuryazarlığının düzeyleri, sağlık okuryazarlığı ölçümünde kullanılan ölçekler, öz-kontrol becerisinin etkileri, sağlıklı yaşam biçimi davranışı, sağlık davranışlarını etkileyen faktörler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sınıflandırılması, sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkiye ilişkin literatür bilgisine yer

verilmiştir. İkinci bölümde; Araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmanın hipotetik modelleri, veri toplama araçları ve yöntemi, verilerin analizi ve araştırma metodolojisine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde analizler neticesinde elde edilen bulgular sunulmuştur. Araştırmanın dördüncü bölümünde bulgular ile yerli ve yabancı yazındaki çalışmalar karşılaştırılarak tartışılmıştır. Araştırmanın son bölümünde ulaşılan sonuçlar ve bu doğrultuda geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Özellikleri

Tarih boyunca insanların; bilgi sahibi olmak, sahip olduğu bilgiyi anlamak yorumlamak, analiz etmek ve elde ettiği bu bilgileri kendisine maksimum fayda sağlayacak şekilde kullanmak gibi istek ve ihtiyaçları olmuştur. Bu farklı türden istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için ise okuma ve yazma becerisi gereklidir. Okuryazarlık, esas itibariye bir konu, olay veya bir durum hakkında yazabilme okuyabilme ve bunları anlayabilmedir. Ancak yaşanan hızlı değişimler ile birlikte okuryazarlık kavramı bu dar kalıbın ötesinde daha farklı anlamlar da kazanmıştır (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).

Okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığının birbiriyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Ancak bu ilişkinin mutlak doğası araştırmacılar arasında tartışma konusu olmuştur. Tartışmaya katılan araştırmacılardan bazıları, sağlık okuryazarlığının sağlık bağlamında ele alındığında okuryazarlıktan başka bir şey olmadığını savunurken, diğer araştırmacılar bu durumun tersine ayrı ve farklı kavram olduğunu savunmaktadır (Rootman ve Bihbety, 2008). Uluslararası yetişkin okuryazarlığı araştırması okuryazarlığı, bireylerin hayatları boyunca farklı bağlamlarda, yaşlarıyla ve katıldıkları daha büyük topluluklarla etkileşimli olarak geliştirdikleri bir dizi beceri, bilgi ve strateji kümesi olarak değerlendirmiştir (Kirsch, 2001). Okuryazarlık, kişisel ve topluluk gelişimi için bir kültürün baskın sembol sistemlerini (alfabe, sayılar, görsel simgeler) anlamak ve kullanmak için gereken karmaşık yeteneklerdir (Mancuso, 2008).

Sağlık okuryazarlığı kavramının ilk olarak 1974 yılında Simonds tarafından kullanıldığı ifade edilmektedir (Ratzan, 2001). Kavramın özünde, eğitim ve

güçlendirme ilişkisi ile ilgili yerleşik fikirler yeniden bütünleştirilmektedir (Nutbeam, 2001). Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde nispeten de olsa yeni bir kavram olarak düşünülebilir. Buna göre sağlık eğitimi ve iletişimi faaliyetlerine yönelik bir dizi çıktıyı tanımlayan bir bileşkedir (Nutbeam, 2001). Amerika Tıp Enstitüsü'ne göre sağlık okuryazarlığı, “Bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuma, anlama ve kullanma yeteneğidir” (IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sahip oldukları bilginin sağlıklı olmaya yönelik kararlara hizmet etmesidir (Benjamin, 2010). Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıkları ile ilgili doğru kararlar alabilmesi amacıyla tıbbi terimleri, ilaç reçetelerini ve sağlıkla ilgili bilgileri okuma, anlayabilme ve analiz edebilme becerisi olarak ifade edilebilir (Ratzan ve Parker, 2000). Bireyin kapasitesi sağlık okuryazarlığına önemli katkıda bulunur. Kapasite terimi, bireyin doğuştan gelen potansiyelini ve becerilerini ifade etmektedir. Bireyin sağlık okuryazarlığı kapasitesine eğitim aracılık eder ve yeterliliği kültür, dil ve sağlıkla ilgili ortamların özelliklerinden etkilenir.

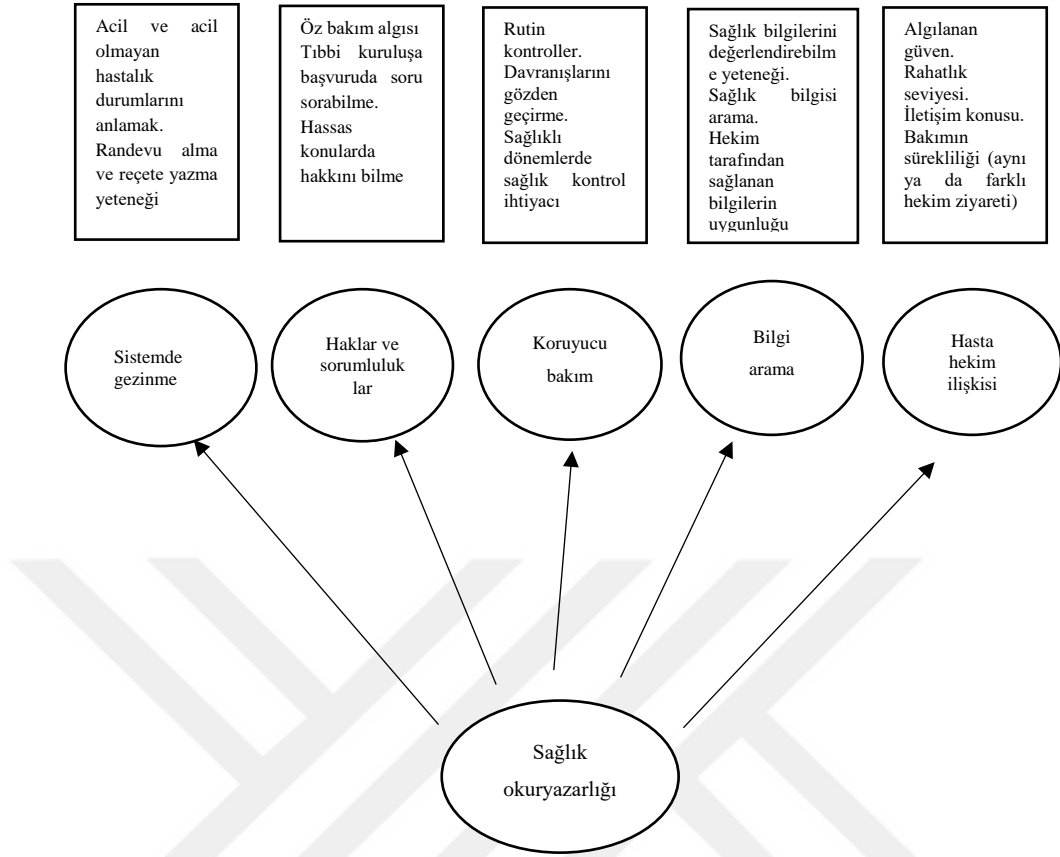
Amerika Tabipler Birliği (ATB) sağlık okuryazarlığı kavramını bireylerin sağlık bakım ortamında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişebilmesi için gerekli birtakım becerilerin bir takımıydı olarak tanımlamış ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip hastaların sağlık bilgisini okuyabilme, anlayabilme ve buna göre sağlıklı olma yönünde hareket edebileceğini ifade etmiştir (AMA, 1999). Nutbeam'a (2000) göre sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin iyi sağlık halini sürdürmeleri ve korumaları için sağlıkları ile ilgili bilgileri elde etmeleri, anlamaları ve bu bilgiyi kullanmaları için motivasyonu ve becerilerini tanımlayan kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerdir. Bu ifade ile toplumu oluşturan bireylerin sağlık bilgilerini anlama düzeylerinin artırılması ve sağlık bilgisine ulaşma fırsatlarının güçlendirilmesi yoluyla, bireylerin sağlık statü düzeylerinin yükselmesine imkân tanıyan elverişli bir ortam oluşturacak bir yaşam biçimine zemin hazırlayacağı ifade edilmektedir (Mancuso, 2008). Sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için gereken para birimi ve sermaye haline gelen hem bir amaç hem de bir sonuç olarak tanımlanabilir (Nutbeam, 2000). Buna göre bireylerin yaşam kalitelerini artırmak, maruz kaldıkları sağlık risklerini azaltmak ve bireye en yüksek faydayı sağlayacak seçimi yapmak için sağlık ile ilgili bilgi ve kavramları araştırmak, anlamak, analiz

etmek ve kullanmak yoluyla geliştirdiği yaygın bir beceri yelpazesidir (Zarcadoolas ve ark., 2006). Sorensen ve ark. (2012), sağlık okuryazarlığını genel itibariyle sağlık bakım sistemi içerisindeki bireyin işlevsel kapasitesini yansıtan bilişsel yetenekleri ile ilgili olduğunu ifade etmişlerdir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgi yazılı materyalleri okuma, anlayabilme, grafiksel şekillere (tablo ve çizelge gibi.) ilişkin bilgileri yorumlayabilme, kendi sağlık ve iyilik hali için kararlar verebilme, yaşamları boyunca iyi sağlık halini teşvik etmek, sürdürme; sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığı zaman ise bilgiye erişme, anlama, analiz etme, yorumlama ve iletişim kurma derecesi olarak ifade edilebilir (Kwan ve ark., 2006; Pavlekovic, 2008; Yost ve ark., 2009). Sağlık okuryazarlığı, sağlık ortamını yönetirken amaca uygun sağlık bilgileri, tutum, uygulamaları düzenlemek ve uygulamak için kullanılan bir dizi yetenektir (Massey ve ark., 2012). Türkiye’de kavramın tanımı Sağlık Bakanlığı’nca, toplumu oluşturan bireylerin davranışlarında anlamlı değişimler yapmak, yaşam koşullarında iyileştirmeler yapmak, toplum sağlığını iyileştirmeye ve geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmak amacıyla bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve becerilerini arttırmaya yönelik broşürleri okuyabilmesi, anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve bunları günlük yaşamında uygulayabilmesi olarak tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ayrıca Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde (2011) ise “Sağlık okuryazarlığı, bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” şeklinde verilmiştir.

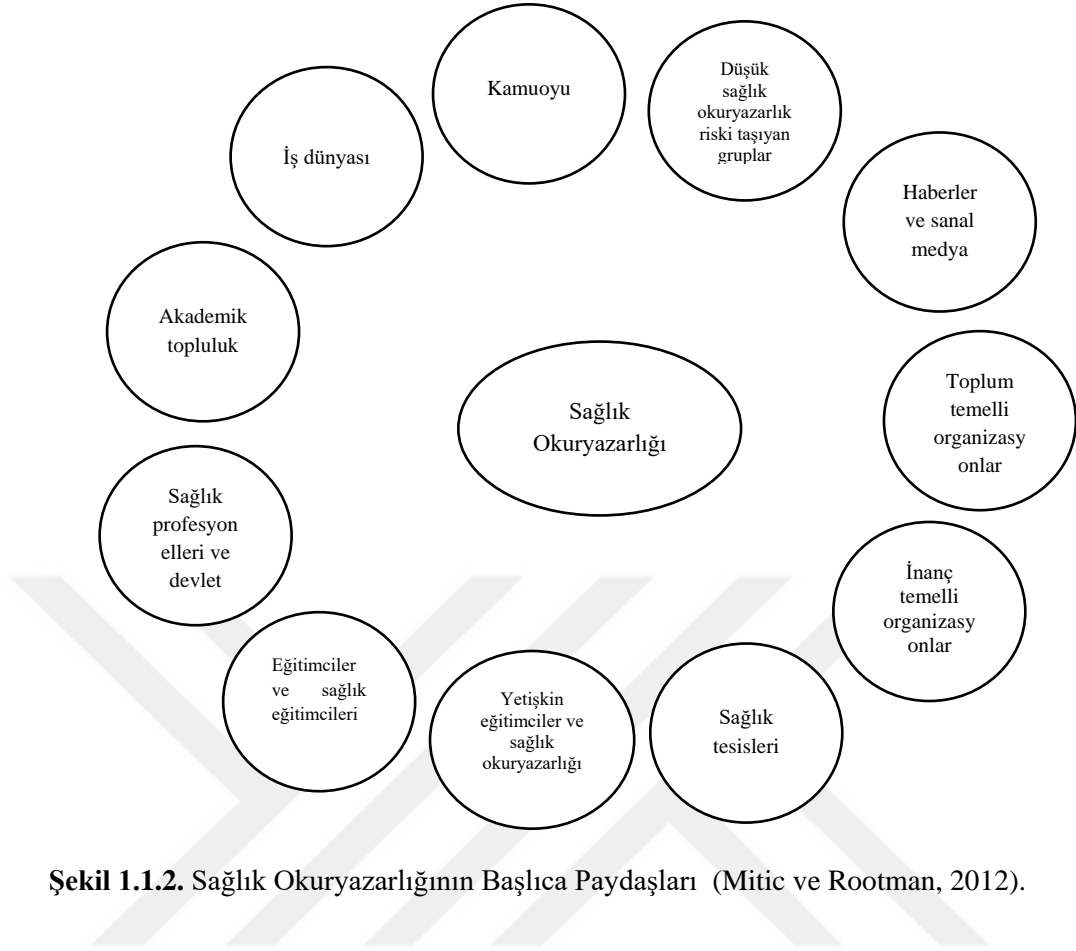
Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı iyi sağlık halini geliştiren ve çeşitli nedenlerle meydana gelen sağlık risklerini azaltmak için sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü bilgiyi anlama, değerlendirme ve buna yönelik davranışlarda bulunabilme yeteneğidir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı, bireylerin yaşamları boyunca geliştirdiği ve genel yaşam kalitesine etki eden ilk sonuçtur. Farklı tanımlar incelendiğinde, birey bilinçli bir karar verici olarak görülmektedir (Mancuso, 2008). Daha önce de ifade edildiği üzere, sağlık okuryazarlık becerisinin bireylerin yaşamına olumlu katkı sağlayan bir dizi işlevi olduğu belirtilmektedir. Bu işlevler Şekil 1.1.1.’de gösterilmiştir.

Şekil 1.1.1. incelendiğinde; ergenler arasındaki sağlık okuryazarlığının beş farklı işlevi olduğu görülmektedir (Massey ve ark., 2012). *Sistemde gezinme işlevi*; bireylerin sağlıkları ile ilgili bir durumla karşılaşması sonucunda ortaya çıkan semptomları anlama ve yorumlayarak bu durumun acil veya acil olmadığını anlama, sağlık kuruluşlarına ya da profesyonellerine başvururken randevu alabilme, profesyoneller tarafından yazılan reçeteleri anlama becerileridir. *Haklar ve sorumluluklar işlevi*; bireylerin sağlıkları ile ilgili kararları alabilme, sağlık kuruluşlarına ya da profesyonellerine başvurduklarında sağlıkları ile ilgili soru sorabilme, hassas/özel durumlar da bir birey olarak haklarını bilme becerisidir. *Koruyucu bakım işlevi*; bireylerin belirli aralıklarla sağlık kuruluşlarına başvurarak gerekli tetkikleri yaptırmaları, yaşam biçimlerini/davranışlarını (sigara içme, alkol tüketimi, dengesiz beslenme gibi) değerlendirerek sağlığını iyileştirici faaliyetlerde bulunmasıdır. *Bilgi arama işlevi*; bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere nasıl, nerede ne şekilde ulaşabileceği, sahip olduğu bilgileri doğru bir şekilde anlama yorumlama ve bunu kullanabilmesi, hasta hekim ilişkisinin bir gereği olarak hekimin sağlığı ile ilgili verdiği kararlara aktif bir şekilde katılma, sağlığı ile ilgili verilen kararların ne anlama geldiğini anlama ve buna yönelik davranışlarda bulunmasıdır. *Hasta hekim ilişkisi işlevi*; hasta ve hekim arasında karşılıklı gelişen güven sonrası hastanın tedavi veya sağlığı ile ilgili algıladığı güven, bireyin sahip olduğu okuryazarlık düzeyi ve becerisidir. Bu durumda birey sağlık hizmeti sunucularının telaffuz ettiği tıbbi terimleri anlama hekim ile iletişimde anlaşabilme ve sağlığı ile ilgili nasıl bir yol izleyeceğini bilmektedir (Massey ve ark., 2012).



Şekil 1.1.1. Ergenler Arasındaki Sağlık Okuryazarlığının Genişletilmiş Tanımının İşlevselleştirilmesi (Massey ve ark., 2012).

Açıklanan işlevleri yanında sağlık okuryazarlığı ile etkileşimde bulunan paydaşları da bulunmaktadır. Şekil 1.1.2.'de bu paydaşların başlıcaları yer almaktadır. Paydaşlar; sağlık sistemini etkileyen ve sistemden etkilenen kamuoyu, toplum temelli organizasyonlar (sivil toplum kuruluşları gibi), düşük okuryazarlık riski taşıyan gruplar (çoğunlukla kırsal kesimde yaşayan yaşlı nüfus gibi), sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu sağlık profesyonelleri ve hizmetlerin sunumunu sağlayan ve düzenleyen kamu kuruluşları, eğitimciler ve sağlık iletişimcileri (kamu spotu) eğitim düzeyi yüksek olan akademik topluluk, ekonominin temel taşlarından olan iş dünyası, sağlık hizmetlerinin sunulmasına imkân sunan sağlık tesisleri, inanç temelli organizasyonlar, toplumun en önemli iletişim aracı olan haberler, sanal medya, yetişkin eğitim verenler ve okuryazarlık uygulayıcılarıdır (Mitic ve Rootman, 2012).



Şekil 1.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Başlıca Paydaşları (Mitic ve Rootman, 2012).

1.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Geçmişten günümüze, herkesin tam olarak sağlık okuryazarlık becerisine sahip olduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü yüksek eğitilmiş bireyler bile, özellikle sağlığı ile ilgili kritik durum olduğunda, sağlık sistemlerini çok karmaşık bulmakta ve bu durum bireyleri daha savunmasız yapmaktadır. Kısacası bir noktadan sonra bazı önemli sağlık bilgilerini anlama, yorumlama bunlara göre hareket etme ya da karmaşık bir sistemde ne yapması konusunda yardıma ihtiyaç duyabilir (WHO, 2013). Sağlık okuryazarlığı, açıkça temel okuryazarlık düzeylerine ve ilişkili bilişsel gelişime bağlıdır. Okuma ve yazma becerisi yeterince gelişmemiş kişiler yalnızca geleneksel sağlık eğitimine daha az maruz kalmakla kalmayacak, bunun yanı sıra alınan bilgiye göre hareket etme konusunda daha az gelişmiş yeterliliklere sahip olacaklardır. Bu sebepler, sağlık okuryazarlığını destekleyici stratejiler, bir bütünlük içerisinde okuryazarlığı teşvik etmek amacıyla daha kapsayıcı ve genel stratejilere bağlı

olmalıdır (Nutbeam, 2001). Ancak okuma ve yazma becerileri açısından değerlendirildiğinde, yüksek okuma yazma seviyelerine sahip bireylerin sağlık eğitimi ve iletişim etkinliklerine arzu edilen düzeyde cevap vereceğini söylemek her zaman mümkün değildir (Wallerstein ve Bernstein, 1988). Sağlık okuryazarlığı, sağlığa ve sağlıklı olmaya bireysel ve toplumsal yaşamın gözüyle bakan ve sağlığa değer veren herkesin paylaştığı 21. yüzyılın ortak para birimidir (Ratzan, 2001). Çünkü toplumlar, kendilerini oluşturan bireylerin sağlık okuryazarlık becerilerinden yararlanırken, toplumu oluşturan bireyler sağlık okuryazarlığı becerisinin artırılması için toplum desteği ve çeşitli yardım kuruluşlarından yararlanmaktadır (WHO, 2013). Her zaman olmasa da genellikle eğitim seviyelerine ilişkin okuryazarlık düzeylerine bakılarak bir ülkedeki veya bölgedeki istihdamın, topluma aktif katılımın ve sağlık durumunun hangi düzeyde olduğunu belirlemek mümkün olduğu için sağlık okuryazarlık düzeyi önemli göstergelerdendir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı bir ulusun başarısının önemli göstergeleridir (Kickbusch, 2001). Sanal ortamda sağlık ile ilgili bilgilerin doğruluğunun ve güvenilirliğinin tartışıldığı 21. yüzyıl dünyasında sağlık okuryazarlığı becerisi, sanal ortamda bulunan sağlık bilgilerini doğru bir şekilde anlamak ve değerlendirmek için önemli bir katkı sunmaktadır (Utma, 2019).

Sağlık bilgileri, hasta ve hasta olmayan bireyler için sağlık koşullarının yönetimini anlamaları, iyi sağlık halinin sürdürülebilmeleri ve maruz kalacakları endişeleri azaltabilmesi açısından önemlidir (Ishikawa ve Yano, 2008; Kutlu ve Akbulut, 2019). Sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlama, sayısal bilgileri anlama ve hesaplama yapmakta zorlanırlar. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylere göre daha az sağlık bilgisine sahip olma, hafızalarında bilgileri daha kısa süre tutabilme ve işleyebilme becerisine sahiptirler (Baker ve ark., 2011). Sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlık durumu, hizmet kullanıcılarının hekim tavsiyelerine uymada daha az bağlılık göstermelerine neden olmaktadır (Altın ve ark., 2014). Sınırlı fonksiyonel sağlık okuryazarlığı bireylerin, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az başvurması veya kullanması, sağlığı geliştirici davranışlarda daha az bulunması, daha uzun süreli hastane yatışı ve acil servis kullanımına neden olmaktadır (Ishikawa ve Yano, 2008; Thai ve George, 2010). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların, birinci basamak sağlık

hizmetlerinden tedavi sürecine karar verici olarak katılma olasılıklarının daha düşük seviyede olduğu, tedavi sürecini daha az anladıkları ifade edilmektedir (Aboumatar ve ark., 2013).

Sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olma ya da bu beceriden yoksun olmanın sonuçları araştırma bulguları ile ortaya koyulmaktadır. Örneğin, 1993 yılı ulusal yetişkin okuryazarlığı araştırmasına göre 65 yaş ve üzerindeki Amerikan vatandaşının %44 fonksiyonel olarak okuma yazma becerisine sahip değildir. Bu yaklaşık olarak 16 milyon Medicare kullanıcısının okuma yazma becerisinden yoksun olduğu anlamına gelmektedir. (Kirsch ve ark., 1993). Cheungy ve ark. (2015), sınırlı/sorunlu ruh sağlığı okuryazarlığına sahip Asyalı meme kanseri hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların önemli bir kısmının hastalığın belirtilerini doğru bir şekilde belirleyemediklerini tespit etmiştir. Baker ve ark. (1998), tarafından yapılan çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığı becerisine sahip hastaların hastaneye yatış riskinin iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Farklı ülkelerde yapılan “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi” araştırmalarında, beklenmedik sonuçlar ortaya çıkmıştır. İngiltere nüfusunun yaklaşık beşte birisinin sağlık okuryazarlığı konusunda bilgisiz olduğu tespit edilmişken, Amerika nüfusunun ise üçte birisinin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yüksek düzeyde sağlık okuryazar kişiler, iktisadi refaha daha aktif olarak dâhil olur, yüksek getiri ve iş olanaklarına sahip olur, toplum yararına olan etkinliklere daha çok destekte bulunur, daha iyi sağlık ve refahın tadını çıkartırlar. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan kişiler (okuma), sağlığı geliştirici, iyileştirici ve hastalıkların belirlenmesi etkinliklerine daha düşük düzeyde katılım sağlar, yüksek riskli davranışlarda bulunma eğilimi gösterir (daha yüksek sigara içme oranları, dengesiz beslenme, yüksek düzeyde alkol tüketimi gibi), kronik hastalıklarla mücadelede (diyabet, HIV enfeksiyonu ve astım gibi) yetersiz kalır, ilaçları etkin kullanamayabilir. Hastanede daha uzun yatış süreleri, daha sık yeniden yatış sayısı, artan hastalıklar ve erken ölümler yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Genellikle daha düşük sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip olanlar, çeşitli kamu yardımlarına bağlı yaşamlarını sürdüren yaşlılar, yetişkinler ve göçmenlerdir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, yüksek sağlık maliyetleri ile beraberinde getirir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığının neden olduğu ekonomik kaybın 2009 yılında tahmini maliyeti 8 milyar doları aşkın bir rakamla Kanada'daki toplam sağlık bütçesinin % 3–5'ini oluşturmuştur. Benzer şekilde 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri, Ulusal Yaşlanma Derneği Akademisi, yetersiz sağlık okuryazarlığının neden olduğu ek sağlık bakım maliyetlerinin yaklaşık 73 milyar dolar olduğunu ifade etmiştir (WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığı toplumun sosyo-kültürel yapısından etkilenmekte ve sosyo kültürel durumu etkilemektedir. Sağlık hizmetlerine erişim bireyler için evrensel bir hak olduğu gibi sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olmak ta bireyler için evrensel bir hak olmalıdır. Sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi yoluyla sağlık bakım sistemlerinin iyileştirilmesi ve demokratikleştirilmesi, toplumda refah ve sağlık konusunda daha güçlü bir bağın oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Bu yüzden sağlık bakım sistemlerini güçlendirmenin temel bir boyutu olarak sağlık okuryazarlığına ilişkin farklı programlar geliştirilmelidir. Toplumda sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi için yapılan yatırımlar uzun vadede bireylerin ve toplumun sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki yapmaktadır (WHO, 2013). Hükümetler, organizasyonlar, düzenleyici kuruluşlar ve sağlık politikası üzerinde etkili olan organlar; sağlık okuryazarlığı konusunda toplumun genelinde farkındalık oluşturmalı, sağlık okuryazarlığını sağlık politikalarının önemli bir parçası haline getirmeli, sektör ve sistemdeki karmaşıklığı en aza indirmeye veya ortadan kaldırmaya yönelik süreçleri desteklemeli, sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan girişim ve araştırmalar için kaynak ayırmalı, sağlık okuryazarlığı ile ilgili programları uygulama, değerlendirme ve sonuçları paylaşmalıdır. Ayrıca araştırma ve uygulama toplulukları arasında bilgi alışverişini kolaylaştırıcı ortaklıklar geliştirmelidir (ACSQHC, 2018).

Ülkeler, sahip olduğu sınırlı kaynaklarını sağlık okuryazarlığı güçlendirmek amacıyla optimal şekilde kullandığında, sağlık okuryazarlığı bireyleri maruz kaldıkları sıkıntılı durumlara karşı daha fazla dirençli olmaya teşvik etmekte, daha sağlıklı olmaya yönelik davranışlar geliştirme, benimseme ve bu davranışları toplumun örgütlü gücü olan devletten talep etmelerini sağlayarak aktif birer katılımcı haline dönüştüren değerli bir kaynak haline gelmelerini sağlamaktadır (WHO, 2013). Sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, hizmet kullanıcılarının taburculuk talimatlarını anlama becerilerini tanımlamak önemlidir

(Ortiz, 2017). Bu bağlamda ülkelerin sınırlı ve en önemli kaynaklarından olan sağlık profesyonellerinin, sağlık okuryazarlığı araçlarını nasıl kullanılacağı ve bir hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyinin nasıl ölçüleceği konusunda bilgili olmalıdır (Alqudah ve ark., 2013). Sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri artırılmalı, doğru ve anlaşılabilir sağlık bilgileri yaygınlaştırılmalı, sağlık davranışlarını destekleyen ve buna olanak sağlayan kuruluşlar inşa edilmeli (sağlıklı yaşam mekezleri gibi), toplumda, eğitim alanında ve iş yerinde sağlık bilgisine nasıl ulaşılabileceği ile ilgili akış şemaları oluşturulmalıdır (USDHHS 2012). Sağlık hizmeti sunucularını destekleyen organizasyonlar, meslekler ve sektörler arasında öğrenilen stratejileri ve deneyimleri paylaşma dahil olmak üzere sağlık okuryazarlığı etkinliği konusunda iş birliği yapmalılar (ACSQHC, 2018).

1.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sağlık ile ilgili sahip olduğu bilgi ve beceri kapasitesinin ne kadar olduğunu tanımlayan bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar yapan bilim insanları/araştırmacılar, okuryazarlık düzeyini belirlerken farklı kriterleri göz önünde bulundurdıklarından dolayı farklı sağlık okuryazarlığı düzeyleri ortaya atılmıştır (Sorensen ve ark., 2012). Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlık kavramını, sağlıkla ilgili temel konular hakkında bilgi sahibi olmak, ilaç reçetelerini okuma ve anlama, sağlık ve sağlıklı olma yönünde sağlık kuruluşlarından veya profesyonellerinden randevu almakla sınırlı olmadığını, bunları da içerisine alan çok daha geniş bir kavram olduğunu belirtmiş ve sağlık okuryazarlığını 3 grupta incelemiştir. Bunlar aşağıda yer almaktadır (Nutbeam, 2000).

a) Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlık ve sağlıklı olma hakkında temel bilgi ve beceriye sahip olması, organik beslenmesi, düzenli aralıklarla egzersiz yapması, yaşanması muhtemel kaza ve yaralanma durumlarında gerekli ilkyardım bilgi ve becerisine sahip olmasıdır. Bu düzeyde bireyler sağlık ve sağlıklı olmak için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmasına karşın, sahip olduğu bilgi ve beceriyi kullanma konusunda aktif değildir (Nutbeam, 2000).

b) İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

Bireyin yaşamı boyunca sahip olduğu bilgi ve becerisini hastalandığında, yaralandığında, herhangi bir olumsuz durumla karşılaştığında veya sağlığı geliştirici eylemlerin bir gereği olarak sağlığını koruyucu davranışlarda bulunmasıdır. Bireyin, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam hakkında gerekli bilgi ve beceri yanında, sağlıklı beslenme yönünde davranışta bulunması, sağlıklı olma yönünde düzenli aralıklarla egzersiz yapması örnek olarak verilebilir (Nutbeam, 2000).

c) Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Eleştirel düzeyde birey, sağlıklı olma yönünde sahip olduğu bilgi ve beceriyi günlük hayatta uygulamanın ötesinde, duyarlı ve sorumlu bir vatandaş olmanın gereği toplumun ve çevrenin sağlığı hakkında duyarlı olması, buna yönelik davranışlarda bulunmasıdır. Buna göre birey, yaşamış olduğu çevre veya bölgede sağlığın ekonomik, kültürel ve sosyal boyutları hakkında duyarlı ve bilgi sahibidir. Daha yaşanabilir bir dünya için sağlıklı gıda, temiz suya erişim, daha az çevre ve gürültü kirliliği konusunda olumlu istek ve davranışta bulunmaktadır (Nutbeam, 2000).

1.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçümünde Kullanılan Ölçekler

Literatürde sağlık okuryazarlığının ölçülmesine imkân sağlayan çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Ancak bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin doğru ve güvenilir ölçülebilmesi için hangi durumlarda nasıl bir ölçek kullanılacağı önemlidir. Sağlık okuryazarlık ölçeğinin yapısında bulunan çeşitli kısıtlar ölçeğin, farklı şehir, bölge ve kültürlerde uygulanmasında bazı sorunlar doğurmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerini belirlemek için okuma ve konuşma yeteneklerini ölçmeyi amaçlayan ölçeklerin yanı sıra bireyin anlama, analiz etme, yorumlama gibi yeteneklerini de ölçmeyi amaçlayan bir çok ölçek geliştirilmiştir (Berkman ve ark., 2004; Güven, 2016). Geliştirilen ölçekler okuma ve kavrama testleri olarak aşağıda incelenmektedir.

1.1.4.1. Okuma Testleri

Sağlıklı olma durumunu yitirmiş bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma aşamasında kolaylaştırıcı bir etkiye sahip olmak amacıyla geliştirilmiş testlerdir. Bu testlerin uygulandığı katılımcılar, sağlık bilgilerini anlayamayan, bu bilgiyi günlük hayatta kullanma becerisinden yoksun, insanlarla olan ilişkilerinde ve günlük hayatta karşılaştıkları sağlık sorunlarını değerlendiremeyen kimselerdir. Okuma testleri kapsamında geliştirilen testler şunlardır (Güven, 2016); Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - REALM), Tıbbi Başarımla Okuma Testi (Medical Achievement Reading Test-MART) ve Diyabet Hastaları için Okuryazarlık Değerlendirmesi (Literacy Assessment for Diabetes -LAD).

- **Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini**

Bu test Davis ve ark. (1993), tarafından literatüre kazandırılmıştır. Bireylerin sağlık ile ilgili kavramları bilme ve söyleyebilme yeteneğini ölçmektedir. Test ilk olarak 125 kelime olarak tasarlanmış olup daha sonraki süreçte üzerinde değişiklikler yapılarak 66 kelimeye indirgenmiştir. İlerleyen yıllarda Bass ve ark. (2003), ölçeği revize ederek kelime sayısını 66'dan 11'e düşürmüştür. Ölçeğe bugünkü şeklini Arozullah ve ark. (2007), vererek Tıpta Yetişkin Okuryazarlığı Hızlı Tahmini- Kısa Formu'nu alanyazınına kazandırmışlardır. Özdemir ve ark. (2010), yılında 456 katılımcıyla yaptıkları çalışmada, REALM testini Türkçe'ye çevirmişlerdir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışılması yapılan REALM'de, toplam puan 6'dan düşük ise sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olarak tanımlanmaktadır.

REALM'in kullanıcılarına sağladığı en büyük kolaylık hızlı ve kolay uygulanabilir bir araç olmasıdır. Dezavantajı ise testte kullanılan kelimelerin katılımcılar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığına değil, söylenilebilip söylenemediğine odaklanmasıdır (Osborne, 2013).

- **Tıbbi Başarım Okuma Testi**

Hanson-Diverse (1997), MART testini geliştirmek amacıyla 405 katılımcı üzerinde çalışma yapmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlılık düzeylerini ölçmeye yönelik kullanılan kelimeler, 119 reçete etiketi ve tıbbi sözlükten seçilen beş yüz kelime arasından derlenerek belirlenmiştir. Bireylerin okuryazarlılık düzeyleri testte kullanılan kelimelerin düzgün bir şekilde telaffuz edilip edilmediğine bakılarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.97 bulunmuştur. Testin uygulama süresi 3-5 dakikadır. Test, sağlık hizmeti kullanıcıları ve yöneticileri için okuryazarlık ile ilgili yapacakları araştırmalarda kolaylık sağlamaktadır.

- **Diyabet Hastaları için Okuryazarlık Değerlendirmesi**

Nath ve ark. (2001), tarafından yapılan çalışmada, diyabetli hastaların sağlık okuryazarlığını değerlendirmek ve daha kısa ve hızlı bir ölçüm aracı geliştirmek amaçlanmıştır. Test, diyabetin hastalar tarafından yönetilmesine yönelik sözcükleri ölçmeyi sağlamaktadır. Testte kullanılan sözcükler zorluk derecesine göre kolaydan zora doğru sıralanmaktadır. Katılımcılardan testi yüksek sesle okumaları istenmektedir ve testte yer alan sözcükleri doğru bir şekilde telaffuz etmeleri beklenmektedir. Testin güvenilirlik değeri 0,86 olarak belirlenmiştir. Test 3 ile 5 dakika arasında uygulanabilmekte, diyabet hastalarının diyet ve tıbbi durumları anlamaları için gerekli olan materyalleri okuma yeteneklerini belirlemektedir.

1.1.4.2. Kavrama Testleri

Okuma testlerinde bireyler yalnızca okuma becerisine sahip iken kavrama testleri, bireylerin okuma becerisinin yanı sıra anlama, analiz etme ve matematiksel işlem yapma becerisini de ölçmeyi hedeflemektedir. Kavrama testleri, daha kompleks ve karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık okuryazarlığı kavramının anlaşılmasında, okuma testleri ile karşılaştırıldığında daha kapsamlı sonuçlar sağlaması açışından önemlidir. Bu kapsamda incelenen testler (Güven, 2016) şunlardır; Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults –

TOFHLA), En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (The Newest Vital Sign -NVS) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY-32)'dir.

- **Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi**

Parker ve ark. (1995), tarafından hastaların matematiksel ve sözel kavrayış becerilerini ölçmek amacıyla, İngilizce konuşan 256 hasta ve İspanyolca konuşan 249 hastaya test uygulanmıştır. Test, gerçek hastane malzeme ve materyalleri kullanılarak geliştirilmiştir. Testte 50 maddelik okuduğunu anlama ve 17 maddelik matematiksel yetenek soruları yer almaktadır. Testin uygulanması yaklaşık olarak 22 dakika almaktadır. Cronbach Alpha değeri 0.98 olarak bulunmuştur. Testte 0-59 puan aralığı yetersiz sağlık okuryazarlığı, 60-74 puan aralığı sınırlı sağlık okuryazarlığı, 75-100 puan aralığı yeterli sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmektedir (Mancuso, 2009). Baker ve ark. (1999), testin kısaltılmış versiyonu olan S-TOFHLA'yı geliştirmek amacıyla 211 hasta üzerinde araştırma yapmıştır. Testin uygulanma süresi 22 dakikadan 12 dakikaya düşürülmüştür. Testte yer alan soru sayısı sözel kavrayış becerilerini anlamaya yönelik 36, matematiksel becerileri anlamaya yönelik 4 soru olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Testte; 0-59 puan aralığı yetersiz sağlık okuryazarlığı, 60-74 puan aralığı sınırlı sağlık okuryazarlığı, 75-100 puan aralığı yeterli sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmektedir. Testin Cronbach Alpha değeri sözel kısımda 0.97 sayısal kısımda 0.68 olarak bulunmuştur. Test, İngilizce, İspanyolca ve İbranice dillerinde uygulanabilmektedir.

- **En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi**

Weiss ve ark. (2005), tarafından sağlık okuryazarlığını yeni bir araç ile ölçmek amacıyla geliştirdiği test, Güneybatı Amerika'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında İngilizce konuşan 250 katılımcıya ve İspanyolca konuşan 250 katılımcıya uygulamıştır. Test bireylerin besin (dondurma) ile ilgili bilgileri okuma ve anlama becerilerini ölçmeye yönelik 6 sorudan oluşmaktadır.

Testte; 0-1 doğru sayısı yetersiz sağlık okuryazarlığını, 2-3 doğru sayısı sınırlı sağlık okuryazarlığını, 4-6 doğru sayısı ise yeterli sağlık okuryazarı olduğunu göstermektedir. Testin uygulanmasındaki kolaylıklardan biri de uygulanmasının yaklaşık 3 dakika olmasıdır. Testin İngilizce olan bölümünün Cronbach Alpha değeri 0.76, İspanyolca olan bölümü 0.69 olarak bulunmuştur. Test sayesinde sağlık yöneticileri ve hekimler sağlık okuryazarlığını hızlı bir şekilde değerlendirme imkânı elde etmektedir (Mancuso, 2009).

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

TSOY-32 ölçeği Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (European Health Literacy Survey, HLS-EU) kavramsal çerçevesi temel alınarak 32 sorudan oluşan ölçek, Okyay ve ark. (2016), tarafından geliştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği Sağlık Bakanlığı tarafından test edilmiş olup, yayımlanmıştır. Ölçek 2x4 matris yapıdan oluşmaktadır. Matris; “Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma” olmak üzere 2 boyut ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama olmak üzere 4 süreçten oluşmaktadır. 32 sorudan oluşan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.927 olarak saptanmıştır. Ölçekte yer alan her bir ifade 0 ile 4 arasında puanlama kullanılarak (0= fikrim yok, 1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) değerlendirilmektedir.

1.2. Öz Kontrol

Öz kontrol, bireylerin eylemde bulunurken herhangi bir dış güç veya yönlendirme olmaksızın anlık tatmin arayışına girmeden, geleceğini düşünerek uygun davranışla hareket etmek için kendini kontrol etme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Lee ve Cho, 2015). Öz kontrol, bireyin suç işleme ya da olumsuz davranışlardan kaçınma eğilimini ifade etmektedir. Öz kontrol düzeyi yüksek olan bireylerin yaşamlarının her döneminde suç işleme eylemlerinde bulunma ihtimali daha düşük olabilmektedir. Sigara içmek, alkol tüketimi, uyuşturucu kullanımı, yasadışı işler, trafik kazaları gibi suç ve suça benzer davranışlar öz kontrol düzeyi düşük olan bireylerde görülmektedir (Akers, 1991). Öz kontrol, benliğin kendi durumunu ve

tepkilerini değiştirme yeteneğini ifade etmektedir. Bu yüzden öz kontrol özellikle bencilce düşünülen kişisel amaçların ardından gitmek yerine, sosyal olarak arzu edilen prensiplere uymayı gerektirdiği için hem başarıların hem de erdemli davranışların anahtarıdır. z kontrol g mekanizması gibi çalışmaktadır (Baumeister ve Exline, 2000). z kontrole sahip olan bireylerin tercih yaparken, bir davranış ya da eylemde bulunurken, karar verirken kararlarının uzun süreli sonuçlarını da göz önünde bulundurdukları söylenebilir.

z kontrol düzeyi düşük olan kişilerde yüksek düzeyde suç ve suça benzer davranışlar gözlemlenmektedir (Gottfredson ve Hirschi, 1990). ocuklarına düşkün olan, onları yakından izleyen, onların öz kontrol eksikliğini farkedene yanlış davranışlara karşı duyarlı olup, yanlış davranışları cezalandıran aileleler, çocuklarını öz kontrol konusunda bilinçli birer ebeyn olarak yetiştirmektedir. Düşük z kontrolün suça neden olduğu ifade edilmektedir. Düşük z kontrolü olan bireyler yüksek öz kontrolü olanlara göre suç veya yanlış eylem sonucu elde edilen geçici ödüllerin cazibesine direnç gösterme noktasında dayanıksızdır. Ayrıca düşük öz kontrole sahip olan bireylerin suç teşkil eden kötü eylemlerin uzun dönemli zararlarından etkilenme konusunda sınırlı yetenekleri bulunmaktadır (Akers, 1991).

z kontrole sahip olan bireyler, eylemde bulunurken içgüdülerinin yönlendirmesiyle değil aksine içgüdülerini kontrol altına alarak, bilerek ve isteyerek eylemlerini gerçekleştirirler (Vohs ve Baumeister, 2011). Araştırmalar bireylerin davranışlarını kontrol etmek, davranışlarını değiştirme ihtiyaı duyanların herhangi bir tedavi sürecinin öncesinde ve sonrasında öz kontrol düzeyinde farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla öz kontrol düzeyini belirlemektedirler (Rnnbck, 1987).

1.2.1. z-Kontrol Becerisinin Etkileri

z kontrol, bireylerin gelecek yaşamlarında yapacakları yanlış veya suç teşkil edecek eylemlerinin güçlü bir tahmin edici ve belirleyicisidir. Ergenlik döneminde sosyal etkenler öz kontrolü etkilemektedir. Sosyal etkenler olarak aynı yaş aralığında

bulunan bireylerin suç teşkil eden eylemleri sonucu yol açmış oldukları akran suçluluğu durumu, suç ile ilişkilidir. Bu durum bireylerin yaşamları boyunca daha fazla asosyal davranışlarda bulunmasına neden olmaktadır (Huijsmans, 2019). Öz kontrol becerisi hem bireysel hem de toplumsal etkilere sahiptir. Özellikle düşük öz kontrol, suçun oluşmasına neden olan yüksek risk faktörleri arasındadır (Gottfredson ve Hirschi, 1990; Pratt ve ark., 2013; Pratt ve Cullen, 2000). Düşük öz kontrol ile suç teşkil eden davranışlar ve yaşamın diğer alanlarındaki olumsuzluklar arasında ilişki olduğu ifade edilmektedir (Evans, 1997; Gottfredson ve Hirschi, 1990; Pratt ve Cullen, 2000; Vazsonyi, 2017). Düşük öz kontrol düzeyine sahip bireyler; dürtüsel, duyarsız, mantıklı hareket etmek yerine riskli eylemlerde bulunan, basiretsiz ve iletişim yönü olmayan kişiler olarak nitelendirilmektedir (Gottfredson ve Hirschi, 1990).

Öz kontrol, akıllı telefon bağımlılığı ve önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. İlköğretim öğrencileri üzerine yapılan öz kontrol çalışmasında, katılımcıların sahip oldukları öz kontrol düzeyi ne kadar düşükse, akıllı telefon bağımlılığının da o kadar yüksek olduğu saptanmıştır (Lee ve Cho, 2015). Pratt ve ark. (2013), tarafından yapılan çalışmada, cezai mağduriyet, düşük sağlık statüsü ve finansal zorlukları kapsayan olumsuz yaşam çıktıları ile düşük öz kontrol düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Nöro psikolojik bozukluklar ile düşük öz kontrol arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Yani öz kontrolü düşük olan bireyin nöro psikolojik bozukluğu bulunabilmektedir. Benzer olarak öz kontrolü yüksek olan kimselerde de olumlu nöro psikolojik durumlar gözlemlenebilmektedir (Cauffman ve ark., 2005). Öz kontrol, aslında suçun veya suç teşkil edecek davranışların önemli bir göstergesidir. Bireylerin sahip oldukları öz kontrol düzeyi eylemlerini etkilemektedir. Sonuç olarak, öz kontrol bireylerin yaşamını etkileyen ve yön veren davranışsal faktörlerden birisidir.

Öz kontrol düzeyinin düşük olması, iletişim, düşük eğitim seviyesi, mesleki başarısızlık, gece hayatı, muhtemel kötü evlilikler ve benzer negatif durumlar ile ilişkilidir. Düşük öz kontrole sahip olan bireylerin gece kondu olarak ifade edilebilecek mahallelerde ikamet etme olasılıkları daha yüksektir. Bu bireyler, yaşamlarında olumsuz durumlar ile sonuçlanan seçimler yapabilmektedir (Evans, 1997). Öz kontrol, bireylere kendi yaşamlarını ve eylemlerini kontrol etme fırsatı sunmaktadır. Düşük öz

kontrole sahip bireylerde kaza yapma, sürekli iş değiştirme, hasta olma, sigara içme ve alkol tüketme gibi olumsuz davranışlar gözlemlenmektedir. Yaşamlarında maksimum başarı elde edebilmek için kişisel kontrol ve disiplin gibi yeterlilikler gerektiren kurumsal veya yönetsel alanlarda olumsuzluklar yaşayabilirler. Evde kalmak yerine sokağa çıkma daha çok tercih edilmektedir. Bu durum bireylerin sağlıklı olmayan davranışlarda bulunmasına neden olabilmektedir. Ayrıca düşük öz kontrole sahip bireyler, çevreleri ile sosyal bağ kurmakta zorlanırlar. Çünkü bu kişiler aile üyeleri ve arkadaşları tarafından istenmeyen ve güvenilmez olarak görülürler. Kısacası kişiler arası ilişkilerinin zayıf olduğu söylenebilir (Gottfredson ve Hirschi,1990).

1.3. Sağlıklı Yaşam Davranışı ve Etkileyen Faktörler

Türk Dil Kurumu'na göre davranış, “Davranma işi, tutum, davranım, muamele, hareket” anlamına gelmektedir (TDK, 2011). Sağlık davranışı, bireyin yaşam biçiminin ayrılmaz bir parçası olarak sağlık statüsü üzerinde önemli etkisi bulunan zorunlu olmayan eylemler bütünüdür (Wiley ve Camacho, 1980). Sağlıklı yaşam davranışı, insanların yaşam koşullarına göre eldeki seçeneklerine dayalı olarak yapmış oldukları sağlıkla ilgili kolektif davranış kalıpları olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam, birey olmanın bir gereği olarak yaşamadan keyif alma, daha uzun yaşama gibi durumlar için kullanılan sağlık ürünlerinin tüketim biçimidir (Cockerham, 2000). Sağlık davranışı, bireylerin sağlıklı olmak için, hastalık problemlerini önledikleri, sağlık durumlarını korumak için inandıkları ve benimsedikleri bütün davranışlardır (Huerta, 2008).

Araştırmacılar ve bilim insanları tarafından sağlıklı yaşam davranışı konusunda farklı tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlar incelendiğinde, sağlıklı yaşam davranışının hastalığı önlemek, sağlık ve refahı artırmak için bir seçim, bilinçli eylem veya davranış unsuru olduğu görülmektedir. Sağlıklı yaşam davranışı; sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, aile, sosyal ağlar, cinsiyet, yaş ve kişilerarası etkiler gibi faktörlerden etkilenmektedir (Ochieng, 2006). Sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen faktörleri inceleyen araştırmalar sonucunda farklı modeller öne sürülmüştür. Bunlardan ilki bilgi–motivasyon–davranış becerileri modelidir. Bu modele göre sağlık

davranışlarının üç temel belirleyiciden oluştuğu ifade edilmektedir. Bunlar; 1) bilgi (hastalık hakkında bilgi), 2) motivasyon (kişisel motivasyon, kendi kendini yönetme davranışlarına karşı olumlu bir tutum olarak tanımlanır ve 3) davranışsal becerilerdir (becerilerin ustalığı ve uygulanması ve engellerin üstesinden gelme güveni) (Fisher, 2006).

İkinci model sağlık inanç modelidir. Bu modele göre bir hastalığın algılanan ciddiyeti ve buna yatkınlık, bireyin algılanan hastalık tehdidini etkiler. Benzer şekilde, algılanan faydalar ve algılanan engeller, sağlık davranışının etkililiğine ilişkin algıları etkiler (Bulduk ve ark., 2015; Munro, 2007). Model, olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasında hastalık ve hasta olma korkusunun belirleyici etkiye sahip olduğunu öne sürmektedir. Sağlık inanç modeli ile ilgili yapılan araştırma bulgularının bu görüşü destekleyici nitelikte olduğu ifade edilmektedir (Zuhal ve Açıl, 2014). Bu bağlamda bireylerin sağlıkları ile ilgili olumlu tercih ve eylemde bulunabilmeleri, sağlıklı yaşam biçimine sahip olmanın sağlamış olduğu faydalar ile bu durumdan mahrum olmanın olumsuzluklarını algılamalarına bağlıdır. Bu durum bireyin sağlık statüsü üzerinde etkili olan bir takım davranışları sergileme veya sergilememe noktasında belirleyici olmaktadır (Öncel ve ark., 2016; Nahcivan ve Seçginli, 2003; Sönmez, 2011). Örneğin bir kimsenin kötü veya ölümcül bir hastalığa (kanser, diabet vb.) yakalanmamaya yönelik sarf edeceği gayret söz konusu hastalığa yakalanma durumuna yönelik algısına bağlı olarak artacak ya da azalacaktır (Bulduk ve ark., 2015). Bu nedenle özellikle ergenlerin ve gençlerin pozitif sağlık davranışlarını elde etmelerinde kullanılan bir enstrümandır (Öncel ve ark., 2016).

Sağlık davranışı ile ilgili öne sürülen bir diğer model Pender tarafından 1982-1984 yılları arasında geliştirilen sağlığı geliştirme modelidir. Model, birey sağlığının gelişmesinde etkili olan faktörlerin önemine vurgu yapmaktadır. Bireylere sağlıklı yaşam konusunda eğitim verme, farkındalık oluşturma ve sağlıklı yaşam davranışını bireyin hayatının ayrılmaz bir parçası haline getirmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda bireyi bütüncül olarak ele alıp bütünün parçalarını ayrı ayrı değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Bahar ve Açıl, 2014). Sağlıklı yaşam davranışlarının yükseltilmesinde bireylerin çabası önemlidir. Çünkü toplum sağlığı her bir bireyin

sağlık düzeyinin toplamından oluşur. Bireyin sağlık düzeyinin toplum sağlığını hem etkilediği hem de etkilendiği öne sürülmektedir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011).

Sağlıklı yaşam davranışını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Berkman ve Breslow (1983)'a göre bireylerin sağlık statüsü ve hayatta kalma durumları ile sağlığı geliştiren yaşam davranışları arasındaki ilişki yapılan bir dizi çalışmada da ortaya koyulmuştur (Pullen ve ark., 2001). Pender ve ark. (1990), iş yerinde sağlığı geliştiren yaşam davranışlarını tahmin etmek için yapmış oldukları çalışmada, kadınların yaşı daha büyük olanların ve iş yerinin sunmuş olduğu fitness programına katılanların daha sağlıklı yaşam davranışı sergiledikleri ve sağlıklarını pozitif olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Bireylerin aileden gelen bir hastalık öyküsüne sahip olup olmaması sağlık davranışlarının oluşmasında etkili olmaktadır. Baptiste-Roberts ve ark. (2020), Afrika kökenli Amerikalılar arasında diyabet öyküsü, risk faktörlerinin farkındalığı ve sağlık davranışı adlı çalışmada; ailesinde diyabet öyküsü olan bireylerin ailede diyabet öyküsü olmayan bireylere göre 5 kat daha fazla meyve ve sebze tükettiklerini ve sağlık taraması yaptırdıklarını bulmuştur. Bireylerin risk altında olduğuna inanması, hastalığın başlangıcı veya seyrini geciktirebilecek ya da azaltabilecek sağlık davranışı hakkında bilgi sahibi olması durumunda sağlıklı yaşam davranışı gösterme konusunda daha bilinçli oldukları öne sürülmektedir (Baptiste-Roberts ve ark., 2020). Beden kitle endeksi düzeyi ve aşırı kilo görülme sıklığı, kahvaltı yapan gençlerde daha düşük düzeydedir. Sağlıklı beslenmeye bağlı olarak, bireylerin bilişsel fonksiyonları iş performanslarının da yüksek olduğu ifade edilmektedir (Affenito, 2007).

Yaş, cinsiyet, eğitim ve geliri de kapsayan çeşitli sosyo ekonomik faktörler ile sağlıklı yaşam biçimini olumsuz etkileyen risk faktörleri arasında anlamlı ilişki bulunabilmektedir (Adams ve ark., 2013). Örneğin erkekler daha çok alkol tüketimi ve kavga gibi olumsuz sağlık davranışları gösterirken kadınlar sağlık sorunlarıyla daha duygusal ve içselleştirici bir şekilde ilgilenmekte bunun sonucu olarakta genellikle psikosomatik semptomlar ya da zihinsel sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Hurrelmann, 2006). Sağlıklı yaşam davranışlarının oluşmasında sağlık hizmeti sunucuları da etkili olmaktadır. Hasta ve sağlık personeli (hekim, hemşire, sağlık

teknikeri) arasındaki iletişim ve güven ortamı, bireylerin olumlu sağlık davranışları (spor yapmaya, düzenli sağlık kontrolü vb.) göstermeye ve olumsuz davranışlardan (sigara ve alkol tüketiminden kaçınma vb.) kaçınmalarına yol açabilmektedir (Araz ve ark., 2007).

1.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sınıflandırılması

Modern dünyada ülkelerin, ulusların, toplumların ve toplumu oluşturan fertlerin daha sağlıklı ve kaliteli yaşam hakkı elde etmelerini sağlamak, sağlıklarını geliştirme, sağlık farkındalığını arttırmak, olumlu sağlık davranışı kazandırmak, daha yaşanabilir bir dünya oluşturmak ve bireylerin mümkün olduğunca yaşamdan haz almalarını sağlamak amacıyla küresel, ulusal ve bölgesel kuruluşlar kurulmuştur. Bu amaçlar doğrultusunda çeşitli programlar, eylemler ve hedefler (2000 Yılında Herkese Sağlık, Alma-Ata Bildirgesi, Acil Eylem Planı vb.) ile belirlenmiş amaçları mümkün olduğunca eksiksiz bir şekilde gerçekleştirmek istemektedir. Daha sağlıklı bir dünya oluşturmak amacıyla yürütülmekte olan çalışmalardan bazıları Sağlıklı İnsanlar 2010, Sağlıklı İnsanlar 2020 ve Sağlıklı İnsanlar 2030 eylem raporlarında verilmektedir.

Sağlıklı İnsanlar 2020, ülke için sağlığı geliştirme girişimidir. Bir konsorsiyum aracılığıyla geliştirilmiş olup, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülmektedir (WHO, 2020). Sağlıklı İnsanlar 2020, modern dünyada yaşayan ve gelecek dönemlerde de yaşayacak olan jenerasyonun sağlıklı ve uzun yaşam sürdürmesi, herkesin yaşamdan zevk almasını sağlamak için belirli adımlar atmayı amaçlamaktadır. Eylemin ulaşmayı arzuladığı hedefler, mümkün olduğunca bütün insanlar için; yüksek kaliteli yaşam ile önlenebilir hastalık, sakatlık, yaralanma ve erken ölüm olmaksızın daha uzun yaşam elde edilmesini sağlamaktadır. Hakkaniyeti sağlamak, eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve ırk, din dil, etnikten, yaş, cinsiyet, inanç, coğrafya gözetmeksizin bütün grupların sağlığını iyileştirmek; herkes için sağlığı destekleyen sosyal ve fiziksel ortamlar yaratmak ve tüm yaşam aşamalarında yaşam kalitesini, sağlıklı gelişimi ve sağlıklı davranışları teşvik etmektir (USDHHS, 2012). Sağlıklı yaşam davranışlarının kapsamı vurgulanmaktadır. Pender ve ark. (2006), sağlıklı yaşam davranışını çeşitli başlıklar altında sınıflandırmışlar.

Bunlar; sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Bu davranışlar aşağıda açıklanmaktadır.

a) Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığına dikkat etmesi ve bu durumun sorumluluğunu kabul etmesi, sağlık ile ilgili eğitim görmesi, bilgiye sahip olması ve gerektiğinde sağlık profesyonellerinden (hekim, hemşire, eczacı vb.) yardım istemesiyle ilgilidir (Walker ve ark., 1987). Aile üyeleri, yakın arkadaşlar, sağlık hizmeti sunucuları (hekim, hemşire, eczacı vb.) sağlığı geliştirici davranışların sergilenmesi noktasında önemli kişilerdir (Pender ve ark., 2002). Ayrıca Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 8 temel bileşenine 3 bileşen daha dâhil edilmiştir. Bu bileşenlerden birisi de “Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023”tür. Bu programın amacı; birçok paydaş tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin, hizmetin sunulmuş olduğu ülke, bölge ve coğrafyanın imkânları ve sınırlılıklarını (alt yapının gelişmişlik düzeyi, sistemin etkinliği, kaynakların kısıtlılığı insanların sosyodemografik durumları vb. durumlar) dikkate alarak sektördeki diğer paydaşların da katılımıyla mevcut sorunların, olumsuzlukların giderilmesi, insan sağlığı açısından tehlike arz eden durumların ortadan kaldırılması, sağlığın geliştirilmesi, bütün bunların gerçekleştirilmesi için gerekli malzeme ve araçların sektördeki her paydaşın çıkarlarının gözetilmesiyle belirlenmesi bu duruma yönelik yetki ve sorumlulukların ortaya konulmasıdır (THSK, 2014). Sağlık sorumluluğunun sadece topluma ve toplumu oluşturan bireylerin sorumluluğuna bırakılmadığı, sorumluluğun toplumun örgütlü gücü olan devlet başta olmak üzere sağlık sektörüyle ilişkisi olan diğer bütün paydaşlarında katılması ve sorumluluğun paylaşılması gerektiği söylenebilir.

b) Beslenme

Beslenme, bireylerin sağlık statülerini koruyabilmek, iyileştirmek ve sağlıklı yaşam davranışlarını artırmak için biyolojik bir organizma olan vücudun ihtiyaç duyduğu yiyecek ve içecekleri yeterli miktarda ve doğru zamanda almaya yönelik

yapılan bilinçli eylemdir (HSGM, 2017). DSÖ'ye göre kişisel (yaş, cinsiyet yaşama biçimi, fiziksel aktivite yapma düzeyi vs.) ve kültürel özelliklere, yiyeceklere erişimi düzeyi ve besinleri tüketme geleneğine bağlı olarak çeşitlendirilmiş, dengeli ve sağlıklı beslenme yapısı oluşmaktadır (WHO, 2015). DSÖ, sağlıklı beslenme için beş temel eylemin yapılmasını önermektedir. Bunlar; orta düzeyde katı ve sıvı yağ tüketimi, daha az tuz ve şeker tüketimi, farklı yiyeceklerin tüketimi, bebek ve küçük çocukların (2 yaşına kadar) emzirilmesi ve bol miktarda sebze ve meyve tüketimidir. Sağlıklı beslenme, beslenme bozukluğuna ve gıdasızlığın tüm olası olumsuz durumlarına karşı koruma sağlamanın yanı sıra diabet, kap rahatsızlıkları, inme ve kanser gibi bir takım bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşmasını önleyebilir. Sağlıklı beslenme uygulamaları yaşamın ilk dönemlerinde başlar, örneğin emzirme sağlıklı büyümeyi destekler, bilişsel gelişmeyi iyileştirir aşırı kilolu olma ya da obezite riskini azaltabilir, yaşamın ilerleyen dönemlerinde bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmesini önleyebilir (WHO, 2020).

c) Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, enerji harcamasında artışa neden olan, iskelet kasları tarafından gerçekleştirilen her türlü vücut hareketidir. Fiziksel aktivitenin yaygın şekillerine örnek olarak; yürüyüş, koşma, dans, yüzme, yoga ve bahçe işleri sayılabilir. Fiziksel aktivite ev ve iş ortamında da gerçekleştirilebilir. Eğer düzenli aralıklarla yeterli süre ve yoğunlukta yapılırsa fiziksel aktivitenin tüm şekilleri sağlık açısından fayda sağlayabilir. Düzenli fiziksel aktivite uygulamaları kalp hastalıkları, felç/inme, diabet, meme ve kolon kanseri gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavi edilmesi ve önlenmesi noktasında da yardımcı olmaktadır. Ayrıca yüksek tansiyon, aşırı kilo ve obeziteyi önlemeye yardımcı olur. Ruh sağlığı, yaşam kalitesi ve esenlik durumunu iyileştirebilir. Ayrıca fiziksel aktivitenin çoklu faydaları incelendiğinde, daha fazla fiziksel aktivite yapan toplumlarda; daha az fosil yakıt tüketimi, daha temiz hava, daha güvenli yolları da içeren bir takım yatırımlar üzerinde olumlu geri dönüşümler de sağlanmaktadır. Fiziksel hareketsizliğin sağlık hizmetlerine küresel maliyetinin 2018 yılında 54 milyar dolar olduğu öngörülmüştür. Bunun yanı sıra 14 milyar dolar da üretkenlikte yaşanan kayıplara atfedilmektedir. Fiziksel hareketsizlik, ulusal sağlık

harcamaların %1-3'nü oluşturmaktadır. Bu maliyetler arasında ruh sağlığı, kas ve iskelet hastalıklarına ait maliyetler dâhil edilmemiştir (WHO, 2018).

d) Manevi Gelişim

Maneviyat, insanların anlam, amaç bulma yolu ile kendilerine, başkalarına önemli ve kutsal olana bağlılıklarını deneyimlemeleri olarak tanımlanır. Maneviyat, yaşamda inançlar değerler, gelenekler, uygulamalar yoluyla yer edinmektedir (Puchalski ve ark., 2014). Maneviyat, bireylerin karşılaşmış oldukları olaylarda anlam arayışı ve evrene bağlılık özlemi olarak tanımlanabilir (Heilferty, 2004). Manevi gelişim, kişinin kendi kendini aşmak için içsel kapasitesini büyütme sürecidir (Benson ve ark., 2003). Manevi gelişim ve maneviyat, çoğu insan için, çok sayıda dini gelenek, kültür ve dünya görüşünde daha geniş bir inanç ve deneyim çeşitliliğini kucaklayan bir terimi ifade eder. Bu gerçeklik, maneviyata artan ilgiyi yansıtmaktadır (Zinnbauer ve ark., 1999). Maneviyat, çok boyutlu ve karmaşıktır. Hastaların, diabet, anemi, kalp damar hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar, solunum yolu, kanser türleri gibi ciddi hastalıklar ile nasıl mücadele edeceğini ve hastalık süresince tedavi sürecini olumlu etkilemektedir. Çok sayıda ulusal, uluslararası ve destekleyici bakım kuruluşları maneviyat konusunda özel tavsiyeler, rehberler ve çalışma takımları oluşturmuştur (Puchalski ve ark., 2019). Balboni ve ark. (2017)'na göre, geçmiş on yıllardaki kanıtlar, sağlık hizmeti sunumunda maneviyatın önemini göstermektedir. Hastaların maneviyatına hitap edildiğinde, sağlığa bakış ve yaşamın sonuna gelme ile ilişkili acı, ızdırap duyma ve stresle başa çıkma gibi fiziksel sağlıklarının ve yaşam kalitesinin geliştiği gözlemlenmiştir.

e) Kişilerarası Destek

Kişilerarası iletişim becerisi veya yetkinliği, arzu edilen sonuca ulaşmak ve bu sonucu devam ettirebilmek amacıyla uygun ve etkili olan iletişimi en geniş şekilde tanımlayan karmaşık bir kavramdır (Berger, 2016). Etkili kişilerarası iletişim, yüksek kaliteli sağlık bakım hizmeti sunumunda oldukça önemlidir (Youmans, 2019). Etkili dinleme ve kişiler arası iletişim becerileri sağlık hizmeti sunucularının yapmış

oldukları işlerde etkinliğini ve profesyonelliğini desteklemektedir. Ayrıca hasta-hekim iletişiminin olumlu yönde ilerlemesi hastaların tedavi sürecine uyumunda ve artan hasta memnuniyeti düzeylerini teşvik edici bir etkiye sahiptir. Kişilerarası iletişim kanallarının açık olması ve iletişim kanalıyla diğer bireylerin kişilik özelliklerinin keşfedilmesi, hastaların güvenini ve işbirliğini kazanmada etkili kişiler arası iletişim kurmada anahtar bir role sahiptir (Brown ve ark., 2020). Kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmek, öğretim kalitesini iyileştirmek, katılımcıların fiziksel aktivitelere ilgisini ve fiziksel çaba için motivasyonunu artırmak için bir kaynaktır (Pop, 2014). IOM (1999)'a göre, kötü veya yetersiz kişiler arası iletişim; kargaşa, kafa karışıklığı düzensizlik, korku, çatışma, verimsizlik ve kaynakların israfı gibi bir takım sonuçlara neden olabilmektedir. Çalışma takımları arasındaki etkin olmayan iletişim kanalı, 1990 yılından beri tıbbi hatayla ilişkili gereksiz hasta ölümlerinin bir numaralı nedeni olarak gösterilmektedir (Vertino, 2014). Birçok araştırmacı kişilerarası iletişimin, genel psikolojik sağlığı ve zindeliği büyük ölçüde etkileyebilecek önemli bir insan etkinliği olduğu konusunda hemfikirdir. Sağlık hizmeti sunucuları tarafından hem kişisel hem de profesyonel ortamlarda etkili kişilerarası iletişim stratejilerinin kullanılması stresi azaltabilir, sağlığı geliştirebilir ve bu nedenle genel yaşam kalitesini artırabilir (Vertino, 2014).

f) Stres Yönetimi

Stres, duygusal ve fiziksel olarak yaşanan zorlukların tanımlanmasında kullanılan bir kavramdır (McEwen, 2007). Stres, olumsuz bir ortam, deneyim veya bir organizmanın durumunu değiştirmeye yönelik algılanan tehdit dâhil olmak üzere herhangi bir koşul olarak tanımlanabilir. Stresle ilişkili değişiklikler, stres tepkisinin savaş ya da kaç tepkisinin merkezi koordinasyonu için hayati önem taşıyan organlar olan beyin, kalp ve iskelet kaslarının oksijenlenmesini ve beslenmesini artırır. Stres sistemi bozukluğu davranışsal ve bedensel hastalıklar ile ilişkilidir. Stres, bireylerde psiko-sosyal fiziksel ve patolojik durumları önemli derecede etkilemektedir. Modern toplumlarda yaşam tarzı ve yaşanan çevre, stresle ilişkili bozuklukların oluşmasına ortam sağlayan bir faktörler arasındadır (Chrousos, 2009). Ayrıca stres, bağımlılığın ortaya çıkmasında ve gelişmesinde önemli faktördür (Rajita, 2008; Rajita ve Ania,

2013). Stres ile obezite ilişkilidir. Stresin nörobiyolojisi ile iştah ve enerji düzenlemesi önemli ölçüde örtüşmektedir (Rajita, 2008). Yüksek düzeyde stres, yemek yeme alışkanlıklarını değiştirir ve birey sağlığı için olumsuz olan lezzetli yiyeceklerin tüketimini artırır (Rajita ve Ania, 2013). Bunun yanında stres, öğrenmeyi, davranışı ve fizyolojiyi olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir, bu da kronik hastalıklar ve sağlıklı yaşam tarzları ile ilgili artan strese yol açabilir (Shonkoff ve ark., 2012).

Stres yönetimi, bireylerin stresi olumlu bir şekilde kullanmalarına yardımcı olmak amacıyla kapsamlı bir şekilde hazırlanmış yol haritasıdır (Burns, 1988). Yaşamının ilk dönemlerinde strese maruz kalmış bireylerin (doğum öncesi veya doğumdan sonra), yaşamlarının geri kalanında da bu durumdan etkileneceği bilinmektedir. Bu bireylerde stres, yetişkinlerde görülen hastalıklara yakalanma eğilimi yaratan kalıcı yapısal ve düzenleyici değişikliklere neden olabilir. Uzun bir süre stres ile yaşamak, artan kaygıya ve depresyon benzeri davranışlara neden olmaktadır (Maniam ve ark., 2014). Aile üyelerine stres ile ilgili eğitimlerin verilmesi stres yönetimi tekniklerini artırabilir ve algılanan stres düzeyini de azaltabilir (Mason ve ark., 2018). İlkokul temelli kısa günlük stres yönetimi müdahalesi, anksiyete semptomlarını azaltabilir ve bir gevşeme ölçüsü olan kalp atış ritmini iyileştirebilir. Her gün on dakikalık stres yönetim teknikleri, okul çağındaki çocuklarda kaygı düzeylerini azaltmak ve rahatlama yeteneğini geliştirmek için yardımcı olmaktadır (Bothe ve ark., 2014). Stres yönetimi, hastalar için faydalı olabilmektedir. Hastaların kolay bir şekilde hastane ortamına uyum sağlamalarına yardımcı olmaktadır (Burkhart ve ark., 2017).

1.4. Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Arasındaki İlişki

Öz kontrol ile kişisel refah, sosyal sorunlar ve sağlıklı yaşam davranışları arasında ilişki olduğu ifade edilmektedir. Bireylerin günlük yaşamda karşılaştığı olaylar ve karmaşalar sonucunda öz kontrolleri düştüğü, dinlenme ve düzenli aralıklarla yapılan egzersizler ile tekrar yükseldiği öne sürülmektedir (Baumeister ve Exline, 2000). Yüksek öz kontrol ile karşılaştırıldığında, düşük öz kontrole sahip

bireylerin sağlıklı olmayan davranışlar sergiledikleri, yüksek öz kontrole sahip bireylerin, sağlıklı olmayan davranışlara yol açabilecek dürtülere direnç gösterme konusunda daha yetenekli oldukları bulunmuştur. Choi (2014) yaptığı araştırmada, öz kontrolün, tip 2 diyabetli hastalarının öz kontrol bakımı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu bağlamda hastaların öz kontrollerini artıracak destek ve teşviklerin sağlanması önerilmektedir (Choi, 2014). Düşük öz kontrole sahip bireylerin yaşamış olduğu ekonomik sıkıntılar bu bireyleri sağlıksız davranışlar sergilemeye yönlendirmektedir (Beenackers ve ark., 2017).

Yüksek öz kontrole sahip bireyler, daha sağlıklı yeme davranışları göstermektedir, düzenli aralıklarla fiziksel aktivite yapmaktadır ve daha sağlıklı beden kitle endeksine sahiptir. Öz kontrol ile düzenli kahvaltı arasında pozitif ilişki ve sağlıklı olmayan yiyecek ve içeceklerin tüketimi arasında ise negatif ilişki bulunmuştur. Bunun yanında öz kontrolü yüksek olan bireylerin daha faydalı besinleri tercih ettikleri gözlemlenmiştir (Junger ve Kampen, 2010). Yüksek öz kontrol yeteneğine sahip bireyler, ruh sağlığı, kişilerarası ilişkilerde başarı, akademik başarı ve sağlıklı davranışlar gibi bir dizi olumlu davranışlarda bulunmaktadır. Olumsuz ruhsal ve fiziksel semptomları daha az gösterirler ve bu sorunlarla başa çıkma noktasında daha az kaçınırlar. Öz kontrol ile sağlıklı olmayan davranışlardan kaçınma davranışları arasında ilişki bulunmaktadır. Özellikle daha yüksek öz kontrole sahip bireyler, daha düşük depresyon belirtisi, alkol bağımlılığı ve bu duruma bağlı olarak daha yüksek düzeyde yaşam tatmini gösterirler (Boals, 2011). Öz kontrol, kalp yetmezliği olan hastalar için sağlık statüsü düzeyini geliştirmek ve korumak için hayati bir öneme sahiptir (Baker ve ark., 2011). Ayrıca astım hastalığı sürecinin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için de önemli rol oynamaktadır (Thai ve George, 2010). Sonuç olarak tercihleri ve eylemleri üzerinde kontrol gücüne sahip olan bireylerin olumlu sağlık davranışlarında bulunduğu, olumsuz davranışlardan kaçınma eğilimi gösterdiği ifade edilebilir.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki bulunmaktadır. Yapılan araştırmada, sınırlı fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile bir dizi sağlıklı yaşam davranışı arasında ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığının, sosyo-ekonomik statü, kanser ile ilişkili risk faktörlerinin algılanması ve sağlıklı yaşam

biçimi davranışları arasında kısmi olarak aracılık rolünü üstlendiği öne sürülmektedir. Bu sonuç daha önceki yapılan çalışmalar ile desteklenmiştir. Bireylerin, sağlıklı davranışta bulunmaları için neyin gerekli olduğunu tam olarak anlamaları ve sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olmaları gerekmektedir. Örneğin ne kadar sebze ve alkol tüketileceği tahmine dayanan sezgisel duylardan ziyade okuma ve matematiksel okuryazarlık gerektiren davranışlardır (Adams ve ark., 2013). Oral (2018), tedavi gören yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi yoluyla bu hastaların, öz kontrollerinin ve öz bakımlarının artacağını öne sürmektedir.

Düşük okuryazarlık düzeyi ile, bilgi eksiklikleri, kanama, spesifik olmayan yan etkiler ve tedavi uyumlarındaki yetersiz sağlık problemleri arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığı becerisinin acil servis hizmetini de içine alan sağlık hizmetlerinin kullanımını artırdığı saptanmıştır (Cabellos-García ve ark., 2018). Sağlık okuryazarlığı, hastalığa özgü yeni bilgilerin edinilmesi, öz yeterlilik, kendi kendine bakım davranışlarına uyum sağlama gibi önemli sağlık çıktılarını etkilemektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip diyabet hastalarında diyabet bilgi eksikliği, öz yeterlilik ve öz bakım davranışları arasında ilişki bulunmuştur (Cavanaugh, 2011). Sezer ve Amarat (2018)'a göre yüksek sağlık okuryazarlığı, olumlu sağlık davranışlarının (daha az tütün ve alkol tüketimi vb.) sergilenmesini desteklemektedir (Arıkan, 2018; Sezer ve Amarat, 2018). Kısacası sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olan bireyler, sağlıklı yaşam davranışları sergileme noktasında daha istekli ve duyarlıdır.

Sağlık okuryazarlığı becerisi ile öz kontrol becerisi arasında ilişki olduğu öne sürülmektedir. Alanyazınında bu iki değişken arasında ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, daha yüksek sağlık okuryazarlığı ile daha iyi öz kontrol becerisi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde daha düşük sağlık okuryazarlığı ile daha kötü öz kontrol becerisi arasında da ilişki bulunmuştur (Geboers ve ark., 2016). Sağlık okuryazarlığına sahip hastalar için diyabet eğitimi; öz kontrolü, diyabet bilgisini, glisemik kontrolü geliştirmede etkili olmaktadır (Kim ve ark., 2004). Sağlık okuryazarlığı kapasitesindeki olumlu gelişmeler sağlık veya hastalığın öz kontrolünde önemlidir (McKenna ve Sixsmith, 2020). Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi, bazı durumlarda diyabet bilgisi yoluyla belirli öz kontrol davranışlarına katkıda bulunabilir.

Bu nedenle diyabet bilgisi ve sağlık okuryazarlığı becerileri, diyabetin öz kontrolünü (kendi kendine yönetimini) teşvik eden müdahaleler için önemli hedefler olabilir. Sağlık okuryazarlığı ile bazı öz kontrol göstergeleri (glikoz seviyesinin kendi kendine yönetimi ve fiziksel aktivite) arasında ilişki bulunmuştur (Van der Heide ve ark., 2014). Düşük sağlık okuryazarlığı, bireyin astım hastalığının yönetebilmesinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Thai ve George, 2010). Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı becerisi yükseldikçe sağlık farkındalığı artmakta ve bireyler daha çok sağlıklı yaşam davranışları sergileme eğiliminde bulunmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan kapsamlı literatür taraması sonucunda ikili değişkenler, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında (Adams ve ark., 2013; Cabellos-García ve ark., 2018; Cavanaugh, 2011; Oral, 2018), sağlık okuryazarlığı ile öz kontrol arasında (Geboers ve ark., 2016; Kim ve ark., 2004; McKenna ve Sixsmith, 2020; Van der Heide ve ark., 2014) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz kontrol arasında (Baumeister ve Exline, 2000; Beenackers ve ark., 2017; Junger ve Kampen, 2010; Thai ve George, 2010) ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkisini tek modelde ele alan herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyini belirlemek, sosyodemografik ve öğrenim özelliklerine göre farklılıklarını ortaya koymak, sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi saptamak ayrıca sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün aracı ve düzenleyici rolünü saptamaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın amacı ve türü, araştırmanın hipotezleri, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama yöntemi, verilerin analizi, sınırlılıklar ve varsayımlara yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırmada, öğrencilerin sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyini belirlemek, sosyodemografik ve öğrenim özelliklerine göre farklılıklarını ortaya koymak, sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi saptamak ayrıca sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün aracı ve düzenleyici rolünü saptamaktır. Araştırma kesitsel ve analitik niteliktedir.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyi;

H1a. Cinsiyete, H1b Bölüme, H1c. Sınıf düzeyine, H1d.Yaşamınının çoğunu geçirdiği yere, H1e. Gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H2. Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi;

H2a. Cinsiyete, H2b. Bölüme, H2c. Sınıf düzeyine, H2d.Yaşamınının çoğunu geçirdiği yere, H2e. Gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H3. Araştırma grubunun öz kontrol düzeyi;

H3a. Cinsiyete, H3b. Bölüme, H3c. Sınıf düzeyine, H3d.Yaşamınının çoğunu geçirdiği yere, H3e. Gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H4. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında ilişki vardır.

H5. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile öz kontrol düzeyi arasında ilişki vardır.

H6. Araştırma grubunun öz kontrol düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında ilişki vardır.

H7. Sağlık okuryazarlığının, öz kontrol üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8. Sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8a. “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” alt boyutlarından “Tedavi ve Hizmet” alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8b. “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” alt boyutlarından “Hastalıklardan Korunma” alt boyutunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H9. Öz kontrolün, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H9a. “Öz Kontrol Ölçeği” alt boyutlarından “Kendini Ayarlama” alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H9b. “Öz Kontrol Ölçeği” alt boyutlarından “Kendini Değerlendirme” alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H9c. “Öz Kontrol Ölçeği” alt boyutlarından “Kendini Pekiştirme” alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

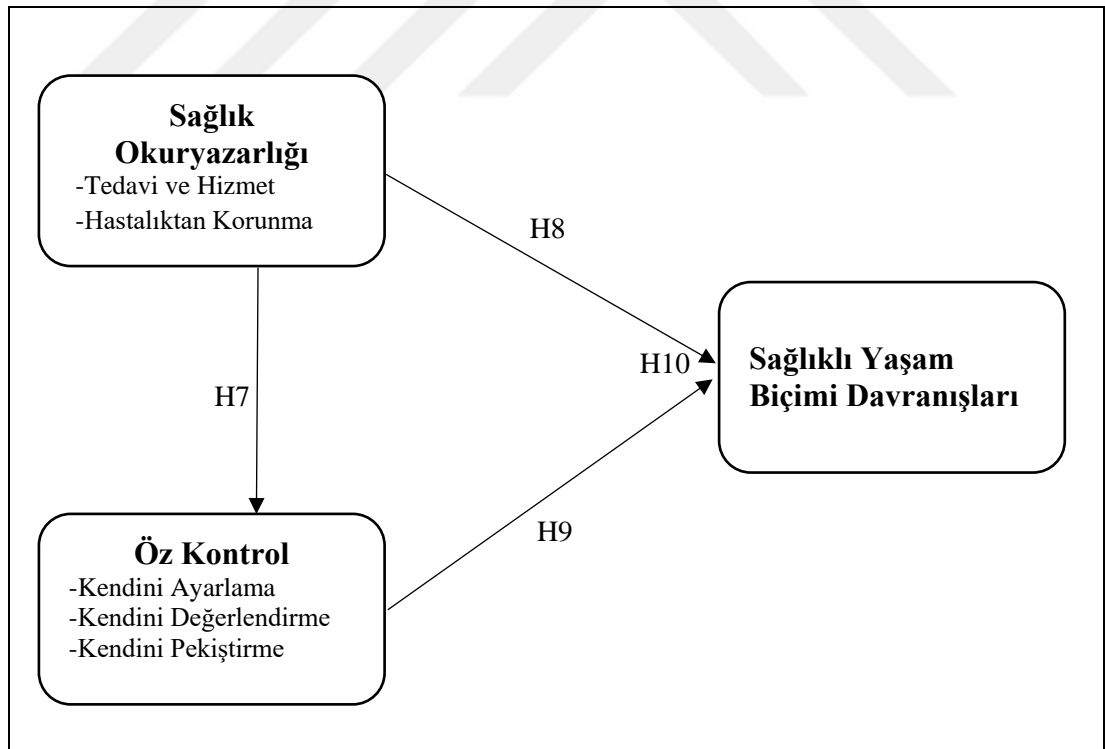
H10. Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H11. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün aracı rolü vardır.

H12. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinde öz kontrolün düzenleyici rolü vardır.

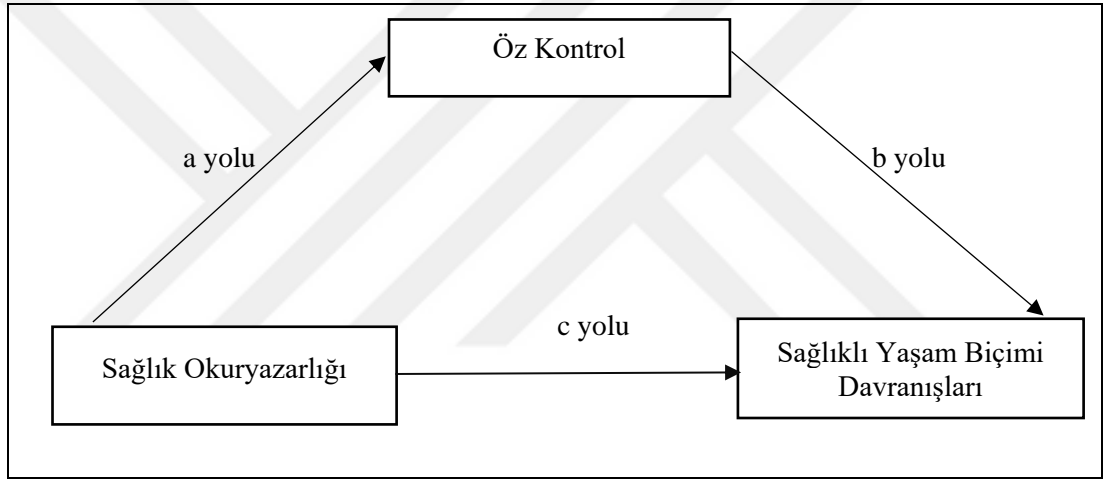
Araştırmanın Hipotetik Modeli

Araştırmada, üç model kurulmuştur. İlk modelde sağlık okuryazarlığının, öz kontrolü istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkileyip etkilemediği (H7), sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol değişkenlerinin her birinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkiye sahip olup olmadığı test edilmiştir (H8, H9). Ayrıca sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol değişkeninin birlikte regresyon analizine dâhil edilmesi durumunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını istatistiksel olarak anlamlı etkileyip etkilemediği (H10) incelenmiştir (Şekil 2.2.1.).



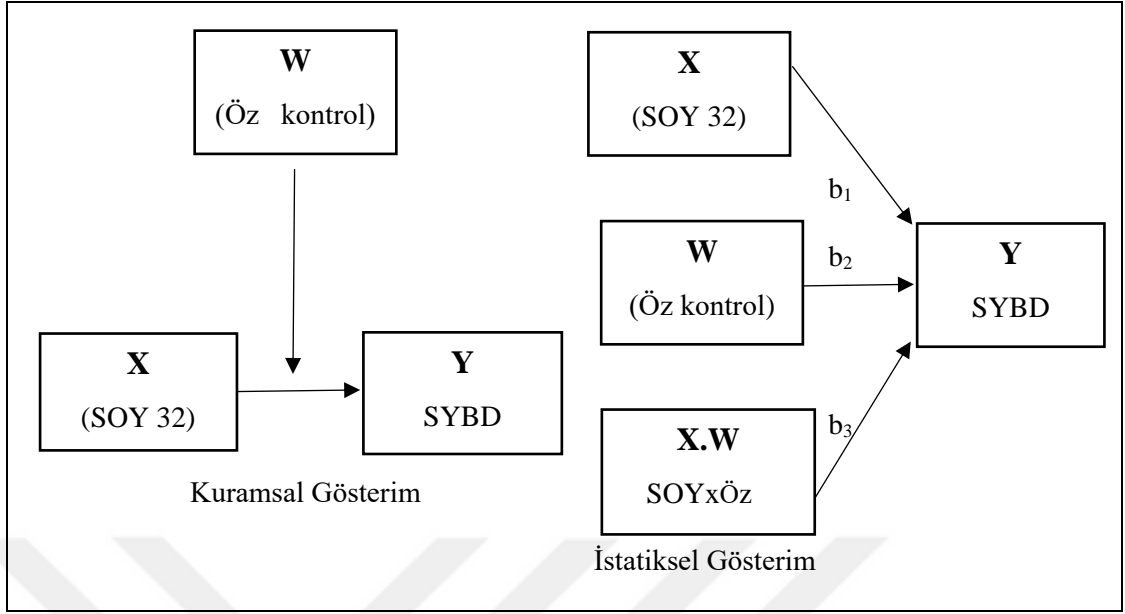
Şekil 2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrolün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Oluşturulan ikinci modelde (Şekil 2.2.2.) sağlıklı yaşam biçimi davranışları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinde öz kontrolün aracı rolünün olup olmadığı analiz edilecektir. Modelde bulunan “c yolu” sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını istatikselsel olarak etkileyip etkilemediği, “a yolu” sağlık okuryazarlığının öz kontrol üzerinde anlamlı etkiye sahip olup olmadığı, “b yolu” öz kontrol değişkeninin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkiye sahip olup olmadığı, “(a.b) yolu” ise sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol değişkeninin birlikte regresyon modeline girmesiyle sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını dolaylı etkileyip etkilemediğini göstermektedir (Şekil 2.4.2.).



Şekil 2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisinde Öz Kontrolün Aracı Rolü

Geliştirilen üçüncü modelde (Şekil 2.4.3.) sağlıklı yaşam biçimi davranışları bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinde öz kontrolün düzenleyici rolünün olup olmadığı analiz edilmiştir. (Şekil 2.2.3.).



Şekil 2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisinde Öz Kontrolün Düzenleyici Rolü

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'ne kayıtlı öğrenciler oluşturmaktadır (N= 2645). Araştırmada örneklem seçilmemiş; araştırmanın yapıldığı 25 Kasım 2020 - 14 Ocak 2021 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler dışında evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Covid -19 Pandemisi nedeni ile öğrencilere on-line anket uygulanmıştır. Fakülteye kayıtlı bütün öğrencilere, hem akademik personel (katılımcıların almış oldukları dersten sorumlu öğretim üyesi ve öğretim elemanları) hem de dekanlık izni ve bilgisi dâhilinde ilgili bölüm sekreterliklerinden alınan öğrenci temsilci numaraları aracılığıyla öğrenci whatsapp gruplarına ulaşılarak google forms anketi ulaştırılmıştır. Belirtilen süre içerisinde evrenin %39,54'üne (N=1046) ulaşılmıştır.

Anket, araştırmacı tarafından araştırdığı bir konu, çalışma veya herhangi bir nedenle katılımcılardan bilgi toplamak amacıyla uygulanan veri toplama yöntemidir. Anketler kullanım amaçlarına göre farklı gruplara ayrılır. Bunlar; bilim dallarına/ konularına/alanlarına göre, kullanılan yöntemlere göre, amaçlarına göre ve sorulan

sorulara göre anketlerdir. Kullanılan yöntemlere göre anketler, yüz yüze, posta yoluyla, telefon yoluyla, internet yoluyla olarak sınıflandırılmaktadır. İnternet yoluyla anket yönteminde araştırılmak istenen konu ile ilgili hazırlanmış sorular/maddeler internet aracılığıyla katılımcılara ulaştırılmaktadır (Arıkan, 2018). Çizelge 2.3.1.'de anket yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yönleri ele alınmıştır (Arıkan, 2018). Çizelge 2.3.1. incelendiğinde, yüz yüze anket yönteminde, yüksek maliyet ve zaman harcaması ile veriye elde edildiği ve bunun sonucu olarak yüksek güvenilirlik ve detaylı veriye ulaşıldığı görülmektedir. Yüz yüze olmayan anket yönteminde ise düşük maliyet ve zaman harcaması sonucunda verinin elde edildiği ancak elde edilen verinin düşük güvenilirlik ve yetersiz olacağı görülmektedir. Buchanan ve Smith (1999)'e göre yüz yüze olmayan anket (on-line/google forms vb.), yüz yüze anket yöntemiyle ulaşılamayan gruplara ulaşma imkânı sağlamaktadır. Özoğlu'na (1992) göre yüz yüze olmayan anket yönteminde (on-line/çevrim içi) dönüt oranı genellikle %40-50 dolayındadır (Özoğlu, 1992, s: 326). Uluslararası bir araştırma websitesine göre on-line anketlere geri dönüş %29'dır (Surveyanyplace, 2021). Bir başka araştırma websitesine göre bu değer %25 ile 33 arasındadır (QuestionPro, 2021). SurveyMonkey web sitesine (2021) göre ise on-line ankete ortalama geri dönüş %24,8'dir (Çizelge 2.3.1.).

Araştırma kapsamında 1046 öğrenci anket çalışmasına katılmıştır. Analize geçilmeden önce veri temizleme olarak ta bilinen; veri setinde bulunan eksik, uç ve aşırı uç gibi verilerin olup olmadığı kontrol edilmiştir. Yapılan kontroller neticesinde 23 anket uç ve aşırı uç değerler taşıdığı için analiz dışında tutulmuştur. Bu yüzden araştırma grubu 1023 öğrenciden oluşmaktadır. Örneklem kapsamında araştırmaya Fakülte'deki 7 akademik bölüm (İşletme, Bankacılık ve Finans, Maliye, İktisat, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Sağlık Yönetimi, Sosyal Hizmet) dâhil edilmiştir. Ancak katılım payları açısından İşletme, Bankacılık ve Finans, Maliye ve İktisat bölümündeki öğrenciler diğer bölümlerdeki (Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Sağlık Yönetimi, Sosyal Hizmet) öğrencilere göre daha düşük katılım sağlamıştır. Dengesiz dağılım sorunu nedeni ile bu bölümlerin birleştirilmesi düşünülmüştür. Bu amaçla öğrencilerin üniversiteye giriş yılı başarı sıralamaları ve lisans eğitimi süresince almış oldukları ders içerikleri incelenmiştir.

Çizelge 2.3.1. Anket Yöntemlerinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Anket Yöntemi	Hata Payı	Dönüt Oranı	Maliyet	Harcanan Zaman	Detaylı Bilgi Alma
Yüz yüze İnternet/ e-Mail	Düşük Yüksek	Yüksek Düşük	Yüksek Düşük	Yüksek Düşük	Yüksek Orta

Çizelge 2.3.2. incelendiğinde bölüm öğrencilerinin/katılımcıların benzer başarı sıralaması ile üniversiteye yerleştikleri ve benzer dersleri aldıkları (Çizelge 2.3.3.) gözlenmiştir. Dolayısıyla İşletme, Bankacılık ve Finans, Maliye ve İktisat bölümlerinin birleştirilmesine karar verilmiştir.

Çizelge 2.3.2. Bölümlerin Başarı Sıralaması (2018-2019) (YÖK Lisans Atlas, 2020)

Bölümler	Başarı Sıralaması (Taban, 2019)	Başarı Sıralaması (Taban, 2020)
Bankacılık ve Finans	-	834.930
İşletme	817.339	791.287
İktisat	822.923	819.418
Maliye	746.469	739.106

Fakülte bünyesinde lisans eğitimi veren Bankacılık ve Finans, İşletme, İktisat ve Maliye bölümlerinde verilen ortak derslerin Çizelge 2.3.3.'te görülmektedir. Buna göre Genel İşletme, Hukukun Temel Kavramları, İktisada Giriş, İstatistik, Genel Muhasebe, Genel Matematiğe Giriş, Bilişim Teknolojileri, Makro İktisat Borçlar Hukuku, Ticaret Hukuku, Türkiye Ekonomisi ve Ekonomi ve Finans Okuryazarlığı dersleri bölümlerin ders programlarında yer almaktadır.

Çizelge 2.3.3. Akademik Bölümlerin Ortak Dersleri (İ.İ.B.F., 2020-2021)

Bölümler	Banka. ve Finans	İşletme	İktisat	Maliye
Genel İşletme	+	+	+	+
Hukukun Temel Kavramları	+	+	+	+
İktisada Giriş	+	-	+	+
İstatistik	+	+	+	+
Genel Muhasebe	-	+	+	+
Genel Matematığe Giriş	+	-	+	+
Bilişim Teknolojileri	+	+	+	+
Borçlar Hukuku	+	+	+	+
Ticaret Hukuku	+	+	+	+
Makro İktisat	+	+	+	+
Türkiye Ekonomisi	+	-	+	+
Ekonomi ve Finans Okuryazarlığı	+	-	+	+

2.4. Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırma grubundan verilerin toplanması için geniş katılımcı kitlelerine kısa sürede ulaşma imkânı sağlayan, düşük maliyet, zaman tasarrufu ve kısa sürede uygulanma imkanı bulunan google forms anket yöntemi kullanılmıştır. Anket dört bölümden oluşmaktadır (Ek-1). Birinci bölüm sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmeye yönelik 32 sorudan oluşan “TSOY-32” ikinci bölüm sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmeye yönelik 52 sorudan oluşan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” üçüncü bölümde 16 soru 3 boyuttan oluşan “Özkontrol-Öz yönetim Ölçeği” ve dördüncü bölümde yazında yer alan araştırmalar dikkate alınarak katılımcıların sosyodemografik ve öğrenim özelliklerini en iyi şekilde tanımlayacak olan 8 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, yer almaktadır. Veri toplama aracı ile ilgili detaylı bilgiler aşağıda verilmiştir.

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

Çalışmada Okyay ve ark. (2016), HLS-EU çalışmasını referans olarak Türk kültürüne uyarladığı 32 ifadeden oluşan 5’li likert türü olan “TSOY-32” kullanılmıştır. Okyay ve ark. (2016), tarafından geçerliliği ve güvenilirliği yapılarak alanyazına kazandırılan TSOY-32, yine Okyay ve ark. (2016), tarafından alanyazına kazandırılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden farklı olarak iki temel faktör alınarak 2X4’lük bir matris şeklinde tasarlanmıştır. Ölçek iki faktör (Tedavi ve Hizmet ve Hastalıklardan Korunma) 4 süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere 8 bileşenden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde/ ifade 0 ile 4 puan aralığında (“fikrim yok” seçeneği 0 (sıfır) puan, “çok zor” seçeneği 1 puan, “zor” seçeneği 2 puan, “kolay” seçeneği 3 puan, “çok kolay” seçeneği 4 puan) ağırlıklandırılmakta ve hesaplamalar buna göre yapılmaktadır. Ölçekte yer alan her bir ifade katılımcıların belirtilen davranışa ne kadar “kolay” ya da “zor” olduğunun kendi algılarına göre değerlendirmeleri prensibi gözetilerek hazırlanmıştır. TSOY-32 ölçeğinin referans alınarak geliştirildiği HLS-EU ölçeğinde fikrim yok seçeneği “5” ile ifade edilmiştir. Ancak edinilmiş tecrübeler doğrultusunda “5” seçeneğinin kolaylık derecesi olarak algılanacağı düşünülerek bu seçenek “0” ile ifade edilmiştir (Okyay ve ark., 2016). Ölçek toplam puan hesaplaması neticesinde en düşük “0” sıfır, en yüksek puan 128 puan olarak hesaplanmaktadır. Ancak araştırmacılar tarafından hesaplama kolaylığının sağlanması amacıyla 0-128 puan yerine 0-50 puan arasında bir puanı sağlayan matematiksel bir model geliştirilmiştir. Bu model;

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

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Yapılan hesaplamalar neticesinde sağlık okuryazarlığı düzeyi sırasıyla;

(0-25) puan yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33) sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Okyay ve ark. (2016), tarafından yapılan güvenilirlik hesaplamaları sonucunda ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı; 0.92'dir. Ölçeğin 2 faktöründen birisi olan “Tedavi ve Hizmet” faktörünün Cronbach Alpha katsayısı 0.88, diğer faktörü “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi” faktörünün Cronbach Alpha katsayısı 0.86'dır (Okyay ve ark. (2016). Bu değer literatürde belirtilen 0.80 değerinin üzerinde yer aldığı için ölçek yüksek bir iç tutarlılık katsayısına sahiptir (Ho, 2006). Çizelge 2.4.1. incelendiğinde, “TSOY-32” ölçeğinin boyutları, süreçleri ve bileşenleri ve bunlara ait madde numaraları yer almaktadır.

Çizelge 2.4.1. TSOY-32 Ölçeği Boyut ve Madde Dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı	Bilgiye Ulaşma Maddeleri	Bilgiyi Anlama Maddeleri	Bilgiye Değerlendirme Maddeleri	Bilgiye Uygulama Maddeleri
Tedavi ve Hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan Korunma	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

• **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II**

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” nin 48 ifade 6 faktörden oluşan ilk şekli Walker (1987), tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Walker, (1987) ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0.92 olarak bulmuştur (Walker, 1987). Ölçek, 1996 yılında araştırmacılar tarafından yeniden incelenerek gerekli düzeltmeler yapılmış ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak isimlendirilmiştir (Walker ve ark., 1996). Yenilenerek literatüre kazandırılan ölçek 52 ifade ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde/ ifade 1 ile 4 puan aralığında (“Hiçbir zaman” seçeneği 1 puan, “Bazen” seçeneği 2 puan, “Sık sık” seçeneği 3 puan, “Düzenli olarak” seçeneği 4 puan) ağırlıklandırılmakta ve hesaplamalar buna göre yapılmaktadır. Ölçek toplam puan hesaplaması neticesinde en düşük 52, en yüksek puan 208 puan olarak

hesaplanmaktadır. Ölçek güvenilirliğinin hesaplanmasında kullanılan yöntemlerden birisi olan Cronbach Alpha değeri, ölçeğin bütünü için 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeği oluşturan faktörler için incelendiğinde 0.79-.87 arasında değerler aldığı gözlenmektedir (Walker ve ark., 1996).

Ölçek, Bahar ve ark. (2008), tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup 552 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışma ile ölçeğin bütünü için Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak saptanmıştır. Ölçeği oluşturan faktörler için değerler “Sağlık Sorumluluğu” için 0.77; “Fiziksel Aktivite” için 0.79; “Beslenme” için 0.68; “Manevi Gelişim” için 0.79; “Kişilerarası İlişkiler” için 0.80; “Stres yönetimi için 0.64 olarak bulunmuştur (Bahar ve ark., 2008). Çizelge 2.4.2 incelendiğinde “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”yi oluşturan maddelerin hangi faktör/boyutlar altında toplandığı görülmektedir.

Çizelge 2.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Ölçeği Boyut ve Madde Dağılımı

SYBD Faktörleri/ Boyutları	İlgili SYBD Maddeleri
Manevi Gelişim	6,12,18,24,30,36,42,48,52
Kişilerarası İlişkiler	1,7,13,19,25,31,37,43,49
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50
Fiziksel Aktivite	4,10,16,22,28,34,40,46
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51
Stres Yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47

- **Öz Kontrol Ölçeği**

Mezo (2009), tarafından geliştirilen 3 faktör ve 16 ifadeden oluşan Öz Kontrol Ölçeği, bireylerin kontrol becerilerini ölçmeye yöneliktir. Ölçekte yer alan her bir madde/ ifade 0 ile 5 puan aralığında (“Beni hiç tanımlamıyorum” seçeneği 0 “sıfır” puan, “Beni çoğunlukla tanımlamıyorum” seçeneği 1 puan, “Beni pek tanımlamıyorum” seçeneği 2 puan, “Beni biraz tanımlıyorum” seçeneği 3 puan, “Beni büyük ölçüde tanımlıyorum” seçeneği 4 puan, “Beni tamamıyla tanımlıyorum” seçeneği 5 puan) ağırlıklandırılmış olup, hesaplamalar buna göre yapılmaktadır. Ölçek toplam puan hesaplamasında en

düşük 0 (sıfır) en yüksek puan 80 puan alınmaktadır. Mezo, (2009), Cronbach Alpha değerini, ölçeğin bütünü için 0.75 olarak bulmuştur. Ölçeği oluşturan Kendini Ayarlama boyutunu 0.66; Kendini Değerlendirme boyutunu 0.62 ve Kendini Pekiştirme boyutunu 0.70 olarak bulmuştur (Mezo, 2009).

Ölçek, Ercoşkun (2016), tarafından Türkçe'ye uyarlanarak kamuya ait bir üniversitenin eğitim fakültesinde öğrenim gören lisans öğrencileri üzerine çalışılmıştır. Ercoşkun (2016), ölçeğin bütünü için Cronbach Alpha değerini 0.81 olarak bulmuştur. Ölçeği oluşturan faktörleri; “Kendini Pekiştirme” alt boyutu için 0.78; “Kendini Değerlendirme” alt boyutu için 0.75 ve “Kendini Ayarlama” alt boyutu için 0.74 olarak saptamıştır (Ercoşkun, 2016). Katılımcıların ölçekte yer alan ifadeleri ne kadar dikkatli ve anlayarak okuduklarını belirlemek ve ölçeğin güvenilirliğini korumak amacıyla 7., 8., 9., 10. ve 11. ifadeler ters kodlanmıştır (Ercoşkun, 2016). Çizelge 2.4.3'te “Öz Kontrol Ölçeği”ni oluşturan maddelerin hangi boyutlar altında toplandığı gözlenmektedir.

Çizelge 2.4.3. Öz Kontrol Ölçeği Boyut ve Madde Dağılımı

Öz Kontrol Boyutları	İlgili Öz Kontrol Maddeleri
Kendini Ayarlama	1,2,3,4,5,6
Kendini Değerlendirme	7*,8*,9*,10*,11*
Kendini Pekiştirme	12,13,14,15,16

*Ters yönlü maddeler

Veri toplanma süresince belli aralıklar ile (her hafta) toplamda 7 defa anket linki öğrenciler ile tekrar paylaşılmıştır. Veri toplama süreci yakından takip edilmiştir. Araştırmanın uygulandığı her bölüm ve sınıfın, öncelikle samimi cevaplar vermelerini sağlamak amacıyla elde edilen verilerin yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacağı, anket formunda hiçbir şekilde mahrem soruların yer almadığı hem anket çalışmasının içeriğinde hem de katılımcılara anket linki paylaşıldığında bilgilendirme yazısı ile duyurulmuştur. Ayrıca bu çalışmanın öğrenciler üzerinde fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz herhangi bir etki yaratmayacağına ilişkin üniversitenin etik kurulundan izin alınmıştır.

- **Kişisel Bilgi Formu**

Konu ile ilgili incelenen ulusal ve uluslararası araştırmaların anketleri dikkate alınarak, katılımcıları tanımlamaya yönelik bazı sosyodemografik ve öğrenim özelliklerine ilişkin 8 sorudan (yaş, cinsiyet, gelir gibi) oluşmaktadır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Bu araştırma, araştırmanın yapıldığı fakülte bünyesindeki lisans düzeyinde öğrenim gören öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Dolayısı ile Türkiye'ye deki bütün üniversitelere genellenmesi söz konusu değildir.
- Türkiye'yi ve dünyayı etkisi alan Covid-19 Pandemisi nedeniyle araştırmanın yapıldığı fakültede, eğitim-öğretim dönemi on-line olarak yapılmıştır. Bu nedenle online veri toplama aracı olarak google anket kullanılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin hazırlanan anket sorularını anlayarak, doğru ve samimi cevapladıkları kabul edilmiştir.
- Araştırmaya ilişkin veriler, tek bir zaman aralığında (kesitsel çalışma) toplanmıştır. Kesitsel çalışmalarda toplanan verilerde sosyal beğenirlik yanlılığı ve ortak yöntem yanlılığı araştırma sonuçları üzerinde etkili olabilmektedir.

2.6. Araştırmanın Varsayımları

Katılımcıların anket sorularını yanıtlarken başkalarının düşüncelerinden etkilenmeyerek, yansız ve bilinçli oldukları varsayılmaktadır.

2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Verilerin analizinde katılımcılardan toplanan veriler AMOS 23.0 paket programı, IBM SPSS 22.0 paket programı ve SPSS 22.0 eklentisi Process Macro v3.5 kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlere başlanmadan önce veri temizliği olarak

adlandırılan veri düzenleme işlemi yapılmıştır. Bu amaçla 23 anket uç ve aşırı uç değerler gösterdiğinden analize dâhil edilmemiştir. “Öz Kontrol Ölçeği”nde ters kodlanmış 7., 8., 9., 10. ve 11. ifadeler yeniden kodlanmıştır. Katılımcılardan ankette kendi bölümlerini belirten “İşletme, Bankacılık ve Finans, Maliye, İktisat, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Sağlık Yönetimi, Sosyal Hizmet” seçeneklerden birisini işaretlemeleri istenmiştir. Bölüm seçeneklerinden “İşletme, Bankacılık ve Finans, Maliye, İktisat” seçenekleri “İşl_Mal_Ban_İkt” seçeneği olarak yeniden oluşturulmuştur. Böylece araştırmada katılımcıların bölümü “İşl_Mal_Ban_İkt, Kamu Yönetimi, Sağlık Yönetimi, Sosyal Hizmet” olmak üzere dört seçenek üzerinden analize dâhil edilmiştir.

Katılımcıların genel dağılım özelliklerini belirlemek amacıyla yüzde, ortalama, ortanca, minimum ve maksimum gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ölçeklerin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla AMOS 23.0 paket programı kullanılarak DFA yapılmıştır. Geçerliliği saptamak amacıyla yapılan analiz neticesinde elde edilen model uyum iyiliği değerleri (*CMIN/DF*, *SRMR*, *GFI*, *CFI*, *RMSEA* vb.) incelenmiş bu değerlere göre model doğrulanmıştır. Normalliği incelemek amacıyla çarpıklık basıklık katsayıları (+1, -1 değer aralığı), varyans analizi için bağımsız örneklem t testi ve bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi /*F* testi/ANOVA, farklılaşmanın olduğu durumlarda farkın kaynağını belirlemek amacıyla post hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için, kısmi ve çoklu korelasyon analizi yapılmıştır. Değişkenlerin birbirlerine olan etkisini belirlemek amacıyla basit ve hiyerarşik regresyon analizi, düzenleyici ve aracı etki analizi yapılmıştır.

2.8.1. Ölçeklere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili n tane ifadenin bir araya getirilerek birbiriyle tutarlı daha az sayıda faktörler/boyutlar oluşturmak amacıyla yapılan analizdir (Alpar, 2010; Büyüköztürk, 2010; Finch ve ark., 2016; Keith, 2019; Kline, 2011; Nakip, 2003). Alanyazını incelendiğinde, faktör analizinin iki farklı şekilde yapıldığı

görülmektedir. Bunlardan ilki keşfedici veya diğer adıyla açımlayıcı faktör analizi, ikincisi doğrulayıcı faktör analizidir (Alpar, 2010; Büyüköztürk, 2010; Finch ve ark., 2016; Keith, 2019; Kline, 2011). Keşfedici/Açımlayıcı faktör analizi (KFA), genellikle sosyal bilimlerde soyut olan bir durumu veya tutumu ölçmek amacıyla geliştirilen somut ölçme aracı olan ölçek geliştirme çalışmalarının ilk aşamasında gözlenen ifadelerin hangi örtük değişken/faktör altında toplanacağını belirlemek amacıyla yapılır (Collier, 2020; Conway ve Huffcutt, 2003; Keith).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ise, sosyal bilimler alanında soyut ve gözlenemeyen değişkenleri ölçmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen ölçeklerin özgün yapısının araştırmacıların toplamış oldukları veri ile doğrulanabilirliğini test etmek amacıyla yapılan analizdir (Collier, 2020; Çokluk ve ark., 2012; Keith, 2019). DFA analizinde faktörleri oluşturan ifadelerin hangi faktör altında toplandığı bilinmektedir. KFA ile ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla ifadelerin hangi faktör/boyutların altında toplandığı, ifadelerin yeterli faktör yükü gösterip göstermediği, ve faktörlerin açıklamış oldukları varyans oranı gibi bir dizi kriter incelenerek yapı test edilir. DFA’da ise bu işlemlere ek olarak alanyazınında genel kabul görmüş bir dizi uyum iyiliği değerlerine bakılarak yapının doğruluğu test edilir. Psikometrik nitelikleri sebebiyle soyut tutum ve özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin her biri kendine özgü yapı ve faktör/boyutlara sahiptir.

Alanyazınında genel kabul görmüş ölçüm modelleri; tek faktörlü, birinci düzey çok faktörlü ve ikinci düzey çok faktörlü model olmak üzere üç tane ölçüm modeli vardır. Tek faktörlü DFA modeli, araştırmacılar tarafından kullanılan ölçeğin tek bir faktörden oluşmasıdır. Bu model ölçüm modelleri arasında en kolay ölçüm modeli olarak bilinir. Birinci düzey çok faktörlü DFA modeli, ölçeği oluşturan faktörlerin birden fazla olduğu durumlarda kullanılan ölçüm modelidir. Birinci düzey çok faktörlü DFA modelinde birbirinden bağımsız birden fazla faktör bulunurken, ikinci düzey çok faktörlü DFA modelinde bu bağımsız faktörler tek bir örtük değişken veya faktör altında toplanmasıyla oluşmaktadır (Çapık, 2014; İlhan ve Çetin, 2014). DFA yapılabilmesi için veri yapısının bir dizi koşulları sağlaması beklenir. Bunlar (Alpar, 2010; Can, 2014; Keith, 2019);

- Verilerin normal dağılım koşulunu sağlaması ve çok değişkenli normalliğin kontrol edilmesi,
- İfadeler arasında doğrusal ilişkinin bulunması,
- İfadeler arasında orta büyüklükte korelasyon katsayısının gözlenmesi,
- Ölçümlerin en az eşit aralıklı ölçek düzeyinde yapılması, ifadelerin sürekli veya likert tipinde olması,
- Verilerin toplandığı örneklem büyüklüğünün yeterli olması (en az 200 olması istenen bir durumdur),
- Veri setinde aşırı uç değerlerin olmamasıdır.

DFA ile modelin doğrulanabilir olup olmadığına karar vermek amacıyla analiz neticesinde üretilen bir dizi model uyum iyiliği indeks (Goodness of fit indices) değerleri incelenir. Alanyazınında araştırmacılar tarafından yaygın kullanılan uyum iyiliği indekslerinden birisi olan “X²” AMOS programında “*CMIN*” olarak tanımlanmıştır (Bayram, 2010). Bu çalışmada minimum tutarsızlık (minimum discrepancy, *CMIN*) *CMIN/DF*, standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (Standardized Root Mean Square Residual, *SRMR*), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, *RMSEA*), Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Indices, *GFI*), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index, *CFI*) gibi alanyazınında en çok kabul gören model uyum iyiliği indeksleri dikkate alınmıştır (Collier, 2020; Finch ve ark., 2016; Hair ve ark., 2018; İlhan ve Çetin, 2014; Kline, 2015; Tabachnick ve Fidell, 2013; Wang ve Wang, 2020).

Çizelge 2.8.1.1.’de alanyazınında genel kabul görmüş uyum iyiliği indeksleri ve bunların genel kabul görmüş alt ve üst sınırları yer almaktadır (Bayram, 2010; Byrne, 2016; Civelek, 2018; Collier, 2020; Finch ve ark., 2016; Kline, 2015; Papatya ve ark., 2016; Şimşek, 2007; Yılmaz ve Çelik, 2009; Tabachnick ve Fidell, 2013).

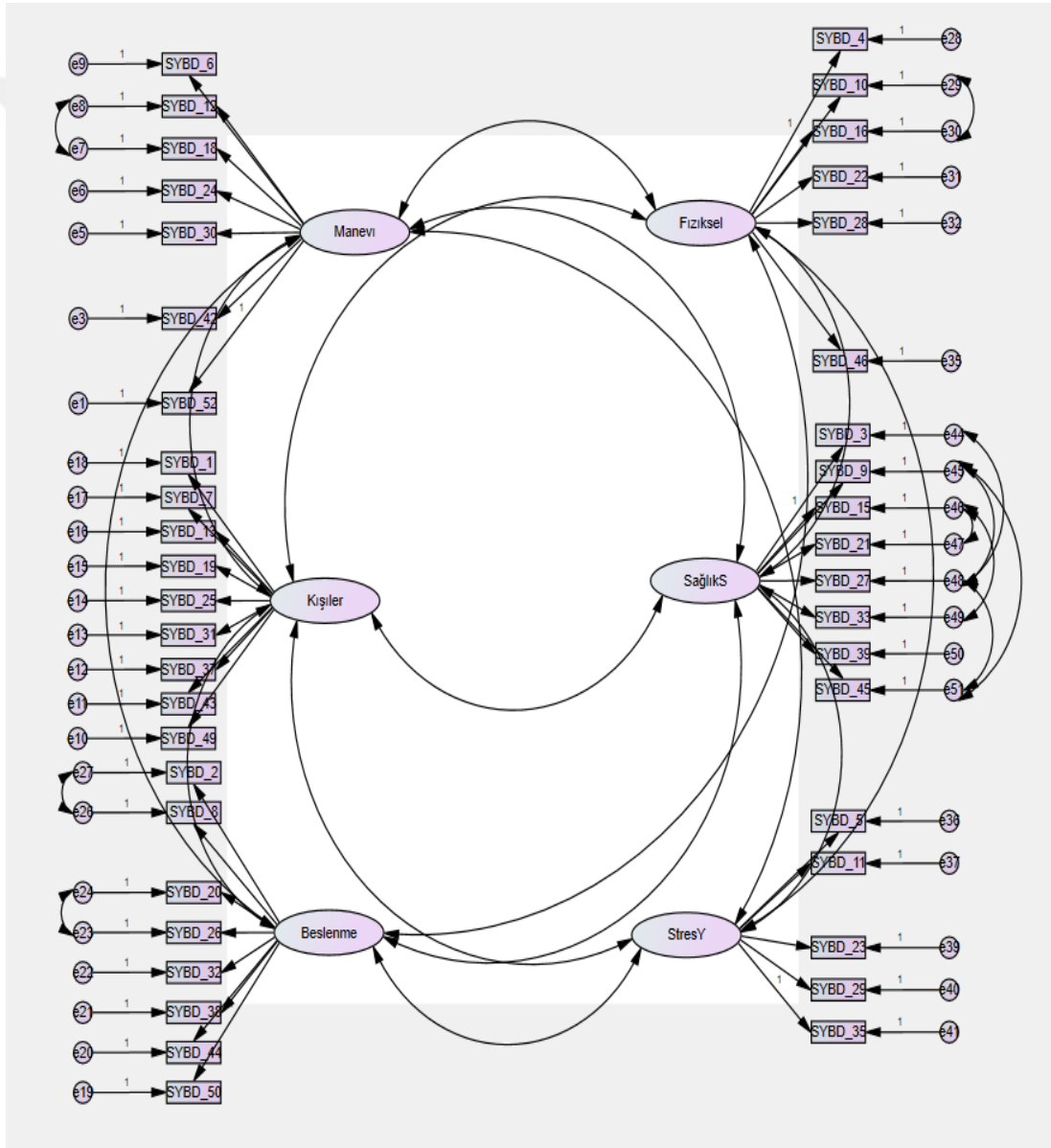
Çizelge 2.8.1.1. YEM’de Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Eşik Değerleri

İndeks Adı	Eşik Değeri	
	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
<i>CMIN/DF</i>	≤ 3	$3 \leq CMIN/DF \leq 5$
<i>RMSEA</i>	≤ 0.05	≤ 0.08
<i>SRMR</i>	≤ 0.05	≤ 0.08
<i>CFI</i>	≥ 0.95	≥ 0.90
<i>GFI</i>	≥ 0.95	≥ 0.90

Bu çalışmada, 6 alt boyut/faktör ve toplam 52 ifadeden/maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin birinci düzey faktöriyel yapısı, AMOS 23 programı kullanılarak analiz edilmiştir. 5’li likert ölçeği ile 1023 katılımcıdan toplanan verilerin normal dağılım sağlaması nedeniyle maksimum olabilirlik (maximum likelihood) yöntemi kullanılmıştır. Analiz neticesinde AMOS çıktı dosyasında ilk olarak model tarafından üretilen düzeltme indeksleri (Modification indices) incelenmiştir. Alanyazınında belirtilen kuramsal gerçekler ve modelin önermiş olduğu düzeltmeler dikkate alınarak aynı faktör/boyut altındaki maddelerden modele en yüksek katkıyı (en yüksek hata skoruna sahip maddeler/ifadeler) yapan maddeler, kovaryans denilen iki yönlü oklar (\leftrightarrow) tarafından bağlanarak model tekrar hesaplanmıştır. Bu işlemin ardından AMOS çıktı dosyasında model tarafından üretilen düzeltme indeksleri (Modification indices) tekrar incelenmiştir. Önerilen düzeltme indekslerindeki yüksek skorlu hatalar minimize edilinceye kadar bu işlem her defasında tekrar edilmiştir. Bu işlemler neticesinde; SYBD12 \leftrightarrow SYBD18, SYBD2 \leftrightarrow SYBD8, SYBD20 \leftrightarrow SYBD26, SYBD10 \leftrightarrow SYBD16, SYBD3 \leftrightarrow SYBD27, SYBD9 \leftrightarrow SYBD27, SYBD9 \leftrightarrow SYBD45, SYBD15 \leftrightarrow SYBD21, SYBD27 \leftrightarrow SYBD45, SYBD46 \leftrightarrow SYBD49 maddeleri arasında düzeltme işlemi yapılarak kovaryanslar ile birbirine bağlanmıştır.

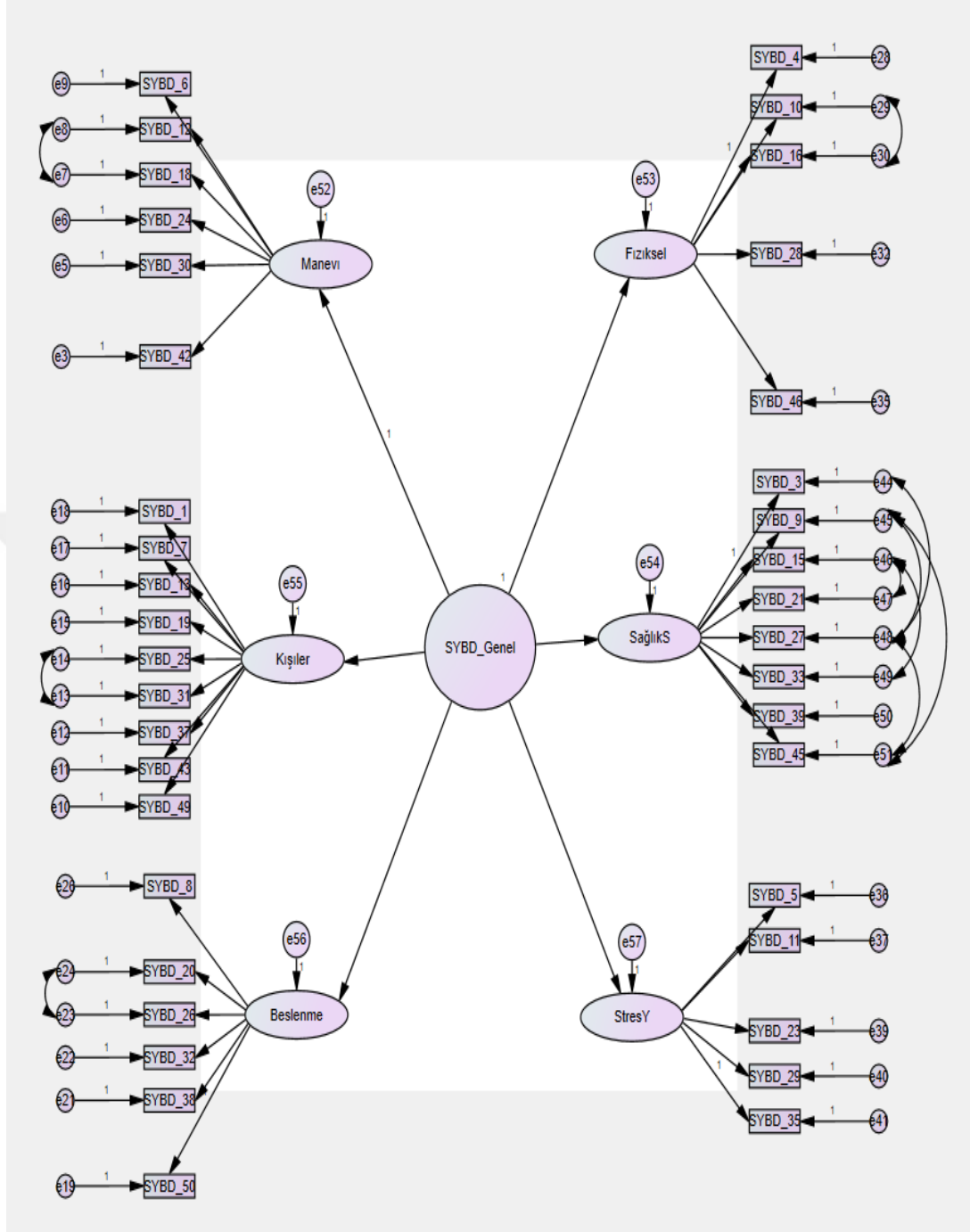
Bunun yanı sıra AMOS çıktı dosyasında ifadelerin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları katsayıları incelenerek, yeterli faktör yüküne (%30 ve altında) sahip olmayan ifadeler ile modelin uyum iyiliği değerlerine daha fazla katkı sağlayacak olan ifadeler modelin doğrulanabilmesi amacıyla modelden çıkarılmıştır. Ho’ya (2006) göre faktörleri oluşturan maddelerin güçlü ifadeler oluşturması için bu ifadelerin faktör yüklerinin %30 ve üzerinde olması istenen bir durumdur. Dolayısıyla

ölçeğin birinci düzey DFA neticesinde 9 madde/ifade “14,17, 34, 36, 40, 41, 47, 48, 51” düşük faktör yüküne sahip olması ve kabul edilebilir model uyum indeks değerlerine ulaşabilmek amacıyla analizden çıkarılmıştır. Sonuç olarak birinci düzey DFA neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeks değerleri (χ^2 [836, $N = 1023$] = 2338,13693; $p < .01$; $\chi^2/sd = 2.800$; $GFI = .900$; $CFI = .866$; $RMSEA = .041$; $SRMR = .050$) önerilen 6 faktörlü/boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alanyazınında belirtilen eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmektedir (Şekil 2.8.1.1.).



Şekil 2.8.1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi

Şekil 2.8.1.2. incelendiğinde, SYBD_Genel boyut/faktörü, 6 alt boyut/faktör ve toplam 52 ifadeden/maddeden oluşan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin birinci düzey faktöriyel yapısı analiz edilmiştir. 5'li likert ölçeği ile 1023 katılımcıdan toplanan verilerin normal dağılım sağlaması nedeniyle maksimum olabilirlik yöntemi kullanılarak kovaryans matrisi oluşturulmuştur. Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde yapılan işlemlerin tamamı ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde de yapılmıştır. Yapılan bu işlemlerin yanı sıra modelde “SYBD_” Genel adında yeni bir örtük değişken çizilerek modele dâhil edilmiştir. Analiz neticesinde AMOS çıktı dosyasında model tarafından üretilen düzeltme indeksleri incelenmiş olup, model tarafından üretilen düzeltme indeksleri doğrultusunda “SYBD25↔SYBD31” maddeleri arasında düzeltme işlemi yapılarak kovaryanslar ile birbirine bağlanmıştır. Bunun yanı sıra yeterli faktör yüküne (%30 ve altında) sahip olmayan ve modelin uyum iyiliği değerlerine daha fazla katkı sağlayacak olan ifadeler “2, 22, 44,52” ifadeleri, modelin doğrulanabilmesi amacıyla analizden çıkarılmıştır. Sonuç olarak, ikinci düzey DFA neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeks değerleri ($\chi^2 [724, N = 1023] = 1891,94259$; $p < .01$; $\chi^2/sd = 2,757$; $GFI = .907$; $CFI = .879$; $RMSEA = .041$; $SRMR = .052$) önerilen 6 faktörlü/boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alanyazınında belirtilen eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmektedir.

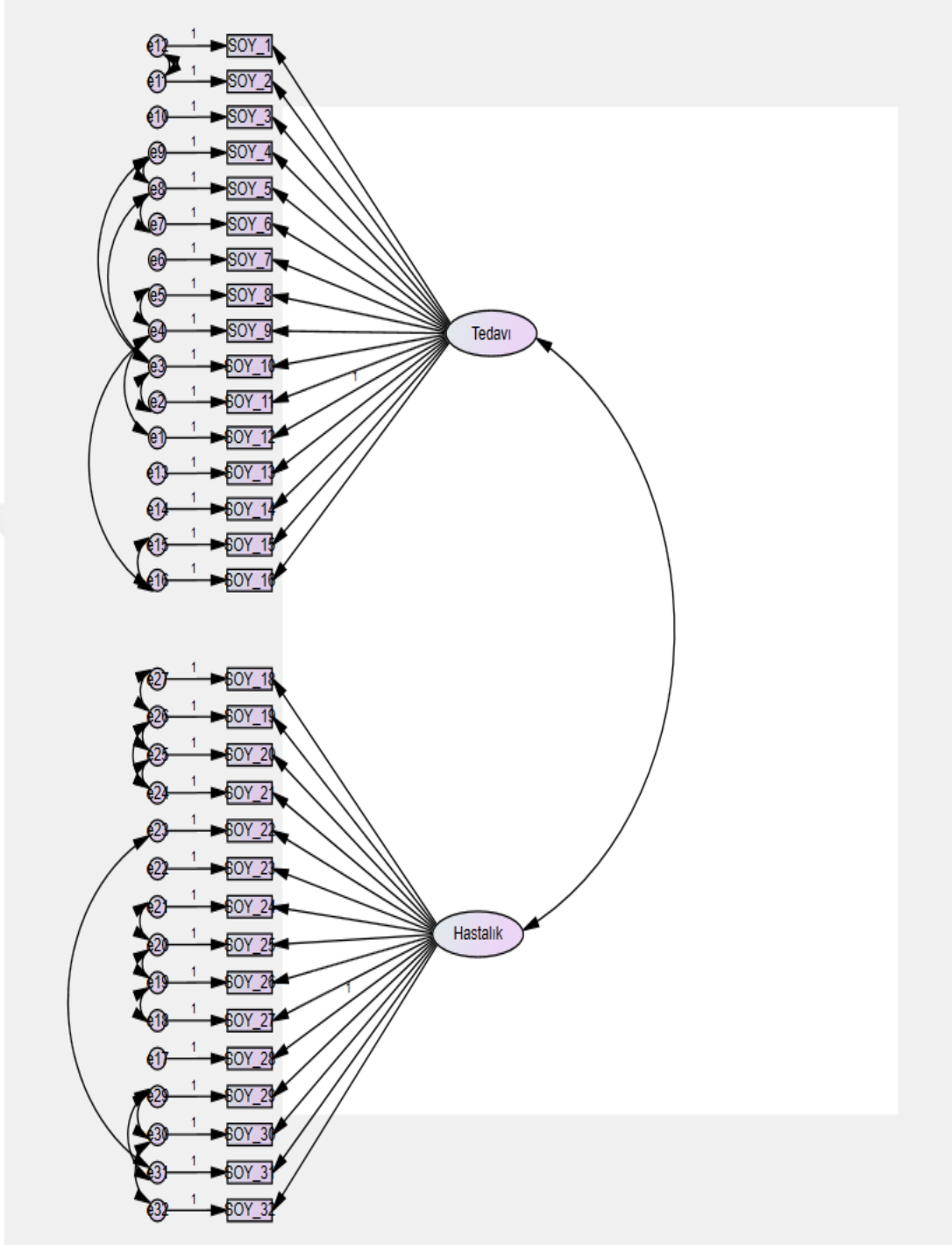


Şekil 2.8.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin İkinci Düzey Doğrulamalı Faktör Analizi

Şekil 2.8.1.3. incelendiğinde, 2 alt boyut/faktör ve toplam 32 ifadeden/maddeden oluşan TSOY-32 birinci düzey faktöriyel yapısı AMOS 23 programı kullanılarak analiz edilmiştir. 5'li likert ölçeği ile katılımcılardan toplanan verilerin normal dağılım sağlaması nedeniyle maksimum olabilirlik yöntemi

kullanılarak kovaryans matrisi oluşturulmuştur. Analiz neticesinde AMOS çıktı dosyasında ilk olarak model tarafından üretilen düzeltme indeksleri incelenmiştir.

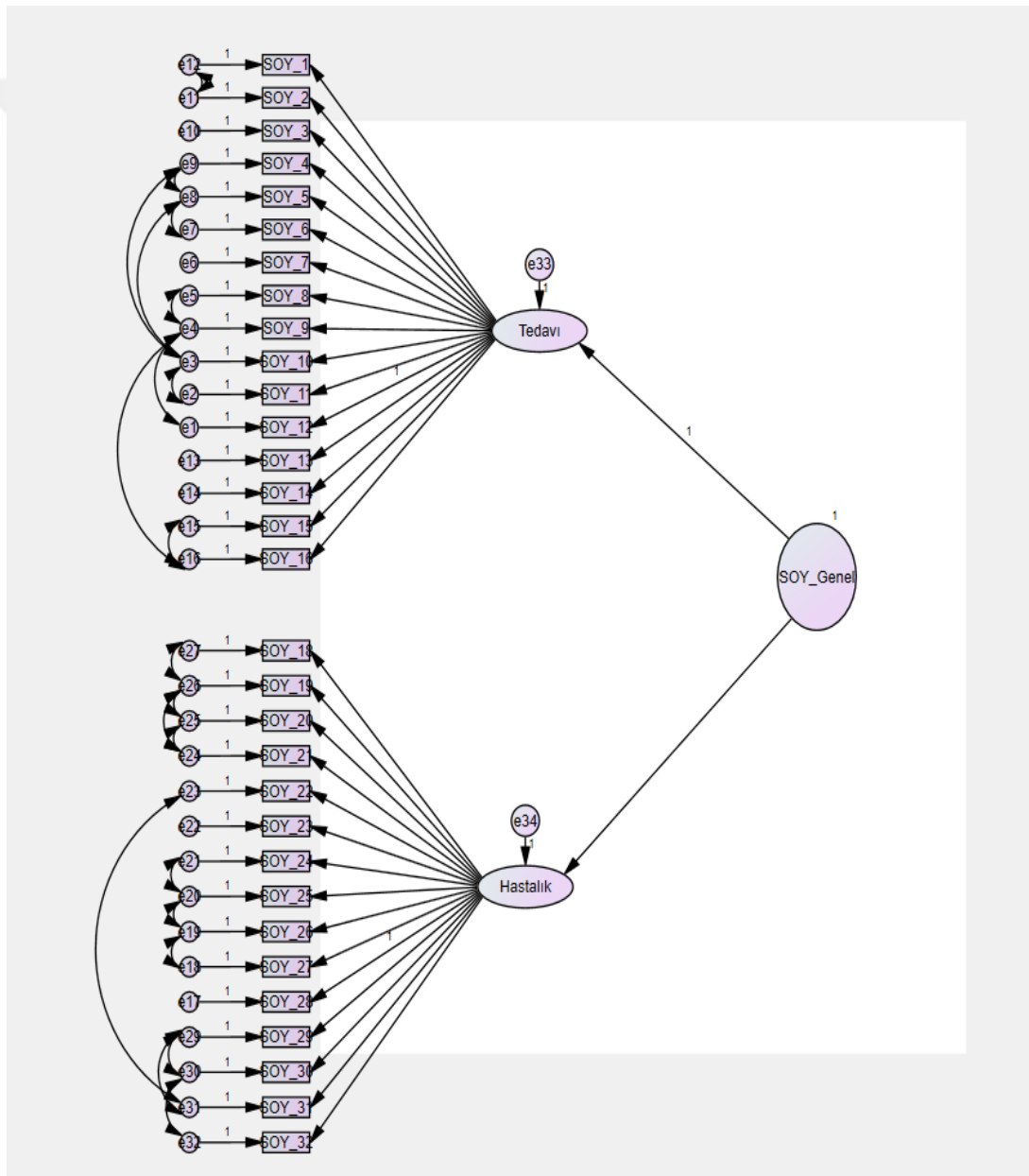
Alanyazınında belirtilen kuramsal gerçekler ve modelin önermiş olduğu düzeltmeler dikkate alınarak aynı faktör/boyut altındaki maddelerden modele en yüksek katkıyı (en yüksek skora sahip ifadeler) yapan maddeler, kovaryans denilen iki yönlü oklar tarafından bağlanarak model tekrar hesaplanmıştır. Bu işlemin ardından AMOS çıktı dosyasında model tarafından üretilen düzeltme indeksleri tekrar incelenmiştir. Önerilen düzeltme indekslerindeki yüksek skorlu hatalar minimize edilinceye kadar bu işlem her defasında tekrar edilmiştir. Bu işlemler neticesinde; SOY1↔SOY2, SOY4↔SOY5, SOY4 ↔SOY10, SOY5↔SOY10, SOY5↔SOY6, SOY8↔SOY9, SOY9↔SOY12, SOY10↔SOY11, SOY15↔SOY16, SOY18↔SOY19, SOY19↔SOY20, SOY19↔ SOY21, SOY20↔SOY21, SOY22↔SOY31, SOY24↔SOY25, SOY25↔SOY26, SOY26↔SOY27, SOY29↔SOY30, SOY29↔SOY31 ve SOY30↔SOY32 maddeleri arasında düzeltme işlemi yapılarak kovaryanslar ile birbirine bağlanmıştır. Bunun yanı sıra “17.” madde/ifade modelin uyum iyiliği değerlerine daha fazla katkı sağlaması nedeniyle analizden çıkarılmıştır. Sonuç olarak birinci düzey DFA neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeks değerleri ($\chi^2 [412, N = 1023] = 1481,16145; p < .01; \chi^2/sd = 3,595; GFI = .903; CFI = .901; RMSEA = .050; SRMR = .046$) önerilen 2 faktörlü/boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alanyazınında belirtilen eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmektedir.



Şekil 2.8.1.3. TSOY-32 Ölçeğinin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi

Şekil 2.8.1.4. incelendiğinde, 2 alt boyut/faktör ve toplam 32 ifadeden/maddeden oluşan TSOY-32 ölçeğinin ikinci düzey faktöriyel yapısı analiz edilmiştir. 5'li likert ölçeği ile 1023 katılımcıdan toplanan verilerin normal dağılım sağlaması nedeniyle maksimum olabilirlik yöntemi kullanılmıştır. Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde yapılan işlemlerin tamamı ikinci düzey doğrulayıcı

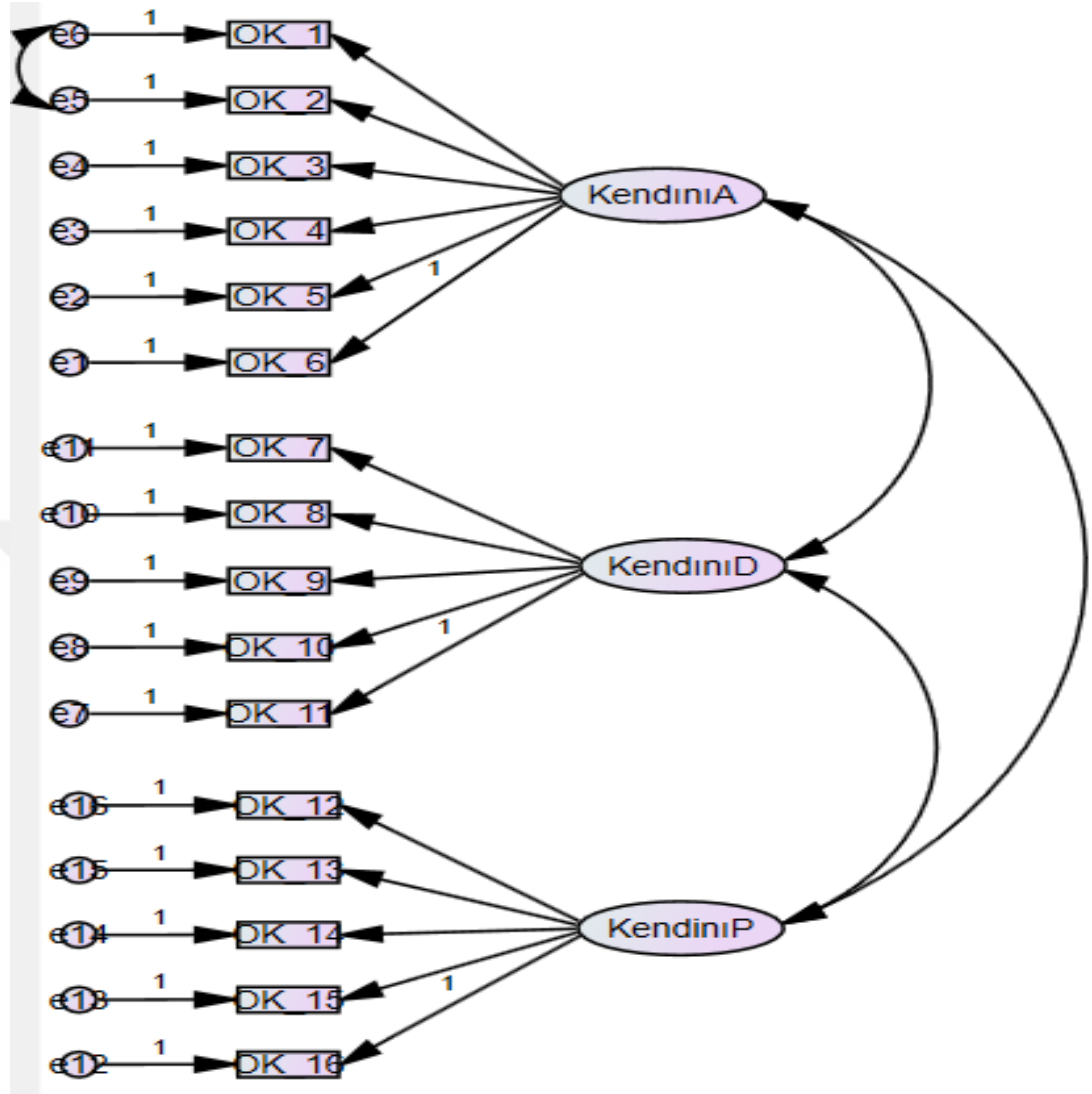
faktör analizinde de yapılmıştır. Yapılan bu işlemlerin yanı sıra modelde “SOY_Genel” adında yeni bir örtük değişken çizilerek modele dâhil edilmiştir. Analiz neticesinde modelin kabul edilebilir uyum iyiliği indeks değerlerine sahip olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak, ikinci düzey DFA neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeks değerleri ($\chi^2 [412, N = 1023] = 1481,16145; p < .01; \chi^2/sd = 3,595; GFI = .903; CFI = .901; RMSEA = .050; SRMR = .046$) önerilen 2 faktörlü/boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alanyazınında belirtilen eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmektedir.



Şekil 2.8.1.4. TSOY-32 Ölçeğinin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi

Şekil 2.8.1.5. incelendiğinde, 3 alt boyut/faktör ve toplam 16 ifadeden/maddeden oluşan “Öz Kontrol Ölçeği”nin birinci düzey faktöriyel yapısı analiz edilmiştir. 5’li likert ölçeği ile katılımcılardan toplanan verilerin normal dağılım sağlaması nedeniyle maksimum olabilirlik (maximum likelihood) yöntemi kullanılarak kovaryans matrisi oluşturulmuştur. Analiz neticesinde AMOS çıktı dosyasında ilk olarak model tarafından üretilen düzeltme indeksleri (Modification indices) incelenmiştir.

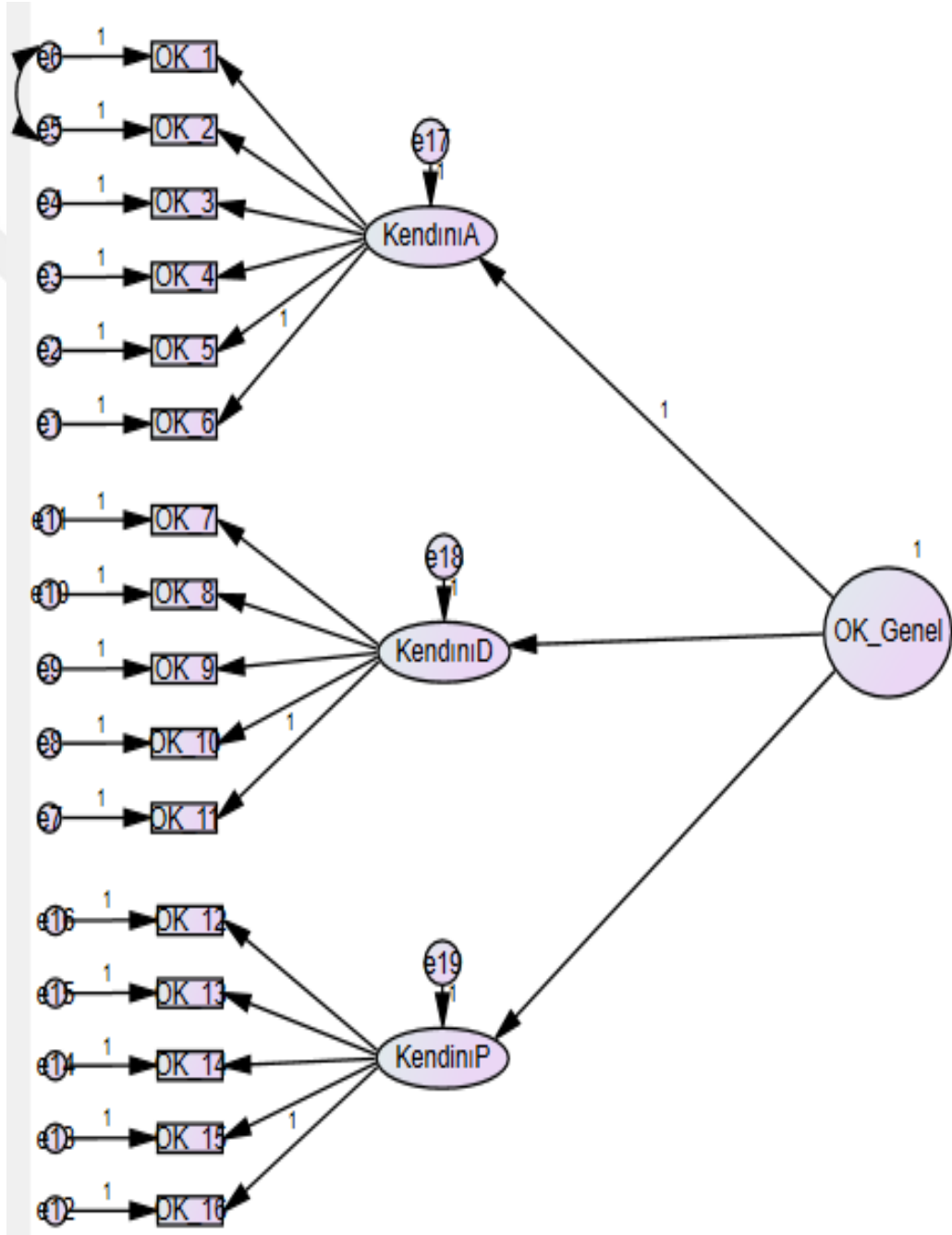
Alanyazınında belirtilen kuramsal gerçekler ve modelin önermiş olduğu düzeltmeler dikkate alınarak aynı faktör/boyut altındaki maddelerden modele en yüksek katkıyı (en yüksek hata skoruna sahip ifadeler) yapan maddeler, kovaryans denilen iki yönlü oklar tarafından bağlanarak model tekrar hesaplanmıştır. Bu işlemin ardından AMOS çıktı dosyasında model tarafından üretilen düzeltme indeksleri tekrar incelenmiştir. Önerilen düzeltme indekslerindeki yüksek skorlu hatalar minimize edilinceye kadar bu işlem her defasında tekrar edilmiştir. Bu işlemler neticesinde; OK1↔OK2 maddeleri arasında düzeltme işlemi yapılarak kovaryanslar ile birbirine bağlanmıştır. Sonuç olarak birinci düzey DFA neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeks değerleri ($\chi^2 [100, N = 1023] = 457,19176; p < .01; \chi^2/df = 4,571; GFI = .944; CFI = .939; RMSEA = .059; SRMR = .046$) önerilen 3 faktörlü/boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alanyazınında belirtilen eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmektedir.



Şekil 2.8.1.5. Öz Kontrol Ölçeğinin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi

Şekil 2.8.1.6. incelendiğinde, 3 alt boyut/faktör ve toplam 16 ifadeden/maddeden oluşan “Öz Kontrol Ölçeği”nin ikinci düzey faktöriyel yapısı, analiz edilmiştir. 5’li likert ölçeği ile 1023 katılımcıdan toplanan verilerin normal dağılım sağlaması nedeniyle maksimum olabilirlik (maximum likelihood) yöntemi kullanılarak kovaryans matrisi oluşturulmuştur. Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde yapılan işlemlerin tamamı ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde de yapılmıştır. Bu işlemlerin yanı sıra modelde “OK_Genel” adında yeni bir örtük değişken çizilerek modele dâhil edilmiştir. Analiz neticesinde AMOS çıktı dosyasında model tarafından üretilen düzeltme indeksleri incelenmiş olup, model tarafından her

hangi bir düzeltme önerilmemiştir. Sonuç olarak birinci düzey DFA neticesinde elde edilen uyum iyiliği indeks değerleri ($\chi^2 [100, N = 1023] = 485,47723$; $p < .01$; $\chi^2/sd = 4,806$; $GFI = .941$; $CFI = .934$; $RMSEA = .061$; $SRMR = .056$) önerilen 3 faktörlü/boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alanyazınında belirtilen eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmektedir.



Şekil 2.8.1.6. Öz Kontrol Ölçeğinin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi

Katılımcıların tutumlarını ölçmek amacıyla araştırmada, kullanılan ölçeklerin geçerliliğini test etmek amacıyla yapılan DFA neticesinde modelin doğrulanabilir olup olmadığını gösteren model uyum iyiliği indeksleri ve değerleri Çizelge 2.8.1.2.'de yer almaktadır. Buna göre ölçek yapılarının geçerli olduğu gözlenmiştir.

Çizelge 2.8.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modellerine İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

	X ²	df	p		X ² / df	GFI	CFI	SRMR	RMSEA
Kabul Edilebilir Değerler			p≥.05		3≤χ² /sd≤ 5	≥.90	≥.90	≤.08	≤.08
^a SOY 32	1481,1	412	,000		3,59	,90	,90	,04	,05
^a SYBD	2338,1	835	,000		2,80	,90	,87	,05	,04
^a Öz Kontrol	457,19	100	,000		4,57	,94	,93	,04	,05
^b SOY 32	1481,1	412	,000		3,59	,90	,90	,04	,05
^b SYBD	1891,9	686	,000		2,75	,90	,88	,05	,04
^b Öz Kontrol	485,47	101	,000		4,80	,94	,93	,05	,06
	^a : Birinci Düzey Çok Faktörlü DFA								
	^b : İkinci Düzey Çok Faktörlü DFA								

2.8.2. Ölçeklerin Güvenirliği ve Örneklemin Uygunluğu

Ölçeklerin geçerliliği test etmek amacıyla yapılan faktör analizinden sonra eşanlı olarak ölçeklerin güvenilirlik analizi yapılmaktadır. Şencan'a (2005) göre güvenilirlik, araştırmacı tarafından ölçülmek istenen soyut bir tutum veya özelliğin somut bir şekilde ölçülmesine imkân tanıyan ölçme aracının farklı dönemlerde farklı mekânlarda ve aynı anakitle/popülasyonda birbirine yakın sonuçlar vermesidir. Büyüköztürk'e göre ise ölçüm aracının ölçmek istediği durumu ne kadar doğru ölçtüğüdür (Alpar, 2010; Büyüköztürk, 2010; Can, 2013). Herhangi bir amaç doğrultusunda güvenilir olarak ifade edilen ölçme aracından elde edilen skorların benzer fikirlere veya problemler sahip kişiler için farklı sonuçlar doğurmaması gerekmektedir. Dolayısıyla yeni bir ölçek alanyazına kazandırılırken benzer düşünce

yapısına sahip kişilerce farklı şekillerde yorumlanmayacak maddelerin ölçeğe dâhil edilmesi istenen bir durumdur. Ayrıca güvenilirlik ölçüm aracının geçerliliğini etkiler. Şöyle ki bir ölçüm aracının geçerli olabilmesi için mutlaka güvenilir bir yapıya sahip olması gerekir (Alpar, 2010).

İslamoğlu ve Alnıaçık'a (2014) göre ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı; $0.00 \leq \alpha < 0.40$ değerleri arasında ise ölçek güvenilir değil, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ değerleri arasında ise ölçeğin güvenilirliği düşük, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ değerleri arasında ise ölçek oldukça güvenilir ve $0.80 \leq \alpha < 1.00$ değerleri arasında ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Alpar,2010; İslamoğlu ve Alnıaçık, 2014). Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) testi, araştırmacının araştırmak istediği konuyla ilgili faktör analizi yapmadan önce anakitle/popülasyondan elde etmiş olduğu gözlemlerin oluşturduğu veri yapısının faktör analizi yapmak için yeterli olup olmadığını gösteren testtir. KMO katsayısının 0,60 ve üzerinde olması anakitleden seçilen örneklemin analiz için yeterli olduğuna işaret etmektedir (Tabachnick ve Field, 2012). İslamoğlu ve Alnıaçık'a (2014) göre ise KMO testi sonrasında elde edilen katsayı; $<0,50$ değerinde ise faktör analizi uygulanamaz, $0,60 \leq KMO \leq 0,70$ değer aralığında ise kabul edilebilir, $0,70 \leq KMO \leq 0,80$ değer aralığında ise iyi, $0,80 \leq KMO \leq 0,90$ değer aralığında ise çok iyi ve $0,90 \leq KMO \leq 1,0$ değer aralığında ise mükkemel demektir. Barlett Küresellik testi, korelasyon matrisinde yer alan ifadeler arasındaki ilişkilerin faktör analizi yapmaya yeterli olup olmadığını test eden bir istatistik testtir. Test sonucunda anlamlılığa ilişkin p değerinin %95 güven aralığı anlamına gelen $p < 0.05$ 'ten küçük olması istenen bir durumdur (Alpar, 2010; Can, 2014; Nakip, 2003).

Çizelge 2.8.2.1. incelendiğinde, SYBD ölçeğinin orijinal halinin 52 ifadeden oluşmasına karşın çizelge de 39 ifadenin yer aldığı, yine benzer şekilde SOY ölçeğinin orijinal halinin 32 ifadeden oluşmasına rağmen Çizelge 2.8.2.1.'de 31 ifadenin yer aldığı görülmektedir. Bu durumun nedeni DFA neticesinde ölçekte yer alan ifadelerin yeterli faktör yükünü sağlamaması ve kabul edilebilir model uyum iyiliği indeks değerlerine ulaşılması amacıyla analizden çıkarılan maddelerin/ifadelerin, güvenilirlik düzeyini düşüreceğinden söz konusu ifadeler güvenilirlik analize dâhil edilmemiştir. Her bir ölçeğin hem genel Cronbach Alpha değeri hem de ölçekleri

oluşturan faktör/boyutların değerleri gözlenmektedir. Ölçeklerin genel Cronbach Alpha katsayısı; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 0.900; TSOY-32 0.922; Öz Kontrol Ölçeği, 0.856 değerlerini aldıkları gözlenmektedir. Bu değerlere bakıldığında tüm ölçeklerin yüksek düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir.

Ölçekleri oluşturan boyut/faktörler incelendiğinde, boyutların güvenilir düzeyde olduğu gözlenmektedir. Söz konusu alt boyutlardan iki tanesi (Beslenme ve Stres Yönetimi) katsayı değerleri alanyazınında belirtilen 0.60 ve üstü katsayı değerlerine oldukça yakın olduğu için bu alt boyutların da güvenilir olduğunu söylemek mümkündür. Sonuç olarak araştırma kapsamında tutum ve özelliği ölçmek amacıyla kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğu ve ölçmenin yapıldığı veri yapısının da yeterli olduğu anlaşılmaktadır.

Çizelge 2.8.2.1. Analiz Sonrası Ölçeklere İlişkin Sonuçlar

ÖLÇEKLER	ALT BOYUTLARI	Analize Dâhil Edilen Madde Sayısı		Cronbach Alpha (α)		KMO	Bartlett's Test of Sphericity ($p < .000$)
		Ölçeğin Bütünü	Ölçeğin Alt Boyutları	Ölçeğin Bütünü	Ölçeğin Alt Boyutları		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Sağlık Sorumluluğu	39	8	0,900	,753	,914	p < .000
	Fiziksel Aktivite		5		,839		
	Beslenme		6		,577		
	Manevi Gelişim		7		,797		
	Kişilerarası İlişkiler		9		,761		
	Stres yönetimi		5		,595		
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı	Tedavi ve Hizmet	31	16	,922	,853	,935	p < .000
	Hastalıklardan Korunma		15		,894		
Öz Kontrol	Kendini Ayarlama	16	6	,856	,841	,887	p < .000
	Kendini Değerlendirme		5		,779		
	Kendini Pekiştirme		5		,812		

2.8.3. Ölçeklere Ait Verilerinin Normal Dağılımı

Örnekleme grubundaki katılımcıların araştırmaya katılımıyla elde edilen verilerin IBM SPSS 22 ve AMOS 23 gibi analiz programları kullanılarak bazı istatistik analizlerin yapılabilmesi ve daha güçlü ve güvenilir sonuçların elde edilebilmesi için verilerin normal dağılım göstermesi arzu edilen bir durumdur. Veri setinin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için birkaç yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; Kolmogorov-Smirnov ($N > 30$) veya Shapiro Wilk ($N < 30$) testleri, çarpıklık ve basıklık değerleri, frekans dağılım grafiği (histogram), aralık yöntemi normal Q-Q grafikleri (Alpar, 2010; Can, 2014) aşırı değerler, kutu grafiği gibi bir dizi yöntemdir (Can, 2014). Sosyal bilimlerde genellikle normallik testleri olarak Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmaktadır. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testlerinin veri setinin büyüklüğüne karşı oldukça duyarlı olması ve likert tipi ölçekler için oldukça katı sonuçlar (istatistiksel olarak anlamlı değil) vermesi nedeniyle bu testlerin yerine daha güvenilir sonuçlar veren çarpıklık ve basıklık değerleri normallik için temel alınır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1 ile -1 önemsiz derecede sağa (+1) veya sola (-1) çarpık/basık olması verilerin normal dağılım gösterdiği anlamına gelmektedir (Morgan ve ark., 2004).

Aşağıdaki Çizelge 2.8.3.1. araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin ve ölçekleri oluşturan faktörlerin çarpıklık ve basıklık değerlerine yer verilmiştir. Çizelge incelendiğinde, ölçeklerin genel boyutları ile ölçekleri oluşturan faktör/boyutların, çarpıklık ve basıklık değerleri, alanyazınında belirtilen değerler arasında yer aldığı için normallik koşulunun sağlandığı söylenebilir.

Çizelge 2.8.3.1. Ölçeklere Ait Verilerinin Normal Dağılımı

Boyutlar	N	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
SYBD Genel		,341	,075
Sağlık Sorumluluğu		,380	,070
Fiziksel Aktivite		,775	,552
Beslenme		264	-,062
Manevi Gelişim		-,097	-,350
Kişilerarası İlişkiler		,060	-,202
Stres yönetimi	1023	,256	-,212
SOY Genel		-,287	,470
Tedavi ve Hizmet		-,309	,082
Hastalıklardan Korunma		-,419	,783
ÖK Genel		-,307	-,023
Kendini Ayarlama		-,822	,961
Kendini Değerlendirme		-,539	,199
Kendini Pekiştirme		-,904	,795

2.8.4. Korelasyon Analizi

İki değişken arasındaki ilişkinin şiddetini ve yönünü gösteren istatistiksel iletişime korelasyon veya ilgileşim denir. Değişkenler arasındaki ilişkinin katsayısı veya şiddeti “r” olarak adlandırılan harfle gösterilir. Araştırmacılar, araştırmak istedikleri konuyla ilgili yaptıkları analiz neticesinde elde ettikleri korelasyon sonuçlarına yani “r”ye bakarak söz konusu ilişkinin miktarına/şiddetine ilişkin çıkarımda bulunurlar. Değişkenler arasındaki ilişki olumlu (+) ve olumsuz (-) olabilir. İlişkinin olumlu olması, değişkenlerden birinin artması veya azalması durumunda diğer değişkenin de aynı yönde artması veya azalmasıdır. Olumsuz değişkende ise değişkenlerden birinin azalması veya artması durumunda diğer değişkenin de zıt yönde artması veya azalmasıdır. Ancak iki değişken arasında ilişkinin anlamlı olup olmadığı “p” değerine bakılarak anlaşılır. Bu değer, yapılan çalışmanın niteliğine göre (%90 güven aralığı, % 5 güven aralığı ve %1 güven aralığı) farklılık göstermekle birlikte genel olarak 0,05’ten küçük olması istenen bir durumdur. Korelasyon katsayısının

değerlendirilmesi aşağıdaki çizelge Çizelge 2.8.4.1.'de gösterilmiştir (Can, 2014; İslamoğlu ve Alnıaçık, 2014; Nakip, 2003; Sayım, 2021).

Çizelge 2.8.4.1. Korelasyon Katsayısının Değerlendirilmesi

Kuvvetli (-)	Orta (-)	Zayıf (-)	Zayıf (+)	Orta (+)	Kuvvetli (+)
$-1 \leq r \leq -0,7$	$-0,7, \leq r \leq -0,3$	$-0,3 \leq r \leq 0$	$0 \leq r \leq 0,3$	$0,3 \leq r \leq 0,7$	$0,7 \leq r \leq 1$

2.8.5. Regresyon Analizi

Regresyon analizi herhangi bir araştırmada, yordanan veya açıklanan değişken ile bu yordanan değişken üzerinde etkisi olduğu varsayılan yordayan veya açıklayan değişken/değişkenler arasındaki ilişkinin analiz edilmesidir. Bu analiz ile değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi test edilir (Alpar, 2010; Büyüköztürk, 2010; Can, 2014; İslamoğlu ve Alnıaçık, 2014; Nakip, 2003; Sayım, 2021). Yapılan regresyon analizinden daha güvenilir sonuçlar elde etmek için yordanan/açıklanan değişkene ait gözlemler en az eşit aralık düzeyinde ölçülmelidir (Can, 2014). Regresyon analizinde incelenen değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusal ve doğrusal olmayan ilişki olarak ikiye ayrılmaktadır. Doğrusal regresyon analizi kendi içinde üç analiz yöntemi barındırmaktadır. Bunlar; basit, çoklu (Alpar, 2010; Büyüköztürk, 2010; Can, 2014; Nakip, 2003; Sayım, 2021) ve hiyerarşik regresyondur (Alpar, 2010).

Basit regresyon, bir yordanan bir yordayan değişkenin olduğu doğrusal ilişki modelidir. Çoklu regresyon, bir yordanan birden çok yordayan değişkenin olduğu doğrusal ilişki modelidir (Alpar, 2010; Büyüköztürk, 2010; Can, 2014; Sayım, 2021). Hiyerarşik regresyon, çoklu regresyon analizi ile modele dâhil edilen çok sayıdaki yordayan/bağımsız değişkenin yordanan/bağımlı değişken üzerindeki etkisinin hangi değişken grubu tarafından ne kadar açıklandığını gösteren modeldir (Alpar, 2010; Nakip, 2003). Regresyon analizinden elde edilen sonuçların sağlıklı ve güvenilir olup olmadığını belirlemek amacıyla analiz sonucunda; VIF (Alpar, 2010), Tolerance ve Durbin Watson gibi bazı istatistikî değerler incelenmelidir.

Tolerance ve VIF değerleri, modele dahil edilen değişkenler arasında çoklu doğrusallık problemini belirtir. Yani bağımsız değişkenlerin birlikte çok fazla hareket

ettiği anlamına gelir. Bu istenen bir durum değildir. Bu nedenle VIF değerinin 10'dan büyük olmaması (Alpar, 2010; Can, 2014), Tolerance (1/VIF) değerinin ise 0,2'yi geçmemesi arzu edilen bir durumdur (Can, 2014). Durbin Watson değeri, değişkenler arasında otokorelasyon yani ardışık bağımlılık sorununun olup olmadığını göstermektedir. Otokorelasyon istenmeyen bir durumdur. Dolayısıyla yazında bu değer 2'ye yakın olması istenir. Ancak 0 ile 4 arasında bir değer kabul edilebilir (Kalaycı, 2010).

2.8.6. Aracı ve Düzenleyici Etki Analizi

Aracılık, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini açıklamaktadır (Baron ve Kenny, 1986; Hayes, 2009). Bağımsız/öncül (X) ve bağımlı/açıklanan (Y) değişken arasındaki ilişkinin nasıl ve niçin oluştuğunu açıklamaktadır (Preacher ve Hayes, 2004). Aracılık rolü, bağımsız/ öncül ve bağımlı/açıklanan değişken arasında güçlü bir ilişki olması durumunda gerçekleşmektedir (Baron ve Kenny, 1986). Geleneksel yaklaşıma göre aracı etki analizi yapabilmek için üç temel adımın sağlanmış olması gerekir. Bunlar; bağımsız/ öncül değişkenin (X) aracı değişkeni (M) etkilemesi, bağımsız/öncül değişkenin (X) bağımlı değişkeni (Y) etkilemesi ve bağımsız/öncül ve aracı değişkenin birlikte, bağımlı değişkeni etkilemelidir. Bu amaçla yapılan her testin sonucunda değişkenler arasındaki etki istatistiksel olarak anlamlı olmalıdır. Eğer bu varsayımlardan bir tanesi gerçekleşmez ise aracı etki analizinden bahsedilemez (Baron ve Kenny, 1986).

Geleneksel yaklaşımı eleştiren çağdaş yaklaşım ise geleneksel yaklaşımın öne sürdüğü varsayımların gerçekleşmemesi durumunda bile aracı etki analizinden söz etmenin mümkün olduğunu savunmaktadır. Bağımsız/öncül değişken ile bağımlı/açıklanan arasındaki etki, bağımsız/öncül değişken ile aracı değişken arasındaki etki ve bağımsız/öncül değişken ile aracı değişkenin birlikte bağımlı değişken üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olması beklenen bir durumdur. Ancak bu etki anlamlı olmazsa bile aracı etkiden bahsedilebilir. Aracı etkiden bahsedebilmek için en önemli koşulun bağımsız değişkenin aracı değişken aracılığıyla, bağımlı değişkeni istatistiksel olarak anlamlı etkilemesi gerekmektedir.

Aracılık analizinde etki büyüklükleri $K^2=,010$ 'a yakın ise düşük etki, $K^2=,015$ ise orta etki, $K^2=,25$ 'e yakın ise yüksek etki olarak yorumlanır (Hayes, 2018).

Bağımsız/öncül değişken ile sonuç/açıklanan arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini etkileyen değişken, düzenleyici değişken olarak ifade edilir (Baron ve Kenny, 1986; Hayes, 2009; Muller, 2005). Genellikle bağımsız değişken ile düzenleyici değişkenin çarpımı ($X.W$) olarak ifade edilir. İlişkinin nasıl ve ne zaman gerçekleştiğinin belirlenmesini sağlar (Hayes, 2009).



3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, analiz sonucunda elde edilen; tanımlayıcı bulgular, fark analizleri (bağımsız örneklem T testi, ANOVA), korelasyon analizi, regresyon analizi, aracı ve düzenleyici analizleri ile hipotezlere yönelik sonuçların özet gösterimine yer verilecektir.

3.1.Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların 797'si (%77,9) kadın, 226'sı (%22,1) ise erkektir. Yaş dağılımı incelendiğinde 508 (%49,7) katılımcının 20 yaş ve altı, (18-20 yaş aralığı), 515 (50,3) katılımcının ise 20 yaş ve üstü (21-23 yaş aralığı) öğrencilerden oluştuğu gözlenmiştir.

Katılımcıların bölüm dağılımları incelendiğinde; 381 (%37,2) katılımcının Sağlık Yönetimi Bölümü, 222 (%21,7) katılımcının Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, 206 (%20,1) katılımcının Sosyal Hizmet Bölümü ve 214 (%20,9) katılımcının İkt_İşl_Mal_Banka bölümlerinde öğrenim gördükleri saptanmıştır.

Katılımcıların sınıf dağılımları incelendiğinde; 257 (%25,1) katılımcı 1. sınıf, 276 (%27) katılımcı 2. sınıf, 187 (%18,3) katılımcı 3. sınıf ve 303 (%29,6) katılımcı 4. sınıfta öğrenim görmektedir. Katılımcıların yaşadıkları yer incelendiğinde; 771 (%75,4) katılımcının il ve ilçe olarak adlandırılan kentlerde, 252 (%24,6) katılımcının ise köy ve kasaba olarak adlandırılan kırsal bölgelerde yaşadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların gelir dağılımları incelendiğinde; 308 (%30,1) katılımcı 0-2324 TL, 304 (%29,7) katılımcı 2325-3400 TL, 411 (%40,2) katılımcı ise 3401 TL ve üstü gelir düzeyine sahip öğrencilerden oluşmaktadır. Katılımcıların %99,7'sinin sosyal güvence kapsamında (SGK) olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.1.).

Çizelge 3.1.1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Değişkenler	Özellik	N	Geçerli Yüzde
Cinsiyet	Kadın	797	77,9
	Erkek	226	22,1
Yaş	20 yaş ve altı	508	49,7
	21 yaş ve üstü	515	50,3
Bölüm	Sağlık Yönetimi	381	37,2
	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi	222	21,7
	Sosyal Hizmet	206	20,1
	İkt_İşl_Mal_Banka	214	20,9
Sınıf	1. Sınıf	257	25,1
	2. Sınıf	276	27,0
	3. Sınıf	187	18,3
	4. Sınıf	303	29,6
Medeni Durum	Bekâr	1009	98,6
	Evli	14	1,4
Yaşamın çoğunu geçirdiği yer	Kent	771	75,4
	Kır	252	24,6
Gelir	0-2324 TL	308	30,1
	2325-3400 TL	304	29,7
	3401 TL ve üstü	411	40,2
SGK	SGK	1020	99,7
	Özel Sağlık Sigortası	3	0,03

Katılımcıların SOY 32, SYBD II, ÖK ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı Çizelge 3.1.2.'de verilmektedir. Buna göre “SYBD II” genel puanları; minimum 1,51; maksimum 3,73 ve ortalama puanı 2,51’dir, Alt boyut düzeyinde 2,83 puan ortalaması ile manevi gelişim en yüksek puana sahiptir. Çizelge de yer alan ikinci ölçek “T-SOY 32” genel puanları; minimum puan 1,00; maksimum 4,00 ve puan ortalaması 2,99’dur. Alt boyut düzeyinde, 3,07 puan ile tedavi ve hizmet boyutunun en yüksek puana sahip olduğu gözlenmektedir. Çizelge 3.1.2.’de yer alan bir diğer ölçek olan “Öz Kontrol Ölçeği” puan ortalamaları incelendiğinde, minimum 0,69; maksimum 5,00 ve puan ortalaması 3,53’tür. Alt boyut düzeyinde incelendiğinde,

kendini pekiştirme boyutunun 3,76 puan ile en yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.1.2.).

Çizelge 3.1.2. Ölçeklere ve Ölçekleri Oluşturan Boyutlara Verilen Cevapların Puan Derecesi

Ölçek-Boyutlar	Minimum	Maximum	Ortalama	SS
SYBD Genel	1,51	3,73	2,5130	,01201
Sağlık Sorumluluğu	1,00	3,75	2,2037	,01528
Fiziksel Aktivite	1,00	4,00	2,0278	,02077
Beslenme	1,00	4,00	2,4703	,01553
Manevi Gelişim	1,00	4,00	2,8387	,01884
Kişilerarası İlişkiler	1,33	4,00	2,8125	,01514
Stres yönetimi	1,17	4,00	2,4700	,01689
SOY 32 Genel	1,00	4,00	2,9969	,01577
Tedavi ve Hizmet	1,25	4,00	3,0721	,01520
Hastalıklardan Korunma	,53	4,00	2,9168	,01890
ÖK Genel	,69	5,00	3,5370	,02245
Kendini Ayarlama	0,00	5,00	3,5191	,02766
Kendini Değerlendirme	0,00	5,00	3,3284	,03333
Kendini Pekiştirme	,40	5,00	3,7672	,02819

3.2. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çizelge 3.2.1. incelendiğinde, katılımcıların 137'si (%13,3) yetersiz, 381'i (%37,2) sorunlu/sınırlı, 338'i (%33) yeterli ve 167'si (16,3) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Ayrıca katılımcıların genel sağlık okuryazarlık puan ortalaması 50 üzerinden 33,28 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.2.1.).

Çizelge 3.2.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32) Toplam Puan Ortalaması

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	137	13,3
Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı	381	37,2
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	338	33,0
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	167	16,3
Genel Sağlık Okuryazarlığı	1023	33,28

3.3. Bireysel Öğrenim Özelliklerine İlişkin Farklılık Analizi Bulguları

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete ve yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla 1023 katılımcıdan elde edilen veri bağımsız örneklem *T* testi ile analiz edilmiştir. Çizelge 3.3.1.'de yer alan analiz sonuçlarına göre, katılımcıların okuryazarlık düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(1023)} = 1,483$; $p > 0,05$). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi (*Ort.* = 3,00; *SS* = ,49) erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*Ort.* = 2,95; *SS* = ,54). Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşadıkları yer arasında anlamlı farklılık yoktur ($t_{(1023)} = ,836$; $p > 0,05$). Kentsel alanlarda yaşayanlar (*Ort.* = 3,00; *SS* = ,50) ile kırsal alanlarda (*Ort.* = 2,97; *SS* = ,49) yaşayanların sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar ışığında H1a ve H1d hipotezleri reddedilmiştir.

Çizelge 3.3.1. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

Cinsiyet	N	Ort.	SS	t test		
				SD	t	p
Kadın	797	3,00	,491	1021	1,483	0,71
Erkek	226	2,95	,544			
Yaşanılan Yer						
Kent	771	3,0045	,50890	1021	,836	,403
Kır	252	2,9739	,49037			

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin okudukları bölümlere göre anlamlı olarak farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi/*F* testi sonuçları Çizelge 3.3.2.'te yer almaktadır. Analiz sonucunda bölümler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F_{(3,1019)} = ,593$; $p > 0,05$). Bölümlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ortalamaları; Sağlık Yönetimi (*Ort.* = 3,01; *SS* = ,51), Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi (*Ort.* = 2,98; *SS* = ,48), Sosyal Hizmet (*Ort.* = 2,96; *SS* = ,50) ve İkt_İşl_Mal_Banka (*Ort.* = 3,00; *SS* = ,50) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin öğrenim gördükleri sınıfa göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, sınıf düzeyi ile sağlık okuryazarlık

düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($F_{(3,1019)} = 1,242$; $p > 0,05$). Sınıfların sağlık okuryazarlık puan ortalamaları; 1. sınıf ($Ort. = 2,95$; $SS = ,48$), 2. sınıf ($Ort. = 2,99$; $SS = ,55$), 3. sınıf ($Ort. = 2,98$; $SS = ,49$), 4. sınıf ($Ort. = 3,03$; $SS = ,47$),'dir. Gelir seviyesine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır ($F_{(2,1020)} = ,153$; $p > 0,05$). Gelir düzeyine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları; 0-2324 TL ($Ort. = 2,98$; $SS = ,51$), 2325-3400 TL ($Ort. = 3,00$; $SS = ,47$) ve 3401 TL ve üstü ($Ort. = 2,99$; $SS = ,52$) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre H1b, H1c ve H1e hipotezleri reddedilmiştir.

Çizelge 3.3.2. Bölüm, Sınıf ve Gelire göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

Bölüm	N	Ort.	SS	ANOVA/F test		
				SD	F	p
Sağlık Yönetimi	381	3,01	,51	3,1019	,593	,620
Siy.Bil. ve Kamu Yön.	222	2,98	,48			
Sosyal Hizmet	206	2,96	,50			
İşl_İkt_Mal_Banka	214	3,00	,50			
Sınıf						
1.Sınıf	257	2,95	,48	3,1019	1,242	,293
2.Sınıf	276	2,99	,55			
3.Sınıf	187	2,98	,49			
4.Sınıf	303	3,03	,47			
Gelir						
0-2324 TL	308	2,98	,51	2,1020	,153	,858
2325-3400 TL	304	3,00	,47			
3401 TL ve üstü	411	2,99	,52			

Cinsiyet değişkenine göre sağlıklı yaşam davranışları düzeyi incelendiğinde, sağlıklı yaşam davranışının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($t_{(308)} = -2,705$; $p < 0,05$). Erkeklerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları ($Ort. = 2,58$; $SS = ,45$), kadınlara ($Ort. = 2,49$; $SS = ,35$) göre daha yüksektir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($t_{(308)} = -649$; $p > 0,05$). Kentsel bölgelerde yaşayanlar ile ($Ort. = 2,50$; $SS = ,38$), kırsal bölgelerde yaşayanların puan ortalamaları ($Ort. = 2,52$; $SS = ,38$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Çizelge 3.3.3.). Bu sonuçlar ışığında H2a hipotezi kabul edilirken H2d hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.3.3. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Düzeyi

Cinsiyet	N	Ort.	SS	t test		
				SD	t	p
Kadın	797	2,49	,35	308,091	-2,705	,007
Erkek	226	2,58	,45			
Yaşanılan Yer						
Kent	771	2,50	,38	1021	-,649	,516
Kır	252	2,52	,38			

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bölümlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA analizi neticesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($F_{(3,1019)} = 1,592$; $p > 0,05$). Bölümler arasında ortalamaların yakın olduğu bulunmuştur. Buna göre; Sağlık Yönetimi öğrencilerinin puanları ($Ort. = 2,51$; $SS = ,37$), Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi ($Ort. = 2,54$; $SS = ,38$), Sosyal Hizmet ($Ort. = 2,46$; $SS = ,33$) ve İkt_işl_Mal_Banka ($Ort. = 2,51$; $SS = ,43$) şeklindedir. Sınıf düzeyine göre sağlıklı yaşam davranışlarının anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, anlamlı farklılığın olmadığı bulunmuştur ($F_{(3,1019)} = 1,970$; $p > 0,05$). Puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir. Buna göre; 1. sınıf ($Ort. = 2,55$; $SS = ,39$), 2. sınıf ($Ort. = 2,50$; $SS = ,35$), 3. sınıf ($Ort. = 2,46$; $SS = ,37$) ve 4. sınıf ($Ort. = 2,51$; $SS = ,39$) olarak görülmektedir. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($F_{(2,1020)} = ,145$; $p > 0,05$). Gelir gruplarına göre ortalamalar; 0-2324 TL ($Ort. = 2,50$; $SS = ,40$), 2325-3400 TL ($Ort. = 2,50$; $SS = ,37$) ve 3401 TL ve üstü ($Ort. = 2,52$; $SS = ,36$) olarak gözlenmiştir. Ortalamalar arasında önemsiz derecede fark vardır (Çizelge 3.3.4.). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda H2b, H2c ve H3e hipotezleri reddedilmiştir.

Çizelge 3.3.4. Bölüm, Sınıf ve Gelire Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Düzeyi

Bölüm	N	Ort.	SS	ANOVA/F test		
				SD	F	p
Sağlık Yönetimi	381	2,51	,37			
Siy.Bil. ve Kamu Yön.	222	2,54	,38	3,1019	1,592	1,90
Sosyal Hizmet	206	2,46	,33			
İşl_İkt_Mal_Banka	214	2,51	,43			
Sınıf						
1.Sınıf	257	2,55	,39			
2.Sınıf	276	2,50	,35	3,1019	1,970	,117
3.Sınıf	187	2,46	,37			
4.Sınıf	303	2,51	,39			
Gelir						
0-2324 TL	308	2,50	,40			
2325-3400 TL	304	2,50	,37	2,1020	,145	,865
3401 TL ve üstü	411	2,52	,36			

Katılımcıların öz kontrol düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem *T* testi ile analiz edilmiştir. Cinsiyete göre katılımcıların öz kontrol düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t_{(319,447)} = ,908$; $p > 0,05$). Kadın katılımcıların öz kontrol düzeyi ortalaması ($Ort. = 3,54$; $SS = ,68$) erkeklerden ($Ort. = 3,49$; $SS = ,82$) yüksektir. Öz kontrol düzeyinin yaşanılan yere göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($t_{(1021)} = 1,912$; $p > 0,05$). Kentsel bölgede yaşayanların ortalaması ($Ort. = 3,56$; $SS = ,71$), kırsal bölgede yaşayanlardan ($Ort. = 3,46$; $SS = ,71$) yüksektir (Çizelge 3.3.5.). Bu sonuçlar doğrultusunda H3a ve H3d hipotezleri reddedilmiştir.

Çizelge 3.3.5. Cinsiyet ve Yaşanılan Yere Göre Öz Kontrol Düzeyi

Cinsiyet	N	Ort.	SS	t test		
				SD	t	p
Kadın	797	3,54	,68			
Erkek	226	3,49	,82	319,447	,908	,365
Yaşanılan Yer						
Kent	771	3,56	,71			
Kır	252	3,46	,71	1021	1,912	,056

Katılımcıların öz kontrol düzeylerinin bölümlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla tek yönlü ANOVA/F testi yapılmıştır. Analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F_{(3,1019)} = ,757$; $p > 0,05$). Bölümlere göre puan ortalamaları; Sağlık Yönetimi ($Ort. = 3,50$; $SS = ,71$), Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi ($Ort. = 3,55$; $SS = ,68$), Sosyal Hizmet ($Ort. =$

3,51; $SS = ,70$) ve İşl_İkt_Mal_Banka ($Ort. = 3,59$; $SS = ,76$) olarak gözlenmektedir. Öz kontrolün sınıf düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($F_{(3,1019)} = 1,61$; $p > 0,05$). Buna göre puan ortalamaları; 1. sınıf ($Ort. = 3,55$; $SS = ,70$), 2. sınıf ($Ort. = 3,53$; $SS = ,65$), 3. sınıf ($Ort. = 3,51$; $SS = ,75$), 4. sınıf ($Ort. = 3,53$; $SS = ,76$) olarak bulunmuştur. Gelir gruplarına göre öz kontrol düzeyinin anlamlı bir farklılık göstermediği hesaplanmıştır ($F_{(2,1020)} = 1,026$; $p > 0,05$). Puan ortalamaları; 0-2324 TL ($Ort. = 3,49$; $SS = ,75$), 2325-3400 TL ($Ort. = 3,54$; $SS = ,65$) ve 3401 TL ve üstü ($Ort. = 3,56$; $SS = ,73$) olarak saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Çizelge 3.3.6.). Bu sonuçlara göre H3b, H3c ve H3e hipotezleri reddedilmiştir.

Çizelge 3.3.6. Bölüm, Sınıf ve Gelire Göre Öz Kontrol Düzeyi

Bölüm	N	Ort.	SS	ANOVA/F test		
				SD	F	p
Sağlık Yönetimi	381	3,5075	,71917			
Siy.Bil. ve Kamu Yön.	222	3,5529	,68662	3,1019	,757	,518
Sosyal Hizmet	206	3,5155	,70173			
İşl_İkt_Mal_Banka	214	3,5938	,76260			
Sınıf						
1.Sınıf	257	3,5579	,70671			
2.Sınıf	276	3,5383	,65300	3,1019	,161	,922
3.Sınıf	187	3,5100	,75387			
4.Sınıf	303	3,5349	,76263			
Gelir						
0-2324 TL	308	3,4911	,75632			
2325-3400 TL	304	3,5413	,65892	2,1020	1,026	,359
3401 TL ve üstü	411	3,5683	,73002			

3.4. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Davranışı ve Öz Kontrol Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla çoklu korelasyon analizi yapılmıştır (Çizelge 3.4.1.). Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı ($r_{(1023)} = ,365$, $p < 0,01$), sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz kontrol ($r_{(1023)} = ,455$, $p < 0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki gözlenmektedir. Ayrıca

öz kontrol değişkeni ile sağlık okuryazarlık değişkeni arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_{(1023)}=.426, p<0,01$).

Çizelge 3.4.1. Ölçekler Arasında Çoklu Korelasyon Analizi

No	Değişkenler	Ort.	SS	1	2	3
1	SYBD	2,51	,38			
2	SOY 32	2,99	,50	,365**		
3	Öz Kontrol	3,53	,71	,455**	,426**	

Not:** $p<0,01$

İki değişken arasındaki ilişki incelenirken (örneğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı veya öz kontrol) üçüncü bir değişkenin (sağlıklı yaşam biçimi davranışı veya sağlık okuryazarlığı ya da öz kontrol) bu değişkenler üzerindeki etkisini kontrol etmek amacıyla kısmi korelasyon analizi yapılmaktadır. Bu gerçeklikten hareketle kısmi korelasyon analizi yapılmıştır. Çizelge 3.4.2. incelendiğinde, öz kontrol değişkeni kontrol altında tutulduğunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, düşük bir ilişki bulunmuştur ($r_{(1023)}=.213, p<0,001$). Elde edilen sonuçlar ışığında H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasında Kısmi Korelasyon Analizi

No	Değişkenler	Ort.	SS	1	2
1	SYBD	2,51	,38		
2	SOY 32	2,99	,50	,213***	

Not: Kontrol değişkeni: Öz Kontrol, *** $p<0,001$

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kontrol altında tutulduğunda öz kontrol ile sağlık okuryazarlığı arasında, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r_{(1023)}=.313, p<0,001$), (Çizelge 3.4.3.). Bu sonuçlara göre H5 hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.4.3. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Kontrol Arasında Kısmi Korelasyon Analizi

No	Değişkenler	Ort.	SS	1	2
1	SOY 32	2,99	,50		
2	Öz Kontrol	3,53	,71	,313***	

Not: Kontrol değişkeni: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları *** $p<0,001$

Sağlık okuryazarlığı değişkeni kontrol altında tutulurken iki değişken arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz kontrol arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki gözlenmiştir ($r_{(1023)}=.355$, $p<0,001$). (Çizelge 3.4.4.). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda H6 hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ile Öz Kontrol Arasında Kısmi Korelasyon Analizi

No	Değişkenler	Ort.	SS	1	2
1	SYBD	2,51	,38		
2	Öz Kontrol	3,53	,71	,355***	

Not: Kontrol değişkeni: Sağlık Okuryazarlığı, *** $p<0,001$

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeği genel boyutu ile alt boyutları, “TSOY-32” ölçeği genel boyutu ile alt boyutları ve “Öz Kontrol Ölçeği” genel boyutu ile alt boyutları arasındaki ilişki çoklu korelasyon analizi ile test edilmiştir (Çizelge 3.4.5.). Elde edilen bulgulara göre araştırma kapsamında veri toplama aracı olarak kullanılan SYBD genel boyutu ile alt boyutları; manevi gelişim ($r_{(1023)} = ,778$, $p<0,01$), stres yönetimi ($r_{(1023)} = ,771$, $p<0,01$), kişilerarası ilişkiler ($r_{(1023)} = ,744$, $p<0,01$) ve sağlık sorumluluğu ($r_{(1023)} = ,735$, $p<0,01$), boyutları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki, fiziksel aktivite ($r_{(1023)} = ,629$, $p<0,01$) ve beslenme ($r_{(1023)} = ,622$, $p<0,01$) boyutları ile pozitif yönde orta derecede ilişki ($p<0,01$) bulunmuştur.

SYBD alt boyutlarının kendi aralarındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel aktivite ile sağlık sorumluluğu ($r_{(1023)} = ,461$, $p<0,01$), beslenme ile sağlık sorumluluğu ($r_{(1023)} = ,371$, $p<0,01$), beslenme ile fiziksel aktivite ($r_{(1023)} = ,315$, $p<0,01$), manevi gelişim ile sağlık sorumluluğu ($r_{(1023)} = ,414$, $p<0,001$), manevi gelişim ile fiziksel aktivite ($r_{(1023)} = ,341$, $p<0,01$), manevi gelişim ile beslenme ($r_{(1023)} = ,367$, $p<0,01$), kişilerarası ilişkiler ile sağlık sorumluluğu ($r_{(1023)} = ,411$, $p<0,01$), kişilerarası ilişkiler ile fiziksel aktivite ($r_{(1023)} = ,246$, $p<0,01$), kişilerarası ilişkiler ile beslenme ($r_{(1023)} = ,351$, $p<0,01$), kişilerarası ilişkiler ile manevi gelişim ($r_{(1023)} = ,565$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır (Çizelge 3.4.5.).

SOY 32 genel boyutu ile alt boyutları olan tedavi hizmeti ($r_{(1023)} = ,916$, $p<0,01$) ve hastalıklardan korunma ($r_{(1023)} = ,721$, $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü ilişki vardır. Boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalıklardan korunma ile tedavi hizmeti ($r_{(1023)} = ,721$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde güçlü ilişki ($p<0,01$) saptanmıştır (Çizelge 3.4.5.).

Araştırmada, kullanılan son ölçek olan “Öz Kontrol Ölçeği” genel ve alt boyutlardan kendini ayarlama ($r_{(1023)} = ,817$, $p<0,01$), kendini değerlendirme ($r_{(1023)} = ,698$, $p<0,01$) ve kendini pekiştirme ($r_{(1023)} = ,761$, $p<0,01$) boyutu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur. Boyutların kendi aralarındaki ilişki incelendiğinde; kendini ayarlama ile kendini değerlendirme ($r_{(1023)} = ,297$, $p<0,01$), kendini pekiştirme ile kendini ayarlama ($r_{(1023)} = ,552$, $p<0,01$), kendini pekiştirme ile kendini değerlendirme ($r_{(1023)} = ,246$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki gözlenmektedir (Çizelge 3.4.5.).

Çizelge 3.4.5. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi (Çoklu Korelasyon Analizi)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 SYBD Genel														
2 Sağlık Sorumluluğu	,735**													
3 Fiziksel Aktivite	,629**	,461**												
4 Beslenme	,622**	,371**	,315**											
5 Manevi Gelişim	,778**	,414**	,341**	,367**										
6 Kişilerarası İlişkiler	,744**	,411**	,246**	,351**	,565**									
7 Stres yönetimi	,771**	,459**	,488**	,380**	,631**	,471**								
8 SOY 32 Genel	,365**	,284**	,146**	,192**	,327**	,289**	,259**							
9 Tedavi ve Hizmet	,308**	,249**	,089**	,166**	,286**	,252**	,222**	,916**						
10 Hastalıklardan Korunma	,364**	,277**	,175**	,189**	,319**	,281**	,257**	,939**	,721**					
11 ÖK Genel	,455**	,253**	,171**	,248**	,502**	,375**	,346**	,426**	,408**	,384**				
12 Kendini Ayarlama	,414**	,271**	,177**	,211**	,431**	,325**	,313**	,385**	,348**	,366**	,817**			
13 Kendini Değerlendirme	,249**	,096**	,067**	,158**	,334**	,202**	,172**	,254**	,263**	,213**	,698**	,297**		
14 Kendini Pekiştirme	,377**	,211**	,149**	,198**	,376**	,336**	,310**	,330**	,318**	,296**	,761**	,552**	,246**	

Not: *** p<0,001

3.5. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Davranışı ve Öz Kontrol Arasındaki İlişkiye Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Sağlık okuryazarlığının öz kontrolü ne kadar etkilediğini belirlemek amacıyla basit regresyon analizi yapılmıştır (Çizelge 3.5.1.). Elde edilen bulgulara göre regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$F_{(1,1021)} = 225,920$, $p < 0,001$]. Sağlık okuryazarlığının öz kontrol üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu gözlenmiştir ($B = ,606$, $p < 0,001$). Değişkenler arasındaki basit doğrusal ilişkiye ilişkin regresyon denklemi öz kontrol = $1,721 + ,606$ (sağlık okuryazarlığı) şeklindedir. Sağlık okuryazarlığı, öz kontroldeki değişimin %18'ini ($R^2 = ,181$) açıklamaktadır. Bu sonuçlar ışığında H7 hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.5.1. Sağlık Okuryazarlığının Öz Kontrol Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	B	S.H.	β
SOY 32	,606***	,040	,426
Sabit	1,721	,123	

Not: $R^2 = ,181$; Düzeltilmiş $R^2 = ,180$; $F_{(1,1021)} = 225,920$; *** $p < 0,001$

Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır (Çizelge 3.5.2.). Elde edilen bulgulara göre regresyon analizinin anlamlı olduğu belirlenmiştir [$F_{(1,1021)} = 156,748$, $p < 0,001$]. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($B = ,278$, $p < 0,001$). Regresyon denklemi sağlıklı yaşam biçimi davranışları = $1,681 + ,278$ (sağlık okuryazarlığı) şeklindedir. Tahmin değişkeni olan sağlık okuryazarlığı, sonuç değişkeni olan sağlıklı yaşam biçimindeki değişimin %13'ünü açıklamaktadır. Elde edilen sonuçlara göre H8 hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.5.2. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	B	S.H.	β
SOY 32	,278***	,022	,365
Sabit	1,681	,067	

Not: $R^2 = ,133$; Düzeltilmiş $R^2 = ,132$; $F_{(1,1021)} = 156,748$; *** $p < 0,001$

Öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini ne kadar etkilediğini belirlemek amacıyla regresyon analiz yapılmıştır (Çizelge 3.5.3.). Analiz sonucunda regresyon analizinin anlamlı olduğu bulunmuştur [$F_{(1,1021)}= 266,080$, $p<0,001$]. Öz kontrolün sağlıklı yaşam davranışları üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır ($B=,243$, $p<0,001$). Regresyon denklemi sağlıklı yaşam biçimi davranışları= $1,653 + ,243$ (öz kontrol) şeklindedir. Öz kontrol, sağlıklı yaşam biçimindeki değişimin %21'ini açıklamaktadır. Elde edilen sonuçlar, H9 hipotezini desteklemektedir.

Çizelge 3.5.3. Öz Kontrolün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	B	S.H.	β
Öz kontrol	,243***	,015	,455
Sabit	1,653	,054	

Not: $R^2=,207$; Düzeltilmiş $R^2=,206$; $F_{(1,1021)}=266,080$; *** $p<0,001$

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin; tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma, kendini ayarlama, kendini değerlendirme ve kendini pekiştirme alt boyutları tarafından ne kadar açıklandığını incelemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre birinci grupta yer alan “tedavi ve hizmet” ile “hastalıklardan korunma” alt boyutlarının regresyon modeline istatistiksel olarak anlamlı katkı yaptıkları bulunmuştur ($F_{(1,1020)}=81,085$, $p<0,01$). Düzeltilmiş R^2 değeri ,13'tür. İkinci grup içerisinde yer alan kendini ayarlama, kendini değerlendirme ve kendini pekiştirme alt boyutlarının regresyon modeline girmesiyle %12'lik ilave varyans açıklanmıştır. R^2 deki bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(5,1017)}=69,679$, ($p<0,01$)).

Regresyon modeline bütün bağımsız değişkenler dâhil edildiğinde hastalıktan korunma ($B=,21$, $p<0,001$), kendini ayarlama ($B=,21$, $p<0,001$), kendini değerlendirme ($B=,09$, $p<0,01$) ve kendini pekiştirme değişkenin ($B=,17$, $p<0,001$) sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bütün bağımsız değişkenler, sağlıklı yaşam biçimi davranışındaki varyansın %25'ini açıklamaktadır (Çizelge 3.5.4.). Bu sonuçlar doğrultusunda H8a, H8b, H9a, H9b ve H9c hipotezleri kabul edilmiştir.

Çizelge 3.5.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrol Ölçeği Alt Boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	Model-1			Model-2		
	B	S.H.	β	B	S.H.	β
Tedavi ve Hizmet	,07	,03	,09*	-,00	,03	-,00
Hastalık. Korunma	,18	,02	,29***	,13	,02	,21***
Kendini. Ayarlama				,09	,01	,21***
Kendini Değerlen.				,03	,01	,09**
Kendini Pekiştirme				,07	,01	,17***
R		,37			,50	
R 2		,13			,25	
Düz. R 2		,13			,25	
ΔR^2		,13			,12	
DW		,82			,82	
VIF		<10			<10	
Tolerance		>0,2			>0,2	

Not: Çizelgede düzeltilmiş R2 değeri kullanılmıştır. *** $p<0,001$, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol tarafından ne kadar açıklandığını belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır (Çizelge 3.5.5.). Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre sağlık okuryazarlığının regresyon modeline anlamlı katkı yaptığı gözlenmektedir ($F_{(1,1021)}=156,74$, $p<0,001$). Düzeltilmiş R^2 değeri 13'tür. Öz kontrolün regresyon modeline dâhil edilmesiyle %11'lik ilave varyans açıklanmış ve R^2 deki bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(2,1020)}=163,32$, ($p<0,001$). Bağımsız/yordayan değişken olan sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol birlikte regresyon analizine dâhil edildiğinde (Model-2) sağlık okuryazarlığının ($B=,20$, $p<0,001$) ve öz kontrolün ($B=,36$, $p<0,001$) sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu gözlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol değişkeni birlikte, sağlıklı yaşam biçimi davranışındaki değişimin %24'ünü açıklamaktadır. Değişkenler arasında çoklu doğrusallık probleminin olup olmadığı incelendiğinde, çoklu doğrusallığın olmadığı ($VIF<10$), otokorelasyon sorununun bulunmadığı saptanmıştır ($DW=,816$). Elde edilen sonuçlara göre H10 hipotezi kabul edilmiştir.

Çizelge 3.5.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrolün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi

Değişkenler	Model-1			Model-2		
	B	S.H.	β	B	S.H.	β
SOY 32	,27	,02	,36***	,15	,02	,20***
Öz Kontrol				,19	,01	,36***
R		,36			,49	
R 2		,13			,24	
Düz. R ²		,13			,24	
ΔR^2		,13			,11	
DW		,816			,816	
VIF		<10			<10	
Tolerance		>0,2			>0,2	

Not: Çizelgede düzeltilmiş R2 değeri kullanılmıştır. *** p<0,001

3.6. Öz Kontrolün Aracılık Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışlarına etkisinde öz kontrolün aracılık rolünün belirlenmesinde Bootstrap yöntemini temel alan regresyon analizi yapılmıştır. Bootstrap yönteminin Sobel testinden daha güvenilir sonuçlar ürettiği ifade edilmektedir (Hayes, 2009; Hayes, 2018; Preacher ve Hayes, 2004; Zhao ve ark., 2010). Analizler, Hayes (2018), tarafından bilim dünyasına kazandırılan Process Makro v3 programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde bootstrap tekniği yani yeniden örnekleme yöntemi ile 5000 yeniden örneklem seçeneği tercih edilmiştir. Bootstrap tekniği ile yapılan aracılık etki analizlerinde araştırma hipotezinin/varsayımının doğrulanabilmesi için analiz sonucunda elde edilen %95 güven aralığındaki değerlerin sıfır “0” değerini içermemesi gerekmektedir (MacKinnon ve ark., 2004).

Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine dolaylı etkisinin olup olmadığını Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıklarına göre saptanmıştır. Bu amaçla yapılan regresyon analizi sonuçları hem Çizelge 3.6.1. hem de Şekil 3.6.1.’de gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre bağımsız değişken sağlık okuryazarlığının (X), aracı değişken olan öz kontrole (M) etkisini gösteren regresyon analiz sonuçları (a) yolu satırında yer almaktadır. Buna göre sağlık okuryazarlığı, öz kontrolü istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir ($b= ,605$, %95 CI [$,5268 ,6850$] $t =15,0307$, $p <0,001$). Sağlık okuryazarlığı, öz kontroldeki değişimin

%18'ini ($R^2=,181$) açıklamaktadır. Aracı değişken öz kontrol (M) (b yolu) ile bağımsız değişken sağlık okuryazarlığının (X) (c' yolu), bağımlı değişken olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları (Y) üzerindeki etkisi incelendiğinde; öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde etkilediği gözlenmektedir ($b= ,195$, %95 CI [$,1640 ,2272$] $t =12,1415$, $p <0,001$). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($b= ,159$, %95 CI [$,1143 ,2043$] $t =6,9461$, $p <0,001$). Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki varyansın %24'ini ($R^2 =,242$) açıklamaktadır.

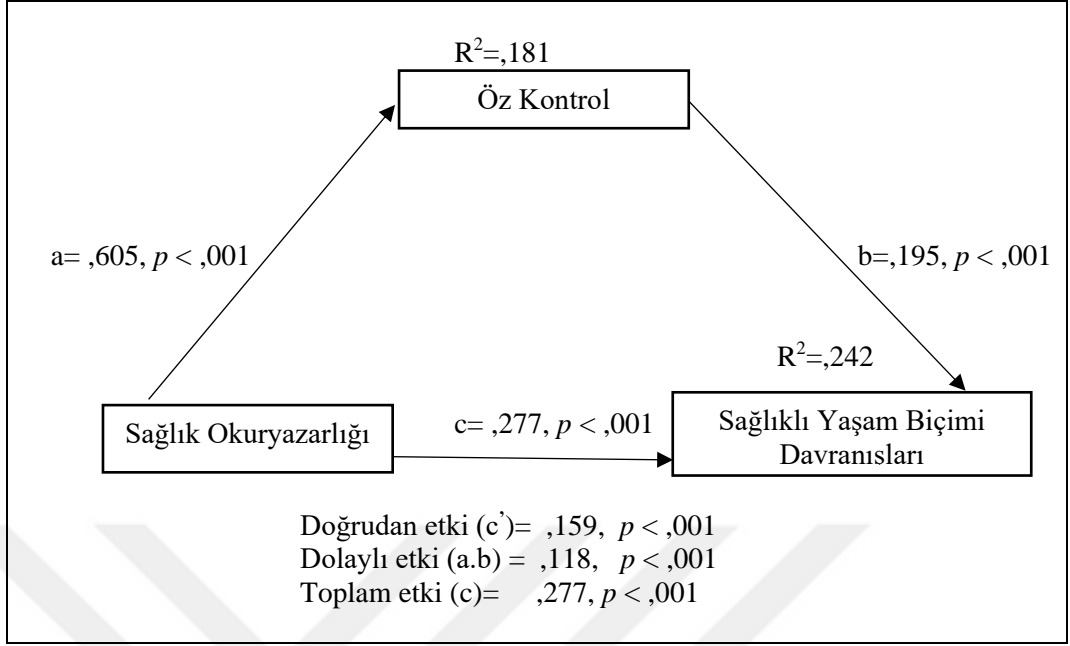
Aracılık etki analizinin en önemli sonucu olan sağlık okuryazarlığının öz kontrol aracılığıyla sağlıklı yaşam davranışlarını dolaylı etkileyip etkilemediği incelendiğinde, aracı rolün istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde olduğu bulunmuştur ($b=,118$, %95 BCA CI [$,0924 ,1464$]). Buna göre Bootstrap analizi sonucunda düzeltilmiş yanlışlık ve hızlandırılmış güven aralığı değerleri sıfır "0" değerini kapsamamaktadır. Aracılık etkisinin tam standardize etki büyüklüğü (K^2)-,155, kısmi etki büyüklüğü (K^2)-,308 olarak saptanmıştır.

Çizelge 3.6.1. Öz Kontrolün Aracılık Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

		Sonuç Değişkenleri				
		M (Öz kontrol)		Y(Sağlıklı yaşam biçimi davranışları)		
Tahmin Değişkenleri		b	S.H.	b	S.H.	
X (SOY 32)	a	,605***	0,40	c'	,159***	,022
M (Öz kontrol)	-	-	-	b	,195***	,016
Sabit	\hat{I}_M	1,721***	,122	\hat{I}_Y	1,343***	,068
			$R^2=,181$			$R^2=,242$
			$F(1;1021)=225,9205$			$F(2;1020)=163,3208$

Not: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, S.H.: Standart Hata. Standardize edilmemiş beta katsayıları (b) raporlanmıştır.

Şekil 3.6.1.'de sağlık okuryazarlığının, öz kontrol aracılığıyla sağlıklı yaşam davranışlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği aracı etki modeli gözlenmektedir. Bu sonuçlar ışığında H11 hipotezi kabul edilmiştir.



Şekil 3.6.1. Öz Kontrolün Aracılık Rolüne İlişkin Model

3.7. Öz Kontrolün Düzenleyici Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinde öz kontrolün düzenleyici rolünün belirlenmesinde Bootstrap yöntemini temel alan regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi sonuçları Çizelge 3.7.1. ve Şekil 3.7.2.'de yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre regresyon analizine dâhil edilen bütün tahmin/yordayan değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki değişimin %24'ünü ($R^2 = ,24$) açıkladığı gözlenmiştir. Çizelge 3.7.2.'de her bir bağımsız/yordayan değişkenin bağımlı/yordanan değişken üzerindeki etkilerini gösteren standardize olamayan regresyon katsayı (b) değerleri yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre; öz kontrol değişkeninin düzenleyici etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Buna göre Int_1 ' e ait b değeri istatistiksel olarak anlamlıdır ($b = ,0647, \%95$ CI [$,0142, 1152$], $t = 2,5137, p < 0,05$).

Düzenleyici etkiyi daha iyi ortaya koymak için şekilde verilen eğim analizi sonuçları incelenebilir. Şekil 3.5.2. incelendiğinde düzenleyici etkisi olan öz kontrol düşük düzeyde olduğunda ($-,7345$), sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi

davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($b=,116$, %95 CI [,0612 ,1727] aynı şekilde orta ($,0255$) ve yüksek ($,7755$) olduğu durumlarda istatistiksel olarak anlamlı olan etkisi daha da güçlüdür. Düzenleyici etki olan öz kontrolün orta düzey olduğu durumda ($,0255$) sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki olumlu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($b=,166$, %95 CI [,1209 ,2113]).

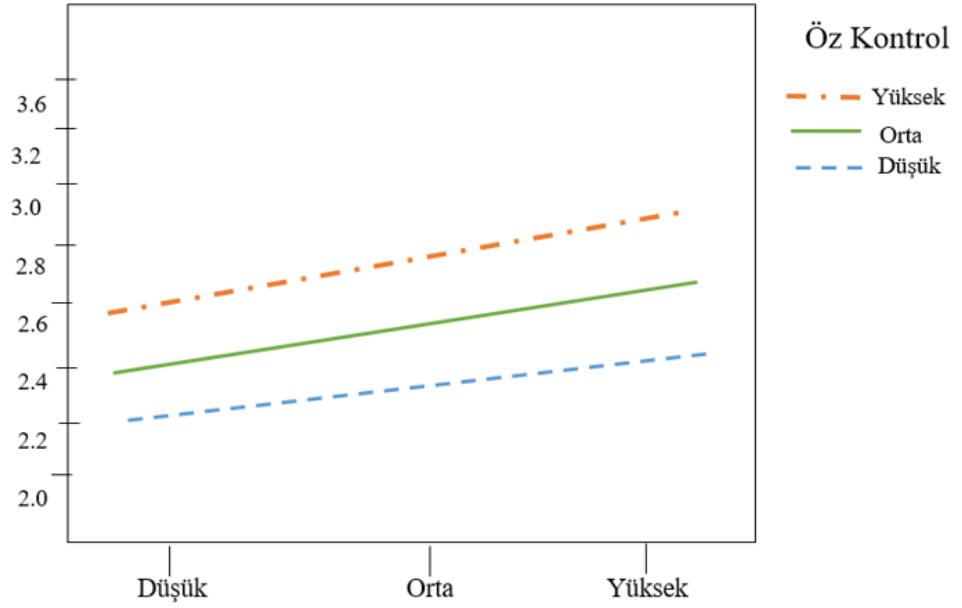
Çizelge 3.7.1. Öz Kontrolün Düzenleyici Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	b	S.H.	t
Sabit	2,503*** [2,48, 2,52]	,011	224,30
(SOY 32 (X))	,164*** [,119 ,209]	,023	7.1617
Öz kontrol (W)	,192*** [161, 224]	,0161	11,9529
X.W.	,0647* [,014, 115]	,0257	2,5137

Not: $R=,49$, $R^2 =,24$; * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, S.H.: Standart Hata, Parantez içindeki değerler güven aralıklarıdır. Standardize edilmemiş beta katsayıların (b) raporlanmıştır.

Şekil 3.7.1. incelendiğinde, X düzleminde sağlık okuryazarlığı, Y düzleminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları yer almaktadır. Düzenleyici değişken olan öz kontrolün düşük, orta ve yüksek durumlarına ait değerlerin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki etkileşime olan etkileri farklı doğrusal çizgiler ile gösterilmiştir. Şekilde de görüldüğü üzere öz kontrolün düşük ($b = ,116$, %95 CI [,0612 ,1727], $t = 4,1172$, $p = ,000$), orta ($b = ,166$, %95 CI [,1209 ,2113], $t = 7,2121$, $p = ,000$) ve yüksek düzeyde ($b = ,214$, %95 CI [,1523 ,2769], $t = 6 7605$, $p = ,000$) olduğu durumlarda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre H12 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları



Sağlık Okuryazarlık

Şekil 3.7.1. Öz Kontrolün Düzenleyici Rolüne İlişkin Model

Araştırma kapsamında test edilmek amacıyla geliştirilen hipotezlerin kabul/red durumları Çizelge 3.7.2. yer almaktadır. Yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgulara göre 17 adet hipotezin 14 tanesinin kabul edildiği 3 tanesinin ise red edildiği gözlenmektedir.

Çizelge 3.7.2. Hipotezlere Yönelik Sonuçların Özet Gösterimi

Hipotez No	Hipotez	Sonuç
H1a, H1b, H1c, H1d, H1e	Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyi sosyodemografik özelliklere (<i>a. Cinsiyet, b. Bölüm, c. Sınıf, d. Yaşanılan Yer, e. Gelir</i>) göre farklılık göstermektedir.	Red
H2b, H1c, H1d, H1e	Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi sosyodemografik özelliklere (<i>b. Bölüm, c. Sınıf, d. Yaşanılan Yer, e. Gelir</i>) göre farklılık göstermektedir.	Red
H2a	Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi cinsiyet özelliğine göre farklılık göstermektedir.	Kabul
H3a, H3b, H3c, H3d, H3e	Araştırma grubunun öz kontrol düzeyi sosyodemografik özelliklere göre (<i>a. Cinsiyet, b. Bölüm, c. Sınıf, d. Yaşanılan Yer, e. Gelir</i>) farklılık göstermektedir.	Red
H4	Araştırma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında ilişki vardır.	Kabul
H5	Araştırma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile öz kontrol düzeyi arasında ilişki vardır.	Kabul
H6	Araştırma grubunun öz kontrol düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında ilişki vardır.	Kabul
H7	Sağlık okuryazarlığının, öz kontrol üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H8	Sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H8a	“Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” alt boyutlarından tedavi ve hizmet alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H8b	“Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” alt boyutlarından hastalıklardan korunma alt boyutunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H9	Öz kontrolün, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H9a	“Öz Kontrol Ölçeği” alt boyutlarından kendini ayarlama alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H9b	“Öz Kontrol Ölçeği” alt boyutlarından kendini değerlendirme alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H9c	“Öz Kontrol Ölçeği” alt boyutlarından kendini pekiştirme alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H10	Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.	Kabul
H11	Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün aracı rolü vardır.	Kabul
H12	Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinde öz kontrolün düzenleyici rolü vardır.	Kabul

4.TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgular, ulusal ve uluslararası literatürden elde edilen bulgulara dayalı olarak tartışılmıştır.

Çalışmada katılımcıların %13,3'ünün yetersiz, %37,2'sinin sorunlu/sınırlı, %33'ünün yeterli ve 16,3'ünün mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ise 33,28 olarak belirlenmiş ve bu sonuç katılımcı grubun sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli düzeyde olduğunu göstermiştir. Soysal ve Obuz (2020), tarafından bir devlet üniversitesinde 114 sağlık yönetimi öğrencisi üzerine yapılan çalışmada, öğrencilerin genel sağlık okuryazarlık puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Akcilek (2017), İstanbul ilinde bulunan özel bir üniversitedeki 830 öğrenci üzerine yapmış olduğu araştırmada, öğrencilerin genel okuryazarlık düzeyini yetersiz (31.38) olarak tespit etmiştir. Okyay ve Abacıgil (2016)'in, 15 yaş ve üzerinde olan 400 katılımcı üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında, genel sağlık okuryazarlık puanını yetersiz (29,5) olarak saptamıştır.

Wang ve ark. (2015), tarafından 708 meslek yüksekokulu öğrencisi üzerine yapılan bir diğer araştırmada, 40 soruluk sağlık okuryazarlığı anketine verilen cevapların toplam doğruluğunun 24,43 (%61,1) olduğu ve bu sayının yetersiz sağlık okuryazarlığını (yeterli sağlık okuryazarlığı >32 soru) gösterdiği saptanmıştır. Bayazit (2019), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde 717 öğrenci üzerine yaptığı araştırmada, öğrencilerin genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanını yetersiz (35,2) olarak saptanmıştır. Sukys ve ark. (2017), tarafından 999 öğrenci üzerine yapılan araştırma sonucunda öğrencilerin sorunlu/sınırlı okuryazarlığa sahip olduğu (35,5), benzer sonuçların 8 Avrupa ülkesinde de (35,1) bulunduğu ifade edilmiştir.

Schaeffer ve ark. (2018), Almanya nüfusunun yarısından fazlasının (%54) sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirtmiştir. Arıkan (2018), tarafından Hacettepe Üniversitesinde öğrenim gören 452 öğrenci üzerine yapılan çalışmada, genel sağlık okuryazarlık puan ortalaması yetersiz (30,76) olarak bulunmuştur. Yeşilbaş (2019); Nacar (2018); Deniz (2018); Durusu Tanrıöver ve ark.

(2014); Gözlü (2018); Teleş (2018); İşler (2019); Tatar (2020); Değerli (2018); Güven ve ark. (2018); Daşdemir (2019); Ertem (2019); Şahinöz ve ark. (2018) ve Kaya ve Uludağ (2017), çalışmalarında benzer (yetersiz sağlık okuryazarlığı) sonuçlara ulaşmışlardır. Alanyazınında incelenen araştırmaların bu araştırmanın bulgularını destekler nitelikte olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar ışığında, araştırma grubundaki öğrencilerin sağlıkları ile ilgili bilgileri okuma, anlama, analiz etme ve yorumlama konusunda sorun yaşamadıkları ancak aynı yaş aralığında olan üniversite öğrencilerinin sorun yaşadıkları söylenebilir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Nacar (2018), 335 öğrenci ile yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır. Ertem (2019), üniversite öğrencileri üzerine Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY TR), Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOYSEN) ve Sağlık Farkındalığı Ölçeklerini (SFÖ) kullanarak gerçekleştirmiş olduğu doktora araştırmasında, cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyi (ASOY TR ve SFÖ ölçüm sonucunda) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır. Ancak sağlık okuryazarlığı senaryo ölçeğine (SOYSEN) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Gözlü (2018), Ankara ilinde 18 yaş üstü katılımcılar üzerinde yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini belirlemiştir. Teleş (2018), 530 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlememiştir. Bayazit (2019), Daşdemir (2019), Değerli (2018), Soysal ve Obuz (2020), Tatar (2020), Kaya ve Uludağ (2017), İşler (2019), Dayanıklı (2019), Şahinöz ve ark. (2018), Özdenk ve ark. (2019) ve Okyay ve Abacıgil (2016) çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmışlardır.

Ancak bu sonuçlardan farklı olarak Arıkan (2018), tarafından yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı puanının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği, kadın öğrencilerin sağlık okuryazarlık puanlarının (31,36), erkeklere (29,68) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Okyay ve Abacıgil (2016), yaptıkları çalışmalarında,

sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının kadın ve erkeklerde farklı gözlendiğini ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade etmişlerdir. Sukys ve ark. (2017), Litvanya'nın en gelişmiş üç şehrinde bulunan üniversitedeki öğrenciler ile yaptıkları çalışmada, cinsiyete göre genel sağlık okuryazarlık puan ortalamasının anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Kadın öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek okuryazarlığa sahip olduğu görülmüştür. Benzer sonuçları Sezer (2012), Temel ve Çimen (2017), Akcilek (2017), Güven ve ark. (2018), Yulu (2020), Sarıyar (2018), Özdoğan (2014), Durusu Tanrıöver ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmalarda da ortaya koyulmuştur. Zhang ve ark. (2016), Çin'de öğrenciler üzerine gerçekleştirdiği çalışmada, cinsiyete göre sağlık okuryazarlık düzeylerinde anlamlı farklılık olduğu, erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Yine Liu ve ark. (2015) ile Deniz (2018), yaptıkları araştırmada, benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Araştırma bulguları cinsiyete göre sağlık okuryazarlık düzeyine ilişkin farklı sonuçlar sunmaktadır.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ertem (2019), tarafından yapılan araştırmada, puan ortalamasının yaşanılan yere göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Şahinöz ve ark. (2018), bir devlet üniversitesine bağlı sağlık bilimleri fakültesinin sağlıkla ilgili olan bölümlerinde (hemşirelik, sağlık yönetimi, beslenme ve diyetik gibi) öğrenim gören 344 öğrenci üzerine gerçekleştirmiş oldukları araştırmada, yaşanılan yere göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı farklılık göstermediğini saptanmıştır. Benzer sonuçlara Sarıyar (2018), tarafından yapılan araştırmada da ulaşılmıştır.

Bu sonuçlardan farklı olarak Bayazit (2019), yapmış olduğu çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile yaşanılan yer arasında anlamlı farklılık saptamıştır. Köyde yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bulmuştur. Teleş (2018)'in, yapmış olduğu çalışmada, il merkezinde yaşayan hastaların, il merkezinde yaşamayanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanına sahip olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Özdoğan (2014), 200 hasta ve 200 hasta yakınından oluşan araştırma grubu üzerinde yaptığı çalışmasında, genel sağlık okuryazarlığı puan

ortalamasının yaşanılan yere göre anlamlı farklılık gösterdiğini tespit etmiştir. İlçede yaşayanların, ilde yaşayanlara göre daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gözlemlemiştir. Zhang ve ark. (2016), yapmış oldukları çalışmada, yaşanılan yere göre sağlık okuryazarlık düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Şehirde yaşayan öğrencilerin kırsalda/köyde yaşayan öğrencilere göre daha yüksek sağlık okuryazarlık puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri öğrenim gördükleri bölümlere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Özdenk ve ark. (2019), kamuya ait bir üniversitenin farklı fakültelerinde (eğitim ve spor bilimleri) öğrenim gören öğrenciler üzerine yapmış oldukları bir araştırmada, sağlık okuryazarlık genel puan ortalamasının bölümlere göre anlamlı farklılık göstermediğini saptanmıştır. Ertem (2019), Ankara ilinde öğrenim gören 420 sağlık teknikeri öğrencisi üzerine gerçekleştirdiği çalışmada, ASOY TR ve SFÖ ölçeği sonuçlarına göre bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edememiştir. Ancak SOYSEN ölçeğine göre bölümlere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı farklılık bulmuştur. Benzer sonuçlar Bayazit (2019) ve Altınok (2019) tarafından yapılan araştırmalarda da ortaya koyulmuştur.

Bu bulguların aksine Nacar (2019), Malatya ili İnönü Üniversitesi öğrencileri üzerine yaptığı araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin fakültelere göre anlamlı farklılık gösterdiğini gözlemlemiştir. Sırasıyla; Sağlık Bilimleri Fakültesi (35,85), Fen Edebiyat Fakültesi (31,47) ve Sosyal Bilimler Fakültesi (30,45) öğrencilerinin en yüksek okuryazarlık puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Zhang ve ark. (2016), Çin’de 1183 sağlık bilimleri öğrencisi ve 89 mühendislik öğrencisi olmak üzere 1272 öğrenci üzerine gerçekleştirdikleri çalışmada, sağlık okuryazarlık düzeyinin fakültelere göre anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık okuryazarlık puan ortalamasının mühendislik öğrencilerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer sonuçlar Şahinöz ve ark. (2018), Sarıyar (2018), Akcilek (2017) ve Yeşilbaş (2019) tarafından da ortaya koyulmuştur.

Bu araştırmada Sağlık Yönetimi ve Sosyal Hizmet Bölümlerinde sağlıkla ilgili dersler olmasına rağmen sağlık okuryazarlık düzeyi diğer bölümlerden istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde yüksek değildir. Bu durum Fakültenin genelinde öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin benzer olması ile açıklanabilir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin öğrenim gördükleri sınıflara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Soysal ve Obuz (2020), Sağlık Yönetimi öğrencileri üzerine yaptıkları araştırmada, öğrenim görülen sınıf düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı genel puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu sonuçlardan farklı olarak Arıkan (2018), Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı 12 fakülteye kayıtlı olan 452 öğrenci (1. sınıf ve 4. sınıf) üzerinde yapmış olduğu araştırmada, sınıflar arasında istatistiksel olarak farklılık saptamıştır. 4. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi, 1. sınıf öğrencilerinden daha yüksek bulunmuştur.

Zhang ve ark. (2016), yapmış olduğu çalışmada, öğrenim görülen sınıflara göre sağlık okuryazarlık düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Sırasıyla; 1. sınıf, 2. sınıf ve 3. sınıf öğrencilerinin düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gözlenmiştir. Benzer sonuçları Daşdemir (2019), Sivas ili merkezinde bulunan liselerde öğrenim gören 599 lise öğrencisi üzerinde gerçekleştirdiği araştırmasında gözlemlemiştir. Sarıyar (2018), yapmış olduğu araştırmada, sınıf düzeyine göre sağlık okuryazarlık düzeyinin anlamlı farklılık bulmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksekten düşüğe doğru sırasıyla; 1. sınıf, 2. sınıf, 3. sınıf ve 4. sınıf olarak saptamıştır. Bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınıflara göre farklılık göstermemesi şaşırtıcı olmakla birlikte, üniversite eğitiminin konu ile ilgili bilgi ve farkındalığı etkilemediğini göstermektedir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Ertem (2019), Ankara ilinde öğrenim gören öğrenciler üzerine yapmış olduğu araştırmada, ASOY TR ölçeğine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi ile gelir arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Ancak SFÖ ve SOYSEN ölçeklerine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarından hareketle sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla kullanılan ölçüm araçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklılık gösterebileceği söylenebilir. Şahinöz ve ark. (2018), üniversite öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada,

gelir düzeyine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Benzer sonuçlar Nacar (2018), Sezer (2012), Bayazit (2019) ve Arıkan (2018) tarafından yapılan araştırmalarda da ortaya koyulmuştur.

Bu sonuçların aksine Gözlü (2018), yapmış olduğu çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksekte düşüğe sırasıyla; gelirin gidere eşit olduğu, gelirin giderden fazla olduğu ve giderin gelirden çok olduğu grup olarak bulmuştur. Liu ve ark. (2015), tarafından Çin’de yaşlı bireyler üzerinde yapılan araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Gelir düzeyi ile doğru orantılı olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükseldiği saptanmıştır. Teleş (2018) ve Deniz (2018), yapmış oldukları çalışmalarda, sağlık okuryazarlık düzeyinin gelire göre anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Alanyazınında yapılmış çalışmaların bazıları bu araştırmanın bulgularını desteklerken bazılarıнын desteklemediği belirlenmiştir. Bu araştırmada gelire göre sağlık okuryazarlık düzeyinin anlamlı olarak farklılık göstermemesi, gelir dağılımının belirli limitlerde olmasına bağlanabilir.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla sağlıklı yaşam davranışı sergilediği hesaplanmıştır. Ertem (2019), Ankara ilinde ön lisans öğrencileri üzerine yapmış olduğu çalışmada, 26 sağlık davranışı (alkol tüketimi, meyve tüketimi, uyuşturucu kullanımı gibi) ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit etmiştir. Buna göre kadınların erkeklere göre daha sağlıklı yaşam davranışı sergilediği bulunmuştur. Sezer (2012), İstanbul ilinde bulunan bir aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş aralığındaki katılımcılar ile yapmış olduğu araştırmada, sağlık davranışlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuştur. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla sağlıklı davranışlar sergilediği gözlenmiştir. Söyleyici (2018), Isparta ilinde öğrenim gören 545 lisans öğrencisi üzerine yapmış olduğu çalışmada, sağlıklı yaşam davranışlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuştur. Erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha sağlıklı davranışlar sergilediklerini saptamıştır.

Bu bulguların aksine Arıkan (2018), lisans düzeyinde öğrenim gören öğrenciler üzerine gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini gözlemlemiştir. Sivrikaya (2020), tarafından Edirne ilinde kamuya ait bir üniversitesinde öğrenim gören 544 öğrenci üzerine gerçekleştirilen araştırmada, sağlıklı yaşam davranışlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini tespit etmiştir. Akcilek (2017), yaşam kalitesi ile ilgili davranışların cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır. Benzer sonuçlara Tatar (2020), Güleç (2020), Erözkan (2020); Altınok (2019); Aydın Dinçer (2019); Elik (2020); Gömleksiz (2019); Akgül (2017); Çetinkaya (2018); Varsak (2018); Yalçın (2018); Sert (2016); Dayanıklı (2019) çalışmalarında da ulaşılmıştır.

Bu araştırmada erkeklerin sağlıklı yaşam davranışlarının farklılık göstermesi futbol, basketbol ve spor salonlarında yapılan spor faaliyetleri gibi etkinliklere daha yoğun katılmalarından kaynaklanmış olabileceğini göstermektedir.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptanmıştır. Erözkan (2020), tarafından Trakya Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşanılan yere göre farklılık göstermediği (fiziksel aktivite alt boyutu hariç) bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmamasının nedeni katılımcıların önemli bir kesiminin yaşadığı kırsal bölgelerin, sağladığı bir dizi imkânlar (internete ve sağlık kuruluşlarına erişim, bölge halkının sağlık konusunda bilinçli olması, okuryazarlık oranının yüksek olması gibi) ileri sürülmektedir.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Altınok (2019), İstanbul ilinde bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören lisans düzeyindeki öğrenciler (ebelik, beslenme ve diyetetik, sağlık yönetimi gibi) üzerinde yapmış olduğu araştırmada, bölümlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı farklılık göstermediğini bulmuştur. Bu sonuçların aksine Sivrikaya (2020), Edirne ilinde öğrenim gören lisans öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada, öğrenim düzeyine göre (ön lisans, lisans ve 6 yıl

eğitim) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Sert (2016), yapmış olduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının faklterelere (meslek yüksekokulu ve tıp fakültesi) göre istatikselsel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuştur. Akgl (2017), İstanbul ilinde öğrenim gören lisans öğrencileri üzerinde gerçekleştirmiş olduğu araştırmada, sağlıklı yaşam davranışlarının bölümlere göre anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Sağlık davranışı puan ortalaması yksekteen düşüğe sırasıyla; beslenme ve diyetetik, sağlık yönetimi, ocuk gelişimi, fizyoterapi ve hemşirelik bölümleri olarak bulunmuştur.

Söyleyici (2018), Süleyman Demirel niversitesi'ne bağlı beş fakültede öğrenim gören öğrenciler üzerine yapmış olduğu araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının faklterelere göre anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Sağlık davranışı puan ortalaması yksekteen düşüğe sırasıyla; spor bilimleri, diş hekimliği, tıp, sağlık bilimleri ve iktisadi ve idari bilimler fakültesi olarak gözlemiştir. Benzer sonuçlar Bozdağ (2020) ve Oral (2018) tarafından yapılan araştırmalarda da ortaya konulmuştur. Bu araştırmada, bölümlere (sağlık yönetimi, sosyal hizmet, kamu yönetimi, iktisat gibi) göre sağlıklı yaşam davranışlarında farklılığın olmaması, eğitim programlarının bu konuda davranış değişikliğine neden olmadığı biğiminde yorumlanabilir.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları sınıflara göre istatikselsel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Arıkan (2018), 1. ve 4. sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada sağlıklı yaşam davranışının sınıflara göre farklılık göstermediğini saptamıştır. Sivrikaya (2020), 544 ğrenci üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, sağlıklı yaşam davranışının sınıf düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediğini bulmuştur. Benzer sonuçlar Oral (2018), Altınok (2019) ve Elik (2020), tarafından da gözlenmiştir.

Bu bulguların aksine Söyleyici (2018), Isparta ilinde öğrenim gören lisans öğrencileri ile gerçekleştirdiği araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışının sınıflara göre istatikselsel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuştur. Sağlık davranışı puan ortalaması yksekteen düşüğe sırasıyla; 2. sınıf, 3. sınıf, 4. sınıf olduğunu belirlemiştir. Varsak (2018), Bingl ilinde öğrenim gören ön lisans sağlık hizmetleri öğrencileri

üzerinde yaptığı araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışının sınıf düzeyine (1. sınıf ve 2. sınıf) göre anlamlı farklılık gösterdiğini tespit etmiştir. 2. sınıf öğrencilerinin, 1. sınıf öğrencilerine göre daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışı puan ortalamasına sahip olduğunu gözlemlenmiştir. Benzer sonuçlar Güleç (2020) ve Dinçer (2019) tarafından yapılan araştırmalarda da ortaya koyulmuştur.

Sınıflara göre sağlıklı yaşam davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesi katılımcıların davranış olarak birbirlerini etkilemesi yanında eğitim programlarının bu konuda belirleyici olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelire göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Sert (2016), Van ilinde öğrenim gören öğrenciler üzerine gerçekleştirdiği araştırmada, gelire göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini belirlemiştir. Söyleyici (2018), doktora tezi kapsamında yapmış olduğu araştırmasında, sağlıklı yaşam davranışlarının gelire göre anlamlı farklılık göstermediğini bulmuştur. Bozdağ (2016), Sarıgöz (2019), Varsak (2018), Yalçın (2018), Dayanıklı (2019) ve Elik (2020), çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmıştır.

Bu sonuçların aksine Arıkan (2018), yapmış olduğu araştırmada, gelir düzeyine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı puan ortalaması yüksekten düşüğe sırasıyla; gelir giderden fazla, gelir gidere eşit ve gider gelirden fazla olarak bulunmuştur. Oral (2018), Kayseri ilinde öğrenim gören öğrenciler üzerine yaptığı araştırmada, sağlıklı yaşam davranışlarının gelire göre anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Sağlık davranışı puan ortalaması yüksekten düşüğe sırasıyla; ekonomik durumu iyi, orta ve kötü olarak bulunmuştur. Erözkan (2020), tarafından yapılan araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu araştırmada gelir düzeyine göre sağlık yaşam davranışında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmaması gelir dağılıminın belirli limitler içinde olması ile açıklanabilir. Ayrıca alanyazınında gelirin farklılığın bulunmadığı çalışmalarda

niceliksel, farklılığın bulunduğu çalışmalarda ise niteliksel (düşük, orta, yüksek) olarak gruplandırıldığı gözlenmiştir.

Katılımcıların öz kontrol düzeyinin cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptanmıştır. Çelik (2019), dağcılık sporuyla ilgilenen 540 katılımcı üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, cinsiyetin öz kontrol üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığını bulmuştur. Karataş (2014), Ankara ilinde görev yapan polisler üzerine yaptığı bir çalışmada, öz kontrolün cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğine ulaşmıştır. Kırmızı (2014) ve Keçe (2019), çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmıştır.

Bu sonuçların aksine Boyalı (2020), İstanbul'da Marmara Üniversitesi'ne bağlı Atatürk Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören öğrenciler üzerine yaptığı çalışmada, öz kontrolün cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini tespit etmiştir. Kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yüksek öz kontrol düzeyine sahip olduğunu belirlemiştir. Şubaş (2018), Türkiye'de bulunan beş ayrı üniversitede öğrenim gören okul öncesi öğretmenliği bölümü öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada öz kontrol düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır. Kadın öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek öz kontrol puanına sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Achtziger ve Bayer (2020), Almanya'da devlet okulunda öğrenim gören ilkökul ve ortaokul öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öz kontrol düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuştur. Kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yüksek öz kontrol puanına sahip olduğu ortaya koyulmuştur. Benzer sonuçlara Türkeş (2004), Yılmaz (2017), Jo ve Bouffard (2014), tarafından yapılan çalışmalarda da ulaşmıştır. Jiang ve Zhao (2016), tarafından yapılan çalışmada, öz kontrolün cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği ve erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha yüksek öz kontrol puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada cinsiyete göre öz kontrol düzeyinin farklılaşmaması, iktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencilerine özgü bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Katılımcıların öğrenim gördükleri bölümlere göre öz kontrolün istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Katılımcıların öğrenim gördükleri tüm bölümlerde öz kontrol, öz yeterlilik gibi psikoeğitim derslerin olmaması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

Katılımcıların sınıf düzeylerine göre öz kontrolün istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptanmıştır. Şubaş (2018), Türkiye'deki beş ayrı üniversitede öğrenim gören okul öncesi öğretmenliği bölümü öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada, sınıf düzeyine göre öz kontrolün anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Farklılığın olmaması öğrenim görülen bölümlerde öz kontrol ve öz kontrol farkındalığına yönelik derslerin bulunmamasına bağlanabilir.

Katılımcıların öz kontrol düzeylerinin gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Boyalı (2020), İstanbul ilinde öğrenim gören öğrenciler ile yapmış olduğu çalışmada, öz kontrol düzeyinin gelire göre anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır. Bu sonuçların aksine Çelik (2019), dağcılık sporu ile uğraşan bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, gelire göre öz kontrolün farklılık gösterdiğini tespit etmiştir. Buna göre gelir düzeyi arttıkça öz kontrol de artmaktadır. Bu araştırmada, gelir durumuna göre öz kontrol düzeyinde farklılığın olmaması nedeni, gelirin belirli limitler içerisinde bulunmasına ve yakın gelir dağılımına sahip olunmasına bağlanabilir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Altınok (2019), İstanbul ilinde öğrenim gören Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki bulmuştur. Arıkan (2018), Ankara ilinde öğrenim gören lisans düzeyindeki öğrenciler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında benzer sonuçlara ulaşmıştır. Tatar (2020), Kırıkkale ilinde öğrenim gören tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulmuştur.

Sezer (2012), yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”ni kullanarak yaptığı araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasında anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğunu saptamıştır. Benzer sonuçları Akcilek (2017), İstanbul ilinde bulunan bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören lisans öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarını belirlemek amacıyla SF-12 (Kısa form-12) ölçeğini kullanarak yaptığı araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf ilişki gözlemlenmiştir.

Hyman ve ark. (2020), Kanada’da bulunan üç ilkokulda öğrenim gören 8. sınıf öğrencileri üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, öğrencilere, iki ay boyunca verilen dijital sağlık okuryazarlık eğitimi sonucunda önemli düzeyde sağlıklı yaşam davranışları sergilediklerini ortaya koymuşlardır. Benzer bulguları Geboers ve ark. (2014), Holanda’da yaptıkları araştırmada bulmuşlardır. Papadacos ve ark. (2018), sağlık okuryazarlığı ile kanser arasındaki ilişkiyi inceleyen derleme çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile kanser hastalığını yönetme davranışları arasında anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek olanların düşük olanlara göre daha düzenli egzersiz ve kahvaltı yaptıkları gözlenmiştir. Yang ve ark. (2017), Gallè ve ark. (2020), Olisarova ve ark. (2020), Ozturk ve Alkaya (2020), Rueda-Medina ve ark. (2020), Park ve ark. (2017) ve Turan ve ark. (2020) çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmışlardır.

Bu bulguların aksine Dayanıklı (2019), Düzce ilinde öğrenim gören hemşirelik bölümü öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönde ve düşük düzeyde ilişki olduğunu bulmuştur. Dayanıklı (2020)’nin bulduğu sonuçlar şaşırtıcı ve düşündürücüdür. Bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı, pozitif yönlü ilişkinin bulunması sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça bireylerin daha sağlıklı yaşam davranışı sergileyeceklerini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ile öz kontrol düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Wang ve ark. (2016), Tayvan'da 395 tip 2 diyabet hastası üzerinde yaptıkları araştırmada, eleştirel sağlık okuryazarlığı ile öz kontrol davranışları arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Poelman ve ark. (2018), Hollanda'da "algılanan yiyecek okuryazarlığı" adlı ölçeği geliştirdikleri araştırmada, algılanan yiyecek okuryazarlığı ile öz kontrol arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptamışlardır. Schinckus ve ark. (2018), Belçikada yaptıkları araştırmada, hastaların sağlık okuryazarlığı ile diyabet yönetimi arasında pozitif yönlü ilişki bulmuşlardır. Benzer sonuçlar Kim ve Utz (2019); Federman ve ark. (2014); Zhang ve ark. (2020); Lovett ve ark. (2020); Dahal ve Hosseinzadeh (2019); Heijmans ve ark. (2014); Chen ve ark. (2017); Lai ve ark. (2013); ve Muscat ve ark. (2019), tarafından yapılan çalışmalarda da ulaşılmıştır. Bu araştırma sonuçları, sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol düzeyleri arasında ilişki olduğu, bireylerin sağlık okuryazarlığı artıkça öz kontrollerinin de arttığını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların öz kontrol düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Szabo ve ark. (2019), Macaristan'da yaşları 14 ile 19 arasında olan 274 kişi üzerinde gerçekteştirdikleri araştırmada, öz kontrol düzeyi ile sağlıklı yeme davranışı arasında olumlu ilişki bulmuşlardır. Ha ve ark. (2019), Amerikada yaşayan 8 ile 13 yaş aralığında olan 59 çocuk üzerinde yaptıkları araştırmada, öz kontrol ile sağlıklı olmayan yiyecek davranışları arasında ilişki bulmuşlardır. Buna göre öz kontrolü olanların sağlıklı yiyecekleri daha fazla tükettikleri ifade edilebilir. Hostinar ve ark. (2015), 15-55 yaş aralığında olan kronik hastalıklara sahip yetişkinler ile gerçekteştirdikleri araştırmada, öz kontrol ile sigara, alkol ve şişmanlık arasında ters yönlü ilişki gözlerken, egzersiz davranışı ile pozitif yönlü ilişki gözlemlemişlerdir. Moffitt ve ark. (2011), tarafından yapılan araştırmada, düşük okuryazarlık düzeyi ile kötü sağlık durumu ve sağlık problemleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benzer sonuçlar, Beenackers ve ark. (2017), Boals ve ark. (2011), Will Crescioni ve ark. (2011) ve Junger ve Kampen (2010), tarafından yapılan araştırmalarda ortaya koyulmuştur.

Alanyazınında elde edilen sonuçla bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Kendini ve davranışlarını yönetebilen bireyler, kendilerine yarar

sağlayacak eylemlerde buldukları söylenebilir. Sağlıkları ile ilgili daha ussal seçimlerde bulunup, daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilecekleri ifade edilebilir. Özellikle aktif hasta katılımının gerekli olduğu kronik hastalıkların tedavi sürecinin daha etkin yürütülmesinde katkı sağlanabilir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin öz kontrol üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Federman ve ark. (2014), Amerikanın farklı eyaletlerinde (New York, Chicago ve Illinois) astım hastalığına sahip 60 yaş ve üzerindeki 433 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların yüksek okuryazarlığa sahip hastalara göre daha az öz kontrol davranışında bulduklarını belirlenmiştir. Geboers ve ark. (2016), Hollanda’da yaşayan 75 yaş ve üzerindeki 1052 katılımcı ile yaptıkları bir başka araştırmada, düşük okuryazarlık düzeyine sahip katılımcıların yetersiz veya kötü olarak ifade edilebilecek öz kontrol becerileri sergilediklerini ortaya koyulmuştur. Jeganathan ve Hosseinzadeh (2020), yaptıkları sistematik derleme çalışmasında, sağlık okuryazarlığının öz kontrol becerisini etkilediğini belirlemişlerdir. Benzer sonuçlar, McKenna ve ark. (2020), tarafından yapılan çalışmada da saptanmıştır. Alanyazınında elde edilen sonuçlar bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça farkındalıklarının da yükseldiği, dolayısıyla davranışlarda bulunurken daha bilinçli ve kontrollü oldukları ifade edilebilir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bektas ve ark. (2020), 13-18 yaş aralığındaki ergenler üzerinde yaptıkları araştırmada, sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışlarını etkilediğini bulmuşlardır. Park ve ark. (2017), Amerika’da öğrenim gören 250 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, sağlık okuryazarlığının sağlık davranışlarını etkilediklerini belirlemişlerdir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip öğrencilerin, daha düşük sağlık statüsü, sağlıksız yeme davranışları, daha kilolu olma gibi bir dizi sağlıksız davranışlarda buldukları ortaya koyulmuştur.

Hyman ve ark. (2020), Kanada’daki bir ilkokulda öğrenim gören 8. sınıf öğrencileri üzerinde 6 aylık süreyi kapsayan müdahale çalışmasında, sağlık

okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışlarını etkilediğini saptamışlardır. Buna göre, öğrencilerin dijital sağlık okuryazarlık düzeyleri artıkça daha düzenli uyku uyuma, meyve ve sebze tüketimi, daha az şeker tüketimi, egzersiz yapma, dışarda oynama gibi sağlıklı davranışlar sergiledikleri gözlenmiştir. Benzer sonuçlar, Aaby ve ark. (2017), Sezer ve Amarat (2018), Lee ve ark. (2016), Stormacq ve ark. (2020) ve Tatar (2020), tarafından yapılan çalışmalarda da ulaşılmıştır. Alanyazınında elde edilen sonuçlar bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça buna bağlı olarak sağlıklı yeme davranışı, egzersiz yapma, düzenli uyku, daha az şeker ve tuz tüketimi gibi bireyin yaşamını olumlu etkileyecek sağlıklı davranışlarında arttığı söylenebilir.

Katılımcıların tedavi ve hizmet bilgi düzeylerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Alanyazınındaki ilgili araştırmalar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından ‘‘Tedavi ve Hizmet’’ alt boyutunun sağlıklı yaşam davranışları üzerinde etkisini inceleyen araştırmaya rastlanılmamıştır. Bireylerin tedavi ve sağlık hizmeti hakkında bilgi birikimleri arttıkça daha sağlıklı davranışlarda bulunacakları söylenebilir.

Katılımcıların hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgi düzeylerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Alanyazınındaki ilgili araştırmalar incelendiğinde; sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından ‘‘Hastalıktan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi’’ alt boyutunun sağlıklı yaşam davranışları üzerinde etkisini ele alan çalışmaya rastlanılmamıştır. Hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirmeye yönelik bilgi ve farkındalık düzeyi arttıkça, sağlıklı davranışlarda bulunulması gözlenmektedir.

Katılımcıların öz kontrol düzeylerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Zhang ve ark. (2020), Çin’in Sincan bölgesinde yaşayan yüksek tansiyon hastalığına sahip 516 Kazak kökenli hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, öz kontrolün sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Wang ve ark. (2017), Çin’de bulunan 6 kasabada yaşayan, 882 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, öz kontrolün sağlıklı yaşam

davranışlarını olumlu etkilediğini bulmuşlardır. Benzer sonuçlar, Tangney ve ark. (2004), Robinson ve ark. (2016), Koning ve ark. (2010), tarafından yapılan çalışmalarda da bulunmuştur. Alanyazınındaki ilgili araştırmalar bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Öz kontrol düzeyi yüksek olan bireylerin, kendileri için daha daha faydalı seçimler ve sağlıklı yaşam davranışlarında buldukları ifade edilebilir.

Katılımcıların “Kendini Ayarlama” ile ilgili becerilerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Alanyazınındaki ilgili araştırmalar incelendiğinde; öz kontrol alt boyutlarından “Kendini Ayarlama” alt boyutunun sağlıklı yaşam davranışları üzerindeki etkisini inceleyen araştırmaya rastlanılmamıştır. Kendini ayarlama özelliği sayesinde bireyler, yapacakları seçim ve eylemlerin farkında oldukları için sağlıkları açısından daha yararlı davranışlarda buldukları söylenebilir. Katılımcıların “Kendini Değerlendirme” ile ilgili becerilerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Alanyazınındaki ilgili araştırmalar incelendiğinde; öz kontrol alt boyutlarından “Kendini Değerlendirme” alt boyutunun sağlıklı yaşam davranışları üzerindeki etkisini ele alan çalışmaya rastlanılmamıştır. Kendini değerlendirme becerisine sahip olan bireyler, yapacakları seçim ve eylemlerin sonuçlarının kendileri için neyi ifade ettiğini yorumlayabilirler. Dolayısıyla sağlık statüleri için faydalı olacak tercih ve davranışlarda buldukları ifade edilebilir. Katılımcıların “Kendini Pekiştirme” ile ilgili becerilerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir. Alanyazınındaki ilgili araştırmalar incelendiğinde; öz kontrol alt boyutlarından “Kendini Pekiştirme” alt boyutunun sağlıklı yaşam davranışları üzerindeki etkisini ele alan araştırmaya rastlanılmamıştır. Kendini pekiştirme yetisine sahip bireyler, kendilerini takdir edecek tercih ve eylemlerde bulunurlar. Dolayısıyla bu beceriye sahip bireylerin, sağlıklı davranışlarda buldukları söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün aracı role sahip olduğu saptanmıştır. Domino taşı etkisinde olduğu gibi belirli bir düzeyde sağlık okuryazarlık becerisine sahip bireyler, bu becerinin (sağlıkla ilgili olumsuz davranışları bilme, tedavi sürecinde hasta katılımının önemi gibi) etkisi

ile belirli düzeyde öz kontrol farkındalığına sahip olacaklardır. Sağlık okuryazarlığı becerisinin yanı sıra öz kontrol farkındalığını da kazanmış bireylerin sağlıkları ile ilgili daha ussal kararlar verip buna yönelik davranış ve eylemlerde buldukları söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün düzenleyici role sahip olduğu saptanmıştır. Şöyle ki öz kontrolün düşük olduğu durumda, sağlık okuryazarlığının sağlıklı davranışlara olan etkisi artacaktır. Ancak öz kontrolün orta ve yüksek olduğu durumlarda sağlık okuryazarlığının sağlıklı davranışlar üzerindeki etkisi daha da artacaktır. Yani belirli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlıklı davranışlarda bulunacaktır. Bununla birlikte öz kontrol becerisinin düşük, orta ve yüksek olması durumuna göre sergilenen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının niteliği ve niceliğinin de artacağı söylenebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, katılımcılardan elde edilen verilerin analiz edilmesi ile ulaşılan sonuçlar ve bu sonuçlar doğrultusunda geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

5.1. Sonuçlar

Araştırma, 797 (%77,9) kadın 226 (%22,1) erkek toplam 1023 katılımcı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları 20,68 olarak hesaplanmıştır. 381 (%37,2) katılımcı Sağlık Yönetimi Bölümü, 222 (% 21,7) katılımcı Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Bölümü, 206 (%20,1) katılımcı Sosyal Hizmet Bölümü ve 214 (%20,9) katılımcının İkt_İşl_Mal_Banka bölümünde öğrenim gördüğü bulunmuştur.

Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıf düzeyleri incelendiğinde; 257 (%25,1) katılımcının 1. sınıf, 276 (%27) katılımcının 2. sınıf, 187 (%18,3) katılımcının 3. sınıf ve 303 (%29,6) katılımcının 4. sınıf öğrencisi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %98,6'sının bekâr olduğu (%98,6) tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşadıkları yer incelendiğinde; 771 (%75,4) katılımcının kentlerde, 252 (%24,6) katılımcının kırsal bölgelerde yaşadığı gözlenmiştir. 308 (%30,1) katılımcı 0-2324 TL, 304 (%29,7) katılımcı 2325-3400 TL ve 411 (%40,2) katılımcı ise 3401 TL ve üstü gelir düzeyine sahiptir. Katılımcıların %99,7'sinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na tabi olduğu, %,03'nin ise özel sağlık sigortasına sahip olduğu bulunmuştur.

Çalışmada katılımcıların genel sağlık okuryazarlık puan ortalaması 33,28 olarak belirlenmiş ve katılımcıların çoğunlukla yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının cinsiyet, yaşanan yer, bölüm, sınıf ve gelire göre istatistiksel olarak

anlamli farklılık göstermediği saptanmıştır. Ancak katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının cinsiyete göre anlamli farklılık gösterdiği ve erkeklerin kadınlara göre daha yüksek sağlıklı yaşam davranışı puanına sahip olduğu ortaya koyulmuştur.

Korelasyon analizi sonucunda, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatiksels olarak anlamli pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Öz kontrol ile sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatiksels olarak anlamli, pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ölçeği genel boyutu ile ölçeğin alt botutları olan; “Manevi Gelişim” alt boyutu, “Stres Yönetimi” alt boyutu “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu ve “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutları arasında istatiksels olarak anlamli pozitif yönde güçlü ilişki, “Fiziksel Aktivite” alt boyutu ve “Beslenme” alt boyutları ile pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

“ Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı II ” ölçeğini oluşturan alt boyutların kendi aralarındaki ilişki incelendiğinde; “Fiziksel Aktivite” alt boyutu ile “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu, “Beslenme” alt boyutu ile “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu, “Beslenme” alt boyutu ile “Fiziksel Aktivite” alt boyutu, “Manevi Gelişim” alt boyutu ile “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu, “Manevi Gelişim” alt boyutu ile “Fiziksel Aktivite” alt boyutu, “Manevi Gelişim” alt boyutu ile “Beslenme” alt boyutu, “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu ile “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu, “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu ile “Fiziksel Aktivite” alt boyutu, “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu ile “Beslenme” alt boyutu ve “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu ile “Manevi Gelişim” alt boyutu arasında istatiksels olarak anlamli pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.

“TSOY-32” genel ve ölçeğin alt boyutları olan “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu ve “Hastalıklardan Korunma” alt boyutu arasında istatiksels olarak anlamli pozitif yönde güçlü ilişki olduğu hesaplanmıştır. Boyutların kendi aralarında ise istatiksels olarak anlamli pozitif yönlü güçlü ilişki olduğu saptanmıştır.

“Öz Kontrol Ölçeği” genel boyutu ile ölçeğin alt boyutları olan “Kendini Ayarlama” alt boyutu, “Kendini Değerlendirme” alt boyutu ve “Kendini Pekiştirme” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü güçlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Boyutların kendi aralarındaki ilişkileri incelendiğinde; “Kendini Ayarlama” alt boyutu ile “Kendini Değerlendirme” alt boyutu arasında, “Kendini Pekiştirme” alt boyutu ile “Kendini Değerlendirme” alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Etki analizi sonucunda; sağlık okuryazarlığının öz kontrol üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışları üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

“TSOY-32” ölçeğinin alt boyutları olan “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu ve “Hastalıklardan Korunma” alt boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

“Öz Kontrol” ölçeğinin alt boyutları olan “Kendini Ayarlama” alt boyutu, “Kendini Değerlendirme” alt boyutu ve “Kendini Pekiştirme” alt boyutunun da sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün aracı rolünün olup olmadığı incelendiğinde, öz kontrolün sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkide aracı role sahip olduğu gözlenmiştir. Buna göre, sağlık okuryazarlığının öz kontrol aracılığıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde dolaylı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Tahmin/yordayıcı değişken olan sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol, sonuç/yordanan değişken olan sağlıklı yaşam davranışlarındaki değişimin %24’ünü açıklamaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün düzenleyici rolü olup olmadığı incelendiğinde; öz kontrolün sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkide düzenleyici role sahip olduğu saptanmıştır. Öz kontrol düzeyinin düşük olduğu durumda sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkisi daha düşük, orta olduğu durumlarda orta ve yüksek olduğu durumlarda ise yüksek etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgulara dayalı olarak geliştirilen öneriler ve konu ile ilgili genel öneriler aşağıda sunulmuştur.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu düzeyin artırılması amacıyla katılımcılara; sağlık bilgilerini okuma, anlama ve yorumlayabilme becerilerinin kazandırıldığı zorunlu sağlık okuryazarlığı derslerinin ilkökul çağından başlamak üzere eğitim hayatlarının her aşamasında verilmesi önerilebilir.

Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre erkeklerin kadınlara göre daha sağlıklı davranış sergiledikleri belirlenmiştir. Kadınların daha sağlıklı yaşam davranışları sergilemeleri amacıyla gerek barındıkları yurt veya mahallelerde gerekse üniversite ortamında yoga, plates, dans gibi, sportif etkinlikleri yapabilecekleri ortamlar ve imkânların oluşturulması önerilebilir. Ayrıca kadın öğrencilerin üniversitede spor ve sosyal faaliyetlere katılımları desteklenebilir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde etkisinin olduğu saptanmıştır. Sağlık bilgilerinin aile ortamında geliştiği düşüncesinden hareketle Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, belediye ve üniversite işbirliği ile ebevenlere sağlık okuryazarlık eğitiminin verilmesi, böylelikle daha kısa sürede daha az maliyetle yüksek

sağlık okuryazarlık becerisine sahip sağlıklı ve bilinçli toplumlar oluşturulması önerilebilir.

Katılımcıların öz kontrol düzeylerinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde etkisinin olduğu gözlenmiştir. Sağlıklı yaşam davranışlarının yaşam biçimi haline getirebilmesi amacıyla ilkokul çağından başlanmak üzere üniversiteleri de kapsayan eğitim sürecinde öz kontrol, öz saygı, öz yeterlilik gibi sağlığın gelişimine olumlu katkıda bulunan psikoeğitimlerin müfredat programlarında yer alması önerilebilir.

Üniversitede koşu, yürüyüş, futbol, basketbol, voleybol, dans gibi sportif faaliyetlerin öz kontrol ve öz yeterlilik gibi becerilerin gelişmesine olumlu anlamda katkıda bulunduğu konusunda öğrenciler, üniversite yöneticileri ve aileler bilinçlendirilerek bu faaliyetlerin desteklenmesi sağlanabilir.

Tedavi ve hizmet boyutu ve hastalıktan korunma boyutunun sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Sağlığın dört temel belirleyicisinden olan davranış ve çevre boyutlarının, sağlık ve sağlıklı yaşam davranışı üzerindeki önemli etkisinden yola çıkarak Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) ve yerel yönetimler (büyükşehir belediyesi, belediyeler ve il özel idaresi gibi) özelinde diğer paydaşların katılımıyla; daha temiz, güvenilir içme suyu ve yiyecek sağlanması, atık yönetiminin çevreye duyarlı olduğu, hava ve gürültü kirliliğinin olmadığı yaşam alanlarının artırılması önerilebilir. Ayrıca gezici kanser tarama hizmetlerinin ve sağlıklı hayat merkezlerinin kullanımının artırılması için topluma yönelik sosyal pazarlama teknikleri kullanılabilir.

Öz kontrol aracılığıyla sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışları üzerinde dolaylı etkisi olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı becerisi, öz kontrolü olumlu anlamda etkilemektedir. Bu bağlamda özellikle kırsal bölgelerde yaşayan dezavantajlı gruplar başta olmak üzere toplumun her kesimine sağlık okuryazarlık eğitiminin verilmesi önerilebilir. Belirli bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin öz kontrol becerilerinin de olumlu etkileceği ve gelişeceği söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkide öz kontrolün düzenleyici role sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre belirli bir sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin aynı zamanda öz kontrol becerisine olması durumunda daha sağlıklı davranışlar geliştirdikleri bulunmuştur. Özellikle hasta katılımının önemli olduğu diyabet, solunum yolu hastalığı, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip öğrencilere öz kontrol farkındalığının kazandırılmasının tedavi süreci ve maliyeti açısından önemli katkıları olacağı düşünülmektedir.

Araştırma konusu ile ilgili olarak geliştirilen genel önerilere aşağıda yer verilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlar tarafından sağlık okuryazarlığı, öz kontrol ve sağlıklı yaşam ile ilgili alacakları kararlarda bu araştırmadan elde edilen sonuçların, dikkate alınması önerilmektedir. Üniversite yönetimince belirli zaman aralıkları ile (yılda iki defa veya daha fazla) bütün üniversite öğrencilerine temel düzeyde sağlık eğitimi ve öz kontrol öz yeterlilik gibi psikoeğitimin verilerek öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması önerilmektedir. Üniversite ile Kredi ve Yurtlar Kurumu işbirliği ile yurtlarda kalan öğrencilerin sağlığı olumsuz etkileyen ve obeziteye neden olan yiyecekleri tüketmemeleri konusunda bilinçlendirilmesi ve bu besinlerin (fast food gibi) tüketilmesini en aza düşürecek önlemler alınarak, sağlıklı besinlerin tüketilmesi (düşük ücret veya ücretsiz yemek) artırılabilir. Ayrıca fiziksel sosyal ve ruhsal gelişimlerini destekleyecek sosyal (okuma etkinlikleri, satranç, akıl okyunları gibi) ortamların oluşturulması, fiziksel aktiviteyi artıracak tesis ve imkânların (kampüs içerisinde yürüyüş yolu, voleybol, basketbol ve futbol sahaları, yoga, plates, dans gibi etkinlikler) oluşturulması hem fiziksel hareketliliği artırması hem ruhsal gelişim hem de sosyalleşme düzeyini artırması bakımından önemlidir.

Bu araştırma, üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda yetişkin ve yaşlı nüfusun konu ile ilgili düzeyinin belirlenmesi önerilmektedir.

ÖZET

Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde öğrenim gören lisans öğrencilerinin sağlık okuryazarlık, öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini belirlemek, sosyodemografik özelliklere göre farklılıklarını ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koymak, öz kontrolün aracı ve düzenleyici rolünü belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Fakülteye kayıtlı 2645 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş 25 Kasım 2020 - 14 Ocak 2021 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 1023 öğrenciye ulaşılmıştır.

Veri toplama aracı olarak Okyay ve ark. (2016), tarafından geliştirilen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, Bahar ve ark. (2008), tarafından geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ve Ercoşkun (2016), tarafından Türkçe'ye uyarlanan “Öz Kontrol-Öz Yönetim” Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde AMOS 23.0, IBM SPSS 22.0 ve SPSS 22.0'in eklentisi Process Macro v3.5 programları kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, sağlık okuryazarlığı ve öz kontrolün; cinsiyet, yaşanılan yer, bölüm, sınıf ve gelire göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışların cinsiyet haricinde yaşanılan yer, bölüm, sınıf ve gelire göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Araştırmada; sağlık okuryazarlığı, öz kontrol, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bunların alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda; pozitif yönlü orta ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Regresyon analizi sonucunda; sağlık okuryazarlığının öz kontrol ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrolün sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrol ölçekleri alt boyutlarının sağlıklı yaşam davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi hesaplanmıştır. Aracı etki analizi sonucunda öz kontrolün aracı rolü olduğu belirlenmiştir. Düzenleyici etki analizi ile öz kontrolün düzenleyici role sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ve öz kontrolün yükseltilmesi yoluyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Öz Kontrol, Üniversite Öğrencileri, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Politikası, Sağlık Yönetimi.

SUMMARY

An Assessment of the Relationship Between Health Literacy, Self-Control, and Healthy Lifestyle Behaviors

The aims of this study are to determine the level of health literacy, self-control and healthy lifestyle behaviors of undergraduate students in the Faculty of Economics and Administrative Sciences at Burdur Mehmet Akif Ersoy University, to reveal the differences and the relationship between them based on sociodemographic characteristics, and to determine the mediating and/or moderation roles of self-management.

The population of the research consists of 2645 students registered in the Faculty. No sample was selected in the study. Between November 25, 2020 and January 14, 2021, a total of 1,023 students agreed to participate in the study.

The following scales are chosen as the data collection method: "Turkey Health Literacy Scale" by Okyay et al. (2016), "Healthy Lifestyle Behaviors II" by Bahar et al. (2008) and "Self-control-Self-management" that is a self-control & self-management scale adapted to use in Turkey by Ercoşkun (2016). In order to analyze the data, AMOS 23.0, IBM SPSS 22.0 and Process Macro v3.5, which are add-ons to SPSS 22.0, were used.

As a result of the research, it was determined that health literacy and self-management do not differ significantly according to gender, place of residence, department, class, and income. Healthy lifestyle behaviors do not have a significant difference based on the place of residence, department, class, and income except gender. In the research, correlation analysis was conducted to determine the relationship between health literacy, self-management, healthy lifestyle behaviors and their factors. As a consequence of the analysis, a positive, moderate and highly significant relationship was found. As a result of the regression analysis, the following statistically significant effects were obtained: health literacy on self-management and healthy lifestyle behaviors, self-management on healthy lifestyle behaviors, health literacy and self-management on healthy lifestyle behaviors, health literacy and sub-dimensions of self-managements scales on healthy lifestyle behavior. In consequence of mediation effect analysis, it was determined that self-management has a mediator role. Through regulatory impact analysis, self-management has been found to have a regulatory role. It is recommended to develop healthy lifestyle behaviors by increasing health literacy and self-management.

Keywords: Health Literacy, Health Management, Health Policy, Self-Control, University Students.

KAYNAKLAR

- AABY A, FRIIS K, CHRISTENSEN B, ROWLANDS G, MAINDAL HT (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, **24** (17): 1880–1888.
- ABOUMATAR H.J, CARSON KA, BEACH MC, ROTER DL, COOPER LA (2013). The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine*. **28** (11):1469–1476.
- ACHTZIGER A, BAYER UC (2020). Self-control mediates the link between gender and academic achievement in sex-stereotyped school subjects in elementary and in higher secondary schools. *Current Psychology* **39** (1):1683–1695.
- AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE (2018). NATIONAL STATEMENT ON HEALTH LITERACY: Taking action to improve safety and quality. Erişim Adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/patient-and-consumer-centred-care/health-literacy> Erişim Tarihi: 28.01.2021.
- ADAMS RJ, PANTADOSI C, ETTRIDGE K, MILLER C, WILSON C, TUCKER G, HILL CL (2013). Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Education and Counseling*, **91** (2): 206–212.
- AFFENITO SG (2007). Breakfast: a missed opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*, **107** (4): 565–569.
- AKBULUT Y (2015). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi, *Sağlık Okuryazarlığı*, Ed.: YILDIRIM F, KESER A, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3, Ankara.
- AKÇİLEK E (2017). Üniversite Katılımcılarında Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- AKERS RL (1991). Self-control as a general theory of crime. *Journal of Quantitative Criminology*, **7** (2): 201–211.
- AKGÜL B (2017). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ALTIN SV, FINKE I, KAUTZ-FREIMUTH S, STOCK S (2014). The evolution of health literacy assessment tools: A systematic review. *BMC Public Health*, **14** (1): 1207.
- ALTINOK FC (2019). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Durumu İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- ARAZ A, HARLAK H, MEŞE G (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6 (2)**: 112-122.
- ARIKAN A (2018). Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma. Yüksek Lisan Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- ARIKAN R (2018). Anket yöntemi üzerinde bir değerlendirme. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **1**: 97-159.
- AYDIN DİNÇER GB (2019). Fizyoterapi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Isparta.
- BAHAR Z, AÇIL D (2014). Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **7 (1)**: 59-67.
- BAHAR Z, BEŞER A, GÖRDES N, ERSİN F, KISSAL A (2008). Sağlıklı yaşam biçim davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12 (1)**: 1-13.
- BAKER D, PARKER RM, WILLIAMS MV (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Medline*. **13 (12)**: 791–798.
- BAKER DW, WILLIAMS MV, PARKER RM, GAZMARARIAN JA, NURSS J (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy, *Patient Education and Counseling*, **38 (1)**: 33-42.
- BAKER DW, DEWALT DA, SCHILLINGER D, HAWK V, RUO B, BIBBINS-DOMINGO K, WEINBERGER M, MACABASCO-O'CONNELL A, PIGNONE M (2011). "Teach to Goal": Theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy. *Journal of Health Communication*, **16 (3)**: 73–88.
- BALBONI TA, FITCHETT G, HANDZO GF, JOHNSON, KS, KOENIG HG; PARGAMENT, KI, PUCHALSKI CM, SINCLAIR, S, TAYLOR EJ, STEINHAUSER KE (2017). State of the science of spirituality and palliative care research part II: Screening, assessment, and interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, **(1)**: 1-61.
- BAPTISTE-ROBERTS K, GARY TL, BECKLES GLA, GREGG EW, OWENS M, PORTERFIELD D, ENGELGAU MM (2007). Family history of diabetes, awareness of risk factors, and health behaviors among African Americans, *American Journal of Public Health*, **97 (5)**: 907–912.
- BARON RM, KENNY DA (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, **51 (6)**: 1173–1182.
- BASS PF, WILSON JF, GRIFFITH CH (2003). A shortened instrument for literacy screening. *Journal of General Internal Medicine*, **18 (12)**: 1036–1038.
- BAUMEISTER R.F, EXLINE J.J (2000). Self-control, morality, and human strength. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **19 (1)**: 29–42.

- BAYRAM N (2010). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: AMOS Uygulamaları. 1. Baskı Ezgi Kitapevi, Bursa.
- BAYAZİT T (2019). Cumhuriyet Üniversitesi Lisans Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.
- BEENACKERS M.A, OUDE GROENIGER J, VAN LENTHE FJ, KAMPHUIS CBM (2017). The role of financial strain and self-control in explaining health behaviours: the globe study. *European Journal of Public Health*, **28 (4)**: 597–603.
- BEKTAS I, AKDENİZ KUDUBES, AYAR D, BEKTAS M (2020). Predicting the healthy lifestyle behaviors of Turkish adolescents based on their health literacy and self-efficacy levels. *Journal of Pediatric Nursing*, **0**: 1-6.
- BENDA BB (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth and Society*, **36 (4)**: 418–444.
- BENJAMIN RM (2010). Improving health by improving health literacy. *Public Health Reports*, **125 (6)**: 784-785.
- BENSON PL, ROEHLKEPARTAIN EC, RUDE SP (2003). Spiritual development in childhood and adolescence: toward a field of inquiry. *Applied Developmental Science*, **7 (3)**: 205–213.
- BERGER, CR, ROLOFF ME, WILSON SR, DILLARD JP, CAUGHLIN J, SOLOMON D (2016). Measuring Interpersonal Communication. The International Encyclopedia of Interpersonal Communication First Edition. Published by John Wiley & Sons, Inc.
- BERKMAN L, BRESLOW L (1983). Health and Ways of Living: The Alameda County Study. New York: Oxford University Press.
- BOALS A, VANDELLEN MR, BANKS JB (2011). The relationship between self-control and health: The mediating effect of avoidant coping. *Psychology & Health*, **26 (8)**: 1049–1062.
- BOTHE DA, GRIGNON JB, OLNESS KN.(2014). The effects of a stress management intervention in elementary school children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, **35 (1)**: 62–67.
- BOYALI C (2020). Öz-Kontrol İle Akademik Erteleme Arasındaki İlişkide Akıllı Telefon Bağımlılığının Aracı Rolünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- BUCHANAN T, SMITH JL (1999). Using the Internet for psychological research: Personality testing on the world wide web. *British Journal of Psychology*, **90**: 125-144.
- BULDUK S, YURT S, DİNÇER Y, ARDIÇ E (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **5 (1)**: 28-34.
- Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. Erişim Adresi: [\[https://iibf.mehmetakif.edu.tr/\]](https://iibf.mehmetakif.edu.tr/). Erişim Tarihi: 20.01.2021.
- BURKHART K, MASON E, LAZEBNIK R (2017). Stress management intervention: A pilot evaluation in an urban adolescent medicine clinic. *Clinical Pediatrics*, **57 (6)**: 1-7.

- BURNS LE (1988). Stress management for wellness: Book reviews. *Journal of Psychosomatic Research*, **32** (4):553-556.
- BÜYÜKÖZTÜRK Ş (2010). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 12. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.
- BYRNE BM (2016). Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming. Third Edition, Routledge 711 Third Avenue, New York, NY 10017.
- CABELLOS-GARCIA AC, MARTINEZ-SABATER A, CASTRO-SÁNCHEZ E, KANGASNIEMI M, JUÁREZ-VELA R, GEA-CABALLERO V (2018). Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: a narrative systematic review. *BMC Public Health*, **18** (1): 1157.
- CAN A (2014). SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. 3. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.
- CAUFFMAN E, STEINBERG L, PIQUERO, AR (2005). Psychological, neuropsychological and physiological correlates of serious antisocial behavior in adolescence: the role of self-control. *Criminology*, **43** (1): 133–176.
- CAVANAUGH KL (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*, **1**(2): 191–199.
- CHEN YC, CHANG, LC, LIU CY, HO YF, WENG, SC, TSAI TI (2018). The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Scholarship*, **50** (3): 265–275.
- CHOI S, SONG M, CHANG SJ, KIM S (2014). Strategies for enhancing information, motivation, and skills for self-management behavior changes: a qualitative study of diabetes care for older adults in Korea, *Patient Prefer. Adherence*, **8** (1):219–226.
- CİHANGİROĞLU Z, DEVECİ SE (2011). Fırat üniversitesi elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, **16** (2) 78-83.
- CİVELEK ME (2018). Yapısal Eşitlik Modellemesi Metodolojisi. 1. Baskı Beta Yayınları, İstanbul.
- COCKERHAM WC (2000). The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles, *Handbook of Medical Sociology*, 5th ed., edited by BIRD CE, CONRAD P, FREMONT AM and UPPER SADDLE RIVER, NJ: Prentice Hall.
- COCKERHAM WC (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior* **46**: 51–67.
- COLES R (1990). The spirituality of children. Illustrated. Boston: A Peter Davison Book/Houghton Mifflin Company.
- COLLIER KE (2020). Applied Structural Equation Modeling Using AMOS: Basic to Advanced Techniques. Routledge 52 Vanderbilt Avenue, New York, NY 10017 and by Routledge 2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon, OX14 4RN.

- CONWAY JM, HUFFCUTT AI (2003). A review and evaluation of exploratory factor analysis practices in organizational research. *Organizational Research Methods*, **6 (2)**: 147–168.
- CORTINA JM (1993). What Is Coefficient Alpha An Examination of Theory And Applications. *Journal of Applied Psychology*. **78 (1)**: 98.
- CROSS TL, BAZRON BJ, DENNIS KW, ISAACS MR (1989). Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children who are Severely Emotionally Disturbed (1). Georgetown: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
- ÇOKLUK Ö, ŞEKERCİOĞLU G, BÜYÜKÖZTÜRK Ş (2012), Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Pegem Akademi, Ankara.
- ÇELİK EO (2009). Dağcılık Sporü ile Uğraşan Bireylerin Doğaya Bağlılık, Bilinçli Farkındalık, Öz Kontrol Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- DAHAL PK, HOSSEINZADEH H (2019). Association of health literacy and diabetes self-management: a systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, **25 (6)**: 526-533.
- DAŞDEMİR AC (2019). Sivas Lise Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- DAVIS TC, CROUCH MA, LONG SW, JACKSON RH, BATES P, GEORGE RB, BAIRNSFATHER LE (1991). Rapid estimate of adult literacy in medicine: primary care patients. *Family Medicine*, **23 (6)**: 433-435.
- 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. *Family Medicine*, **25 (6)**: 390-395.
- DAYANIKLI F (2019). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı ve Dijital Okuryazarlık Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
- DEĞERLİ H (2018). Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Algılarına Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
- DENİZ S (2018). Malatya İli Akçadağ İlçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- DUMITRESCU A, ZETU L, TESLARU S (2012). Instability of self-esteem, self-confidence, self-liking, self-control, self-competence and perfectionism: associations with oral health status and oral health-related behaviours. *International Journal of Dental Hygiene*, **10 (1)**: 22–29.
- DURMAZ Y, YAYAN E, SEZGİN H (2016). Sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı kavramı hakkındaki bilgi düzeyi. *Konuralp Tıp Dergisi*, **8 (2)**: 114-117.

- DURUSU-TANRIÖVER M, YILDIRIM HH, DEMİRAY-READY FN, ÇAKIR B, AKALIN HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- ELİK B (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Akıllı Telefon ve İnternet Bağımlılığı Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
- ERCOŞKUN MH (2016). Adaptation of self-control and self-management scale (scms) into Turkish culture: a study on reliability and validity. *Educational Sciences: Theory and Practice*, **16 (4)**: 1125-1145.
- ERÖZKAN S (2020). Üniversite Öğrencilerinde Aile Aidiyetinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.
- ERTEM AA (2019). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışlarıyla İlişkisi (Sağlık Teknikerliği Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma). Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- EVANS TD, CULLEN FT, BURTON VS, DUNAWAY RG, BENSON ML (1997). The social consequences of self-control: testing the general theory of crime. *Criminology*, **35 (3)**: 475–504.
- FAIOLAA, PAPAUTSKY LIZABETH L, ISOLA M (2018). Empowering the aging with mobile health: a mhealth framework for supporting sustainable healthy lifestyle behavior. current problems in cardiology. *The End-to-end Journal*, **0**: 1-55.
- FEDERMAN AD, WOLF MS, SOFIANOU A, MARTYNNENKO M, O'CONNOR R, HALM EA, WISNIVESKY JP (2014). Self-management behaviors in older adults with asthma: associations with health literacy. *Journal of the American Geriatrics Society*, **62 (5)**: 872–879.
- FIELD A (2009). Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock 'n' roll). (3rd ed). London, SAGE Publications.
- FINCH WH, IMMEKUS JC, FRENCH BF (2016). Applied Psychometrics Using SPSS and AMOS. Information Age Publishing Inc. United States of America.
- FISHER JD, FISHER WA, AMICO KR, HARMAN JJ (2006). An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology*, **25 (4)**: 462–473.
- FİLİZ E (2015). Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- GALLÈ F, CALELLA P, NAPOLI C, LIGUORI F, PARISI EA, ORSI GB, VALERIO G (2020). Are health literacy and lifestyle of undergraduates related to the educational field? *An Italian survey. International Journal of Environmental Research and Public Health*, **17 (1)**: 6654-6663.
- GEBOERS B, DE WINTER, AF, LUTEN KA, JANSEN CJM, REIJNEVELD SA (2014). The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *Journal of Health Communication*, **19 (2)**: 61–76.

- GEBOERS B, DE WINTER AF, SPOORENBERG SLW, WYNIA K, REIJNEVELD SA (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*, **25** (11): 2869–2877.
- GOTTFREDSON MR, HIRSCHI T (1990). *A General Theory of Crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- GÖMLEKSİZ M (2019). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ.
- GÖZLÜ K (2018). Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- GÜLEÇ O (2020). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci ve Son Sınıf Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tokat.
- GÜVEN A (2016). Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- GÜVEN DY, BULUT H, ÖZTÜRK S (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*, **7** (2): 400-409.
- HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2017). Erişim Adresi: [\[https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html\]](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html). Erişim Tarihi: 20/11/2020.
- HAIR JR. JF, BLACK CW, BABIN JB, ANDERSON ER (2018). *Multivariate Data Analysis Eighth Edition*, Pearson Education, Cengage Learning, EMEA Cheriton House, North Way Andover, Hampshire, SP10 5BE United Kingdom.
- 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** (1): 56–69.
- HA O-R, LIM S-L, BRUCE JM, BRUCE AS (2019). Unhealthy foods taste better among children with lower self-control. *Appetite*. **139** (1): 84-89.
- HAYES AF (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, **76** (4): 408–420.
- HAYES AF (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis Regression-Based Approach Second Edition*. The Guilford Press Division of Guilford Publications, Inc. 370 Seventh Avenue Suite 1200, New York, NY 10001-1020.
- Health Canada (1999). *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. Health Canada, Ottawa, Canada.

- HEIJMANS M, WAVERIJN G, RADEMAKERS J, VAN DER VAART R, and RIJKEN M (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, **98 (1)**: 41–48.
- HO R (2006). Handbook of Univariate and Multivariate Data Analysis and Interpretation with SPSS. London & New York: Chapman & Hall/CRC Taylor and Francis Group.
- HOOVER AG (2019). Environmental Health Literacy; Defining Environmental Health Literacy. Chapter 1, FINN S. and O’FALLON L.R Editors. Population Health Branch (PHB) National Institute of Environmental Health Sciences Durham, NC, USA.
- HOSTINAR CE, ROSS KM, CHEN E, MILLER GE (2015). Modeling the association between lifecourse socioeconomic disadvantage and systemic inflammation in healthy adults: The role of self-control. *Health Psychology*, **34 (6)**: 580–590.
- HUERTA CG (2008). Nursing concepts and health promotion. In: MAVILLE JA, HUERTA C.G editors. Health promotion in nursing. Australia: Delmar Publishers; p. 528
- HUIJSMANS T, NIVETTE AE, EISNER M, RIBEAUD D (2019). Social influences, peer delinquency, and low self-control: An examination of time-varying and reciprocal effects on delinquency over adolescence. *European Journal of Criminology*, **00 (0)**: 1-21.
- HURRELMANN K, RICHTER M (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, **14 (1)**:20–28.
- HYMAN A, STEWART K, JAMIN A-M, LAUSCHER HN, STACY E, KASTEN G, HO K (2020). Testing a school-based program to promote digital health literacy and healthy lifestyle behaviours in intermediate elementary students: The learning for life program. *Preventive Medicine Reports*, **1**: 1-34.
- IOM (Institute of Medicine) (1999). To err is human: Building a safer healthcare system. Washington, DC: National Academy Press.
- IOM (Institute of Medicine) (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. The National Academies Press, Washington, DC.
- ISHIKAWA H, YANO E (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect.* **11 (2)**:113.
- İLHAN M, ÇETİN B (2014). LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (yem) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, **5 (2)**: 26-42.
- İSLAMOĞLU AH, ALNIAÇIK Ü (2014). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- İŞLER AO (2019). 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.

- JAMA (1999). Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *American Medical Association*. **281 (6)**: 552–557.
- JEGANATHAN C, HOSSEINZADEH H (2020). The role of health literacy on the self-management of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, **1**: 318-325.
- JIANG Z, ZHAO X (2016). Self-control and problematic mobile phone use in Chinese college students: the mediating role of mobile phone use patterns. *BMC Psychiatry*, **16 (1)**: 416-424.
- JO Y, BOUFFARD L (2014). Stability of self-control and gender. *Journal of Criminal Justice*, **42 (4)**: 356–365.
- JUNGER M, KAMPEN MV (2010). Cognitive ability and self-control in relation to dietary habits, physical activity and bodyweight in adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, **7(1)**: 22.
- KALAYCI Ş (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- KANG EY, FIELDS HW, KIYAK A, BECK FM and FIRESTONE AR (2009). Editor’s Summary and Q&A. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, **136 (4)**: 488–489.
- KARA E (2016). Üniversite Katılımcılarının Depresyon Düzeylerinin Bağlanma Stilleri ve Bilinçli Farkındalık İle İlişkisi: Öz Kontrolün Aracılık Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- KARATAŞ M (2014). Emniyet Genel Müdürlüğü Merkez Teşkilatı’nda Çalışan Polis Teşkilatı Mensuplarında Öz Denetim ve Sosyal Sorun Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KAYA Ş, ULUDAĞ A (2017). Sağlık ve medya okuryazarlık arasındaki ilişki: bir alan çalışması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **9 (22)**: 194-206.
- KIM S, LOVE F, QUISTBERG DA, SHEA JA (2004). Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care*, **27 (12)**: 2980–2982.
- KIM SH, UTZ S (2019). Effectiveness of a social media–based, health literacy–sensitive diabetes self-management intervention: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*. **51 (6)**: 661-669.
- KIRSCH IS (2001). The framework used in developing and interpreting the International Adult Literacy Survey (IALS). *European Journal of Psychology of Education*, **16 (3)**: 335 – 361.
- KIRSCH I, JUNGEBLUT A, JENKINS L, KOLSTAD A (1993). Adult Literacy in America: A First Look at the Results of the National Adult Literacy Survey. National Center for Education, US Dept of Education. Washington DC.
- KIRSCH I (2001). The International Adult Literacy Survey: Understanding what was Measured. Princeton, NJ: Educational Testing Service.

- KLINE RB (2011). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Third Edition. The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012.
- KLINE RB (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling Fourth Edition 2016 The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 370 Seventh Avenue, Suite 1200, New York, NY 10001.
- KONING IM, VAN DEN EIJNDEN RJJM, ENGELS RCME, VERDURMEN JEE, VOLLEBERGH WAM (2010). Why target early adolescents and parents in alcohol prevention? The mediating effects of self-control, rules and attitudes about alcohol use. *Addiction*, **106 (3)**: 538–546.
- KURUDAYIOĞLU M, TÜZEL S (2010). 21.Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi, *TÜBAR-XXVIII-Güz*, ss. 283-298.
- KUTLU G, AKBULUT Y (2019). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler açısından değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, **11 (1)**: 134-145.
- LEE E-H, LEE YW, MOON SH (2016). A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian Nursing Research*, **10 (1)**: 82–87.
- LEE J, CHO B (2015). Effects of self-control and school adjustment on smartphone addiction among elementary school students. *International Journal of Contents*, **11 (3)**: 1-6.
- LIU Y, WANG Y, LIANG F, CHEN Y, LIU L, LI Y, YAO H, CHU Q (2015). The Health Literacy Status and Influencing factors of older population in Xinjiang. *Iran J Public Health*, **44 (7)**: 913-919.
- LOVETT RM, CURTIS LM, PERSELL SD, GRIFFITH JW, COBIA DI, FEDERMAN A, WOLF MS (2020). Cognitive impairment no dementia and associations with health literacy, self-management skills, and functional health status. *Patient Education and Counseling*. **103 (1)**: 1805–1811.
- MACKINNON DP, LOCKWOOD CM, WILLAMS J (2004) Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, **39 (1)**: 99-128.
- MANCUSO MJ (2008). Health literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, **10**: 248-255.
- MANCUSO JM (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, **11 (1)**: 77–89.
- MASSEY PM, PRELIP M, CALIMLIM BM, QUITER ES, GLIK DC (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Education Research*. **27 (6)**: 961–74.
- MCEWEN BS (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiol Rev*, **87 (3)**: 873–904.

- MCKENNA VB, SIXSMITH J, BARRY M (2020). Facilitators and barriers to the development of health literacy capacities over time for self-management. *Health Literacy Research and Partice* **4 (2)**: 104-118.
- MEZO PG (2009). The self-control and self-management scale (SCMS): development of an adaptive self-regulatory coping skills instrument. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **31 (2)**: 83-93.
- MULLER D, JUDD CM, YZERBYT VY (2005). When moderation is mediated and mediation is moderated. *Journal of Personality and Social Psychology*, **89 (6)**: 852–863.
- MUNRO S, LEWIN S, SWART T, VOLMINK J (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, **7 (1)**: 1-16.
- MUSCAT DM, SONG W, CVEJIC E, TING JHC, MEDLIN J and NUTBEAM D (2019). The impact of the chronic disease self-management program on health literacy: A pre-post study using a multi-dimensional health literacy instrument. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **17 (1)**: 58-78.
- MITIC W, ROOTMAN I (2012). An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper. Vancouver, Public Health Association of British Columbia.
- MOFFITT TE, ARSENEAULT L, BELSKY D, DICKSON N, HANCOX RJ, HARRINGTON H, CASPI A (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **108 (7)**: 2693–2698.
- MORGAN GA, LEECH NL, GLOECKNER GW, BARRET KC (2004). SPSS for Introductory Statistics: Use and Interpretation. Second Edition, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- NACAR E (2018). İnönü Üniversitesi Öğrencilerinde Aşılara Bakış Açısı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya.
- NAHCİVAN NÖ, SEÇGİNLİ S (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **7 (1)**:33-38.
- NAKİP M (2003). Pazarlama Araştırmaları: Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar. 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- NIELSEN-BOHLMAN L, PANZER AM, KINDIG DA (Ed.) (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion, National Academies Press, Washington, p. 3155.
- NIELSEN-BOHLMAN L, PANZER AM ve KINDIG DA (Ed.) (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies. Erişim Adresi: [<http://www.iom.edu/report.asp?id=19723>]. Erişim Tarihi: 21.12.2020.
- NIES MARY A and MELANIE MCEWEN (2010). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*, Elsevier, ProQuest Ebook Central, Erişim Adresi: [<https://ebookcentral.proquest.com/lib/ankara/detail.action?docID=2074560>]. Erişim Tarihi: 03.08.2020

- NIES MARY N.J, MURDAUGH C. and PARSONS M.A (2006). Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall Health Inc.
- NUTBEAM D (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion*, **13 (4)**: 349-364.
- NUTBEAM, D (2000). Health Literacy as a Public HealthGoal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century, *Health Promotion International*. **15 (3)**: 259-267.
- OCHIENG BM (2006). Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. *British Journal of Community Nursing*, **11 (2)**: 78–81.
- OLISAROVA V, KAAS J, STASKOVA V, BARTLOVA S, PAPP K, NAGORSKA M, KORUCOVA R, REIFSNIDER E (2020). Health literacy and behavioral health factors in adults. *Public Health*, **(1)**: 75-81.
- OSBORN EH (2013). Health Literacy From A to Z, Jones and Bartlet Learning, USA.
- OKYAY P, ABACIGİL F, HARLAK H (2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*, Ed.: ABACIGİL F, OKYAY P, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025, Ankara.
- OKYAY P, ABACIGİL F, HARLAK H (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*, Ed.: ABACIGİL F, OKYAY P, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025, Ankara.
- ORAL B (2018). Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.
- OZTURK FO, ALKAYA SA (2020). Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing*, **(1)**: 1-5.
- ÖNCEL S, AKCAN A, MEYDANLIOĞLU A (2016). Developmentof health and prevention of diseases: Health Belief Model. Editör: GÖZÜM S, Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi. 1. Baskı, Vize Yayıncılık, İstanbul.
- ÖZDEMİR H, ALPER Z, UNCU, Y, BİLGEL N (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, **25 (3)**: 464-477.
- ÖZDENK S, ÖZDENK GD, ÖZCEBE LH, ÜNER S (2019). Bir üniversitenin 4. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili bazı faktörlerin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **12 (1)**: 48-59.
- ÖZDOĞAN PŞ (2014). Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ÖZOĞLU Ç (1992). Davranış bilimlerinde anket (bilgi toplama aracının) geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **25 (2)**: 321-39.

- PAPADAKOS JK, HASAN SM, BARNSLEY J, BERTA W, FAZELZAD R, PAPADAKOS CJ, HOWELL D (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, **124** (21): 4202-4210.
- PAPATYA G, PAPATYA N, HAMŞİOĞLU AB (2016). Girişimci yönlülük, iç girişimcilik ve işletme performans ilişkisi: Türkiye tekstil sektörü işletmelerinde bir araştırma. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **34** (4): 19-48.
- PAVLEKOVIC G (2008). Health literacy. Programmes for training on research in public health for South Eastern Europe. Vol. 4: Health Promotion and Disease Prevention: A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers. page. 463-466.
- PARK A, ECKERT TL, ZASO MJ, SCOTT-SHELDON LAJ, VANABLE PA, CAREY KB, CAREY MP (2017). Associations between health literacy and health behaviors among urban high school students. *Journal of School Health*, **87** (12): 885-893.
- PARKER RM, BAKER DW, WILLIAMS MV, NURSS JR (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, **10** (10): 537-541.
- PENDER NJ, WALKER SN, SECHRIST KR, FRANK-STROMBORG M (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, **39** (6): 326-332.
- PENDER NJ, MURDAUGH CL, PARSONS MA (2002). Health Promotion in Nursing Practice 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- POELMAN MP, DIJKSTRA SC, SPONSELEE H, KAMPHUIS CB M, BATTJES-FRIES MCE, GILLEBAART M, SEIDELL JC (2018). Towards the measurement of food literacy with respect to healthy eating: the development and validation of the self perceived food literacy scale among an adult sample in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, **15** (1): 54-66.
- PETERS E, DIECKMANN N, DIXON A, HIBBARD JH, MERTZ C (2007). Less is more in presenting quality information to consumers. *Medical Care Research and Review*. **64** (2): 169-190.
- POP CL (2014). Improving interpersonal communication for a higher quality of physical activities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, **116**: 4983-4987.
- PRATT TC, TURANOVIC JJ, FOX KA, WRIGHT KA (2013). Self-control and victimization: a meta-analysis. *Criminology*, **52** (1): 87-116.
- PREACHER KJ, HAYES AF (2004). *SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models.* , **36** (4): 717-731.
- PUCHALSKI CM, VITILLO R, HULL SK, RELLER N (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, **17** (6): 642-656.
- PUCHALSKI, C.M, SBRANA A, FERRELL B, JAFARİ N, KING S, BALBONI T, MICCINESI G, VANDENHOECK A, SILBERMANN M, BALDUCCI L, YONG J, ANTONUZZO A,

- FALCONE A, RIPAMONTI CI (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*, **4** (1): 1-12.
- PULLEN C, WALKER SN, FIANDT K (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family & Community Health*, **24** (2): 49–72.
- QUESTIONPRO (2021). What is a good survey response rate?, Erişim Adresi: [\[https://www.questionpro.com/blog/good-survey-response-rate/\]](https://www.questionpro.com/blog/good-survey-response-rate/). Erişim Tarihi: 20.01.2021.
- RAJITA S (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1141**:105–130.
- RAJITA S, JASTREBOFF AM (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, **73** (9): 827–835.
- RATZAN SC, PARKER RM (2000). Introduction. In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine, *Health Literacy*. Ed.: SELDEN CR, ZORN M, RATZAN SC, PARKER RM, Reference Section 8600 Rockville Pike Bethesda, Maryland 20894.
- RATZAN SC (2001). Health Literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, **16** (2):207-214.
- ROBINSON E, OTTEN R, HERMANS RC J (2015). Descriptive peer norms, self-control and dietary behaviour in young adults. *Psychology & Health*, **31** (1): 9–20.
- RONNBÄCK B (1987). Rosenbaum's schedule for assessing self-control behaviors: SCS. comments, questions and data from swedish samples. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, **16** (1): 21–30.
- ROOTMAN I, GORDON-EL-BIHBETY D (2008). A vision for a health literate Canada report of the expert panel on health literacy. Ottawa. Erişim Adresi: [\[https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/execsum_e.pdf\]](https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/execsum_e.pdf). Erişim Tarihi: 15.11.2020.
- RUDD R (2003). Objective Improvement of health literacy. In: Communicating Health: Priorities and Strategies for Progress. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services.
- RUEDA-MEDINA B, GÓMEZ-URQUIZA JL, TAPIA-HARO R, CASAS-BARRAGÁN A, AGUILAR-FERRÁNDIZ ME, CORREA-RODRIGUEZ M (2020). Assessing health science students' health literacy and its association with health behaviours. *Health & Social Care in the Community*, **28** (6): 2134-2139.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Anıl Matbaacılık, Ankara.
- SARIYAR S (2018). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Gazimağusa.
- SAYIM F (2021). Sosyal Bilimlerde Araştırma ve Tez Yazım Yöntemleri Konu Tespiti-Süreç Yönetimi- Tez Yazımı. 4. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

- SCHAEFFER D, HURRELMANN K, BAUER U, KOLPATZIK K (Eds.) (2018). National action plan health literacy. Promoting health literacy in Germany. Berlin: KomPart. Erişim Adresi: [<https://pub.uni-bielefeld.de/record/2940127>]. Erişim Tarihi: 18.01.2021.
- SHONKOFF JP, GARNER AS, SIEGEL BS, DOBBINS MI, EARLS MF, GARNER AS, MCGUINN L, PASCOE J, WOOD DL (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, **129** (1): 232–246.
- SIMONDS SK (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, **2**: 1–10.
- SENCER M, IRMAK Y (1984). Toplum Bilimlerinde Yöntem. 2. Basım. Onur Basımevi, İstanbul.
- SERT A (2016). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Van Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van.
- SEZER A (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- SEZER C, AMARAT M (2018). Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. Sözlü Bildiri, 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Erişim Adresi: [<http://shyk2018.mu.edu.tr/>]. Erişim Tarihi: 27.02.2021.
- SİVRİKAYA U (2020). Üniversite Öğrencilerinin Rekreasyonel Faaliyetlere Katılım Engelleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- SOYSAL A, OBUZ E (2020). Sağlık okuryazarlığı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi sağlık yönetimi öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **17** (2): 1198-1217.
- SÖNMEZ Y (2011). Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- SÖYLEYİCİ ZS (2018). Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre İrdelenmesi. Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
- STORMACQ C, WOSINSKI J, BOILLAT E, VAN DEN BROUCKE S (2020). Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, **18** (7): 1389–1469.
- SUKYS S, CESNAITIENE VJ, OSSOWSKY ZM (2017). Is health education at university associated with students' health literacy? evidence from cross-sectional study applying hls-eu-q. *BioMed Research International*, **1**:1–9.
- SURVEYMONKEY (2021). How Many Survey Responses Do I Need to be Statistically Valid? Find Your Sample Size. Erişim Adresi: [<https://www.surveymonkey.com/curiosity/how-many-people-do-i-need-to-take-my-survey/>]. Erişim Tarihi: 20.01.2021.

- SURVEYANYPLACE (2021). What's The Average Survey Response Rate? [2019 Benchmark]. Erişim Adresi: [<https://surveyanyplace.com/average-survey-response-rate/>]. Erişim Tarihi: 20.01.2021.
- SÜMBÜLOĞLU K, SÜMBÜLOĞLU V (1995). Biyoistatistik, Özdemir Yayıncılık, Ankara.
- SZABO K, PIKO BF, FITZPATRICK KM (2019). Adolescents' attitudes towards healthy eating: The role of self-control, motives and self-risk perception. *Appetite*, **1 (143)**:104416.
- SØRENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELİKAN J, SLONSKA Z (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. **12 (80)**: 1-13.
- ŞAHİNÖZ T, ŞAHİNÖZ S, KIVANÇ A (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **7 (3)**: 71- 79.
- ŞİMŞEK ÖF (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISREL uygulamaları, Ekinoks Yayınları, Ankara.
- ŞUBAŞ R (2018). Okul Öncesi Öğretmen Adaylarının Öz-Denetimleri ve Öğretmen Öz yeterlik İnançları Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenlerle İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Kütahya.
- TABACHNICK BG, FIDELL LS (2013). Using Multivariate Statistics. Sixth Edition, Pearson Education, Inc., Permissions Department, One Lake Street, Upper Saddle River, New Jersey 07458, or you may fax your request to 201-236-3290.
- TANGNEY JP, BAUMEISTER RF, BOONE AL (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, **72 (2)**: 271–324.
- TATAR M (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale.
- TELEŞ M (2018). Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TEMEL AB, ÇİMEN Z (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **33 (3)**:105-25.
- THAI AL, GEORGE M (2010). The effects of health literacy on asthma self-management. *Journal of Asthma & Allergy Educators*, **1 (2)**: 50–55.
- TSUKAHARA S, YAMAGUCHI S, IGARASHI F, URUMA R, IKUINA N, IWAKURA K, KOIZUMI K, SATO Y (2020). (Association of ehealth literacy with lifestyle behaviors in university students: Questionnaire-based cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, **22 (6)**: 18155-18171.

- TURAN N, GÜVEN ÖZDEMİR N, ÇULHA Y, ÖZDEMİR AYDIN G, KAYA H, AŞTI T (2020). The effect of undergraduate nursing students' e-Health literacy on healthy lifestyle behaviour. *Global Health Promotion*, **1**: 1–8.
- TÜFEKÇİ N, DEĞERLİ H (2018). Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*. **6 (15)**: 472-473.
- TÜRKEŞ MC (2004). Ergenlerde Sapkın Davranışın Nedeni Olarak öz denetim ve Aile İçi Denetim Mekanizmalarının Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- TÜRKOĞLU, N (2007). Okuryazarlıktan Medya Okuryazarlığına: Şifrelerin Ortaklığını Aramak, *Medya Okuryazarlığı*. Ed.: TÜRKOĞLU N, CİNMAN ŞM, Kalemus Yayınları, İstanbul.
- TÜRK DİL KURUMU (2011). Türkçe Sözlük. 11. Baskı, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara.
- TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU (2014). 2013-2023 Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 942, Ankara.
- UNESCO (2006). Education for All Global Monitoring Report UNESCO Department of Statistics. s: 27-34. Erişim Adresi: [<https://reliefweb.int/report/world/education-all-global-monitoring-report-2006-literacy-life>]. Erişim Tarihi: 13.12.2020.
- U.S. Department of Health and Human Services (2012). Healthy People 2010 Final Review. Erişim Adresi: [https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf]. Erişim Tarihi: 12.09.2020.
- UTMA S (2019). Sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık haberlerini doğru anlamak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, **5**: 223-231.
- VAN DER HEIDE I, UITERS E, RADEMAKERS J, STRUIJS JN, SCHUIT AJ, BAAN CA (2014). Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: results of a dutch cross-sectional study. *Journal of Health Communication*, **19 (2)**: 115–131.
- VARSAK S (2018). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır.
- VAZSONYI AT, MIKUŠKA J, KELLEY EL (2017). It's time: A meta-analysis on the self-control-deviance link. *Journal of Criminal Justice*, **48 (1)**: 48–63.
- VERTINO K (2014). Effective interpersonal communication: a practical guide to improve your life. *The Online Journal of Issues in Nursing* **19 (3)**: 1-16.
- VOHS KD, BAUMEISTER RF (2011). Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications: Guilford Press.
- YALÇIN R (2018). Lise Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

- YANG SC, LUO YF, CHIANG CH (2017).The associations among individual factors, ehealth literacy, and health-promoting lifestyles among college students. *Journal of Medical Internet Research*, **19** (1): 15-30.
- YEŞİLBAŞ A (2019). Erkek Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ve Kendi Kendine Testis Muayenesi Konusundaki Bilgi, Uygulama ve İnançları. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
- YILMAZ M (2017). Lisanslı Olarak Spor Yapan ve Spor Yapmayan Ortaöğretim Öğrencilerinin Öz kontrol ve Özyönetim Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- YILMAZ Y, ÇELİK HE (2009). Lisrel ile Yapısal Eşitlik Modellemesi – I: Temel Kavramlar, Uygulamalar, Programlama. 1. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.
- YIN HS, FORBIS SG, DREYER BP (2007). Health literacy and pediatric health. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. **37** (7): 258-286.
- YOST KJ, WEBSTER K, BAKER DW, CHOI SW, BODE RK, HAHN EA (2009). Bilingual health literacy assessment using the talking touchscreen/la Pantalla Parlanchina: development and pilot testing. *Patient Educ Couns*. **75** (3): 295–301.
- YOUMANS SL (2019). Interpersonal communication in pharmacy practice. Encyclopedia of Pharmacy Practice and Clinical Pharmacy. pp: 316-324.
- YÖK Lisans Atlas. Erişim Adresi: [<https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans.php?y=107390131>]. Erişim Tarihi: 20.01.2021.
- YULU N (2020). Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı, Tutumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ZARCADOOLAS C, PLEASANT A, GREER DS (2006). Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action. San Francisco. Published by Jossey-Bass A Wiley İmprint 989 Market Street, San Francisco, CA 94103-1741.
- ZHANG Q, HUANG F, ZHANG L, LI S, ZHANG J (2020). The effect of health literacy, self-management behavior, self-ecacy and social support on the health-related quality of life of Kazakh hypertension patients in a low-income rural area of china: a structural equation model. *Research Square*, **1**: 1-17.
- ZHANG Y, ZHANG F, HU P, HUANG W, LU L, BAI R, SHARMA M, ZHAO Y, MONTAZERI A (2016). Exploring health literacy in medical university students of chongqing, china: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, **11** (4): 1-10.
- ZHAO X, LYNCH JG, CHEN Q (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, **37**(2): 197-206.
- ZINNBAUER B.J, PARGAMENT KI, SCOTT AB (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, **67**: 889–919.
- WALKER SN, SECHRIST KR, PENDER NJ (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characterizations. *Nursing Research*, **36** (2): 76–81.

- WALKER SN, KERR MJ, PENDER NJ, SECHRIST KR (1990). A spanish language version of the health promoting lifestyle profile, *Nursing Research*, **39 (5)**: 268-273.
- WALKER SN, HILL-POLERECKY DM (1996). Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- WALLERSTEIN N, BERNSTEIN E (1988) Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, **15 (4)**: 379–394.
- WANG R-H, HSU H-C, LEE Y-J, SHIN S-J, LIN K-D, AN L-W (2016). Patient empowerment interacts with health literacy to associate with subsequent self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: A prospective study in Taiwan. *Patient Education and Counseling*, **99 (10)**: 1626–1631.
- WANG W, HOU Y, HU N, ZHANG D, TAO J, MAN Y, WANG A, LI L, BI Y (2015). A cross-sectional study on health-related knowledge and its predictors among Chinese vocational college students *BMJ*, **4**: 1-7.
- WANG J, WANG X (2020). Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus. Second Edition, 2020 John Wiley & Sons Ltd, John Wiley & Sons, Inc., 111 River Street, Hoboken, NJ 07030, USA.
- WARREN M, DECARLO DK, DREER LE (2016). Health literacy in older adults with and without low vision. *Am J Occup Ther*. **70**:1–7.
- WEISS B.D, 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.
- WHO (1998). Health Promotion Glossary, WHO Health Education and Health Promotion Unit, Switzerland. pp: 10. (Erişim Adresi: [<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>]). Erişim Tarihi: 20.11.2020).
- WHO (2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Erişim adresi: [https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/]. Erişim tarihi: 25.09.2020.
- WHO (2015). Healthy Diet. Fact Sheet No. 394. WHO Media Centre. Geneva, Switzerland. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>]. Erişim tarihi: 28.09.2020.
- WHO (2018). The Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030 More Active People for a Healthier World. Erişim Adresi [<https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>]. Erişim Tarihi; 01.09.2020.
- WHO (2020). Healthy Diet. Erişim Adresi: [<https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/healthy-diet>]. Erişim Tarihi: 20.11.2020). Erişim tarihi: 05.10.2020.
- WHO (2013). Health Literacy The Solid Facts. World Health Organization. Regional Office for Europe. Editors: KICKBUSCH I, PELIKAN J, APFEL F and TSOUROS AD. Erişim Adresi: [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>]. Erişim Tarihi: 20.11.2020.

WILEY JA, CAMACHO TC (1980). Life-style and future health: evidence from the Alameda county study. *Preventive Medicine*, **9 (1)**: 1–21.



EKLER

Ek-1: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurulu İzin Yazısı



T.C.
BURDUR MEHMET AKIF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 04.11.2020 Çarşamba

Toplantı No:2020/11

Karar No: GO 2020/295

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Araştırma Görevlisi Servet ALP 'in sorumlu araştırmacı olduğu "*Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrol Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik açıdan uygun bulunmuştur

Ek-2: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İ.İ.B.F. İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/11/2020-E.50217



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 60754672-044-E.50217
Konu : Anketler

17/11/2020

SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 16/11/2020 tarihli, 50155 sayılı ve "Anket İzni" konulu yazı

Bölümünüz Arş. Gör. Servet ALP'in Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Prof. Dr. Yasemin AKBULUT yönetiminde hazırlamakta olduğu "Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrol Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tez çalışması için Fakültemiz öğrencilere anket (google form aracılığıyla) uygulama talebi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ÖZMEN
Dekan Yardımcısı

17/11/2020 Sürekli İşçi
17/11/2020 Fakülte Sekreteri

G.ÇAT
K.GÜRHAN

Ek-3: Ölçek Kullanım İzin Yazıları

Ynt: Ölçek İzin Talebi



Zühal BAHAR göndericisinden 2020-10-08 09:20 tarihinde

 Ayrıntılar  Düz Metin

Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz.

Kolay gelsin, sevgiler

Zuhal Bahar

Değerli hocam,

Ben Servet ALP, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakülte 'sinde tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde Araştırma Görevlisiyim. Tez çalışmamda kullanmak üzere, tarafınızca geliştirilen "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" yi izninizle kullanmak isterim.

Değerli ölçeğinizi çalışmamda kullanabilmem hususunda izinlerinizin beni çok mutlu edeceğini belirtmek ister ve saygılarımı sunarım.



İyi günler dilerim.

Arş. Gör. Servet ALP
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü

Ynt: Ynt: Ölçek İzin Talebi



Pinar Okyay göndericisinden 2020-10-08 22:19 tarihinde

 TSOY32.docx (~24 KB) 

Sevgili Alp,

TSOY ölçeğini kullanabilirsin elbette.

Amacına hizmet etmiş olur.

Kolay gelsin.

Pınar

Tamam Merhaba,

Daha önce tarafımda Türkiye'ye uyarlanan Özkontrol - özyönetim ölçeğimi çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ekte uyarladığım ölçek makalem Türkçe ve İngilizce formunu gönderiyorum. İstedğiniz bilgiler ve ölçeğin bir örneğine bu makalelerden ulaşabilirsiniz. (Makalenin ekindeki ölçekte ters olarak değerlendirilecek maddelerin sonunda * işareti var.)

Bence ölçeğin bir boyutunu kullanmanız ölçeğin bütünlüğünü bozacağından uygun olmaz. Ama bir istatistik uzmanına sorabilirsiniz. Zaten ölçek toplamda 16 madde. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. Selamlar

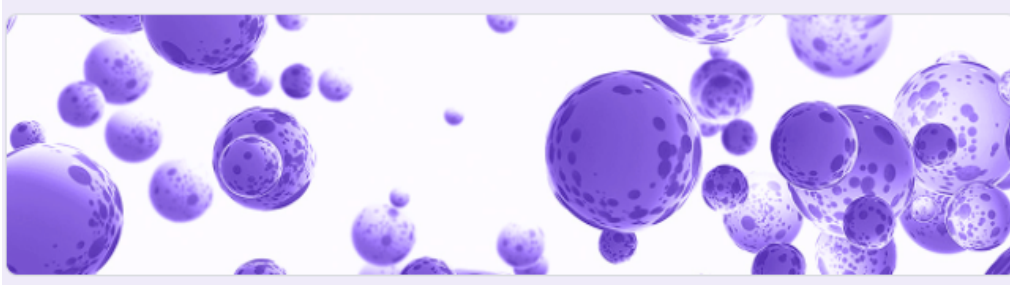
Dr. M. Hanifi ERCOŞKUN

Öncelikle ilginiz ve hızlı dönüşünüz için çok teşekkür ederim hocam. Sizin de dediğiniz gibi ölçeğin doğası gereği kısaltılmaz veya sorularının değiştirilemeyeceğini bildiğim için ölçeğin 3 boyutunu da kullanacağım. Çok teşekkürler hocam.

İyi akşamlar ve iyi çalışmalar dilerim.

Arş. Gör. Servet ALP
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü

Ek-4: Anket Formu



Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrol Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu anket formu, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı alanında hazırlanmakta olan "Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Kontrol Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak amacıyla oluşturulmuştur. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına bağlı olup, yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir.

Lütfen tüm soruları gerçek düşüncelerinizi belirterek yanıtlayınız. Soruların doğru ya da yanlış yanıtı yoktur. Bu çalışmada önemli olan sizin gerçek düşünce ve duygularınızı yansıtan yanıtları seçmenizdir. Sorulara vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Bilgileriniz anonim katılımcı numaraları ile saklanacaktır. Araştırmada herhangi bir kimlik bilgisi istenmeyecektir.

Herhangi bir sorunuz olması durumunda aşağıda belirtilen mail adresi yoluyla iletişime geçebilirsiniz. İlginiz ve desteğiniz için teşekkür ederim.

* Gerekli

Yukarıdaki bilgileri okudum ve aydınlatıldım. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

*

Evet

BÖLÜM 1- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 – TSOY 32

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	ÇOK KOLAY	KOLAY	ZOR	ÇOK ZOR	FİKRİM YOK
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da ark.nızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

BÖLÜM 2- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				

9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştirmeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın ark.ma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa parkederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				

38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

BÖLÜM 3- Özkontrol-Özyönetim Ölçeği

Özkontrol-Özyönetim Ölçeği Alt Boyutlar	Değerli Katılımcı, Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birini okuyunuz ve her bir ifadenin sizi ne kadar iyi betimlediğini aşağıdaki ölçeği kullanarak derecelendiriniz: 5: Beni tamamıyla tanımlıyor. 4: Beni büyük ölçüde tanımlıyor. 3: Beni biraz tanımlıyor. 2: Beni pek tanımlamıyor. 1: Beni çoğunlukla tanımlamıyor. 0: Beni hiç tanımlamıyor.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni çoğunlukla tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Beni büyük ölçüde tanımlıyor	Beni tamamıyla tanımlıyor
		Kendini	1. Bir şey üzerinde çalıştığım zaman, tüm dikkatimi ona veririm.	①	②	③	④
2. Yapmam gereken görevlere, onları sevmesem de odaklanırım.	①	②	③	④	⑤		

	3. Bir amaç uğruna çalışırken, yaptığım şeyin bilincinde olurum.	①	②	③	④	⑤
	4. Bir hedef doğrultusunda çalışırken, ilerleyişimi sürekli takip ederim.	①	②	③	④	⑤
	5. Zor bir şey üzerinde çalışırken, düşüncelerim üzerinde yoğunlaşırım.	①	②	③	④	⑤
	6. Bir amaç doğrultusunda çalışırken, hangi yolu takip edebileceğimi bilirim.	①	②	③	④	⑤
Kendini Değerlendirme	7. Kendim için önemli hedefler belirlediğimde, o hedefleri genellikle başaramam.*	①	②	③	④	⑤
	8. Hayatımda karşılaştığım çoğu sorun için net planlar yapma yeteneğine sahip olduğumu düşünmüyorum.*	①	②	③	④	⑤
	9. Başardığım hedefler benim için çok şey ifade etmez.*	①	②	③	④	⑤
	10. Plan yapmanın faydasız olduğunu düşünüyorum.*	①	②	③	④	⑤
	11. Kendim için oluşturduğum standartlar belirsizdir ve bir görevi nasıl yapmam gerektiği konusunda karar vermem zor olur.*	①	②	③	④	⑤
Kendini Pekiştirme	12. Başarı sağladığımda kendimi takdir ederim.	①	②	③	④	⑤
	13. Daha sonra tadını çıkarmak için plan yaparak zor işlere girişirim.	①	②	③	④	⑤
	14. Başkaları beni takdir etmese de, ben kendimi sessizce takdir ederim.	①	②	③	④	⑤
	15. Bir şeyi doğru yaptığımda, bunun tadını çıkarırım.	①	②	③	④	⑤
	16. İlerleme sağladığım zaman, kendimi ödüllendiririm.	①	②	③	④	⑤

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı: Servet
Soyadı: ALP
Doğum Yeri ve Tarihi:
Uyruğu: T.C
Medeni Durumu: Bekâr
İletişim Adresi ve Telefonu:

II. Eğitim

Yabancı dili: İngilizce
Lisans: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 2014-2018

IV. Mesleki Deneyimi

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü 2019-2020 (Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni)
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
2020 -...(Araştırma Görevlisi)

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

ORAL KARA N, AKIN G ve ALP S (2020). Üniversite öğrencilerinin gelecek kaygısı ile sınav kaygısı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Dergisi*, **2(2)**: 150-169.

VII. Bilimsel Etkinlikler

Proje:

“Hemşirelerin İş stresi, İş yükü, İş kontrolü ve Sosyal Destek Düzeyi ile Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma”, TUBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Desteği Programı. Proje Yürütücüsü Hatice ARIKAN, Proje Danışmanı Servet ALP (Yurt İçi) (Devam ediyor).

“Burdur İli Merkezinde Anasınıfı Velilerinin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi”, TUBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Desteği Programı. Proje Yürütücüsü Hatice KISA, Proje Danışmanı Servet ALP (Yurt İçi) (Devam ediyor).

“Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilimleri: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi’nde Bir Uygulama”, TUBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Desteği Programı. Proje Yürütücüsü Ömer ORAL, Proje Danışmanı Servet ALP (Yurt İçi) (Devam ediyor).

“Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddetine Yönelik Tutumları: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi’nde Bir Uygulama”,

TUBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Desteği Programı. Proje Yürütücüsü Sultan ÖTKÜN, Proje Danışmanı Servet ALP (Yurt İçi) (Devam ediyor).

“Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı Düzeylerinin Sosyalleşme Üzerine Etkisi”, TUBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Desteği Programı. Proje Yürütücüsü Sultan Ümran KAYA, Proje Danışmanı Servet ALP (Yurt İçi) (Devam ediyor).

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler:

ARIKAN H, ALP S, ORAL KARA N (2021). “Hemşirelerin İş stresi, İş yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Destek Düzeyi ile Tıbbi Hata Eğilim Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma: Burdur Örneği.”6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi. 20-22 Mayıs Süleyman Demirel Üniversitesi, ISPARTA.

KISA H, ALP S, ORAL KARA N (2021). “Burdur İli Merkezinde Anasınıfı Velilerinin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi” 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi. 20-22 Mayıs Süleyman Demirel Üniversitesi, ISPARTA.

ÖTKÜN S, ALP S, ORAL KARA N (2021). “Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddetine Yönelik Tutumları: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi’nde Bir Uygulama”6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi. 20-22 Mayıs Süleyman Demirel Üniversitesi, ISPARTA.

KAYA SÜ, ALP S, ORAL KARA N (2021). İnternet Bağımlılığı İle Sosyalleşme Durumlarının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi’nde Bir Uygulama”6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi. 20-22 Mayıs Süleyman Demirel Üniversitesi, ISPARTA.

ORAL Ö, ALP S (2021). “Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilimleri: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi’nde Bir Uygulama” 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, BURDUR.

VIII. Diğer Bilgiler

Sertifikalı Eğitimler

Sağlık Sektörü ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Geleceği Sertifikalı Eğitim Programı (2018)

Sağlık Turizminde Kariyer ve Ticaret Fırsatları Sertifikalı Eğitim Programı (2018)

Kosgeb Girişimcilik Kursu (2016)