

GELECEĞİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN SAĞLIK ALGISI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

THE IMPACT OF HEALTH LITERACY ON THE PERCEPTION OF HEALTH IN THE HEALTH WORKERS OF THE FUTURE

Yunus KULOĞLU⁽¹⁾, Kamil USLU⁽²⁾

Öz: Çalışmamız, gelecekte sağlık alanında çalışacak öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algıları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini Kasım-Aralık 2020 tarihlerinde Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO' da okumakta olan 441 öğrenci oluşturmuştur. Öğrencilerin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı alt faktörleri ile sağlık algısı alt faktörleri arasındaki korelasyonların düşük ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından "bilgileri anlama" ve "uygulama", sağlık algısı alt boyutlarından "sağlığın önemi" ve "öz farkındalık" üzerinde pozitif yönde, "değer biçme" boyutu üzerinde ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Çalışanları

Abstract: *This research has conducted to examine the effect of health literacy levels of students who will work in the field of health in the future on their health perceptions. The sample of the study consisted of 441 students studying at Kırklareli University, Vocational High School of Health Services between November-December 2020. A statistically significant positive correlation has been found between the students' perception of health and their health literacy total score averages. A low and medium statistically significant correlation has been found between health literacy subdimensions and health perception subdimensions. As a result of the analyses carried out, it has been a positive effect on the understanding and the applying information from the sub-dimensions of health literacy, the importance of health and self-awareness from the sub-dimensions of health perception, and a negative effect on the appraisal dimension.*

Keywords: *Perception of Health, Health Literacy, Healthcare Workers*

JEL: I12, I24, I31

⁽¹⁾ Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Bölümü Doktora Mezunu; ynskuloglu@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3701-337X

⁽²⁾ Doğuş Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü; kuslu@dogus.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4518-3133

Geliş/Received: 21-06-2021; Kabul/Accepted: 05-01-2022

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmaması değil fiziksel, zihinsel ve ruhsal açıdan tam iyilik halidir (WHO, 2014: 1, Callahan, 1973: 77). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (10 Aralık 1948) Madde 25'te tüm canlıların sağlık hakkına şöyle vurgu yapılmıştır: Herkesin, hiçbir ayırım gözetmeksizin, iyi ve sağlıklı yaşamak için gerekli olan standartlara ulaşma hakkı vardır. Bu hak beslenmeden barınmaya kadar tüm alanları kapsamaktadır (United Nations, 2015: 17). Herkesin sahip olması gereken bir hak olarak ifade edilen sağlık özellikleri bakımından; ikamesi olmayan, telafisiz, ertelenemez ve acil, üretim ve tüketimi eş zamanlı olan ve bilgi asimetrisinin yüksek olduğu bir hizmet türüdür (Mosadeghrad, 2013: 204, Ateş, 2013: 3, Endeshaw, 2021: 107, Bratucu, Gheorghe ve Purcarea, 2014: 311, Fregidou-Malama, ve Hyder, 2011: 4). Bireyin hayati öneme sahip bu hizmet türüyle ilgili bilgiye ulaşması, bilgiyi anlaması ve kullanması ile ilgili zihinsel ve sosyal beceri, sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanabilir (WHO, 2013: 4, Ishikawa ve Yano, 2008: 114, Gazmararian ve Parker, 2005: 1, Kanj ve Mitic, 2009: 6).

Bir ülkenin sağlık sağlayıcılarının vermiş olduğu mesajlar o ülkenin tüm bireylerini ilgilendirir. Bireyin ve toplumun gelişimi için büyük bir önem arz eden bu mesajlar; günlük aktivite, beslenme alışkanlıkları, zararlı alışkanlıklardan uzak durma, kişisel bakım, alınacak tedavi ile ilgili şartlar, hastalıklar ile ilgili bilgiler, ilaç kullanımı vb. konuları içerir (Panchapakesan, 2021, Ishikawa ve Kiuchi, 2010: 1, Baker, 2006: 878, Okan, ve diğ., 2020: 1). Türkiye'de 2018 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı araştırmaya göre Türkiye'de her yaş grubu için 10 kişiden 6.9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018: 78). Sorensen ve diğ. (2015) tarafından Avrupa'da 9 ülkede gerçekleştirilen çalışmada 9 ülkenin sağlık okuryazarlığı ortalaması alındığında 10 kişiden 4.8'inin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Sorensen ve diğ., 2015: 1053).

Geleceğin sağlık alanında nitelikli iş gücü olarak çalışacak üniversite öğrencilerinin sağlık algıları tıbbi sebepler dışında sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel değişkenlere göre şekillenmektedir (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 247, Çiler Erdağ, 2015: 3). Sağlık okuryazarlık düzeylerinde ise eğitim öğretim anahtar bir role sahiptir. Akademik hayatında başarılı olan bir öğrencinin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha iyi olması beklenir (Heide, ve diğ., 2013: 173, Bilir, 2014: 66-67, Vamos ve diğ., 2020: 2, Dost ve Üner, 2020: 478). Diğer yandan fiziksel aktivite alışkanlığı olan, kişisel bakıma önem veren, zararlı alışkanlıklardan uzak duran öğrencilerin ise sağlık algısı düzeyleri diğerlerine göre daha iyi olacaktır (Polat ve diğ., 2015: 5, Wilson ve Cleary, 1995: 60). Bu bilgiler ışığında bu araştırma genç sağlıkçı adaylarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık algıları arasındaki ilişkiyi inceleyerek nitelikli sağlık profesyonellerin yetişmesine katkı sağlamayı amaçlar.

2. Literatür Taraması

Bilimsel bir makale için mevcut teori sorgulanmalı, bu teori netleştirilmeli ya da geliştirilmelidir. Daha sonra mevcut teorilerin sentezlenmesi ve entegre edilmesiyle yeni bir teori oluşturulmalıdır (Keskin, Akgün, Koçoğlu, 2016: 59, Mack, 2018: 3). Bilimsel bir araştırma modelinde yer alan değişkenler arasında istatistiksel bir ilişkinin bulunması onların mutlak nedensel bir ilişkiye sahip oldukları anlamına gelmez. Nedenselliğin mantıksal veya kuramsal bir dayanağı olmalıdır. (Gürbüz, 2019b: 29).

Bu sebeple öncelikle sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında kavramsal ve teorik ilişkinin varlığı ortaya konmuştur.

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak Simonds (1974) tarafından bireylerin temel sağlık bilgilerini anlama ve kullanma kapasitelerine atıfta bulunularak kullanılmıştır (Barber, ve diğ., 2009: 253). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa toplumunda bazı grupların sağlık okuryazarlık oranının diğer gruplara göre çok daha sınırlı olduğunu ifade etmektedir. Bu grupların ortak özelliği ise; düşük sosyal statü, düşük eğitim seviyesi, düşük gelir, kötü sağlık durumu, uzun süreli hastalık ve diğer sağlık sorunları nedeniyle sağlık algılarının kötü olmasıdır (WHO, 2013: 13, Pinxten ve Lievens, 2014: 1096). Bireylerin sağlığındaki iyileşmeler sağlık okuryazarlığını da olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi iyi seviyede olan bireyler sağlık gibi acil yani aniden gereksinim duyulabilecek bir hizmetin kullanımında diğer bireylere göre daha bilinçli hareket etmektedir (Palumbo, 2018: 90). Bireyin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlık düzeyi birçok faktörün etkileşimini yansıtır. Fiziksel çevre, kültür, eğitim, gelir seviyesi, toplum, aile yapısı vb. unsurlar kişinin sağlık kavramıyla ilgili düşüncelerini etkilerken, sağlık okuryazarlık düzeyini de belirlemede önemli bir rol oynar (Ratzan, Filerman, ve LeSar, 2000: 23-25; Osborn, Paasche-Orlow, Bailey, ve Wolf, 2011: 119-20). Bununla birlikte bu iki kavramın benzer unsurlardan etkilenmesi ve karşılıklı etkileşimleri, bireyin sağlık ve hastalık durumu ile ilgili verdiği kararları ve davranışları büyük bir ölçüde etkilemektedir (Shiyanbola Unni, Huang, ve Lanier, 2018: 824).

DSÖ'nün sağlık ve hastalık tanımı, yalnızca fiziksel durumu değil aynı zamanda ruh sağlığını da dikkate alır. Öznel sağlık değerlendirmesi yapmanın yararlılığını ve gerekliliğini vurgular (Kaleta, Polańska, Dzionkowska-Zaborszczyk, Hanke, Drygas, 2009: 122). Sağlık algısı bireyin fiziksel, biyolojik ve ruhsal sağlığıyla ilgili duygusal ve zihinsel açıdan oluşturduğu beklentiler olarak tanımlanabilir. Bireylerin kendi sağlığıyla ilgili oluşturduğu beklentiler sağlığının daha iyiye veya daha kötüye gitmesinde aldığı sorumluluğu etkilemektedir (Özdelikara, Ağaçdiken Alkan, ve Mumcu, 2018: 276). Sağlıklı olma bilinci ve davranışları bireyin mevcut sağlık durumuna karşı oluşturduğu ön yargı ve beklentilerin bir tezahürü olarak olumu veya olumsuz bir seyir izler (Açıksöz, Uzun, ve Arslan, 2013: 181-182). Sağlıklı yaşlanma ve kronik rahatsızlıklarla karşı karşıya kalmamak için gençlerin ve yetişkinlerin sağlığın önemini farkına varması gerekmektedir. Bu konuda farkındalık oluşturulması daha uzun ve kaliteli yaşama sahip bireylerden oluşan bir toplumu ortaya çıkaracaktır (Tkatch, ve diğ., 2017: 485).

Sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki bir sebep sonuç ilişkisi olarak da nitelendirilebilir. Çünkü bireyin sağlığı üzerinde etkili olan beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite yapma düzeyi, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı gibi değişkenlerin birey tarafından algılanmasında, yorumlanmasında ve uygulanmasında sağlık okuryazarlık düzeyinin önemli bir etkisi vardır. Aktif yaşlanma sürecinde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve sürdürülebilir hale gelmesi sağlığın önemini kavramakla mümkün olup, sağlık okuryazarlık düzeyiyle yakından ilgilidir. (Özdemir, Yıldırım, ve Hablemitoğlu, 2015: 75-77). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verir ve bu bireyler olumlu sağlık davranışlarına daha fazla eğilim gösterirler (Doğan ve Çetinkaya, 2019: 135).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen bilimsel araştırmaların sayıları giderek artmaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı,

koruyucu sağlık hizmetlerinin daha düşük kullanımına, kişinin sağlığıyla ilgili semptomatik belirtilere yeterli ilgiyi göstermemesine, tıbbi durumunu kötü anlamasına, tıbbi talimatlara düşük düzeyde uymasına, kişisel bakımına yeterince ilgi göstermemesine, daha yüksek sağlık hizmetleri maliyetlerine ve artan ölüm oranlarına sebep olabilmektedir (Scott, Gazmararian, Williams, ve Baker, 2002: 395-96). Yakın tarihli bir raporda, ABD'li yetişkinlerin %48'inin sağlık ile ilgili bilgileri tam olarak okuyup anlayacak ve buna göre hareket edecek becerilerden yoksun olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Avrupa nüfusunun önemli bir bölümünün, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Tokuda, Doba, Butler, ve Paasche-Orlo, 2009: 411). ABD ve Avrupa ülkelerinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin neden olabileceği sağlık sorunlarına ilişkin yakın zamanda yapılan başka bir araştırmada, ABD'deki etnik azınlıkların sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık durumu arasında hiçbir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Latinler ve Afrikalı Amerikalılarda fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile fiziksel ve zihinsel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek için Guerra ve Shea (2007), Medicaid ve/veya Medicare sağlık güvencesinden faydalanan yaklaşık 1300 Latin ve Afrikalı Amerikalı yetişkin hastadan oluşan bir örnekleme STOFHLA ve SF-12 ölçeklerini kullanarak kesitsel bir çalışma yürütmüşlerdir. Philadelphia'daki toplum kliniklerinde gerçekleştirilen çalışmada sağlık okuryazarlığının fiziksel veya zihinsel sağlık durumu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle yetersiz sağlık okuryazarlığı ile kötü sağlık durumu arasındaki ilişkinin etnik azınlıklar düzeyinde genelleştirilemeyeceği sonucuna varılmıştır (Guerra ve Shea, 2007: 305).

Türkiye'de etnik gruplar (Türk, Kürt, Suryani ve Arap) arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeyindeki farklılığının araştırıldığı bir çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genel olarak etnik gruplar arasında çarpıcı biçimde farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Kürt kökenlilerin en dezavantajlı grup olduğu saptanmıştır. Yaşlıların, eğitim düzeyi düşük olanların, sigara ve alkol kullananların sağlık okuryazarlığı puanlarının daha yüksek olması dikkat çekici bulunmuştur. Ayrıca sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır (Yiğitalp, Bayram Değer, ve Çifçi, 2021: 9).

COVID-19 pandemisinin başlangıcından bu yana, çok sayıda resmi ve gayri resmi kaynaktan kamuoyuna büyük miktarda günlük veriler iletildi. Bilginin aşırı doyunluğu, doğru ve yanlış bilgiyi ayırt etmeyi zorlaştırdı ve çoğu zaman neredeyse bilimsel konuşma kisvesi altında birçok yalan yanlış bilgi ortaya çıktı. COVID-19 ile ilgili dijital sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan son araştırmalar, gençlerin genel olarak yüksek sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip olmalarına rağmen çevrimiçi ortamda dolaşan sağlık ile ilgili bilgilerin güvenilirliği konusunda yargıda bulunmakta çekimser kaldıkları gözlemlenmiştir. (Silva ve Santos, 2021: 2).

Sağlık okuryazarlık düzeyi bireyin sağlığını koruma, sürdürme ve yönetme kapasitesini etkiler. Sağlık okuryazarlık becerileri zayıf olan bireylerin sağlık durumunun kötü olduğunu bildirmeleri, sağlık sistemini kullanmada zorluklarla karşılaşmaları ve bu durumlarda daha yüksek düzeyde stres yaşamaları, okuryazarlığı yüksek kişilere göre daha olasıdır. Bu durum sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin yaşam kalitelerinin sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylere göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Weiss, Hart, McGee, ve D'Estelle, 1992: 257). Sağlık okuryazarlık düzeyi bireyin kendi sağlığına etki edecek kararları vermesinde etkilidir. Sağlık okuryazarlık düzeyi iyi olan birey sağlığın önemi daha çabuk kavrar ve sağlığına özen gösterir. Bunun sonucunda kendini daha iyi hisseder. Sağlık okuryazarlık düzeyinin iyi olduğu toplumlarda ise sağlık ile ilgili konularda bilgiye

daha kolay ve daha etkin ulaşıldığı gözlemlenmektedir. Böylece sağlıklı bireylerin sayısı artmakta, sağlık giderleri azalmakta ve toplumsal bir sağlık bilinci oluşmaktadır (Garcia-Codina, Juvinyà-Canal, Amil-Bujan, ve Bertran Noguier, 2019: 2).

3. Gereç ve Yöntemler

Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Üniversitede sağlık alanında okumakta olan meslek yüksekokulu öğrencilerinin demografik özelliklerini, sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Kırklareli Merkez ilçede Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda okumakta olan 441 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO'nun toplam öğrenci sayısı 2197'dir. %95 güven aralığında %5 hata oranıyla gereken örneklem sayısı 333'tür (Israel, 1992). Araştırma toplam 441 katılımcıyla tamamlanmıştır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Araştırmanın amacı gelecekte sağlık alanında çalışacak üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık algıları üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

H₁: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili algıları (erişim, anlama, değer biçme ve uygulama) “kontrol merkezi” algısı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H₂: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili algıları (erişim, anlama, değer biçme ve uygulama) “kesinlik” algısı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H₃: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili algıları (erişim, anlama, değer biçme ve uygulama) “sağlığın önemi” algısı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H₄: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili algıları (erişim, anlama, değer biçme ve uygulama) “öz farkındalık” algısı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

3.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Küresel salgın Covid-19 sebebiyle Kırklareli Üniversitesi'nde 2020-2021 Eğitim-Öğretimin Güz Döneminin uzaktan (Online) eğitim olarak gerçekleşmiştir. Bu sebeple anketler dijital platformlara aktarılmıştır. Öğrencilere Kasım-Aralık 2020 tarihleri arasında mail adreslerinden, sosyal ağ platformlarından ve diğer interaktif uygulamalar üzerinden ulaşılmıştır. Ankete başlamadan önce gönüllü onam formu onayı alınmıştır. Daha sonra demografik bilgileri içeren form, Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Ölçeği katılımcılara sunulmuştur. Demografik veriler formunda yaş, cinsiyet, kilo, boy ve sınıf soruları yer almıştır.

Sağlık Algısı Ölçeği: Diamond ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen ölçek, Kadioğlu ve Yıldız tarafından (2012) Türkçe'ye uyarlanmış güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları tamamlanmıştır. Ölçek 15 maddeden ve dört farklı alt faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler; kontrol merkezi (beş madde), öz farkındalık (üç madde), kesinlik (dört faktör) ve sağlığın önemi (üç madde)'dir. Ölçekte 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. Maddeler olumsuz ifadelerdir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15 ve en yüksek puan 75'tir. Ölçek 5'li Likert tipindedir. Olumlu ifadeler ‘çok katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2) ve hiç katılmıyorum (1) şeklinde, olumsuz ifadeler ise ters şekilde puanlanmıştır. Ölçek hemşirelik öğrencileri ve ailelerine uygulanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0,77 öğrencilerin ailelerinde 0,70 olarak saptanmıştır. Ölçek madde korelasyon sayıları ise bir grupta 0,30-0,67 ve diğer grupta 0,25-0,56 aralığında bulunmuştur (Kadioğlu ve Yıldız, 2012: 51-52).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Toçi ve diğerleri tarafından (2014) geliştirilen ölçeğin, Aras ve Bayık Temel tarafından (2017) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır. Ölçek 25 madde ve dört alt faktörden oluşmaktadır. Bu dört faktörler; bilgiye erişim (beş madde), anlama (yedi madde), değer biçme/ değerlendirme (sekiz madde) ve uygulama/kullanma (beş madde)'dir. Tüm ölçekten alınacak en düşük puan 25 en yüksek puan 125'tir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde Likert yapıdadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekte ters madde yer almamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır. Ölçek madde korelasyon sayıları ise 0,20 ile 0,72 aralığında bulunmuştur (Aras ve Bayık Temel: 2017, 85-94).

4. Bulgular

Katılımcıların sağlık algısı ölçeği (SAÖ) puan ortalamasının 53,77±7,40, sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOÖ) puan ortalamasının 104,07±15,12 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alt-Üst Değerler	Ort.(\bar{x})± Std. Sapma(S)
Sağlık Algısı Ölçeği	33-74	53,77±7,40
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	52-125	104,07±15,12

Araştırmaya toplam 441 kişi katılmıştır. Katılımcıların %28,8'si (n=127) erkek, %71,2'si (n=314) kadındır. Katılımcıların %6,3'ü (n=28) "17-18 yaş" aralığında, %59,2'si (n=261) "19-20 yaş" aralığında, %24'ü (n=106) "21-22 yaş" aralığında, %10,4'ü (n=46) "23 yaş ve üstü" aralığındadır. Katılımcıların %15,6'sı (n=69) "41-50 kilo" aralığında, %36,5'i (n=161) "51-60 kilo" aralığında, %25,2'si (n=111) "61-70 kilo aralığında, %10,7'si (n=47) "71-80 kilo" aralığında, %8,2'si (n=36) "81-90 kilo" aralığında ve %3,9'u (n=17) "91 ve kilo üstü" aralığındadır. Katılımcıların %1,6'sı (n=7) "1,40-1,50 cm" boy aralığında, %21,8'i (n=96) "1,51-1,60 cm" boy aralığında, %42'si (n=185) "1,61-1,70 cm" boy aralığında, %24,5'i (n=108) "1,71-1,80 cm" boy aralığında, %8,6'sı (n=38) "1,81-1,90 cm" boy aralığında ve %1,6'sı (n=7) "1,91 cm ve üstü" boy aralığındadır. Katılımcıların %43,1'i (n=190) "1.Sınıf" öğrencisi, %56,9'u (n=251) "2.Sınıf" öğrencisidir (Tablo 2).

Tablo 2. Sosyo Demografik Özelliklere Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Sağlık Algısı Ölçeği			Test Değeri/p	Sağlık Okuryazarlığı			Test Değeri/p
	n	%	$\bar{x} \pm Ss$		n	%	$\bar{x} \pm Ss$	
Cinsiyet								
Kadın	314	71,2	53,80±7,37	t=0,131/	314	71,2	105,58±14,60	t=3,355/
Erkek	127	28,8	53,70±7,49	0,896	127	28,8	100,31±15,77	0,01
Yaş								
17-18 yaş	28	6,3	54,82±7,62		28	6,3	104,17±15,68	
19-20 yaş	261	59,2	53,49±7,40	F=0,391/	261	59,2	103,59±14,95	F=0,333/
21-22 yaş	106	24	54,11±7,17	0,760	106	24	104,39±15,36	0,801
23 ve üst yaş	46	10,4	53,93±7,88		46	10,4	105,93±15,48	
Kilo								
41-50 kilo	69	15,6	54,55±6,80		69	15,6	105,30±13,30	
51-60 kilo	161	36,5	54,33±7,66		161	36,5	106,37±14,44	
61-70 kilo	111	25,2	53,61±7,22	F=1,770/	111	25,2	101,81±16,05	F=1,888/
71-80 kilo	47	10,7	50,91±7,64	0,118	47	10,7	101,23±16,21	0,095
81-90 kilo	36	8,2	53,88±6,84		36	8,2	101,61±16,74	
91 ve üst kilo	17	3,9	54,00±7,89		17	3,9	105,05±13,27	
Boy								
1,40-1,50 cm	7	1,6	49,00±9,32		7	1,6	105,57±16,42	
1,51-1,60 cm	96	21,8	53,18±7,23		96	21,8	106,00±13,84	
1,61-1,70 cm	185	42	54,45±7,21	F=1,088/	185	42	105,42±14,60	F=2,261/
1,71-1,80 cm	108	24,5	53,48±7,42	0,366	108	24,5	102,30±15,96	0,058
1,81-1,90 cm	38	8,6	53,86±8,22		38	8,6	98,78±16,54	
1,91cm ve ü.	7	1,6	52,57±7,32		7	1,6	96,14±16,48	
Sınıf								
1. Sınıf	190	43,1	54,46±6,97	t=1707/	190	43,1	103,34±14,94	t=-829/0,38
2. Sınıf	251	56,9	53,25±7,67	0,89	251	56,9	104,62±15,26	

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 2’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların yaş, kilo, boy ve sınıf değişkenlerine göre sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı puan ortalaması benzer olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Fakat kadınların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek düzeyde olduğu, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Korelasyon, regresyon, t-testleri ve varyans analizi gibi birçok istatistiksel yöntem, yani parametrik testler, verilerin normal bir dağılım izlediği varsayımına dayanmaktadır (Ghasemi ve Zahediasl, 2012: 486). Normallik varsayımı için kullanılan analitik testler iki gruba ayrılır. Bunlar ampirik temelli testler ve tanımlayıcı temelli testlerdir. Ampirik temelli testler Kolmogorov-Smirnov Testi, Shapiro-Wilk Testi ve Anderson-Darling Testidir. Tanımlayıcı değerli testler ise D’Agostino-Pearson Omnibus Testi ve Jarqua-Bera Testidir (Rani Das ve Imon, 2016: 9-10). Shapiro-Wilk testi normallik dağılımında kullanılan en güçlü testlerden biridir. Bu testin güçlülüğü Shapiro, Wilk ve Chen (1968) tarafından bir simülasyon çalışmasında ortaya konmuştur (Demir, Saatçioğlu, ve İmrol, 2016: 34). Normallik testi için örneklem büyüklüğü 30 ve daha fazla olması durumunda ise Kolmogorov Smirnov testi kullanılmaktadır. Tablo 3’te Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi sonuçları yer almaktadır. SAÖ’ nün toplam puanının Shapiro-Wilk testi sonucuna

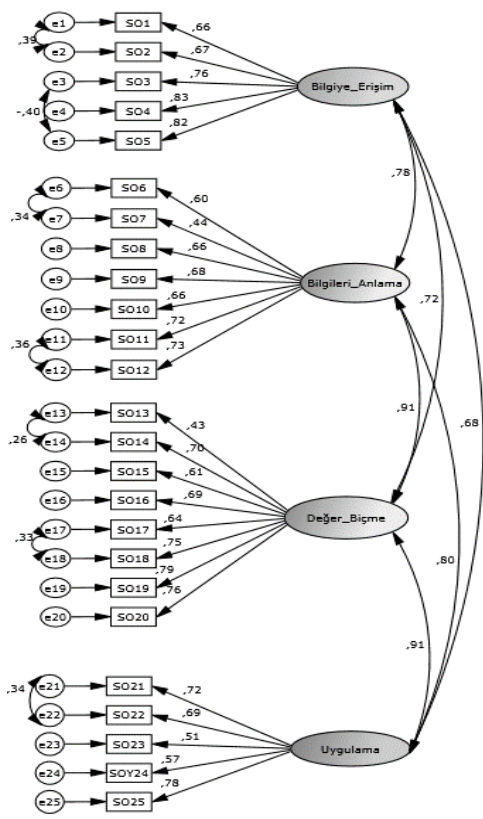
göre normal dağılım gösterdiği saptanmıştır($p>0,258$). Diğer değişkenlerim ise normal dağılım göstermediği gözlemlenmiştir ($p<0,00$).

Tablo 3. Normallik Testi (n=441)

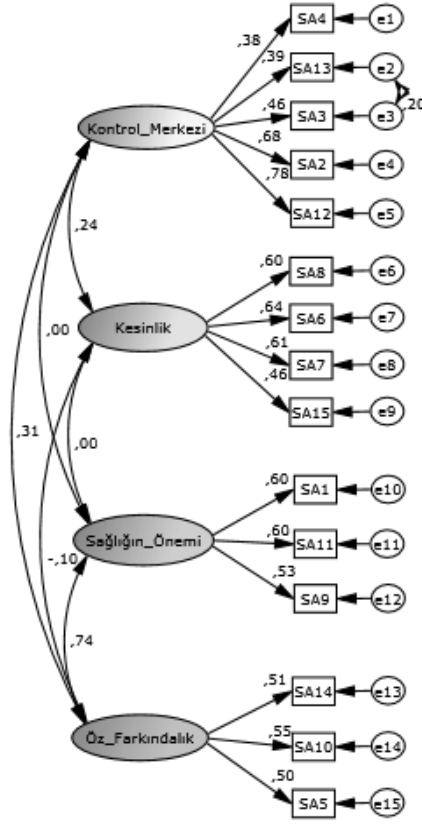
Değişken Öğeler	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık	K-S Testi(p)	S-W Testi(p)
Sağlık Algısı	3,58	0,49	0,045	-0,039	,009	,258
Kontrol Merkezi	3,57	0,82	-0,577	0,374	,000	,000
Kesinlik	3,29	0,9	-0,008	-0,49	,000	,000
Sağlığın Önemi	3,72	0,81	-0,339	-0,424	,000	,000
Öz Farkındalık	3,84	0,76	-0,207	-0,544	,000	,000
Sağlık Okuryaz.	4,16	0,6	-0,575	-0,476	,000	,000
Erişim	4,22	0,7	-0,618	-0,457	,000	,000
Anlama	4,25	0,64	-0,751	-0,259	,000	,000
Değer Bıçme	4,12	0,68	-0,533	-0,576	,000	,000
Uygulama	4,03	0,74	-0,513	-0,497	,000	,000

Sosyal bilimler için normallik varsayımını değerlendirmede basıklık ve çarpıklık değerleri büyük önem arz eder (Mishra, ve diğ., 2019: 70). Tablo 3'te yer alan değişkenlerin çarpıklık değerleri 0,045 ile -0,75 aralığında, basıklık değerleri ise 0,374 ile -0,576 aralığındadır. Özellikle sosyal bilimler için basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 aralığında olması verilerin normal dağılım gösterdiği varsayımını destekler (Tabachnick ve Fidell, 2001: 75). Çarpıklık ve basıklık değerlerinin normallik varsayımını test etmede kullanılabilceği literatürde birçok istatistikçi ve bilim insanı tarafından desteklenmektedir. Bir diğer kaynakta ise çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1 ile -1 değerleri aralığında yer alması verilerin normal dağılım gösterdiği varsayımını destekler (Hair, Anderson, ve Tatham, 1992: 74). Değişkenlere ait histogramlar incelendiğinde verilerin simetrik dağılım gösterdiği gözlemlenmiştir. Uç değer kontrolü yapılmış aşırı uç değere rastlanmamıştır. Ayrıca değişkenlerin serpilme (Q-plot) grafiklerinde yer alan kantiller normal dağılımı temsil eden doğruya yakın bir serpilme göstermektedir. Bu sonuçlar normallik varsayımını destekler. Böylece verilerin parametrik testler için uygun olduğuna kanaat getirilmiştir.

Ölçeklerin ve alt faktörlerin korelasyonlarını incelemeye önce ölçeklerin güvenilirliğini ve yapı geçerliliğini değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı DFA



Şekil 2. Sağlık Algısı DFA

SOÖ' ye ilişkin DFA diyagramı Şekil 1'de gösterilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle iki ölçek için "Maximum Likelihood" hesaplama yöntemi kullanılmış faktörler arasında kovaryans matrisi oluşturulmuştur. DFA sonucunda özellikle sağlık okuryazarlığı ölçeği için kabul edilen uyum iyiliği değerlerine tam olarak ulaşamamıştır. Bunun üzerine modellere ilişkin düzeltme indeksleri incelenmiş ve kovaryanslara ilişkin düzeltmeler yapılmıştır. Önerilen modifikasyonlardan kritik değeri (CR) 20.000 üzerinde olan SO1-SO2, SO3-SO5, SO6-SO7, SO11-SO12, SO13-SO14, SO17-SO18, SO21-SO22 ve SA13-SA3 soruları arasında kovaryans çizilmiş olup kabul edilebilir model uyum iyiliği değerlerine ulaşılmıştır.

Tablo 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri

Ölçek	X ² /sd	GFI	AGFI	NFI	TLI	IFI	CFI	RMSEA	SRMR
SOÖ	2,700	0,880	0,851	0,883	0,911	0,923	0,922	0,062	0,052
SAÖ	1,851	0,956	0,937	0,857	0,908	0,929	0,927	0,044	0,049
Kabul Edilebilir Değerler	<(X ² /sd) <5	>.90	>.90	>.90	>.90	>.90	>.90	<.08	<.08

SOÖ' ye ait ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı CMIN/df değeri 2,700 bulunmuştur. Bu değer modelin iyi uyum gösterdiğini ifade etmektedir. Model uyumunu, örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak test eden GFI değeri 0,880 ve düzeltilmiş GFI değeri olarak isimlendirilen AGFI değeri, 0,851 olarak bulunmuştur. NFI=0,883, TLI=0,911, IFI=0,923, CFI=0,922, RMSEA=0,062 ve SRMR=0,052 olarak bulunmuştur.

SAÖ'ye ilişkin DFA diyagramı Şekil 2'de gösterilmiştir. SAÖ uyum iyi değerleri istenilen seviyede olup, düzeltme önerilerinde sadece SA3-SA13 soruları arasında kovaryans çizilmiştir. CMIN/df değeri 1,851, GFI=0,956, AGFI=0,937, NFI=0,857, TLI=0,908, IFI=0,929, CFI=0,927, RMSEA=0,044 ve SRMR=0,049 olarak bulunmuştur. Ayrıca gözlenen değişkenlerle örtük değişkenler arasındaki standardize yol katsayıları (faktör yükleri) diyagramda yer almaktadır. Tüm maddelerin yol kat sayıları $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır. Faktör yükleri "SA13" maddesi haricinde 0,50 ve üzerinde kabul edilebilir değerdedir (Gürbüz, 2019a: 70). Örneklem sayısı kabul edilebilir yük değerleri üzerinde etkilidir. 350 kişi ve üzeri örneklemelerde 0,30 üzeri yükler anlamlı kabul edilebilir (Yaşlıoğlu, 2017: 78). Bu sonuçlar neticesinde, dört faktörlü SOÖ ve SAÖ' nün birinci düzey dört faktörlü yapılarının 25 madde ve 15 madde üzerinden elde edilen veriler ile desteklendiği ya da doğrulandığı ifade edilebilir.

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ölçeklerine ve alt faktörlerine ilişkin güvenilirlik ve yapı birleşim ve ayrışım geçerliliklerini değerlendirmek için AVE, C.R. ve Cronbach alfa katsayılarından yararlanılmıştır. Tablo 5'te faktörlere ait maddelerin faktör yükleri ve faktörlere ait AVE, C.R. ve Cronbach alfa katsayıları yer almaktadır. SOÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,94 olup, Türkçe uyarlamasında yer alan 0,92 değeriyle benzerlik göstermiştir (Aras ve Bayık Temel, 2017: 91). SAÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,65 olup, Türkçe uyarlamasında yer alan 0,70 ve 0,77 değeriyle benzerlik göstermiştir (Kadıoğlu ve Yıldız, 2012: 52). Faktörlere ilişkin CR değeri geleneksel Cronbach alfa içsel tutarlık kat sayısının bir alternatifi olarak düşünülebilir. Kabul edilebilir değer $CR > .60$ olabileceğini savunan araştırmalar mevcuttur (Gürbüz, 2019a: 78).

Tablo 5. Standardize Faktör Yükleri ve Faktörlerin AVE-CR ve Cronbach Alfa Değerleri

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği						Sağlık Algısı Ölçeği					
Faktör	Madde	Faktör Yükleri	AVE	CR	Cronbach Alfa	Faktör	Madde	Faktör Yükleri	AVE	CR	Cronbach Alfa
Bilgiye Erişim	SOY1	0,66				Kontrol Merkezi	SA4	0,38			
	SOY2	0,67					SA13	0,39			
	SOY3	0,76	0,56	0,86	0,86		SA3	0,46	0,31	0,68	0,68
	SOY4	0,83					SA2	0,68			
	SOY5	0,82					SA12	0,78			
Bilgileri Anlama	SOY6	0,60				Kesinlik	SA8	0,61			
	SOY7	0,44					SA6	0,64	0,34	0,67	0,67
	SOY8	0,66					SA7	0,61			
	SOY9	0,68	0,42	0,83	0,49	Sağlığın Önemi	SA15	0,46			
	SOY10	0,66					SA1	0,60			
	SOY11	0,72					SA11	0,60	0,33	0,60	0,59
SOY12	0,73				SA9	0,53					
Değer Bıçme	SOY13	0,43				Öz Farkındalık	SA14	0,51			
	SOY14	0,70					SA10	0,55	0,27	0,53	0,51
	SOY15	0,61					SA5	0,50			
	SOY16	0,69	0,46	0,87	0,86	*AVE (Ortalama Açıklanan Varyans): Faktörleri temsil eden maddeler arasındaki benzeşim geçerliliğinin ölçütüdür. *CR (Birleşik/Yapı Güvenirliği): Bir faktördeki standardize yol katsayıları ile hata varyanslarını dikkate alan ve o faktörün yapı güvenirliliğini dolayısıyla da birleşim geçerliliği konusunda ipucu veren bir ölçüttür.					
	SOY17	0,64									
	SOY18	0,75									
	SOY19	0,79									
SOY20	0,76										
Uygulama	SOY21	0,72									
	SOY22	0,69									
	SOY23	0,51	0,43	0,79	0,79						
	SOY24	0,57									
	SOY25	0,78									
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Cronbach Alfa:						Sağlık Algısı Ölçeği Cronbach Alfa:					
0,94						0,65					

Tablo 5'te faktörlerin CR değerleri incelendiğinde "Öz Farkındalık" faktörünün sınır değere yakın olduğu diğer faktörlerin ise yapı güvenirliliğine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Faktörlere ilişkin AVE değeri benzeşim geçerliliğinin bir ölçütüdür. Faktörlere ait soruların faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Kabul edilebilir değer $AVE > .50$ olabileceğini savunan araştırmalar mevcuttur. Tablo 5'te SAÖ'ye ilişkin alt faktörlerin AVE değerleri sınır değere yakinken, SAÖ'ye ait alt faktörlerin AVE değerleri sınır değerinin altındadır. Fornell ve Larcker'a (1981) göre, AVE değerlerinin ölçüm modelinin birleşim geçerliliğini değerlendirmede önemli bir kıstas olduğunu fakat CR değerleri 0.60'dan büyük olan faktörler için AVE değerlerinin 0.50'den az olmasının kabul edilebileceğini ileri sürmektedir. (Fornell ve Larcker, 1981: 46). Sonuç olarak önerilen iki modelinde DFA'sının güvenilirlik, birleşim ve ayrışım geçerliliği yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt faktörlerinin kendi aralarındaki korelasyonlarının analizi için Pearson Korelasyon Testleri uygulanmıştır. Analiz değerleri -1 ile +1 arasında bir değer almaktadır. Alınan değer +1 ise pozitif yönlü

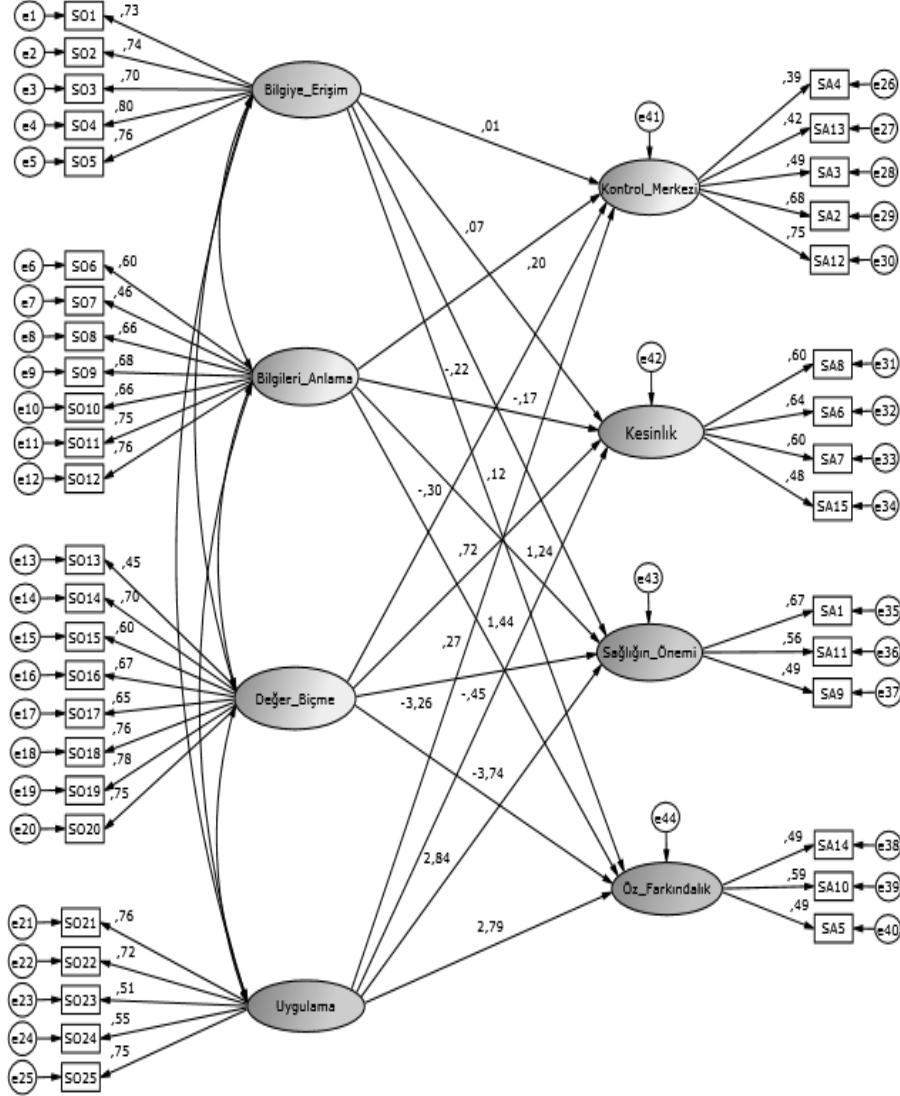
tam ilişki -1 ise negatif yönlü tam ilişkinin var olduğunu gösterir. Sıfır ise iki değişken arasında ilişkinin olmadığını gösterir (Tabachnick ve Fidell, 2001: 53-54). Bu değer 1'e doğru yaklaştıkça ilişkinin gücünün arttığını, sıfıra doğru yaklaştığında ise ilişkinin gücünün azaldığını göstermektedir (Schober, Christa Boer, ve Schwarteve, 2018: 1763).

Tablo 6. Pearson Korelasyon Analizi

Faktörler	Ort	SS	Sağlık Algısı				Sağlık Okuryazarlığı				Sağlık Algısı	Sağlık Okyaz.
			Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık	B.Erişim	B.Anlama	Değer Biçme	Uygulama		
Kontrol Merkezi	3,58	0,83	1									
Kesinlik	3,29	0,91	,192**	1								
Sağlığın Önemi	3,73	0,81	-0,020	0,008	1							
Öz Fark.	3,85	0,77	,191**	-0,053	,427**	1						
B. Erişim	4,22	0,71	,129**	,136**	,220**	,273**	1					
B. Anlama	4,26	0,64	,102*	,156**	,205**	,193**	,680**	1				
Değer Biçme	4,12	0,68	,163**	,152**	,248**	,193**	,667**	,764**	1			
Uygulama	4,03	0,75	,100*	,116*	,371**	,288**	,595**	,626**	,744**	1		
Sağlık Algısı	3,58	0,49	,707**	,584**	,456**	,534**	,297**	,262**	,308**	,325**	1	
Sağlık Okuryaz.	4,16	0,60	,144**	,162**	,294**	,262**	,824**	,887**	,928**	,841**	,339**	1

*p <0.05; ** p <0.01; *** p <0.001

Tablo 6'da sağlık okuryazarlığı ile "sağlık algısı" arasında ($r= 0,339$, $p<0,01$) zayıf pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığı faktörleri ile sağlık algısı faktörleri incelendiğinde en yüksek değer "uygulama" ile "sağlığın önemi" arasındadır ($r= 0,371$, $p<0,01$). Zayıf pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. En düşük değer ise "kontrol merkezi" ile "uygulama" arasındadır ($r= 0,100$, $p<0,05$). Çok zayıf yönde pozitif ilişki vardır. "Sağlık okuryazarlığı" ile sağlık algısı faktörleri arasında ilişki incelendiğinde en yüksek değer "sağlığın önemi" faktörü ile olduğu görülmektedir. ($r=0,294$ $p<0,01$). Zayıf pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. En düşük değer ise "kontrol merkezi" faktörü ile ($r=0,144$, $p<0,01$). Çok zayıf yönde pozitif ilişki vardır. "Sağlık algısı" ile sağlık okuryazarlığı alt faktörleri arasında incelendiğinde en yüksek değer "uygulama" ile olduğu görülmektedir ($r=0,325$, $p<0,01$). Zayıf pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. En düşük değer ise "bilgileri anlama" ile zayıf pozitif yönde ve anlamlıdır ($r=0,262$, $p<0,01$).



Şekil 4. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Diyagram

Araştırma hipotezlerine ilişkin diyagram Şekil 4'te yer gösterilmiştir. Hipotezler yer alan bağımsız değişkenler (Bilgiye erişim, Bilgileri anlama, Değer bıçme ve Uygulama) sol tarafta yer almaktadır. Bağımlı değişkenler ise (Kontrol merkezi, Kesinlik, Sağlıkın önemi ve Öz farkındalık) sağ tarafta yer almaktadır. Bağımsız değişkenler (dışsal değişkenler) arasında kovaryans çizilmiş olup, bağımlı değişkenlere (içsel değişken) artık hata terimleri (e41, e42, e43, e44) atanmıştır. Dışsal değişkenlerden (Bilgiye erişim, Bilgileri anlama, Değer bıçme ve Uygulama), içsel değişkenlere (Kontrol merkezi, Kesinlik, Sağlıkın önemi ve Öz farkındalık) yollar (oklar) çizilmiştir. Ayrıca gözlenen değişkenlerle örtük değişkenler arasındaki standardize yol katsayıları (faktör yükleri) Şekil 4'teki diyagramda yer almaktadır. Analiz sonucuna ilişkin değerler Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	R ²	Bağımlı Değişken	b	β	SH	K.D.	p
Bilgileri Anlama			0,277	0,199	0,403	0,687	0,49
Uygulama	0,03	Kontrol Merkezi	0,350	0,270	0,383	0,914	0,36
Bilgiye Erişim			0,012	0,010	0,168	0,074	0,94
Değer Bıçme			-0,406	-0,298	0,630	-0,644	0,52
Bilgileri Anlama			-0,211	-0,171	0,381	-0,553	0,58
Uygulama	0,05	Kesinlik	-0,513	-0,447	0,365	-1,406	0,16
Bilgiye Erişim			0,075	0,065	0,159	0,472	0,64
Değer Bıçme			0,877	0,724	0,602	1,456	0,15
Bilgileri Anlama			1,257	1,241	0,596	2,109	0,04**
Uygulama	0,71	Sağlığın Önemi	2,682	2,838	0,635	4,222	0,00*
Bilgiye Erişim			-0,207	-0,219	0,230	-0,900	0,37
Değer Bıçme			-3,252	-3,264	1,007	-3,229	0,00*
Bilgileri Anlama			1,349	1,445	0,609	2,216	0,03**
Uygulama	0,72	Öz Farkındalık	2,429	2,788	0,646	3,762	0,00*
Bilgiye Erişim			0,108	0,125	0,223	0,486	0,63
Değer Bıçme			-3,437	-3,742	1,048	-3,281	0,00*

R²: Düzeltilmiş R kare, SH: Standart Hata, KD: Kritik Değer, N= 441 *p <0.001 **p<0.05

Çoklu regresyon mantığıyla çalışan YEM temelli yapısal model ve yol analizleri, iki ve daha fazla değişkenin birbirleriyle olan doğrudan, dolaylı ve düzenleyici ilişkilerini test eden modellerdir (Gürbüz, 2019a: 95). Tablo 7’de sağlık okuryazarlığının alt faktörlerinin (Bilgileri anlama, Uygulama, Bilgiye erişim, Değer bıçme) sağlık algısı alt faktörleri (Kontrol merkezi, Kesinlik, Sağlığın önemi ve Öz farkındalık) üzerindeki etkisini istatistiki açıdan ortaya koyan regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Ayrıca, SOÖ ile SAÖ toplam puanları arasında yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucuna göre sağlık okuryazarlığı değişkeninin (tahmin değişkeni) sağlık algısı değişkeni (sonuç değişkeni) üzerinde açıkladığı varyans %21 olarak saptanmıştır ($R^2= 0,21$ $\beta=0,454$ $p=0,00$).

“Kontrol merkezi” üzerindeki değişimin %0,03’ü bilgileri anlama, uygulama, bilgiye erişim ve değer bıçme değişkenleri tarafından açıklandığı görülmektedir ($R^2= 0,03$). “Bilgileri anlama” değişkeni “Kontrol merkezi” ($\beta= 0,199$ $p=0,49$), “Uygulama” değişkeni “Kontrol merkezi” ($\beta= 0,270$ $p=0,36$), “Bilgiye erişim” değişkeni “Kontrol merkezi” ($\beta= 0,010$ $p=0,94$) ve “Değer bıçme” değişkeni “Kontrol merkezi” ($\beta=-0,298$ $p=0,52$) değişkeni üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda öğrencilerin bilgileri anlama, uygulama, bilgiye erişim ve değer bıçme puanlarındaki değişimin “Kontrol merkezi” puanlarındaki değişim üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre H_1 hipotezi ret edilmiştir.

“Kesinlik” üzerindeki değişimin %0,05’i bilgileri anlama, uygulama, bilgiye erişim ve değer bıçme değişkenleri tarafından açıklandığı görülmektedir ($R^2= 0,05$). “Bilgileri anlama” değişkeni “Kesinlik” ($\beta=-0,171$ $p=0,58$), “Uygulama” değişkeni “Kesinlik” ($\beta=-0,447$ $p=0,16$), “Bilgiye erişim” değişkeni “Kesinlik” ($\beta= 0,065$ $p=0,64$) ve “Değer bıçme” değişkeni “Kesinlik” ($\beta= 0,724$ $p=0,15$) değişkeni üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda öğrencilerin

“Bilgileri anlama”, “Uygulama”, “Bilgiye erişim” ve “Değer biçme” puanlarındaki değişimin “Kesinlik” puanlarındaki değişim üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre H_2 hipotezi ret edilmiştir.

“Sağlığın önemi” üzerindeki değişimin %0,71’i bilgileri anlama, uygulama, bilgiye erişim ve değer biçme değişkenleri tarafından açıklandığı görülmektedir ($R^2= 0,71$). “Bilgileri anlama” değişkeni “Sağlığın Önemi” ($\beta=1,241 p=0,04$), “Uygulama” değişkeni “Sağlığın önemi” ($\beta=2,838 p=0,00$) değişkeni üzerinde anlamlı pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların “Bilgileri anlama” ve “Uygulama” puanları artıkça “Sağlığın önemi” puanları da artmaktadır. Beta değeri en güçlü etkiyi “Uygulama” değişkeninde göstermektedir ($\beta=2,838 p=0,00$). “Değer biçme” değişkeni “Sağlığın önemi” üzerinde anlamlı negatif bir etkiye sahiptir ($\beta=-3,264 p=0,00$). Katılımcıların “Değer biçme” değişkenine ilişkin puanları azaldıkça “Sağlığın önemi” değişkenine ilişkin puanları artmaktadır. “Bilgiye erişim” değişkeninin “Sağlığın önemi” ($\beta=-0,219 p=0,37$) üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda öğrencilerin “Bilgileri anlama”, “Uygulama” ve “Değer biçme” puanlarındaki değişimin “Kesinlik” puanlarındaki değişim üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre H_3 hipotezi kısmen desteklendi.

“Öz farkındalık” üzerindeki değişimin %0,72’si bilgileri anlama, uygulama, bilgiye erişim ve değer biçme değişkenleri tarafından açıklandığı görülmektedir ($R^2= 0,72$). “Bilgileri anlama” değişkeni “Öz farkındalık” ($\beta=1,445 p=0,03$), “Uygulama” değişkeni “Öz farkındalık” ($\beta=2,788 p=0,00$) değişkeni üzerinde anlamlı pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların “Bilgileri anlama” ve “Uygulama” puanları artıkça “Öz farkındalık” puanları da artmaktadır. Beta değeri en güçlü etkiyi “Uygulama” değişkeninde göstermektedir ($\beta=2,788 p=0,00$). “Değer biçme” değişkeni “Öz farkındalık” üzerinde anlamlı negatif bir etkiye sahiptir ($\beta=-3,742 p=0,00$). Katılımcıların “Değer biçme” değişkenine ilişkin puanları azaldıkça “Öz farkındalık” değişkenine ilişkin puanları artmaktadır. “Bilgiye erişim” değişkeninin “Sağlığın önemi” ($\beta= 0,125 p=0,63$) üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda öğrencilerin “Bilgileri anlama”, “Uygulama” ve “Değer biçme” puanlarındaki değişimin “Öz farkındalık” puanlarındaki değişim üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre H_4 hipotezi kısmen desteklendi.

5. Tartışma

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık ve sağlık hizmetleri hakkındaki bilgileri nasıl algıladığı, yorumladığı, uyguladığı ve nasıl yansıttığı ile ilgili bir kavramdır. Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi, kendi sağlığı ile ilgili düşüncesini etkiler. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili vereceği kararların optimum seviyede olmasında sağlık okuryazarlık düzeyi önemli bir etkiye sahiptir (Deniz, Özer ve Songur, 2018: 91-92; Malik, Zaidi ve Hussain, 2017: 1-2). Uzmanlar, sağlık okuryazarlığının kapsamında yer alan; hastalıklar bilgisi, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların önemi, kişisel bakım ve sağlık ile ilgili araç gereçlerin kullanımı gibi konularda sahip olunan bilgi düzeyinin bireyin sağlık durumunu değerlendirme ve sağlık hizmetlerinden faydalanma üzerinde etkilerinin olduğunu öne sürmektedir (Cho, Lee, Arozullah, ve Crittenden, 2008: 1810).

Katılımcıların sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalaması $104,07\pm 15,12$ olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puanın 25-125 arasında olabileceği düşünüldüğünde, elde edilen puanın oldukça iyi olduğu söylenebilir. Sağlık Bakanlığı

(2018) 6628 katılımcı ile gerçekleştirdiği araştırmada Türkiye’de her yaş grubu için 10 kişiden 6.9’unun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı olduğunu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018: 78). Avrupa’da 9 ülkede gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı araştırmasının sonuçlarına göre; 10 kişiden 4.8’i yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir (Sorensen ve diğ., 2015: 1053). Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından Türkçe ’ye uyarlanan ve 30 hastaya dört hafta ara ile iki kez uygulanan SAÖ sonuçları incelendiğinde sağlık okuryazarlık puan ortalamasının $90,30 \pm 12,35$ olduğu görülmektedir (Aras ve Bayık Temel, 2017: 91). İbrahimoglu ve diğ. (2019) tarafından 437 katılımcı ile yapılan araştırmada ortalama sağlık okuryazarlık puanı 0-23 puan aralığında $13,32 \pm 3,62$ olarak belirlenmiştir (İbrahimoglu, Saray Kılıç, ve Mersin, 2019: 29). Literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin gayet iyi olduğu söylenebilir ($104,07 \pm 15,12$). Katılımcıların sağlık alanında okuyor olması sağlık okuryazarlık puanlarının yüksek olmasında önemli bir etkidir.

Katılımcıların SAÖ puan ortalaması $53,77 \pm 7,40$ olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puanın 15-75 arasında olabileceği düşünüldüğünde, elde edilen puanın iyi olduğu söylenebilir. Üniversite öğrencisi 345 kişi ile gerçekleştirilen çalışmada sağlık algısı puan ortalaması $50,17 \pm 5,66$ olarak tespit edilmiştir (Karaoglu, Karaoğlu, ve Yardımcı, 2020: 618). Üniversitede hemşirelik bölümünde okuyan 117 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada sağlık algısı puan ortalaması $50,04 \pm 6,21$ olarak saptanmıştır (Çayır Yılmaz, 2019: 323). Üniversitede hemşirelik bölümünde okuyan 286 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada ise sağlık algısı puan ortalaması $49,61 \pm 6,28$ olarak belirlenmiştir. (Yalınizoğlu Çaka ve diğ., 2017: 200). Ambalaj atığı toplayan 67 katılımcı ile gerçekleştirilen başka bir araştırmada SAÖ puan ortalaması $48,44 \pm 9,90$ olarak bulunmuştur (Uzuntarla ve Uzuntarla, 2019: 69). Üniversitede toplam 947 öğrenci ile gerçekleştiren araştırmada hemşirelik fakültesi öğrencilerinin sağlık algısı puan ortalaması $43,83 \pm 5,45$ elektrik-elektronik bölümü öğrencilerinin ise $43,85 \pm 6,52$ olarak tespit edilmiştir (Efteli ve Khorshid, 2016: 1). Verilen sonuçlar dikkate alındığında bu araştırmada tespit edilen SAÖ puan ortalamasının gayet iyi bir seviyede olduğu söylenebilir ($53,77 \pm 7,40$).

Araştırma sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır ($R^2 = 0,21$ $\beta = 0,454$ $p = 0,00$). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmada gebelerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişkinin olduğu, gebelerin sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir (Akça, Gökyıldız Sürücü ve Akbaş, 2020: 640). Belgrat’ta birinci basamak iki sağlık merkezinde 120 hasta arasında gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlık algıları düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermiştir (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic ve Marinkovic, 2009: 493). Gana’da sokakta yaşayan 290 genç üzerinde yapılan araştırmada yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığın sağlık algısı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığın sağlık algısı ile olumsuz yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Sokaktaki gençlerin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık puanları arttıkça sağlık algısı puanları azalmaktadır (Amoah, Phillips, Gyasi ve Koduah, 2017: 9). Amerika’da ergenliğe girmiş 1178 genç üzerinde yapılan araştırmada sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ve davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Brown, Teufel ve Birch, 2007: 13). Kosova’da 1753 yaşlı insanın katıldığı bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı ve tüm alt ölçek puanlarının (bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme ve uygulama) ortalama değerleri, sağlık algısı iyi olanlarda

sağlık algısı kötü olanlara kıyasla $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı farklılık göstermiştir (Toçi ve diğ., 2014: 669). Bir üniversite hastanesinde tedavi gören 65 yaş ve üstü 550 bireyle gerçekleştirilen çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $87,96 \pm 13,89$ olarak tespit edilmiş olup, sağlık algısı iyi ve çok iyi olan hastaların sağlık okuryazarlık puan ortalamalarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çimen ve Bayık Temel, 2017: 120). Genel olarak literatürde yer alan sonuçlar dikkate alındığında bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerinde etkisi olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı alt faktörlerinin (Bilgileri Anlama, Uygulama, Bilgiye Erişim ve Değer Bıçme) sağlık algısı alt faktörleri (Kontrol Merkezi, Kesinlik, Sağlıkın Önemi ve Öz Farkındalık) üzerindeki etkisini incelemek üzere toplam 16 hipotez Tablo 7’de analize tabi tutulmuştur. Bu hipotezlerden 6 tanesinin sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “Bilgileri anlama” değişkeni “Sağlığın Önemi” ($\beta=1,241$ $p=0,04$), “Uygulama” değişkeni “Sağlığın Önemi” ($\beta=2,838$ $p=0,00$), “Bilgileri anlama” değişkeni “Öz farkındalık” ($\beta=1,445$ $p=0,03$) ve “Uygulama” değişkeni “Öz farkındalık” ($\beta=2,788$ $p=0,00$) üzerinde anlamlı pozitif bir etkiye sahipken, “Değer bıçme” değişkeni “Sağlığın önemi” ($\beta=-3,264$ $p=0,00$), “Değer bıçme” değişkeni “Öz farkındalık” ($\beta=-3,742$ $p=0,00$) üzerinde anlamlı negatif bir etkiye sahiptir.

Akça ve diğ., (2020) tarafından gerçekleştirilen araştırmada; gebelerin SAÖ ve alt faktörleri ile SOÖ ve alt faktörleri toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan incelenmiştir. SAÖ ile SOÖ ve tüm alt faktörleri toplam puan ortalamaları arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca SAÖ alt faktörlerinde “Kontrol merkezi” ile SOÖ alt faktörlerinden “Erişim” arasında, SAÖ alt faktörlerinden “Kesinlik” ile SOÖ ve tüm alt faktörleri arasında, SAÖ alt faktörlerinden “Sağlığın önemi” ile SOÖ alt faktörlerinden “Erişim” arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, SAÖ alt faktörlerinden “Öz farkındalık” ile SOÖ ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Akça ve diğ., 2020: 638). Deniz ve diğ. (2018) tarafından 65 yaş ve üstü bireyler arasında gerçekleştirilen çalışmada; SAÖ ile SOÖ ait alt faktörler arasında regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre “Bilgiye erişim” değişkeni “Sağlığın Önemi” ($\beta=-0,165$ $p=0,008$), “Değer bıçme” değişkeni “Sağlığın önemi” ($\beta=0,306$ $p=0,000$), “Uygulama” değişkeni “Sağlığın önemi” ($\beta=0,231$ $p=0,000$), “Bilgiye erişim” değişkeni “Öz farkındalık” ($\beta=0,146$ $p=0,022$), “Değer bıçme” değişkeni “Öz farkındalık” ($\beta=0,138$ $p=0,041$), “Bilgileri anlama” değişkeni “Kesinlik” ($\beta=0,172$ $p=0,001$) ve “Uygulama” değişkeni “Kesinlik” ($\beta=0,279$ $p=0,000$) değişkeni üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Araştırmanın sonucuna göre SAÖ alt faktörü “Kontrol merkezi” ile SOÖ alt faktörleri (Bilgiye erişim, anlama, değer bıçme ve uygulama) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Deniz ve diğ., 2018: 90-91).

Araştırmanın sonuçları literatürde yer alan sonuçlarla karşılaştırıldığında; SAÖ ve SOÖ ortalama puanları diğer araştırmalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Literatürde SAÖ ve SOÖ alt faktörleri arasındaki ilişkiye baktığımızda bu araştırmayla benzer sonuçlar verdiği söylenebilir. SAÖ alt faktörlerinden “Sağlığın önemi”, SOÖ alt faktörleri tarafından varyansı en çok açıklanan değişken olup, bağımsız değişkenler ile yapılan yol analizleri .05 düzeyinde en çok bu değişken üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, diğer araştırmalarla benzer bir şekilde SAÖ alt faktörü “Kontrol merkezi” ile SOÖ alt faktörleri (Bilgiye erişim, anlama, değer bıçme ve uygulama) arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

6. Sonuç

Gelecekte sağlık alanında çalışacak gençlerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin iyi olduğu, sağlık okuryazarlık düzeylerinin sağlık algıları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Özellikle SAÖ alt boyutlarından “Sağlığın önemi” ve “Öz farkındalık” sağlık okuryazarlığından önemli derecede etkilenmektedir. Gençlerin sağlık okuryazarlığı seviyesi arttıkça sağlığının önemini daha iyi kavrayacakları sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte gençlerin sağlık okuryazarlık düzeyi iyileştikçe öz farkındalığa verdiği önem de artacaktır. Böylece iç gözlem yapabilme yeteneği gelecek kendini çevre ile diğer bireylerden ayırıp, bir birey olma bilinciyle düşünmeye başlayacaktır. SAÖ'nin alt boyutlarından, “Kontrol merkezi” ve “Kesinlik”, SOÖ'nin alt boyutlarından (Bilgiye erişim, Bilgileri anlama, Değer biçme ve Uygulama) anlamlı bir şekilde etkilenmemektedir. "Kesinlik", sağlığın daha çok bir şans işi olduğunu, ne yapılırsa yapılsın sağlığın değişmeyeceğini, bireyin kendi sağlığını kaderci bir bakış açısıyla değerlendirdiği bir alt boyuttur. "Kontrol Merkezi" ise sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ön planda tutan ve sağlıklı kalmak için gerekenler konusunda yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesini gerekli kılan bir alt boyuttur. Katılımcıların SOÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel açıdan SAÖ alt boyutlarından “Kesinlik” ve “Kontrol Merkezi” üzerinde etkili olmaması, sağlığın bir şans işi olmadığını bildiklerini ama sağlıklarını tamamen kendi kontrollerine alabilecek ve ona yön verebilecek bilgi ve tecrübeye de henüz sahip olamadıklarını göstermektedir. Gençlerin değişen ve dönüşen dünyada yoğun bir şekilde bilgi bombardımanına maruz kalması bu bilgileri değerlendirme süreçlerini kısıltmakta ve onları hızlı kararlar almak zorunda bırakmaktadır. Özellikle pandemi sürecinde sağlık ile bilgileri okuma ve anlama düzeyi kişinin kendi sağlık algısı üzerinde de etkili olmaktadır.

Bugünün gençlerinin yarın sağlık alanında çalışacak profesyoneller olduğunu düşünürsek, sağlık kavramının öneminin bugün tam anlamıyla öğretilmesi ve gençler tarafından idrak edilmesi gelecekte sağlık sektörüne ve ülkemize önemli bir katkı sağlayacaktır. Toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesi çeşitli eğitim öğretim faaliyetleriyle yüz yüze/online yöntemlerle her yaş grubunu kapsayacak şekilde yetkili kurum/kuruluşlar tarafından düzenlenecek çeşitli programlar aracılığıyla artırılmaya çalışılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı, sağlığın önemi ve hastalıklar bilgisi gibi konuların anlam ve öneminin ilköğretim çağından başlayarak gelecek nesillere aktarılması bilinçli, güçlü ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun inşa edilmesinde kilit bir rol oynayacaktır.

Referanslar

- Açıksöz, S., Uzun, Ş., ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, (55), 181-187.
- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., ve Akbaş, M. (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 630-42.
- Amoah, P. A., Phillips, D. R., Gyasi, R. M., ve Koduah, A. O. (2017). Health literacy and self-perceived health status among street youth in Kumasi, Ghana. *Cogent Medicine*, 4(1), doi:<https://doi.org/10.1080/2331205X.2016.1275091>

- Aras, Z., ve Bayık Temel, A. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85-94.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık sistemleri* (2 b.). İstanbul: Beta Basım.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, M. Ç. (2015). Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.
- Baker, D. B. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.
- Barber, M. N., Staples, M., Osborne, R. H., Clerehan, R., Elder, C., ve Buchbinder, R. (2009). Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: Results from a population-based survey. *Health Promotion International*, 24(3), 252-261.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Türk J Public Health*, 12(1), 61-68.
- Bratucu, R., Gheorghe, I. R., ve Purcarea, R. M. (2014). Cause and effect: the linkage between the health information seeking behavior and the online environment- a review. *Journal of Medicine and Life*, 7(3), 310-316.
- Brown, S. L., Teufel, J. A., ve Birch, D. A. (2007). Early adolescents perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health*, 77(1), 7-15.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'health'. *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77-87.
- Cho, Y. I., Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., ve Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science ve Medicine*, 66, 1809-16.
- Çayır Yılmaz, M. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algıları ile fiziksel aktivite düzeyleri. *Journal of Human Rhythm*, 5(4), 323-338.
- Çiler Erdağ, G. (2015). Sağlıkın temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı. A. Ü. Fakültesi, F. Yıldırım, ve A. Keser (Dü) içinde, *Sağlık okuryazarlığı*. Ankara: Ankara Üniversitesi, Yayın No: 455.
- Çimen, Z., ve Bayık Temel, A. (2017). Kronik rahatsızlığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-25.
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö. S., ve İmrol, F. (2016). Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Current Research in Education*, 2(3), 130-148.
- Deniz, Ş., Özer, Ö., ve Songur, C. (2018). Effect of health literacy on health perception: An application in individuals at age 65 and older. *Social Work in Public Health*, 33(2), 85-95.
- Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., & Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. *Journal of Psychology*, 35(5), 557-61. doi:10.1002/jcop.20164
- Doğan, M., & Çetinkaya, F. (2019). Akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 28(3), 135-41.
- Dost, A., ve Üner, E. (2020). Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi neden önemlidir? *IGUSABDER*, 12, 475-483.
- Efteli, E., ve Khorshid, L. (2016). İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 1-10.
- Endeshaw, B. (2021). Healthcare service quality measurement models: A review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106-117.

- Fornell, C., ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Fregidou-Malama, M., ve Hyder, A. (2011). Health care services marketing in a cross-cultural context: Eleka in Brazil. *The 27th IMP Conference, The Impact of Globalization on Networks and Relationship Dynamics*. Glasgow, İskoçya: University of Strathclyde.
- Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., ve Bertran Noguera, C. (2019). Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health*, 19(1122), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7381-1>
- Gazmararian, J. A., ve Parker, R. M. (2005). Overview of health literacy in health care. J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, ve C. C. Wang içinde, *Understanding Health Literacy İmlications for Medicine and Public Health* (s. 1). USA: American Medical Association.
- Ghasemi, A., ve Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metabolism*, 10(2), 486-489.
- Guerra, E. C., & Shea, J. A. (2007). Health literacy and perceived health status in Latinos and African Americans. *Ethnicity & Disease*, 31(3), 305-125.
- Gürbüz, S. (2019a). *AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürbüz, S. (2019b). *Sosyal bilimlerde aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., ve Black, W. C. (1992). *Multivariate data analysis with readings*. (F. Easter, Dü.) New York, United States of America: Macmillan Publishing Company.
- Heide, İ. V., Wang, J., Droomers, M., Spreuwenbenrg, P., Rademakers, J., ve Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18, 172-184.
- İbrahimoğlu, Ö., Saray Kılıç, H., ve Mersin, S. (2019). Fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler: Bilecik İli Örneği. *Sağlık ve Toplum*, (3), 26-32.
- Ishikawa, H., ve Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(18), 1-5. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1751-0759-4-18> adresinden alındı
- Ishikawa, H., ve Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2), 113-122.
- Israel, G. D. (1992). Determining sample size. *Florida Cooperative Extension Service*, Institute of Food and Agricultural Sciences.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., ve Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: Data from The Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, 31(4), 490-95.
- Kadıoğlu, H., ve Yıldız, A. (2012). Sağlık algısı ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32(1), 47-53.
- Kaletka, D., Polańska, K., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., ve Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Central European Journal of Public Health (CEJPH)*, 17(3), 122-27.
- Kanj, M., ve Mitic, W. (2009). Promoting health and development: Closing the implementation gap. *7th Global Conference on Health*, (s. 6). Nairobi,

- Kenya.https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf adresinden alındı
- Karaoglu, N., Karaoglu, K. B., & Yardımcı, H. (2020). Sosyoloji ve tıp öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlık kaygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Med Jorunal*, 3, 615-628.
- Keskin, H., Akgün, A., ve Koçoğlu, İ. (2016). *Örgüt teorisi* (1 b.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Keya Rani Das, ve Rahmatullah Imon. (2016). A brief review of tests for normality. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 5-12.
- Mack, C. A. (2018). How to write a good scientific paper. *Washington USA: Society of Photo-Optical Instrumentation*, Engineers Press.
- Malik, M., Zaidi, R. Z., ve Hussain, A. (2017). Health literacy as a global public health concern: A systematic review. *Journal of Pharmacology ve Clinical Research*, 4(2), 1-7.
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., ve Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22, 67-72.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-219. doi:10.1108/09526861311311409
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Bauer, U., ve Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5503), 1-20.
- Osborn, C. Y., Paasche-Orlow, M. K., Bailey, S. C., ve Wolf, M. S. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *American Journal of Health Behavior*, 35(1), 118-128.
- Özdelikara, A., Ağaçdiken Alkan, S., ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 275-82.
- Özdemir, B., Yıldırım, F., & Hablemitoğlu, Ş. (2015). Aktif yaşlanma için sağlık okuryazarlığı. F. Yıldırım, & A. Keser içinde, *Sağlık okuryazarlığı* (s. 75-90). Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Palumbo, R., Annarumma, C., Musella, M., ve Adinolfi, P. (2018). A recipe for excellence in health care: investigating the relationship between health literacy, self-efficacy, awareness, and health services' use. *Sinergie - Italian Journal of Management*, 36(107), 89-111.
- Panchapakesan, A. (2021). World literacy foundation. Erişim adresi <https://worldliteracyfoundation.org/importance-of-health-literacy/>
- Pinxten, W., ve Lievens, J. (2014). The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. *Sociology of Health ve Illness*, 36(7), 1095-1110.
- Polat, Ü., Özen, Ş., Bayrak Kahraman, B., ve Bostanoğlu, H. (2015). Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students at a university in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 1-7.
- Ratzan, S. C., Filerman, G. L., ve LeSar, J. W. (2000). Attaining global health: Challenges and opportunities. *Population Bulletin*, 55(1).
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.

- Schober, P., Christa Boer, ve Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia ve Analgesia*, 126(5), 1763-1768.
- Scott, L. T., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.
- Shapiro, S. S., Wilk, M. B., & Chen, H. J. (1968). A Comparative Study Of Various Tests For Normality. *Journal of The American Statistical Association*, 63(324), 1343-1372
- Shiyanbola, O. O., Unni, E., Huang, Y.-M., ve Lanier, C. (2018). The association of health literacy with illness perceptions, medication beliefs, and medication adherence among individuals with type 2 diabetes. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, (14), 824-30.
- Silva, M. J., & Santos, P. (2021). The impact of health literacy on knowledge and attitudes towards preventive strategies against covid-19: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5421), 1-12. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18105421>
- Simonds, S. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.
- Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-58.
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4 b.). Massachusetts, United States of America: Allyn ve Bacon.
- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., ve Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 486-95.
- Toçi, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sorensen, K., Ramadani, N., Hysa, B., ve Brand, H. (2014). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International*, 30(3), 667-74.
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J. P., & Paasche-Orlo, M. K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 411-17.
- United Nations. (2015). Universal declaration of human rights. (Y. Ait Kaci, Dü.) Erişim adresi www.un.org:https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf
- Uzuntarla, Y., Uzuntarla, F. (2019). Ambalaj atığı toplayan kişilerin sağlık algılarının incelenmesi. *Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi*, 2(2), 69-75.
- Vamos, S., Okan, O., Sentell, T., ve Rootman, I. (2020). Making a case for "Education for health literacy": An international perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(1436), 1-18.
- Weiss, B. D., Hart, G., McGee, D. L., & D'Estelle, S. (1992). Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *Health Status of Dilliterate Adults*, 5(3), 257-64.

- WHO. (2013). *Health literacy the solid facts*. (I. Kickbusch, J. M. Pelikan, F. Apfel, ve A. D. Tsouros, Dü) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilson, I. B., ve Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- World Health Organization. (2014). Basic Documents (48 b.). İtaly: WHO.
- Yalnızoğlu Çaka, S., Topal, S., Karakaya Suzan, Ö., Çınar, N., ve Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm*, 3(4), 199-203.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46(Özel Sayı), 74-85.
- Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., & Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in Southeastern Turkey. *BMC Public Health*, (1109), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11119-7>