T.C.
GAZİ ÜNVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ÖĞRENCİ EBEVEYNLERİNİN GENEL ÖZYETERLİLİK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN ANKARA'DA İKİ İLKOKUL ÖRNEĞİNDE İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berhiv ALTUN

ANKARA
2017

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

ÖĞRENCİ EBEVEYNLERİNİN GENEL ÖZYETERLİLİK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN ANKARA'DA İKİ İLKOKUL ÖRNEĞİNDE İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berhiv ALTUN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

ANKARA
2017

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Berhiv ALTUN
Baba Adı	Abdullah
Doğum Yeri/Tarihi	ELAZIĞ / 17.08.1981
Diploma Tarihi / Diploma No	30.06.2005 / 14518
Mezun Olduğu Fakülte	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	**Yıl:** 4 **Ay:** 4
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Öğrenci Ebeveynlerinin Genel Özyeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ankara'da İki İlkokul Örneğinde İncelenmesi

JÜRİ KARARI: UYGUN BULUNMUŞTUR.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
F. Nur BARAN AKSAKAL
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D. Başkanı

ÜYE
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D.
Tez Danışmanı

ÜYE
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler	I
Tablolar Dizini	V
Şekiller Dizini	VIII
Kısaltmalar	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)Nedir?	5
2.2. Sağlık Okuryazarlığının Dünyadaki ve Türkiye'deki Durumu	6
2.3. Sağlık Okuryazarlığının Basamakları	9
2.3.1. Temel (Fonksiyonel) Sağlık Okuryazarlığı	10
2.3.2. İnteraktif (Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı	11
2.3.3. Kritik(Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı	11
2.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler ve Etkileşim Alanları	12
2.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Sağlığa Etkisi	13
2.6. Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığı Yaklaşımı	16
2.7. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi	18
2.7.1.Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Sonuçlarıyla İlişkisinin Kavramsal Modeli	19
2.7.2. Sağlık Okuryazarlığının İdeal Ölçümü	22

2.7.3. Bireysel Kapasiteyi Ölçme 22

2.7.4. Sağlıkla İlişkili Sözlü Okuryazarlığı Ölçme 23

2.8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri 24

2.8.1. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) 27

2.8.2. Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA: Test of Functional Literacy Adults) 31

2.8.3. HLS-EU-Q47 (European Health Literacy Survey Questionnaire 47= Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Ölçeği) 35

2.8.4. ASOY-TR (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması) ve TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32) 37

2.8.5. NVS (The Newest Vital Sign=En Yeni Hayati İşaret) 38

2.8.6. WRAT : Wide Range Achievement Test (Geniş Kapsamlı Başarı Testi) 40

2.8.7. SILS: Single Item Literacy Screen (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması) 40

2.8.8. How Confident Are You Filling Out Medical Forms By Yourself? (Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz?) 41

2.8.9. SOS Mnemonic (SOS Kısaltması) 42

2.8.10. EHEALS: The eHealth Literacy Scale (e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği) 42

2.8.11. HALS: Health Activities Literacy Scale (Sağlık Aktiviteleri 42

Okuryazarlık Ölçeği)
2.9. Özyeterlilik Kavramı 45
2.10. Özyeterlilik Kaynakları 49
2.11. Özyeterlilik Oluşum ve Gelişimi 50
2.11.1. Kişilik Algısı 50
2.11.2. Aile Etkisi 51
2.11.3. Akran(arkadaş) Etkisi 51
2.11.4. Okul Etkisi 52
2.11.5. Ergenliğe Geçiş Deneyimleri 52
2.11.6. Yetişkinlik İle İlgili Özyeterlilik 52
2.11.7. Geçmiş Yaşantılar 53
2.12. Özyeterliliğin Birey Üzerine Etkisi 53
2.13. Özyeterliliğin Ölçülmesi 56
3.GEREÇ VE YÖNTEM 58
3.1.Araştırmanın Tipi 58
3.2.Araştırmanın Yeri 58
3.3.Araştırmanın Evreni 58
3.4.Araştırmanın Örneklemi 58
3.5.Araştırmanın Değişkenleri 59
3.5.1. Bağımlı Değişkenler 59
3.5.2. Bağımsız Değişkenler 59
3.6. Araştırmada Kullanılan Araç- Gereç 60
3.6.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği 61

3.6.2. Genel Özyeterlilik Ölçeği 67

3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli 69

3.8. Araştırma Takvimi 70

3.9. Veri Girişi ve Verinin Düzenlenmesi 70

3.10. Veri Analizi – İstatistiksel Yöntemler 71

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları 72

4.BULGULAR 73

5. TARTIŞMA 101

6.SONUÇ VE ÖNERİLER 108

7.KAYNAKLAR 111

8.ÖZET 121

9. İNGİLİZCE ÖZET 123

10.EKLER 125

EK1 125

EK2 127

EK3 128

11.ÖZGEÇMİŞ 133

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Soruları Alt Başlıkları	8
Tablo 2.2. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar	26
Tablo 2.3. REALM Testinin Özellikleri	28
Tablo 2.4. REALM Kelime Testi	28
Tablo 2.5. REALM-SF Testinin Özellikleri	29
Tablo 2.6. REALM-SF Testi	29
Tablo 2.7. REALM-R Testinin Özellikleri	30
Tablo 2.8. REALM-R Kelime Testi	30
Tablo 2.9. TOFHLA Testine Sözel Örnek	32
Tablo 2.10. TOFHLA Testine Numerik Örnek	33
Tablo 2.11. TOFHLA Sayısal Bölüm Ham ve Ağırlıklı Puanlar	34
Tablo 2.12. Alt Bölümleri ile Birlikte TOFHLA Puan Hesaplaması	34
Tablo 2.13. HLS-EU-Q47 ve ASOY-TR ’nin genel ve üç boyuttaki iç tutarlılığı -Cronbach Alfa Değeri	37
Tablo 2.14. NVS Testi - İngilizce	39
Tablo 2.15. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Bazı Ölçüm Yöntemleri ve Özellikleri	44
Tablo 3.1. TSOY-32’nin 2x4’lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları	61

Tablo3.2. TSOY-32 genel ve alt boyut maddeleri için madde-toplam korelasyonları 64

Tablo 3.3. TSOY-32 maddelerinin SOY boyutlarına göre faktör yükleri 66

Tablo 3.4. Genel Özyeterlilik Ölçeği-Temel Bileşenler Analizi Sonuçları 68

Tablo 3.5. Araştırma Takvimi, Ankara, 2017 70

Tablo 3.6. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu 72

Tablo 4.1. Ebeveynleri Araştırmaya Dahil Edilen Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2016 74

Tablo 4.2. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullara Göre Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016 76

Tablo 4.3. Formu Dolduran Ebeveynin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2016 78

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2016 80

Tablo 4.5. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullara Göre Ebeveynlerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016 82

Tablo 4.6. Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY indeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skoru, Ankara, 2016 83

Tablo 4.7. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullar Açısından Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 85

Tablo 4.8. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflar Açısından Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 86

Tablo 4.9. Öğrenci Cinsiyetine Göre Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 87

Tablo 4.10. Öğrenci Ailelerinin Çocuk Sayılarına Göre Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 88

Tablo 4.11. Anket Formunu Dolduran Ebeveyne Göre SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 89

Tablo 4.12. Anket Formunu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyine Göre SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 90

Tablo 4.13. Diğer Ebeveynin Öğrenim Düzeyine Göre Formu Dolduran Ebeveynin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı 91

Tablo 4.14. Anket Formunu Dolduran Ebeveynin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 93

Tablo 4.15. Anket Formunu Dolduran Ebeveynin Bakış Açısına Göre Ailenin Ekonomik Düzeyi ile SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016 94

Tablo 4.16. SOY İndeksi ve GÖY Skoru İle Öğrencinin Yaşı, Evdeki Kişi Sayısı, Formu Dolduran Ebeveynin Yaşı, Annenin ve Babanın Yaşı Arasındaki İlişki, Ankara, 2016 96

Tablo 4.17. GÖY Ölçeğinden Alınan Puanı Etkileyen Bazı Faktörler için Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2016 98

Tablo 4.18. SOY Ölçeğinden Alınan Puanı Etkileyen Bazı Faktörler için Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2016 100

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları	9
Şekil 2.2. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları ve Birey	10
Şekil 2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sonuçları	12
Şekil 2.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli	18
Şekil 2.5. Bireysel kapasiteler, sağlıkla ilişkili yazın ve sözlü okuryazarlık ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin kavramsal modeli	19
Şekil 4.1. Ebeveynlerin SOY İndeksi ile GÖY Skoru Arasındaki İlişki	96

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GA: Güven Aralığı

GÖY: Genel Özyeterlilik

HLS-EU: Health Literacy Survey-European

HAPA: The Health Action Process Approach (Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı)

IOM: Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)

İO: İlk Okulu

İOO: İlk Öğretim Okulu

NAAL: The National Assessment of Adult Literacy

NALS: Birinci Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Çalışması

NVS: The Newest Vital Sign (En Yeni Hayati İşaret)

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

REALMD: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medical and Dentistry (Diş Sağlığında ve Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

REALM-R: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini - Gözden Geçirilmiş)

REALM-SF: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine—Short Form (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini – Kısa Formu)

REALD-30: Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30 (Diş Sağlığında Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

REALD-99: Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-99 (Diş Sağlığında Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

SH: Standart Hata

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

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

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

TOFHLiD: Test of Functional Health Literacy in Dentistry (Diş Sağlığı Alanında Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

WHO: World Health Organization

WRAT: Wide Range Achievement Test (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Yüksek standartlardaki sağlık düzeyine ulaşmak; ırkı, dini, siyasi görüşü, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır(1,2). DSÖ, sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır (1,2). Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise bu kavramı; sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi şeklinde açıklamıştır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini de içermektedir (4).

UNESCO 2009 raporuna göre; Dünyada 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı değildir. ABD'de yapılan bir çalışmada ise yetişkinlerin yarısı temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir. Sağlık okuryazarlığı (The European Health Literacy Survey-HLS-EU) ile ilgili olarak sekiz Avrupa ülkesinde(Yunanistan, Bulgaristan, Hollanda, Almanya, Avusturya, İspanya, İrlanda, Polanya) yapılan çalışmada; çalışmaya katılanların yarısına yakınının bu konuda yetersiz veya sorunlu düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda ise erişkin toplumun üçte ikisinin sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu saptanmıştır (5-7). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

tarafından 2016'da yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların dörtte üçünün yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (8). Yapılan bu çalışmalar ışığında Türkiye'de yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin Avrupa ve Amerika'ya göre daha da düşük olduğu söylenebilir.

Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, medikal işlem ve talimatları gerçekleştirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlara neden olduğu gösterilmiştir (12). Hastaların kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmeleri için, rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve hastalık belirtilerini olduğu şekli ile tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Yerinde uygun sorular sormaları, verilen tıbbi tavsiyeyi ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda beklenen özelliklerdir (17).

Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi; sağlıkla ilgili bilgi ve mesajların anlaşılmasında zorluklara, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmasına, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluklara, ilaçların düzgün kullanılmasında sıkıntılara, acil servis hizmetlerinin daha fazla kullanılmasına, bireylerin hastalanma düzeyinin yüksek olmasına, kronik hastalık insidansında ve hastaneye yatışlarda artışlara, özellikle yaşlılarda daha kötü bir sağlık düzeyi ve yüksek mortaliteye ve bunlara paralel olarak sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasına neden olmaktadır (9-16).

Özyeterlilik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alıncaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır. Özyeterlilik inancı göreve-duruma özgül ya da genel

özyeterlilik olarak incelenmiştir. Göreve özgül özyeterlilik ölçümünde hedeflenen davranışla ilgili özyeterlilik ele alınmaktadır. Göreve özgül özyeterliliğin özgül ölçekler aracılığı ile çalışılmasından çok, literatürde sıklıkla tercih edilen Genel Özyeterlilik Ölçeği hemen her alanda kullanılabilecek bir değerlendirme aracıdır (18-23).

Eğitim, tıp, psikoloji, işletme gibi çok farklı alanlarda yapılan araştırmalar özyeterlilik inancının davranışlar açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (27). Özyeterlilik düzeyinin yüksek olması bireyin başarısını, motivasyonunu, sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşamındaki diğer birçok alanı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sağlığı geliştirme modelinde bireyin özyeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (24-26). Sağlığın geliştirilmesi modelinin dışında sağlık psikologları özyeterliliğin diğer birçok sağlık davranışı kuramında da önemli bir bileşen olduğunu belirtmişlerdir. ‘Sağlık İnanç Modeli’, algılanan davranışsal kontrolü açıklayan kuramlar ve Koruyucu Motivasyon Kuramı'nda da bireyin özyeterlilik algısının majör bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (28).

Sağlık okuryazarlığının birçok faktörlerle etkileşim içinde bulunabileceği, sağlığı geliştiren davranışların başlatılıp sürdürülmesinde etkili olabileceği gibi özyeterlilik üzerinde de etkili olacağı öngörülmekte; ancak özyeterlilik düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Aile toplumsal yapının önemli bir parçasıdır ve bu nedenle ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı konusunda yeterli olması toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. İki ilkokulda öğrenim gören öğrencilerin ebeveynlerinin katıldığı bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin özyeterlilik üzerinde etkili olabileceği öngörülerek bu ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)Nedir?

"Sağlık okuryazarlığı" (health literacy) kavramı, ilk kez 1974 yılında"sosyal politika olarak sağlık okuryazarlığı" başlıklı çalışmada tanımlanmıştır (3). DSÖ, sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır (1,2). Tıp Enstitüsü'nün 2004 yılında yayınladığı çalışma raporunda bu tanım "Bireysel olarak sağlık ile ilgili uygun kararların verilmesi için gerekli sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi" olarak detaylandırılmıştır (29).

HLS-EU Konsorsiyumunun geliştirdiği çalışma tanımına göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlık ile ilişkili olup hayat boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlıkla ilgili bilgilere erişebilme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama sahiptir (30,31).

Sağlık okuryazarlığı; tıbbi eğitim broşürlerini, reçete edilen ilaçlarla ilgili talimatları, randevu kağıtlarını, onam formlarını, sağlık çalışanlarının açıklamalarını anlama, sağlık bakımı için gerekli olan kuralları uygulama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneğinin yanısıra, bununla da sınırlı

olmayıp bireyin hem kendi hem de toplum sağlığını iyileştirmek maksadıyla doğru bilgi ve hizmete erişme ile bu bilgi ve hizmeti kullanabilme yeteneğini de içerir (1,32).

IOM (Institute of Medicine) uzman heyeti "sağlık okuryazarlığı" alanını dört alana ayırmıştır (33).

1) Kültürel ve kavramsal bilgi,

2) Konuşma ve dinleme becerileriyle birlikte sözlü okuryazarlık,

3) Yazma ve okuma becerileriyle birlikte yazın okuryazarlığı

4) Matematiksel beceri

SOY sağlık profesyonelleri için; mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını ve kullanılmasını, sağlık hizmetinden yararlananlar için; anlaşılır ve karar mekanizmasına dahil olmayı, kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmayı sağladığı gibi sağlıklı yaşam yılı ve kalitesinin artmasını, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesini sağlar (34).

2.2. Sağlık Okuryazarlığının Dünyadaki ve Türkiye'deki Durumu

UNESCO 2009 raporuna göre; Dünyada 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise yetişkinlerin %50'si temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir (31).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacı ile sekiz Avrupa ülkesinde (Yunanistan, Bulgaristan, Hollanda, Almanya, Avusturya, İspanya, İrlanda, Polanya) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması yapılmıştır (The European Health Literacy Survey-HLS-EU). Sağlık okuryazarlığının düzeyini ölçmek amacı ile 12 alt başlık halinde hazırlanmış olan toplam 47 soru kullanılarak yapılan bu çalışma sonucunda ülkeler aldıkları puanlara göre ‘‘yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi’’ olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (Tablo 2.1). Çalışmanın yapıldığı ülkeler bir bütün olarak değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %12 sinin bu konuda yetersiz, %35 sinin ise sorunlu düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Toplamda çalışmaya katılanların yarısından biraz fazlası yeterli ve çok iyi düzeyde puanlar almıştır. Yetersiz ve sorunlu grup birlikte değerlendirilerek ülkeler tek tek incelendiğinde; Hollanda’da katılımcıların %28’i, Bulgaristan’da ise %62’si bu grupta yer almıştır. İrlanda’daki katılımcıların %60’ı, Hollanda’daki katılımcıların da %72’si yeterli ve çok iyi puan almıştır. Yeterli ve çok iyi puan alanlar Bulgaristan (%37) ve İspanya’da (%42) en düşük bulunmuştur. Yine bu çalışmaya göre; genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu değerlendirilip genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (5-7,30).

Tablo 2.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Soruları Alt Başlıkları (5,30)

Sağlık okuryazarlığı	**Sağlık bilgisine erişim**	**Sağlık bilgisini anlama**	**Sağlık bilgisini yorumlama/ değerlendirme**	**Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma**
Sağlık bakımı	Tıbbi ve klinik konularında bilgiye erişim yeteneği	Tıbbi bilgileri anlama ve anlam türetme yeteneği	Tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Tıbbi konularda bilinçli kararlar alma yeteneği
Hastalıklardan korunma	Risk faktörleri hakkında bilgiye erişim yeteneği	Risk faktörleri hakkında bilgiyi anlamak ve anlam türetme yeteneği	Risk faktörleri hakkında bilgiyi yorumlamak ve değerlendirme yeteneği	Risk faktörleri ile alakalı bilgiyi yargılama yeteneği
Sağlığın geliştirilmesi	Sağlık konularında kendini güncelleme yeteneği	Sağlık ile ilgili bilgileri anlama ve anlam türetme yeteneği	Sağlık sorunlarıyla ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlık konularında yansıyan bir görüş oluşturma yeteneği

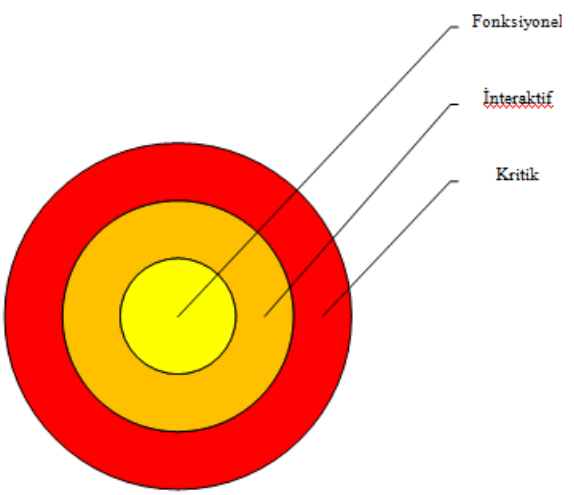
(Bilir N. "Sağlık okur-yazarlığı." Turkish Journal of Public Health 12,1 (2014): 61-68.)

ABD'de Birleşik Devletler Eğitim Departmanı tarafından yürütülen 16 yaş ve üstü kişiler üzerinde yapılan ''Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi'' (NAAL-National Assessment of Adult Literacy) 2003 raporuna göre katılımcılar, sağlık okuryazarlığı düzeyleri açısından ''temel altı, temel, orta, yeterli'' olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Bu çalışmaya göre yetişkinlerin sadece %12'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olduğu, %53' ünün orta, %36'sının ise sınırlı (%14 temel altı ve %22 temel) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (35).

Ülkemizde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri esas alınarak 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda ise

erişkinlerin %64,6'sının sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı ve genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanının da 30,4 olduğu saptanmıştır. Bu çalışma toplumun sadece üçte birinin (%35,4) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (7).

2.3. Sağlık Okuryazarlığının Basamakları



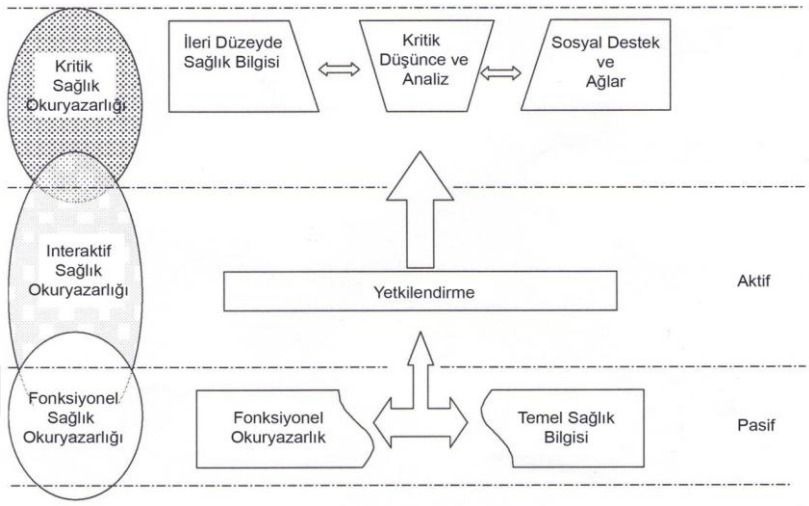
Şekil 2.1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları (1,11)

Sağlık okuryazarlığı sonraki basamakların öncekileri de içine aldığı üç basamaktan oluşur (Şekil 2.1, Şekil 2.2):

1-) Fonsiyonel Sağlık Okuryazarlığı

2-) İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

3-) Kritik Sağlık Okuryazarlığı (1,11)



Şekil 2.2. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları ve Birey (66)

2.3.1. Temel (Fonksiyonel) Sağlık Okuryazarlığı

Kişi bu basamakta pasiftir. Temel okuma ve yazma becerilerini göstermektedir. Bu düzeydeki kişiler sağlık risklerine ve sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin eğitim materyallerini (reçeteleri, prospektüsleri ve broşürleri) okuyup anlayabilirler. (1,11).

Sağlık riskleriyle ilgili bilgilerin iletişimini ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına dair geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu yansıtır. Böylesi bir tutum sağlık hizmetlerine ve risklerine ilişkin daha iyi bilgiye yönelik sınırlı amaçlara sahiptir (1,11).

Bu düzeye sahip bireyin karşılaşacağı güçlük, kendi sağlık problemi hakkında temel bilgi kaynaklarına ulaşmasında ve kendi durumunu yönetmesine yardımcı olmaları için sağlık sistemlerini nasıl kullanacağıdır (36).

2.3.2. İnteraktif (Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı

Kişi bu basamakta aktiftir. Daha fazla bilişsel kazanımları ve sosyal becerileri içerir. Bu düzeyde yer alan kişiler sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve sağlık koşulları değiştiğinde mevcut bilgilerini kullanabilme konusunda yetkindirler (1,29).

Kişisel becerilerin destekleyici bir ortamda geliştirilmesine odaklanır. Bu eğitimsel yaklaşım bilgiye dayalı olarak bağımsız hareket etmede ve özellikle alınan tavsiyeler doğrultusunda eyleme geçmek için motivasyon ve öz güveni geliştirmede kişisel kapasiteyi artırmaya yöneliktir (1,11).

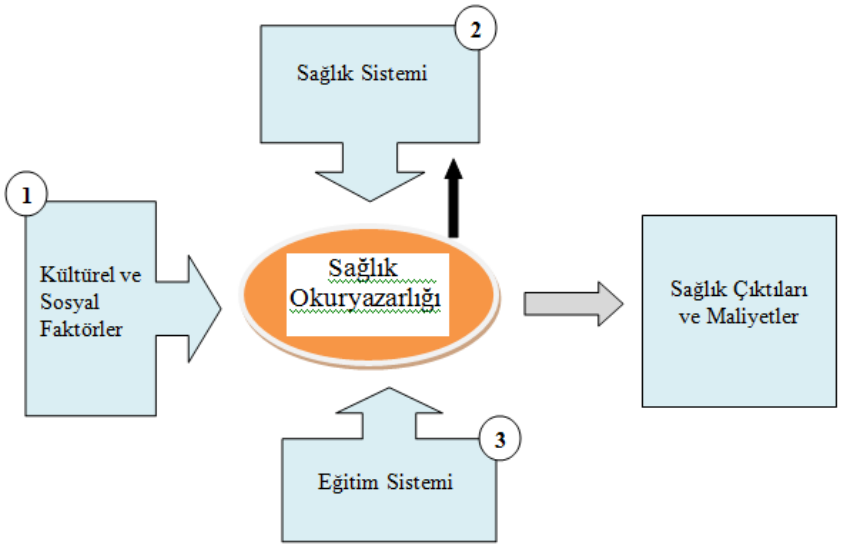
2.3.3. Kritik (Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı

Kişi bu basamakta proaktiftir. Yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için bilgilerin kullanılmasında, sağlıkla ilgili bilginin eleştirel olarak analiz edilmesinde bu konuda kararların verilmesinde kullanılan ileri düzeyde bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir. Bu düzeyde yer alan kişiler, sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilir, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre hareket edebilirler. Ayrıca bu kişiler kendi sağlık durumları

ile ilgili kararları alabilirler ve sağlık profesyonelleri ile etkin bir iletişim sağlayabilirler (1,9,36).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler ve Etkileşim Alanları

Bireylerin içinde bulundukları eğitim sistemi, kültürel ve toplumsal faktörler ve sağlık sistemi potansiyel olarak sağlık okuryazarlığını etkileyip şekillendirmekte, bu faktörler ise en sonunda sağlık sonuçlarını ve maliyetlerini etkilemektedir. Yani sağlık okuryazarlığı; bireylerin bireysel becerilerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi ile şekillenmektedir. Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı; toplumsal ve bireysel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur (37) (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sonuçları (10,12,36).

2.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Sağlığa Etkisi

Sağlık okuryazarlığı sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir kültür oluşturma aracı olmakla birlikte, özgüven gibi kişisel gelişim unsurlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde ise destekleyici bir araçtır (34,38).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, sağlıkla ilgili talimatlarını doğru okuma ve anlamayı geliştirir ve destekler. Kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin hem kendi sağlığı, hem de toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını güçlendirir (39).

Sağlık okuryazarlığı içinde bulunulan şartlara göre değişebilmekte olup, alınan eğitime ya da genel okuma alışkanlığına bağlı olmak zorunda değildir. Hastalar, sıklıkla bilgiyi değerlendirme, yarar ve zararı analiz etme, ilaç dozlarını hesaplama, test çıktılarını anlamlandırma ya da sağlıkla ilgili enformasyona nasıl ulaşabilecekleri gibi kompleks bilgi ve tedavi kararlarıyla karşı karşıyadırlar (40).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının sonuçlarının incelenmesi, hastalar ve sağlık profesyonelleri üzerindeki etkisinin ortaya çıkarılması, sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için izlenmesi gereken yöntem ve araştırma konularının tanımlanması maksadıyla Amerikan Tıp Derneği'nin Bilimsel İşler Konseyi tarafından yürütülen bir çalışmaya göre; yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastalar, hastalık durumunu etkileyecek derecede iletişim sorunları yaşamaktadırlar. Bu düzeydeki hastalar, sağlık durumlarını ifade ederken başarısız oldukları gibi, tıbbi durumlarını ve tedavilerini de yeterince kavrayamamaktadır

(41). Düşük sağlık okuryazarlık seviyesi nedeniyle sağlık birimlerine geç başvuran bireyler de erken koruyucu bakımdan yararlanamadıklardan hastaneye yatış sıklığı artmaktadır (41,42). Yine ABD'de gerçekleştirilen ve okuryazarlığın sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişilerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları gösterilmiştir (50). Başka bir çalışmanın sonucunda ortaya konan raporda ise, yetersiz sağlık okuryazarlığının Birleşik Devletler'e maliyetinin yıllık 100 milyar doların üzerinde gerçekleştiği vurgulanmıştır (51).

Hastaların kendilerinden istenen temel okumaları ve hesaplamaları ne ölçüde gerçekleştirebildiklerini incelediği fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yetersizliğini araştırdığı bir çalışmada, hastaların önemli bir kısmının en temel tıbbi talimatları okumakta ve anlamakta yetersiz oldukları ortaya konmuştur. Çalışmaya katılan hastaların önemli bir kısmı aç karnına ilaç almaları gerektiğini, bir sonraki randevu tarihini ve standart bilgilendirilmiş onam yazısının içeriğini anlayamamıştır. Yapılan çalışma ile sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin, hastaların kendi hastalıklarının tanı ve tedavisini anlamalarında ve gerekli tedaviyi almalarında önemli bir sorun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (43).

Toplumun büyük bir kısmını etkileyen düşük sağlık okuryazarlığının sosyoekonomik kayıplar ve kronik hastalıklarla ilişkili olduğu net bir şekilde görülmektedir (45). Hastaların sağlık sorunlarını açık bir şekilde ifade edemedikleri durumlarda ortaya çıkabilecek toplumsal ve ekonomik etkilerden biri, kendilerine verilen yetersiz veya hatalı enformasyonlar nedeniyle hekimlerin, bu hastalara hatalı tanı koyma olasılığının artmasıdır (48).

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyler; ilaç şişelerinin üstündeki etiketi okumada, ilaç alım çizelgesini yorumlamaya, randevu fişlerini, eğitim broşürlerini ya da bilgilendirilmiş hasta onam formlarını anlamlandırmaya kadar uzanan zorluklarla karşı karşıya kalırlar. Bu bireyler aynı zamanda sözlü iletişim ve risk değerlendirmesinde de sorunlar yaşayabilirler. Astım hastalarında nefes açıcı sprey kullanımında güçlük, şeker hastalarında düşük kan şekeri belirtilerini değerlendirmede güçlük, yüksek tansiyonlu hastalarda kilo kontrolü ve egzersiz programlarına uymada güçlük, ebeveynlerin çocuklarının ateşini ölçmede yaşadıkları güçlük de yaşanan sorunlara örnek olarak verilebilir. Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi, düşük sağlık bilgisi, yetersiz sağlık göstergeleri, artmış kronik hastalık insidansı ve koruyucu hizmetlerin kullanımının azalması gibi ciddi olumsuz sağlık problemleriyle de ilişkilidir. Sonuçta, yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık durumunda bozulmaya ve bununla beraber sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (12,46,47).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireyler ise; yeterli sağlık bilgisine sahip olarak, sağlık hizmetlerinden en etkin şekilde yararlandıkları için sağlık hizmeti ve hayat kalitesinin yükselmesini ve sağlık hizmetleri giderlerinin azalmasını sağlarlar (10,49).

2.6. Sağlık Okuryazarlığında Halk Sağlığı Yaklaşımı

Bir sağlık sorununun halk sağlığı sorunu olarak kabul edilebilmesi için bazı kriterleri yerine getirmesi beklenir. Bunlardan birincisi bu sorunun toplumun birçok üyesini hem günümüzde hem de gelecekte etkiliyor olmasıdır. Bu etkilenme ölüm, sakatlık, hayat kalitesi ve ekonomik açıdan bir yük oluşturma şeklinde ifade edilmektedir. İkincisi sorunun bazı dezavantajlı grupları daha fazla etkilemesi gibi her bireyi aynı düzeyde etkilememesidir. Üçüncüsü sorunun önleyici stratejiler ile önlenebilir olmasıdır. Dördüncüsü ise bu konuda yapılan önleyici çalışmaların yetersizliğidir (52,53). Sağlık okuryazarlığının dezavantajlı gruplar başta olmak üzere toplumun önemli bir kesimini etkilediği, bu konuda bireylerin, sağlık çalışanlarının, yöneticilerin, politikacıların yapabilecekleri çalışmalar ile önlenebilir olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır.

Nutbeam, sağlık okuryazarlığını tanımladığı modelde Birincisi "klinik risk", diğeri halk sağlığı bakış açısıyla oluşturulmuş "bireysel yarar" yaklaşımı şeklinde iki farklı yaklaşım önermiştir. Bireysel yarar yaklaşımında bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrole sahip olmalarını kolaylaştıran sağlık eğitiminden söz edilir ve bu yaklaşım bireylerin sağlık bilgisine erişimini ve bu bilgiyi etkin kullanma potansiyelini geliştirerek sağlık okuryazarlığını güçlendirmede önem kazanmıştır (2).

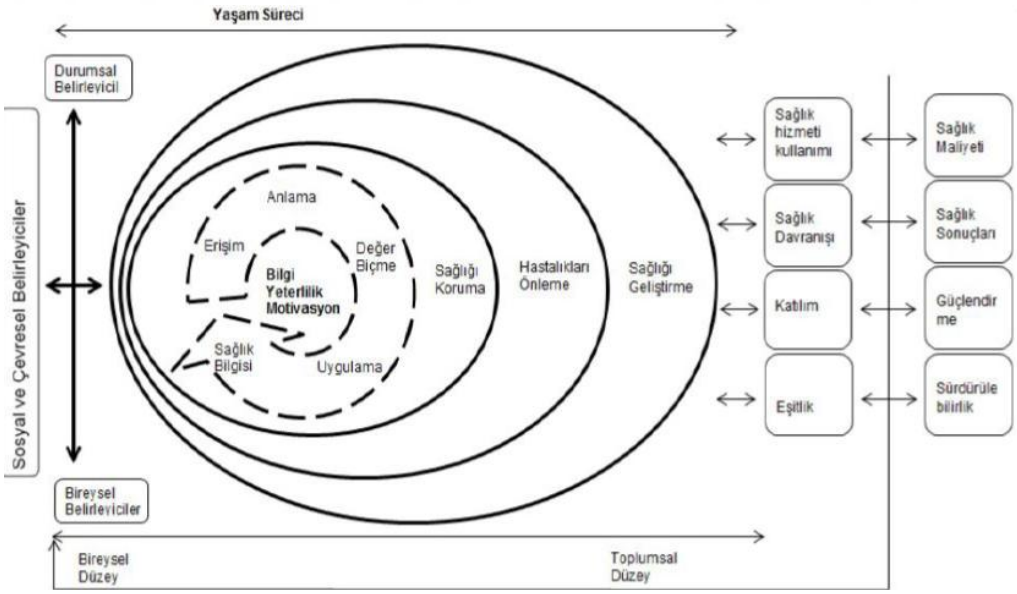
Gelişmiş ülkelerde sağlıklı yaşam tarzı oluşturarak bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek amacıyla yapılan sağlık eğitim programlarının sadece yüksek eğitimli sosyoekonomik düzeyi iyi olan kesimde etkili olduğu görülmüş ve

sağlıklı yaşam tarzı oluşturmada ekonomik, sosyal ve çevresel etkilerin de dikkate alınması gerektiğinin farkına varılmıştır (1). Bir toplumda sağlık okuryazarlığını geliştirmek için sağlık bilgilerinin iletiminden daha fazlasına ihtiyaç vardır. Toplumun bu konudaki becerilerini geliştirmeyi sağlama kişisel iletişimi geliştirme ve topluma yayılmış eğitimlerle sağlanabilir. Bireysel ve toplumsal olarak sağlıkla ilgili karar verme gücü ve bağımsızlığını geliştirmek için sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine odaklanılması gerekmektedir (2).

Sorensen'ın kavramsal modelinde klinik bakış açısının da ötesinde, halk sağlığı bakış açısıyla da değerlendirilen sağlık okuryazarlığının 'sağlık bakımı', 'hastalıkları önleme' ve 'sağlığı geliştirme' alanlarında bireyin güçlendirilmesi ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bu modelde sağlık okuryazarlığı bu alanlarla ilişkili 12 boyutta değerlendirilmiştir. Sağlık bakım alanı ile ilgili dört boyut; tıbbi bilgilere ulaşma becerisi, tıbbi bilgileri anlama becerisi, tıbbi bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi ve tıbbi konularda karar verme becerisidir. Hastalıkların önlenmesi alanı ile ilgili dört boyut; risk faktörleri ile ilgili bilgilere ulaşma becerisi, risk faktörleri ile ilgili bilgileri anlama becerisi, risk faktörleri ile ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi ve risk faktörlerinin ilgisi konusunda hüküm verme becerisidir. Sağlığın geliştirilmesi alanı ile ilgili dört boyut ise; sağlıkla ilgili konularda kendini yenileme becerisi, sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerisi, sağlık ile ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi ve sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi olarak ele alınmıştır (31).

2.7. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

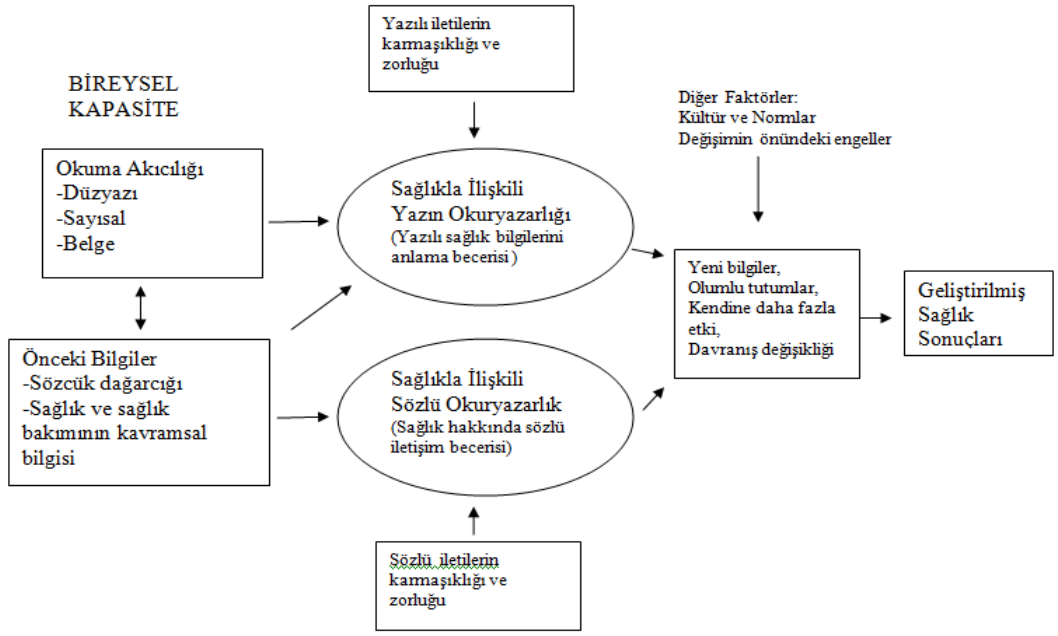
Sorensen sağlık okuryazarlığının boyutlarını göz önüne alarak kavramsal bir model çizmiştir (Şekil 2.4) Sağlık bakımı, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık bilgisine erişme, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme, kullanma basamaklarındaki matriks çerçevesinde oluşturulan kavramsal model ile ilişkilendirilerek geliştirilmiş olan sağlık okuryazarlığı anketi olan Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Survey – European Union (HLS-EU) Avrupa'daki sağlık okuryazarlığı çalışmasının ölçeği olarak kullanılmıştır. (30,31).



Şekil 2.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli (Sorensen) (30,31,113)

2.7.1.Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Sonuçlarıyla İlişkisinin Kavramsal Modeli

Kavramsal modelin ilk alanı ‘bireysel kapasite’ dir (Şekil 2.5). Bu, bir kişinin sağlık bilgisi, sağlık çalışanı ve sağlık sistemiyle etkin bir biçimde alışverişte bulunmak için sahip olduğu kaynaklar bütünüdür. (okuma akıcılığı, sözcük dağarcığı, kavramsal sağlık ve sağlık hizmeti bilgisi) (33).



Şekil 2.5. Bireysel kapasiteler, sağlıkla ilişkili yazın ve sözlü okuryazarlık ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin kavramsal modeli (Baker) (33)

Okuma akıcılığı, yazılı materyalleri zihinsel olarak işleme ve yeni çıktılar oluşturma becerisidir. Birinci Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Çalışması (NALS) okuma akıcılığını üç beceri dizisine ayırmıştır:

1-) Düzyazıyı okuma ve anlama yeterliği (düzyazı okuryazarlığı),

2-) Belgelerdeki bilgileri tespit etme ve kullanma yeterliği (belge okuryazarlığı)

3-) Aritmetik işlemleri uygulama ve basılı materyallerdeki sayısal veriyi kullanma yeterliği (sayısal okuryazarlık, matematiksel beceri) (33).

Önceki bilgiler (sağlığa ilişkin materyalleri okumadan veya bir sağlık hizmeti sunucusuyla konuşmadan öncesine ait bilgisi), sözcük dağarcığı (sözcüklerin ne anlama geldiğini bilme) ve kavramsal bilgiden meydana gelir. Sözcük dağarcığı okuma akıcılığından bağımsız olsa da ileri derecede ilişkilidir. Sözcük dağarcığımızın çoğunu okuma aracılığıyla elde ederiz. Bu modelde kavramsal bilgi, tek başına sağlık okuryazarlığını oluşturmayan ancak sağlık okuryazarlığına teşvik eden, kişinin kendisine ait bir kaynak olarak değerlendirilir (33).

Okuma akıcılığı kişinin kendi sözcük dağarcığını genişletmesini ve kavramsal bilgi edinmesini mümkün kılar. Tam tersi genişlemiş kelime dağarcığı ve kazanılmış kavramsal bilgi okuma akıcılığını destekler. Yazılı dokümanlarda geçen genel konulara ilişkin sözcük dağarcığı ve önceki bilgiler kişinin bu

materyalleri daha iyi anlamasını sağlar. Diğer bir deyişle tanıdık kelime ve kavramları içeren materyalleri okumak daha kolaydır. Bu nedenle genel okuma akıcılığı benzer iki birey, sağlıkla ilgili kelime ve kavramlara ilişkin temel bilgilerindeki farklılıkların sonucu olarak sağlığa dair materyalleri okumada ve anlamada farklı yeterlikte olabilmektedir (33).

Kendilerine sunulan kelime ve kavramlara alışık iseler, bireylerin yazılı ve sözlü iletişimi daha iyi kavrayacağı düşünülebilir. Genel okuryazarlığın ölçümüyle kıyaslandığında, bir bireyin sağlığa ilişkin materyalleri okuma ve anlama yeterliğinin ölçümünün sağlık çıktılarıyla daha yakından ilişkili olması beklenir(33).

Kavramsal modelin ikinci alanı sağlık okuryazarlığıdır. IOM raporu sağlık okuryazarlığını yazın ve sözlü okuryazarlığa ayırmaktadır, ancak ikisinin ne dereceye kadar gerçekte farklı oldukları açık değildir. Sağlığa ilişkin yazın okuryazarlığı ve sözlü okuryazarlık; bireyin sağlığa ilişkin okuma akıcılığına, sözcük dağarcığına, sağlık kavramlarına aşinalığına ve sağlık hizmeti alınırken kişinin karşı karşıya geldiği yazılı ve sözlü mesajların zorluğuna ve karmaşıklığına bağlıdır. Hem birey hem de sağlık hizmeti sisteminin özellikleri sağlık okuryazarlığını belirlenmektedir. Sağlık okuryazarlığı; yeni bilgiler kazanmaya, daha pozitif tutumlara, daha fazla öz yetkinliğe, olumlu sağlık davranışlarına ve daha iyi sağlık çıktılarına yol açan önemli bir faktördür (33).

2.7.2. Sağlık Okuryazarlığının İdeal Ölçümü

Bu modelde sağlık okuryazarlığı bireyin özellikleri ve çevresi tarafından belirlendiği için doğrudan ölçmek yerine kavramsallaştırarak değerlendirmek daha kolay olacaktır. Bireylerin okuma akıcılıklarını, kelime dağarcıklarını ve sağlık bilgi düzeyini ölçmek ve aynı zamanda bu kişilerin sağlık hizmeti alınan ortamlarda maruz kalacakları sözlü iletişimin karmaşıklığını ve yazılı sağlık materyallerinin zorluğunu eş zamanlı olarak ölçmek mümkündür. Bu durumda bireylerin kelime dağarcıkları, okuma akıcılıkları, önceki bilgileriyle sözlü ve yazılı iletişim talepleri arasındaki uyum/uyumsuzluk her bireyin sağlık okuryazarlığının bir ölçümü olacaktır. Buna rağmen sağlık okuryazarlığının bu tür kapsamlı ve doğrudan ölçümü pratik olmaktan uzaktır (33).

2.7.3. Bireysel Kapasiteyi Ölçme

Kamu sağlığı ve sağlık hizmeti sistemleri bireylerden yüksek okuma ve sözlü iletişim taleplerinde bulunursa, o zaman bireyin kapasitesinin ölçümü o kişinin sağlık okuryazarlığını tam olarak yansıtacaktır. Temel kavramsal bilgi, kişinin sahip olduğu ve yeni sağlık bilgilerini değerlendirirken kullandığı bir kaynaktır (33).

2.7.4. Sağlıkla İlişkili Sözlü Okuryazarlığı Ölçme

Sözlü talimatların kavranması sağlık hizmetinde oldukça önemlidir ve IOM sağlıkla ilişkili sözlü okuryazarlığı sağlığa ilişkin yazın okuryazarlığından farklı bir alan olarak tanımlamıştır. Eğitim, iletişim ve bilişsel psikoloji alanlarında sözlü bilgilerin işlenmesine dair kapsamlı bir alanyazın bulunsa da, bireylerin yaygın sözlü talimatları kavrama yeterliği ve bunun okuma akıcılığıyla ilişkisine ilişkin çok az şey biliyoruz. Sağlığa dair sözlü bilgilerin kavranmasını değerlendirmek için standart bir test bulunmamaktadır. Sağlığa ilişkin yazın okuryazarlığı gibi, sağlıkla ilişkili sözlü okuryazarlık da üzerinde konuşulan konuya ait kelime dağarcığına ve önceki kavramsal bilgilere dayanır. Sağlık sözlü okuryazarlığı okuma akıcılığına dayanmazken, konuşulan, yazılı olan sözcüğü anlamak için gerekli bilişsel süreçler iç içe geçmiştir. Tüm bu nedenlerle, sağlığa dair sınırlı yazın okuryazarlığına sahip bireylerin aynı zamanda sağlığa dair sınırlı sözlü okuryazarlığa sahip olması beklenir ve gerçekte ikisi tek bir değişkenin unsuru olabilir. Ayrı bir kavram gibi görünse de sağlığa dair sözlü okuryazarlığın, yazın okuryazarlığından bağımsız olarak ölçülmesi zor olabilir. Sözlü bilgileri anlamak; hafıza ve bilgi çeşitleri arasındaki ilişkileri anlama yeterliği gibi kognitif yeteneklere büyük oranda bağlıdır. (33).

2.8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised (REALM-R)
3. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Short Form (REALM-SF)
4. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
5. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)
6. European Health Literacy Survey Questionnaire-47 (HLS-EU-Q47)
7. Wide Range Achievement Test (WRAT)
8. Medical Achievement Reading Test (MART)
9. Newest Vital Sign (NVS)
10. Single Item Literacy Screen
11. SOS Mnemonic
12. HLSQMs (Health Literacy Screening Question Methodologies)
13. Health Activities Literacy Scale (HALS)
14. eHealth Literacy Scale (eHEALS)
15. METER: Medical Term Recognition Test
16. Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50)
17. ABLE (Adult Basic Learning Examination)
18. Slosson Oral Reading Test
19. TABE (Test of Adult Basic Education)
20. Health Literacy Skills Instrument
21. Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)
22. Brief Estimate of Health Knowledge and Action – HIV Version

23. LAD (Literacy Assessment for Diabetes)

24. NLS (Nutritional Literacy Scale)

25. REALD-30 :Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30 (Diş Sağlığında Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

26. REALD-99 :Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-99 (Diş Sağlığında Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

27. REALMD:Rapid Estimate of Adult Literacy in Medical and Dentistry (Diş Sağlığında ve Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

28. TOFHLiD: Test of Functional Health Literacy in Dentistry (Diş Sağlığı Alanında Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

29. How confident are you filling out medical forms by yourself?

30. National Adult Reading Test (NART)

31. Mandarin Health Literacy Scale (MHLS)

Literatürde sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli ölçme araçları içinden bazıları Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik-güvenirliği yapılmıştır. Bunlar "Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi, En Yeni Hayati İşaret Testi ve Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği' ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanan 'Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'dir (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar (54)

ÖLÇME ARACININ ADI	TÜRKÇE VERSİYONU
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM	Var
Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT) The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA	Var
En Yeni Hayati İşaret Testi Newest Vital Sign Test – NVS	Var
Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği Instrument for Assessment of Health Literacy	Var
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	Türkçe
Short Assesment of Health Literacy for Spanish- Speaking Adults(SAHLSA)	Yok
Medical Achievement Reading Test- MART)	Yok
Health Literacy Screening Questionnaire	Yok

(Yılmaz M., Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016; 9(4); 142-147)

Dünyada sağlık okuryazarlığını ölçümü için çok sayıda ölçek kullanılmaktadır, ancak en yaygın olarak kullanılanları ise 'Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini' (REALM) ve 'Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi'dir (TOFHLA) (10,33). Bu testler bireyin kapasitelerinin kapsamlı bir değerlendirmesi olmayıp bireyin genel kapsamını ölçerler. REALM ise sözcük tanıma ve telaffuz ile sözcük dağarcığını değerlendiren 66 maddelik bir testten oluşmaktadır. TOFHLA okuma akıcılığını ölçen bir testtir. Bu test, düzyazı okuryazarlığını ölçen 50 maddeden oluşan bir okuma kavrama bölümü ve kişilerin güncel hastane dökümanlarını ve reçetelenmiş ilaç kutularını okuma ve anlama kapasitelerini ölçen 17 maddelik bir matematiksel beceri bölümünden oluşmaktadır. İki test farklı kapasiteleri ölçse de büyük ölçüde korelasyon gösterir (spearman's cc 0.80). Bunun yanı sıra her ikisi genel sözcük testleriyle de yüksek oranda ilişkilidir (33).

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

İlk sağlık okuryazarlığı tarama testi olan REALM, Davis tarafından birinci basamak sağlık birimlerine başvuranların sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirmişlerdir (58). REALM; kullanım sıklığına, hece sayısına ve telaffuzdaki zorluk seviyesine göre kolaydan zora doğru sıralanmış 66 öğeden oluşan düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin saptanmasını sağlayan, kelimelerin yüksek sesle okunduğu bir sözcük tanıma testidir (Tablo 2.3 ve 2.4). Yaklaşık beş dakika süren testten alınan puan, dört seviyede değerlendirilir. Kavrama testi olmayıp İngilizce dışındaki diller için uygun değildir. Kısa bir süre sonra uygulama kolaylığı açısından REALM testinin kısa formu olan REALM-Short Form/ REALM-SF geliştirilmiştir, yaklaşık iki dakika sürmektedir (Tablo 2.5 ve 2.6) (55,56,57,59).

Bass tarafından 2003 yılında testin en kısa formu olan REALM-Revised (REALM-R) düzenlenmiştir (59). İlk üç sözcüğü özgüveni artırmak için hazırlanmış, esasen sonraki sekiz sözcüğün değerlendirildiği toplam 11 sözcükten oluşmaktadır. Değerlendirilmesi dahil toplam bir-iki dakika sürmektedir(Tablo 2.7 ve 2.8). Özdemir tarafından 2010 yılında Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır (57,59).

Tablo 2.3. REALM Testinin Özellikleri (55,56,58)

Tanım	REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine=Tıpta Erişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
İçerik	Kelime tanıma testidir 22 kelimelik üç sütun, toplamda 66 kelimeden oluşmaktadır Ortalama 4-6 dakikada uygulanır
Puanlama	0-18 puan (3.seviye ya da daha düşük) 19-44 puan (4-6.seviye) 45-60 puan (7-8.seviye) 61-66 puan (yüksekokul seviyesi)
Avantajları	İngilizce okuma becerisinin kestirimi yapılabilir Sağlık araştırmalarında kullanılabilir
Sınırlılıkları	Kelime anlamayı ve sayısal becerileri ölçmemesi

Tablo 2.4. REALM Kelime Testi (37)

RAPID ESTIMATE OF ADULT LITERACY IN MEDICINE (REALM)©

TABLE C-1 REALM

Patient Name/ Subject # _____ Date of Birth _____ Reading Level _____

Date _____ Clinic _____ Examiner_____ Grade Completed _____

List 1	List 2	List 3
Fat	Fatigue	Allergic
Flu	Pelvic	Menstrual
Pill	Jaundice	Testicle
Dose	Infection	Colitis
Eye	Exercise	Emergency
Stress	Behavior	Medication
Smear	Prescription	Occupation
Nerves	Notify	Sexually
Germs	Gallbladder	Alcoholism
Meals	Calories	Irritation
Disease	Depression	Constipation
Cancer	Miscarriage	Gonorrhea
Caffeine	Pregnancy	Inflammatory
Attack	Arthritis	Diabetes
Kidney	Nutrition	Hepatitis
Hormones	Menopause	Antibiotics
Herpes	Appendix	Diagnosis
Seizure	Abnormal	Potassium
Bowel	Syphilis	Anemia
Asthma	Hemorrhoids	Obesity
Rectal	Nausea	Osteoporosis
Incest	Directed	Impetigo

SCORE

List 1 _____

List 2 _____

List 3 _____

Raw Score _____

Tablo 2.5. REALM-SF Testinin Özellikleri (55,56,58)

Tanım	REALM-SF (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Short Form=Tıpta Erişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-Kısa Form)
İçerik	7 kelimeden oluşmaktadır. Ortalama 2 dakikada uygulanır
Puanlama	0 puan (3.seviye ya da daha düşük) 1-3 puan (4-6. seviye) 4-6 puan (7-8. seviye) 7 puan (yüksekokul seviyesi)
Avantajları	Kısa sürede uygulanabilmesi
Sınırlılıkları	Kelime anlamayı ve sayısal becerileri ölçmemesi

Tablo2. 6. REALM-SF Testi (63)

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine—Short Form (REALM-SF)

Suggested Introduction: "We are studying medical word reading in order to improve communication between healthcare providers and patients. Here is a list of medical words that may be difficult to read."

Interviewer: Show the participant the Word List.

Then say, "Starting at the top of the list, please read each word aloud to me. If you don't recognize a word, you can say 'pass' and move on to the next word. Your results will be kept strictly confidential and will not be included in your official medical records."

Interviewer: If the participant takes more than 5 seconds on a word, say "pass" and point to the next word. Hold this scoring sheet so that it is not visible to the participant.

Fat	Not scored		
Flu	Not scored		
1. Behavior	1☐ Correct	2☐ Mispronounced	3☐ Not attempted
2. Exercise	1☐ Correct	2☐ Mispronounced	3☐ Not attempted
3. Menopause	1☐ Correct	2☐ Mispronounced	3☐ Not attempted
4. Rectal	1☐ Correct	2☐ Mispronounced	3☐ Not attempted
5. Antibiotics	1☐ Correct	2☐ Mispronounced	3☐ Not attempted
6. Anemia	1☐ Correct	2☐ Mispronounced	3☐ Not attempted
7. Jaundice	1☐ Correct	2☐ Mispronounced	3☐ Not attempted

REALM-SF Scoring

Total Correct (0-7)	Grade Level
0	≤ 3rd grade
1-3	4th - 6th grade
4-6	7th - 8th grade
7	≥ 9th grade

1

Tablo2. 7. REALM-R Testinin Özellikleri (55,56,58,59)

Tanım	REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Revised=Tıpta Erişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini - Gözden Geçirilmiş)
İçerik	8 kelimeden oluşmaktadır Ortalama 2 dakikada uygulanır
Puanlama	6'dan düşük puan alınması durumunda, bireyin yetersiz sağlık okuryazarlığı riski altında olduğu değerlendirilir
Avantajları	Kısa sürede uygulanabilir olması Uygulama süresi korunarak yeni kelimeler eklenip hastalıklara göre özelleştirilebilir
Sınırlılıkları	Kelime anlamayı ve sayısal becerileri ölçmemesi Araştırmalardaki yararlılığı az biliniyor Yaşlı ve azınlık gruplarında geçerlik çalışması az

Tablo 2. 8. REALM-R Kelime Testi (59)

Fat
Flu
Pill
Allergic
Jaundice
Anemia
Fatigue
Directed
Colitis
Constipation
Osteoporosis

2.8.2. Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA: Test of Functional Literacy Adults)

TOFHLA, bireyin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde düzgün iletişim kurma becerisini araştırır, sadece bilindik okur-yazarlık becerisine odaklanmaz. İngilizce, İspanyolca versiyonları vardır, okuduğunu anlama ve sayısal becerileri ölçer. Cronbach alpha değeri 0.98 dir. TOFHLA, özellikle sayısal ve sözel anlama becerilerine odaklanmaktadır. İyi psikometrik özelliği vardır. Okuduğunu kavrama (sözel) ve sayısal bölüm olmak üzere iki kısımdan oluşur (11,13,37,46,64). Türkçe uyarlanmış formu 'Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı (YİSOT)' olarak adlandırılmış, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Üçpunar ve Piyal tarfından 2014 yılında yapılmış, cronbach alpha değeri sözel beceri bölümü için 0.52, sayısal beceri bölümü için de 0.73 bulunmuştur (65).

Sözel bölüm, ilerledikçe zorluk seviyesinin arttığı 50 sorudan oluşmaktadır ve bireyin sağlık sistemindeki gerçek materyallerle kısa metinleri okuması sağlanıp sonuç olarak da bireyin okuduğunu ne ölçüde anlayabildiği açığa çıkarılmaktadır (64). Standart hastane bilgi onam formu, hasta hakları ve yükümlülükleri formu, üst sindirim sistemi radyografisine hazırlık için verilen formdan oluşan sağlıkla ilgili pasajları içerir ve boşluk doldurma yöntemi (cloze test) kullanılır (Tablo 2.9). Katılımcılardan bu cümleleri okuyarak, eksik kelimeleri değerlendirip verilmiş dört seçenekten en uygun kelimeyi seçerek cümleleri tamamlamaları istenir. Her doğru cevap için bir puan verilir (11,13,37,46,64).

Tablo 2.9. TOFHLA Testine Sözel Örnek (37)

PASSAGE B: Medicaid Rights and Responsibilities

I agree to give correct information to _____ if I can receive Medicaid.
a. hair
b. salt
c. see
d. ache

I _____ to provide the county information to _____ any
a. agree
b. probe
c. send
d. gain
a. hide
b. risk
c. discharge
d. prove

statements given in this _____ and hereby give permission to
a. emphysema
b. application
c. gallbladder
d. relationship

the _____ to get such proof. I _____ that for
a. inflammation
b. religion
c. iron
d. county
a. investigate
b. entertain
c. understand
d. establish

Medicaid I must report any _____ in my circumstances
a. changes
b. hormones
c. antacids
d. charges

within _____ (10) days of becoming _____ of the change.
a. three
b. one
c. five
d. ten
a. award
b. aware
c. away
d. await

I understand _____ if I DO NOT like the _____ made on my
a. thus
b. this
c. that
d. than
a. marital
b. occupation
c. adult
d. decision

case, I have the _____ to a fair hearing. I can _____ a
a. bright
b. left
c. wrong
d. right
a. request
b. refuse
c. fail
d. mend

Sayısal bölüm 17 sorudan oluşmaktadır, katılımcının gerçek hastane belgelerini, randevu fişlerini ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama becerilerini ölçen bir testtir. Bu test katılımcıların ilaç kullanma talimatlarını, kan şekeri ve klinik randevu kartlarını değerlendirebilmesi gibi konuları içerir (Tablo 2.10). Bilgi kartları ve etiketli ilaç şişeleriyle ilgili sorulan sorulara cevap vermesi istenir ve her soru için verilen cevabın ağırlıklı puanı hesaplanıp sayısal bölüm

toplam puanı elde edilir (Tablo 2.11). Test yaklaşık 22 dakikada tamamlanır. Sözel bölüm sıfır ile 50 puan arası, sayısal beceri bölümü ağırlıklı puanı sıfır ile 50 puan arası olmak üzere, toplam test puan sıfır ile 100 puan arası değer alır (Tablo 2.12). Böylece her iki testin ağırlıkları eşitlenir. Katılımcıların bu testlerden aldığı puana göre sağlık okuryazarlık düzeyi üçe ayrılır (11,13,37,46,64).

1-) Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan): Birey sağlık ile ilgili yazıları okuyamaz ve yorumlayamaz.

2-)Düşük/Sınırlı sağlık okuryazarlığı (60-74 puan): Birey sağlık ile ilgili yazıları okuma ve yorumlamada zorlanır.

3-) Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan): Birey sağlık ile ilgili yazıların birçoğunu okuyabilir ve yorumlayabilir

Tablo 2.10. TOFHLA Testine Numerik Örnek (37)

Penisilin VK 40/0 250 mg Günde dört kez ağız yoluyla birer tablet alınız
İlk tabletinizi saat 07:00'da alırsanız, bir sonrakini ne zaman alırsınız? Ve sonraki tableti ne zaman alırsınız? Günün son tabletini ne zaman alırsınız?

Tablo 2.11. TOFHLA Sayısal Bölüm Ham ve Ağırlıklı Puanlar (11,37,46)

Ham Puanlar	**Ağırlıklı puanlar**
0	0
1	3
2	5
3	9
4	12
5	15
6	18
7	21
8	24
9	27
10	30
11	33
12	36
13	39
14	42
15	45
16	48
17	50

Tablo 2.11'de TOFHLA testinin sayısal alt bölümünden alınabilecek ham puanlar ve bu ham puanlara karşılık gelen ağırlıklı puanlar verilmiştir. Tablo 2.12'de TOFHLA testinin alt bölümleri ve bu bölümlerin içerdiği soru sayıları ile puan hesaplamaları verilmiştir.

Tablo 2.12. Alt Bölümleri ile Birlikte TOFHLA Puan Hesaplaması (11,37,46)

TOFHLA	**Alt Bölümler**		**Toplam**
	Sözel Bölüm (Okuduğunu Anlama)	**Sayısal Bölüm (Matematiksel Beceri)**	
Soru Sayısı	**50**	**17**	**67**
Soru Numaraları	**1-50. maddeler**	**51-67. maddeler**	**1-67. maddeler**
En Düşük Puan	**0**	**0**	**0**
En Yüksek Puan	**50**	**50**	**100**

S-TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults = Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi):

TOFHLA testinin kısaltılmış formu olup dört adet çoktan seçmeli cevaplardan seçilen 36 adet boşluk doldurma sorusundan oluşmaktadır (Cloze yöntem). Sorular ilki üst sindirim sistemi radyografisine hazırlık formu, ikincisi hasta hak ve yükümlülükleri formu olmak üzere iki pasajdan sorulmaktadır. Test yaklaşık 12 dakika sürmektedir. Sayısal beceriler test edilmeksizin sadece bireyin okuma anlama becerileri değerlendirilir. Benzer ölçüm standartları kullanılarak İngilizce ve İspanyolca versiyonları aynı anda geliştirilmiştir (47).

2.8.3. HLS-EU-Q47 (European Health Literacy Survey Questionnaire-47 = Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Ölçeği)

Bu ölçek Sorensen tarafından sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda (The European Health Literacy Survey, HLS-EU, 2012) kullanılmış olan ölçek 47 sorudan oluşup üç sağlık sürecini (sağlık tedavi/hizmet, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) dört bilgi işleme sürecini (erişme, anlama, değerlendirme, uygulama) değerlendirmektedir. Ölçek maddelerinin 16'sı sağlık hizmetleri, 16'sı hastalıklardan korunma, 15'i sağlığın teşviki alanlarından oluşturulmuştur. Ölçek maddeleri dörtlü likert yapıdadır (çok kolay, kolay, zor, çok zor). Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. İndeksle uygun hesaplamalara izin vermek ve karşılaştırmaları basitleştirmek için, 0(sıfır) ila 50

arasında değer alacak şekilde aşağıdaki formül kullanılarak standartlaştırılmıştır (30,31):

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

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

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir :

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı,

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

(>33-42)) puan : yeterli sağlık okuryazarlığı,

(>42-50) puan : mükemmel sağlık okuryazarlığı

2.8.4. ASOY-TR (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması) ve TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)

ASOY-TR (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması):

ASOY-TR, Türkçeye Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması olarak çevrilmiş ve HLS-EU-Q47 ölçeğinde olduğu gibi 47 sorudan oluşmaktadır. Puanlama, indeks hesaplanması ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri de aynı şekilde standartlara sahiptir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması'da ASOY-TR ölçeğinin; genel sağlık okuryazarlığı iç tutarlık cronbach alfa değeri 0.95, tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı cronbach alfa değeri 0.86, hastalıkları önleme sağlık okuryazarlığı cronbach alfa değeri 0.87 ve sağlığı geliştirme sağlık okuryazarlığı cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur. HLS-EU-Q47 ile ASOY-TR ölçeklerinin genel ve üç boyuttaki iç tutarlılığı (cronbach alpha) Tablo 2.13'te verilmiştir (6).

Tablo 2.13. HLS-EU-Q47 ve ASOY-TR 'nin genel ve üç boyuttaki iç tutarlılığı - Cronbach Alfa Değeri

	Cronbach Alfa Değeri	
	HLS-EU-Q47	**ASOY-TR**
Genel Sağlık Okuryazarlığı (GEN-SOY)	0.97	0.95
Tedavi ve Hizmet Sağlık Okuryazarlığı (TH-SOY)	0.91	0.86
Hastalıkları Önleme Sağlık Okuryazarlığı (HO-SOY)	0.91	0.87
Sağlığı Geliştirme Sağlık Okuryazarlığı (SG-SOY)	0.92	0.91

GEN-SOY: Genel sağlık okur-yazarlığı, TH-SOY: Tedavi-Hizmet sağlık okur-yazarlığı,
HO-SOY: Hastalıkları önleme sağlık okuryazarlığı,
SG-SOY: Sağlığı geliştirme sağlık okur-yazarlığı.
Kaynak: 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması'. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1025, Ankara, Mayıs 2016.

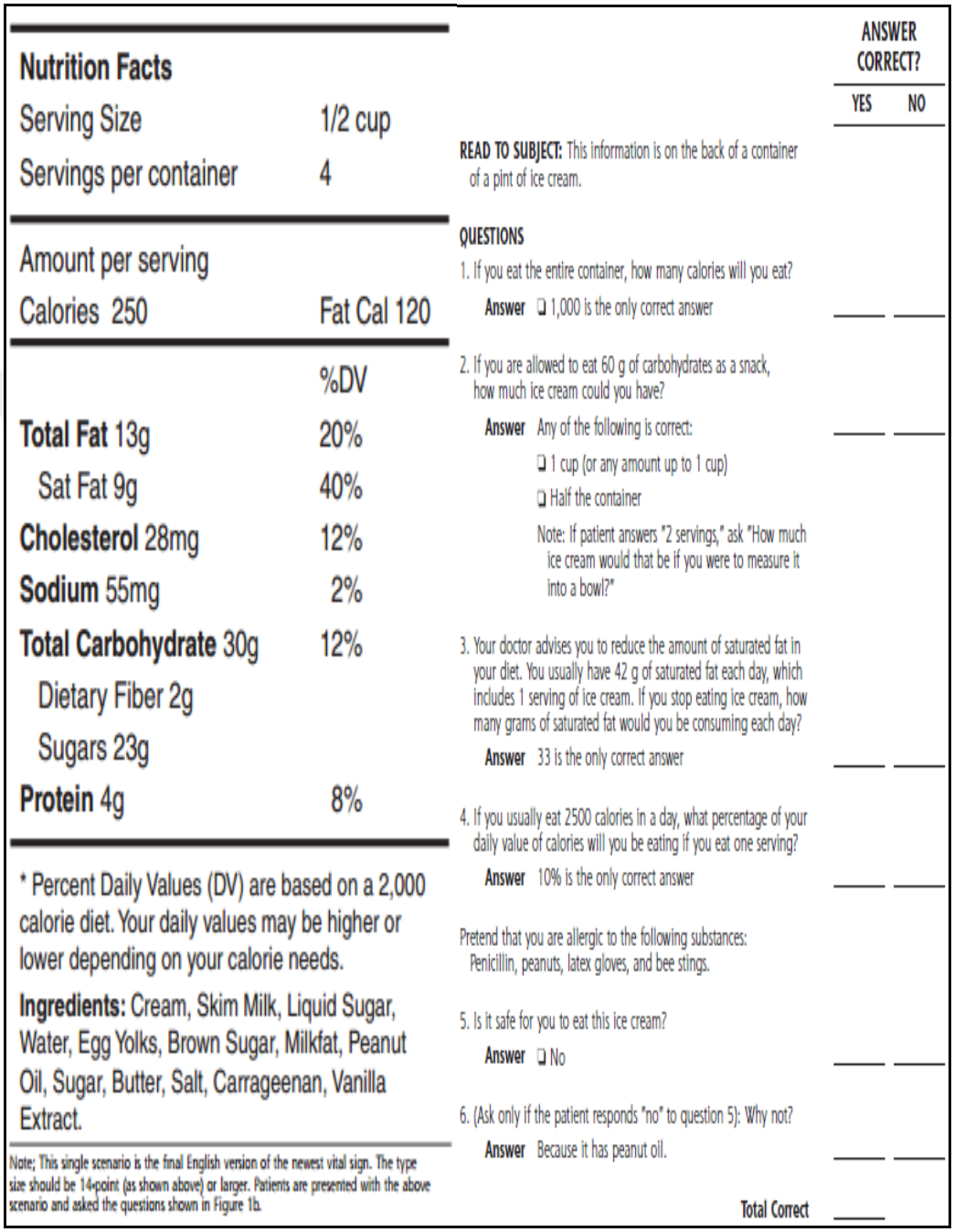
TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32):

Gereç ve yöntem bölümünde yer verilmiştir.

2.8.5. NVS (The Newest Vital Sign=En Yeni Hayati İşaret)

Altı sorudan oluşan ölçek yaklaşık 3-6 dakikada uygulanır ve kişinin hayali bir besin etiketini okuma ve anlamasını gösterir. İlk dört soru yüzde hesabı gibi sayısal becerileri gerektirir (Tablo 2.14). Literatürde; 0-1 doğru yanıtı olanlar 'yüksek olasılıkla sınırlı sağlık okuryazarlığı', 2-3 doğru yanıtı olanlar 'olası sınırlı sağlık okuryazarlığı', 4-6 doğru yanıtı olanlar 'yüksek olasılıkla yeterli sağlık okuryazarlığı' şeklinde üç seviye tanımlanmıştır. Hesap okuma ve kavrama becerilerini ölçmesi, İngilizce ve İspanyolca versiyonlarının mevcudiyeti, TOFHLA ile korelasyonu ve sınırda sağlık okuryazarlığı olan kişiler için daha duyarlı olması güçlü yönüdür. İyi ve sınırda sağlık okuryazarlığını iyi ayırt edememesi sınırlı yönüdür (30,67).

Tablo 2.14. NVS Testi - İngilizce (67)



Nutrition Facts

Serving Size	1/2 cup
Servings per container	4
Amount per serving	
Calories 250	Fat Cal 120
	%DV
Total Fat 13g	20%
Sat Fat 9g	40%
Cholesterol 28mg	12%
Sodium 55mg	2%
Total Carbohydrate 30g	12%
Dietary Fiber 2g	
Sugars 23g	
Protein 4g	8%

* Percent Daily Values (DV) are based on a 2,000 calorie diet. Your daily values may be higher or lower depending on your calorie needs.

Ingredients: Cream, Skim Milk, Liquid Sugar, Water, Egg Yolks, Brown Sugar, Milkfat, Peanut Oil, Sugar, Butter, Salt, Carrageenan, Vanilla Extract.

Note; This single scenario is the final English version of the newest vital sign. The type size should be 14-point (as shown above) or larger. Patients are presented with the above scenario and asked the questions shown in Figure 1b.

READ TO SUBJECT: This information is on the back of a container of a pint of ice cream.

QUESTIONS

1. If you eat the entire container, how many calories will you eat?
   Answer ❑ 1,000 is the only correct answer

2. If you are allowed to eat 60 g of carbohydrates as a snack, how much ice cream could you have?
   Answer Any of the following is correct:
   ❑ 1 cup (or any amount up to 1 cup)
   ❑ Half the container
   Note: If patient answers "2 servings," ask "How much ice cream would that be if you were to measure it into a bowl?"

3. Your doctor advises you to reduce the amount of saturated fat in your diet. You usually have 42 g of saturated fat each day, which includes 1 serving of ice cream. If you stop eating ice cream, how many grams of saturated fat would you be consuming each day?
   Answer 33 is the only correct answer

4. If you usually eat 2500 calories in a day, what percentage of your daily value of calories will you be eating if you eat one serving?
   Answer 10% is the only correct answer

Pretend that you are allergic to the following substances: Penicillin, peanuts, latex gloves, and bee stings.

5. Is it safe for you to eat this ice cream?
   Answer ❑ No

6. (Ask only if the patient responds "no" to question 5): Why not?
   Answer Because it has peanut oil.

Total Correct ____

ANSWER CORRECT?	
YES	NO
____	____
____	____
____	____
____	____
____	____
____	____

2.8.6. WRAT : Wide Range Achievement Test (Geniş Kapsamlı Başarı Testi)

Sözcükleri tanıma ve telaffuz, yazma ve aritmetik hesaplama olmak üzere üç bölümden oluşur. Testin tamamı 20 ile 30 dakika sürmektedir. Ancak okuduğunu anlama bölümü yaklaşık 5 dakikada uygulanır, sağlık araştırmacıları genelde testin bu kısmından faydalanırlar. Kavrama testi olmayışı ve İngilizce dışında diğer dillerde mevcut olmaması sınırlılığını oluşturmaktadır. Güçlü yönü ise tıbbi terim içermemesi ve eğitim alanında kullanımı için standardizasyona sahip olmasıdır. Farklı yaş gruplarına göre seviyesi vardır, 5-11 yaş arası birinci seviye ve 12-64 yaş arası ikinci seviyeden oluşmaktadır (68).

2.8.7. SILS: Single Item Literacy Screen (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)

SILS, sağlıkla ilgili bilgileri okumak için yardıma ihtiyacı olan hastaların tanımlanmasına yarayan tek maddelik bir sorudur. "Doktorunuz veya eczanenizden verilen sağlık talimatları, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için size yardımcı olacak birine ne sıklıkla ihtiyacınız olur" sorusu yöneltilir. Olası cevaplar ise; 1- asla, 2- nadiren, 3- bazen, 4- sıklıkla ve 5-her zaman şeklindedir. İkiden fazla (üç ve üstü) puan alınması durumunda test pozitif kabul edilir ve kişinin basılı materyalleri okumada zorlandığı değerlendirilir. Rutin klinik karşılaşmalarda hastalara uygulanması açısından oldukça pratiktir.

Okuyamama, utanma veya anlamama nedeniyle yardım alma ayırt edilemediğinden yalancı negatiflik fazladır (69).

2.8.8. How Confident Are You Filling Out Medical Forms By Yourself? (Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz?)

Sınırlı sağlık okuryazarlığının saptanması üç soru ile araştırılmıştır. Bu sorular:

1) Yazılı bilgileri anlamakta zorlandığınız için sağlık durumunuzu öğrenmede hangi sıklıkla problem yaşarsınız?

2) Hastaneden aldığınız materyalleri okumak için hangi sıklıkla birilerinden yardım alırsınız?

3) Tıbbi formları kendi kendinize ne kadar iyi doldurabilirsiniz?

REALM ve s-TOFHLA ile kıyaslandığında tek bir soru ile yetersiz sağlık okuryazarlığının saptanabileceği bulunmuştur. Her zaman, sıklıkla, bazen, nadiren, asla şeklinde olası beş cevabı vardır. Her zaman, sıklıkla, bazen cevapları sınırlı sağlık okuryazarlığını gösterir. Kısa olduğu için klinikte uygulanması açısından pratiktir. Beceriyi ölçmekten çok, doğrudan ihtiyacı ölçer. Demografik özelliklere dayanarak yapılan tahminlerden daha güvenilir kabul edilir (71).

2.8.9. SOS Mnemonic (SOS Kısaltması)

Okuryazarlığın kendi kendine tahmini, "Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması" ve eğitim durumunun bağımsız olarak kişinin sağlık okuryazarlığının sınırlı olup olmadığını (S-TOHFLA'ya göre) tahmin edebildiğini göstermiştir. Ayrı ayrı kullanılmasına göre üç sorunun birlikte kullanılmasının daha avantajlı olduğu bulunmuştur. Hem beceriyi hem de ihtiyacı ölçer. Bulgular S-TOFHLA ile korelasyon gösterir (70).

2.8.10. EHEALS: The eHealth Literacy Scale (e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği)

Ölçek sekiz sorudan oluşmaktadır. Geleneksel okuryazarlık, sağlıkla ilgili okuryazarlık, bilgi alma, bilimsel araştırma, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığını birleştirmesi güçlü yönüdür. Sınırlı yönü ise; test-tekrar test korelasyonunun beklenenden düşük olması ve sadece gençlerde uygulanmış olmasıdır (72).

2.8.11. HALS: Health Activities Literacy Scale (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği)

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği (HALS) sağlıkla ilişkili beş alanda düzyazı, sayısal ve sözel maddeler ile ilgili sorulardan oluşur. Bu alanlar; sağlığın

geliştirilmesi, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmeti ve sistem yönetimidir. Nüfus düzeyindeki sağlıkla ilişkili okuma kapasitelerinin anlaşılmasındaki potansiyel değere sahiptir; ancak uzunluğu bir dezavantaj sağlar. Test, beş puan aralıkla 0(sıfır)'dan 500'e uzanan bir skor tablosu sunar ve tamamlanması yaklaşık bir saat sürer. . HALS sağlık okuryazarlığının daha geniş bir alanda değerlendirilmesini sağlarken, uygulanma süresinin uzunluğu araştırma çalışmalarında kullanımını sınırlandırır (33,57). Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan bazı ölçeklerin özellikleri açısından kıyaslanmasına Tablo 2.15'te yer verilmiştir.

Tablo 2.15. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Bazı Ölçüm Yöntemleri ve Özellikleri (6,30,31,33,37,46,55-72)

REALM	TOFHLA	REALM-R	TOFHLA-S	WRAT	NVS
Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma Yeteneği	Boşluk Doldurma Anlama Yeteneği	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma Yeteneği	Kısaltılmış - Boşluk Doldurma	-Kelime Tanıma ve Telaffuz -Yazma -Aritmetik hesaplama (tıbbi terim yok)	Problem Çözme Anlama Yeteneği
66 Tıbbi Kelime	17 numerik soru, üç okuma anlama parçasından 50 boşluk doldurma sorusu	8 kelime skorlanır (ilk 3 kelime skorlama dışı)	İki okuma anlama parçasından 36 boşluk doldurma sorusu	Sağlıkçılar sadece 5 dakika süren okuduğunu anlama bölümünden yararlanır (42 sözcük)	Numerik, Okuma-Yazma
Kavrama Testi değil	Kavrama Testi	Kavrama Testi değil	Kavrama Testi	Kavrama Testi değil	Kavrama Testi
4-6 dakika sürer	20-30 dakika sürer	2 dakika sürer	12 dakika sürer	5 dakika sürer	3 dakika sürer
İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değil	İngilizce ve İspanyolcası mevcut
Dört düzey	Üç düzey	Altıdan düşük puan yetersiz soy riski	Üç düzey	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Üç düzey

2.9. Özyeterlilik Kavramı

Özyeterlilik kavramı ilk kez "Bilişsel Davranış Değişimi" kuramı kapsamında, psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında ortaya atılmıştır ve bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı olarak tanımlanmaktadır. Yine Bandura daha sonra özyeterliliği, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alıncaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır. Senemoğlu tarafından yapılan bir tanımda ise özyeterliliğe teknik olarak "algılanan özyeterlilik" denilmekte ve Bandura' nın yaptığı daha kapsamlı bir tanıma yer verilmektedir. Bu tanıma göre; bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısına özyeterlilik denir. Başka bir deyişle, özyeterlilik bireyin gelecekte karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı, inancıdır (18,73,75).

Literatürde özyeterlilik kavramının araştırmacılar tarafından yapılmış birçok tanımı mevcuttur. Schunk tarafından özyeterlilik, bir bireyin duygusal olarak yoğun olduğu ya da zor durumlarda kendi performansını kontrol edebilme kabiliyetini algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (78). Magil özyeterliliği, bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı olarak tanımlamaktadır (74). Pintrich, özyeterlilik inancını, kişilerin belirlenmiş bir performansı başarmak için gereken eylemleri düzenleyip uygulayabilmeleri konusunda kendi kapasitelerini değerlendirmeleri olarak tanımlamaktadır. Diğer

bir deyişle özyeterlilik kişinin kendine soracağı "Bu durumda bu görevi yapabilir miyim" sorusunun cevabı ile ilgilenir (77).

Snyder'a göre özyeterlilik, algılanan, gözlemlenen bir yetenek olmayıp koşullar karşısında bireyin kendi yetenekleri ile ne yapabileceği konusunda hissettiği içsel inançtır ve bir tür beceri algısı da değildir. Luszczynska ve Schwarzer'e göre ise olağandan farklı bir çaba gerektiren durumla karşılaştığında, bu durumun olumsuz sonucunun üstesinden nasıl geleceği ile ilgili yeteneklerine olan inancıdır (79,80).

Güçlü bir bireysel yeterlilik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha fazla sosyal bütünleşme ile bağlantılı olduğu görülmüştür. Bundan dolayı bu kavram; okul başarısı, meslek seçimi, mental ve fiziksel sağlık gibi pek çok farklı alanda kullanılabilmektedir. Daha önce sözü edilen Bandura'nın 'Bilişsel Davranış Değişimi' kurama göre kişi, eğer bir sonuca ulaşabileceğine inanırsa harekete geçip daha aktif davranmakta ve yaşamının kontrolünü eline alabilmektedir. Bireylerin özyeterlilik düzeyleri, harekete geçme konusunda motivasyonlarını artırabilir ya da azaltabilir (28). Bireylerin bir problemle ya da hoş olmayan bir durumla karşılaştıklarında harcayacakları çaba, bu sorunla yüz yüze kalabilecekleri süre ve başarısızlık karşısında verdikleri tepkiler özyeterlilik düzeylerinden etkilenir (81).

Bireylerin düşünme biçimleri, problem çözme becerileri ve duygusal tepkileri, yeterlilik inançlarından etkilenmektedir. Özyeterlilik, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını belirleyen önemli bir özelliğidir (82,83).

Bandura özyeterlilik ile ilgili yeterlilik beklentileri (efficacy expectations) ve sonuç beklentileri (outcome expectations) kavramlarından söz etmektedir. Yeterlilik beklentileri bireyin belirli görevleri gerçekleştirme, başarabilme becerisine ilişkin inançlarını; sonuç beklentileri ise bireyin belirli davranışların istenen şekilde sonuçlanma olasılığı konusundaki inançlarını içerir. Bandura özyeterliliği bireyin kendi yeteneklerini kullanarak yapabildiklerine ilişkin düşüncesinin bir ürünü, bir çıktısı olduğunu ifade ederek sonuç beklentisinin önemini vurgulamıştır. Özyeterlilik beklenen sonuçla ilgili olmayıp kişinin bir davranışın olası sonucuna ilişkin inancıdır. Bandura'ya göre, bireyin bir eylemi başarıyla yerine getirip getiremeyeceğine ilişkin inancı bazı kesin sonuçları da beraberinde getirecektir. Bu durumda; özyeterlilik inancı yüksek olan bireyler, istedikleri sonucu elde edeceklerine inandıkları için sonuç beklentileri de buna göre şekillenecektir (79,85,86).

Bandura'ya göre özyeterlilik inancı ile sonuç beklentileri birbiriyle uyuşmayabilir. Şöyle ki; özyeterlilik inançları yüksek ancak sonuç beklentilerinin olumsuz olması ya da özyeterlilik inançları düşük olmasına rağmen sonuç beklentilerinin olumlu olması söz konusu olabilir (87).

Eğitim, tıp, psikoloji, işletme gibi çok farklı alanlarda yapılan araştırmalar özyeterlilik inancının davranışlar açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (27). Özyeterlilik düzeyinin yüksek olması bireyin başarısını, motivasyonunu, sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşamındaki diğer birçok alanı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Davranışlar üzerine etkili olan özyeterlilik kavramı,

sosyal öğrenme kuramının temel bir bileşenidir. Pender tarafından Bandura'nın ortaya attığı sosyal öğrenme kuramı esas alınarak *'Sağlığı Geliştirme Modeli'* geliştirilmiştir. Sağlığı geliştirme modelinde bireyin özyeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (24-26).

Bandura' nın sosyal öğrenme kurarnından yola çıkılarak geliştirilen ve bir sağlık davranışı değişim modeli olan *Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı'* nda (The Health Action Process Approach HAPA), bireyin özyeterlilik algısının davranışı benimseme, davranışa başlama ve değişimi sürdürmede çok önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi modelinin dışında sağlık psikologları özyeterliliğin diğer birçok sağlık davranışı kuramında da önemli bir unsur olduğunu belirtmişlerdir. Schwarzer ve Fuchs insanların sağlıkla ilgili davranışlarını açıklayan Sağlık İnanç Modeli'nden (Health Belief Model) söz etmektedir. Sağlık İnanç Modeli ile algılanan davranışsal kontrolü açıklayan kuramlar ve Koruyucu Motivasyon Kuramı'nda kişinin özyeterlilik algısının önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. Cinsel risk davranışları, egzersiz, beslenme, kilo kontrolü, bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili davranışların kontrolünde özyeterlilik algısının önemli bir yeri vardır ve literatürde bununla ilgili pek çok çalışma vardır. (28, 98-100).

Özyeterliliğin diğer bir yönü de, bu algıların başkalarına aktarılabilmesidir. Yapılan araştırmalarda özyeterlilik algısı yüksek olan annelerin diyabetik

çocuklarının hastalıklarına ilişkin öz-bakım süreçlerini daha iyi kontrol altında tuttukları görülmüştür (98,101).

2. 10. Özyeterlilik Kaynakları

Özyeterlilik yargıları; deneyimler, dolaylı deneyimler, sözel ikna, ve psikolojik durum olmak üzere dört temel kaynaktan elde edilen bilgilerden etkilenmektedir (18,56,83,84,88):

1. Deneyimler: Güçlü bir yeterlilik hissinin oluşturmasında en etkili faktör "ustalık deneyimi" olarak da adlandırılan, bireyin başarılı ve başarısız kişisel deneyimleridir. Başarılı deneyimler özyeterlilik algısını güçlendirirken, kişinin yeterlilik duygusu tam oluşmadan meydana gelen ve üst üste yaşanan başarısızlıkla sonuçlanan deneyimler de özyeterlilik inancını zayıflatmaktadır.

2. Dolaylı deneyimler: Bireyin kendine benzer başka kişilerin başarılı ya da başarısız etkinlikleri, kişinin kendisine olan yargısını güçlendirir. Sosyal rol modellerin etkisi oldukça önemlidir. Buna rağmen başkalarının deneyimlerinden elde edilen bilgilerin özyeterliliğe etkisi kendi deneyimlerimizden elde ettiklerimiz kadar güçlü değildir. Bireyler deneyimlerinin yeterli olmadığı konularda başkalarının deneyimlerinden daha fazla etkilenirler.

3. Sözel ikna: Diğer insanların verdiği tepkiler kişilerin özyeterlilik inancının gelişiminde etkilidir. Bireyin kendisi hakkındaki yargısına ilişkin teşvikler, öğütler özyeterlilik yargısını etkiler.

4. Psikolojik durum: İnsanların kendi kapasitelerini değerlendirmeleri fizyolojik ve duygusal durumlarına da bağlıdır. Olumlu duygu hali, özyeterlilik inancını güçlendirirken, olumsuz duygular ise özyeterlilik inancını azaltır, stresi ve heyecanı daha fazla artırır, sonuç olarak kişinin performansı üzerinde olumsuz etki yapar.

2. 11. Özyeterlilik Oluşum ve Gelişimi

Özyeterlilik zamanla, deneyimler sonucu gelişen bir inançtır, genetik geçişli bir özellik değildir. Bandura'ya göre, özyeterlilik gelişimini etkileyen bazı etmenler vardır. Bunlar; kişilik algısı, aile etkisi, arkadaş çevresi etkisi, okul etkisi, deneyimler süresince özyeterlilik gelişimi, olgunluğun beraberinde getirdiği özyeterlilik gereksinimi ve geçmiş yaşantılardır (18,80,85,89,90).

Özyeterliliğin gelişimi, Bandura'nın öne sürdüğü Sosyal Öğrenme Kuramı'nın özellikleri ile ilgilidir. Buna göre, özyeterlilik inancı , kendini gözlemleme ve kendini yansıtmada, ilişkilerin neden sonuçlarını kavramada kullanılan sembolik dil yoluyla etkilenir. Buna ek olarak da çevreden aldığı sosyal tepkiler bireyin özyeterlilik gelişimini doğrudan etkiler (91) .

2. 11. 1. Kişilik Algısı

Bireyler "öz" duygusu ile dünyaya gelmezler. Bebeklerin keşifle gelişen deneyimleri ve diğerlerinin performanslarını gözlemlemeleri özyeterliliği geliştirmek için ilk temelleri oluşturur. Bebeklerin özyeterliliklerinin gelişimine

katkı sunan ilk deneyimler bebeklerin çevresindeki kişilerin davranışlarını duyusal uyaranla kontrol etme yeteneğine bağlıdır**.** Çıngırak sallama, cisim fırlatma, beşik sallama ve çığlık atma gibi eylemlerde bulunarak yetişkini yanlarına getirirler. Çevreyi kontrol etmede başarılı olan bebekler yaşamın ileri dönemlerinde "öz" kavramını oluşturmada daha başarılı olurlar (18,89,90,94).

2.11.2. Aile Etkisi

Özyeterlilik gelişimi büyük oranda çocuğun çevresini keşfetmesi ve ona göre davranması ile ilişkilidir. Birey yapabileceklerinin farkına ancak uygulama yaparak varabilir.

Uyanık olduğu saatleri değerlendirme şekli ve oyun aktiviteleri; çocukların fiziksel ve sosyal yeterliliklerini, mantık ve dil becerilerini geliştirmede önemi büyüktür. Ailenin de bu olanakları sunabilmesi ve ne şekilde sunduğu önemlidir. Çocuklarının davranışlarına duyarlı olan aileler, onların çevrelerini keşfetmeleri için uygun fiziksel çevre olanakları sunarak sosyal ve bilişsel gelişimin hızlanmasını sağlarlar (18,89,90,92,94).

2. 11. 3. Akran(arkadaş) Etkisi

Arkadaş ilişkileri bireyin kendi yetenekleri ile ilgili özyeterliliğini artırır. Akran ilişkilerinin geliştirilmesi sosyal öğrenmede önemli bir yere sahiptir. Buna ek olarak akranlar birinin özyeterliliğini değerlendirmede son derece bilgilendirici kıyaslama sağlar. Bu nedenle de bireyler bulundukları sosyal ortamda göz önünde olma ve saygınlık kazanmak isterler. Bozulmuş ya da eksik kalmış akran ilişkileri

bireysel yeterliliğin gelişimini olumsuz etkileyebilir. Kişiler arkadaşlarını sahip olduğu ilgi alanlarına göre seçme eğilimi gösterirler. Düşük sosyal yeterlilik duygusu, olumlu akran ilişkileri için engel oluşturabilir (89-94).

2.11.4. Okul Etkisi

Okul bilişsel becerilerin geliştirildiği, bilgi akışının ve sosyal çevrede daha etkin yaşantı sürülebilmesi için gerekli kişilik donanımının sağlandığı ve kişinin bu özellikleri kazanıp kazanmadığının değerlendirildiği yerdir. Bu nedenle, öğretmenlerin bireylerin yetenekleri ile ilgili kanaatleri, bireylerin birbirleriyle ilişkileri, okul derslerindeki pozisyonları, sınav başarıları bireyin özyeterlilik algısına etkisi oldukça önemlidir. Bireylerin akademik başarıyı yakalamaya olan inancı da okulda oluşabilmektedir (89-94).

2.11.5. Ergenliğe Geçiş Deneyimleri

Ergenlerin yetişkin konumunda yaşayabilmeleri için hayatın tüm sorumluluklarını ve gereklilikleri öğrenmeleri gerekmektedir. Bu gereklilikler birçok yeni beceri ve yetişkin toplumunda yaşayabilme yollarını edinmeleridir. Bireyler bu gelişme evresinde karşılaştıkları deneyimsiz olduğu konuların, sorunların üstesinden gelme yollarını öğrenerek özyeterlilik inançlarını artırmaktadırlar (89-94).

2.11.6. Yetişkinlik İle İlgili Özyeterlilik

Erken yetişkinlik dönemini, kişilerin aile, iş ve toplumsal ilişkilerinden kaynaklanan yeni gereksinimlerle nasıl baş edeceklerini öğrenmelerinin gerekli

olduğu bir dönemdir. Bu süreçlerle şekillenen özyeterlilik inancı bireyin başarısını doğrudan etkilemektedir. Bireylerin yetişkinliğe yetenekleri konusunda şüphe duyarak, düşük özyeterlilikle ayak basması ile stresli bir yaşantıya yol açacaktır (89-94).

2.11.7. Geçmiş Yaşantılar

Artan yaşla birlikte bireyin sahip olduğu beceriler de azalmaktadır. Bunun yaratacağı olumsuz etkiyi azaltmak için; kişilerin kayba uğrayan fiziksel aktivitelerinin yerini alabilecek farklı becerilerde özyeterlilik algıları geliştirmeleri gerekmektedir. Bireyin bunu sağlaması geçmişinde edindiği becerilere ilişkin özyeterlilik algılarıyla paralellik göstermektedir (89-94).

2.12. Özyeterliliğin Birey Üzerine Etkisi

Bandura' ya göre özyeterlilik inancı kişilerin üzerinde bilişsel, motivasyonel, duygu ve seçim süreçleri olmak üzere dört temel süreç aracılığıyla etki oluşturmaktadır (18,89-97):

Bilişsel sürece etkisi: Kişinin özyeterlilik inançları bireysel amaç belirlemeyi etkilemektedir ve yüksek özyeterliliğe sahip birey daha yüksek amaçlar geliştirebilmektedir. Dolayısıyla yüksek özyeterlilik inancına sahip bireyler amaç belirlemede ve amaçlara ulaşmada zorluk çekmezken, düşük özyeterlilik inancına sahip birey amaçlarından şüphe duyabilir ve daha başarısız olabilir.

Motivasyona etkisi: Bireyler amaçlarına ulaşmak için üç yapısal motive ediciden faydalanırlar, bunlar; sıradan girişimler, dış beklentiler ve oluşturulan amacın ulaşılabilirliğidir. Özyeterlilik inançları bu motive edicileri doğrudan etkilemektedir.

Olumsuzluklarla baş etmeye etkisi: Özyeterlilik inancı yüksek olan bireyler problemlerle baş etmeyi çok daha kolay başarabilmektedir. Bu inancın düşük olması problemin çözümünü imkansızlaştırabilmektedir. Özyeterlilik inancının yüksek olması sadece problemleri çözmede değil, aynı zamanda olumsuz düşüncelerin kontrol altına alınmasında da etkilidir.

Seçim süreçlerine etkisi: Özyeterlilik inançları sosyal çevrenin oluşturulmasını doğrudan etkilidir. Bireylerin kimleri hayatına dahil edip etmeyeceğini, sahip olduğu özyeterlilik inancı belirler ve bireyler kendilerini aştığına inandıkları çevrede bulunmaktan ve başaramayacaklarına inandıkları aktivitelerden kaçınırlar.

Yüksek özyeterliliğe sahip bireylerin özellikleri:

Zorluklarla karşılaştıkları ve kendi hayatlarını tehdit eden olaylardan uzak durmak yerine, olayların üstesinden gelmek için yeteneklerini yoğun bir şekilde kullanırlar. Karmaşık olaylarla baş edebilecek etkili bir bakış açısına sahiptirler. Sahip oldukları etkili bakış açısı ile evde, akademik çevrede ve işte kişisel

başarılar sağlarlar. Bu nedenle streslerini daha kolay kontrol altında tutabildikleri için depresyon ortaya çıkarabilecek duygusal hasarlara karşı daha dirençlidirler. Özyeterlilikleri yüksek olan bireyler daha yüksek amaçlar belirlerler ve bu amaçlara erişebilmek için çaba gösterip ve kararlılıkla ilerlerler. Başarısızlıkla karşılaştıklarında kolayca pes etmezler, sorunların üstesinden gelmek için mücadele etmeye devam ederler. Başarısızlık ile karşılaştıklarında ise bu durumu yetersiz çaba ya da eksik bilgi ve beceriye bağlarlar. Bu düşünceye olan inançları sonraki hareketlerinde güven duygusunu korumalarını sağlar (18,89,94).

Düşük özyeterliliğe sahip bireylerin özellikleri:

Kişisel tehdit olarak gördükleri zorlu görevlerden uzak durular. Koşullar karşısında motivasyonlarını sağlayacak yüksek amaçları yoktur ve karar vermede zorlanırlar. Bu nedenle olaylarla baş etmede ciddi sorunlar yaşarlar. Olaylar karşısında sürekli olarak olumsuz bakış açısına sahiptirler. İlk denemelerinde başarısız sonuç aldıklarında ya da kendilerini zorlayan olumsuz durumlarda çaba göstermekten kaçınırlar ve kolayca pes ederler. Yetersiz performansı yetenek eksikliği olarak değerlendirdikleri için çabucak umutsuzluğa kapılırlar, kolayca stres altına girerler ve bu nedenle depresyon ortaya çıkaracak duygusal hasarlara karşı dirençleri oldukça düşüktür (18,89,94).

2.13. Özyeterliliğin Ölçülmesi

Özyeterlilik inancının durumsal ya da sürekli bir özellik olduğuna ilişkin farklı görüşler mevcuttur. Literatürde özyeterlilik inancı göreve-duruma özgül ya da genel özyeterlilik olarak incelenmiştir. Göreve özgül özyeterlilik ölçümünde hedeflenen davranışla ilgili özyeterlilik ele alınmaktadır. Göreve özgü özyeterlilik ölçümlerine akademik özyeterlilik, kişiler arası ilişkiler özyeterliliği, diyabete özgül özyeterlilik, psikolojik danışma özyeterliliği, öğretmenlerin sosyal özyeterliliği, bilgisayar programlamaya ilişkin özyeterlilik algısı örnek verilebilir. Göreve özgül özyeterliliğin özgül ölçekler aracılığı ile çalışılmasından çok, literatürde sıklıkla tercih edilen Genel Özyeterlilik Ölçeği hemen her alanda kullanılabilecek bir değerlendirme aracıdır (18-23,103).

Yukarıda söz edilen nedenlerden dolayı, bizim çalışmamızda da Sherer (1982) tarafından geliştirilmiş 23 maddelik Özyeterlilik Ölçeği'nin (Self-Efficacy Scale) 17 maddelik genel özyeterlilik alt grubunun maddelerinin Türkçeye uyarlanarak elde edilmiş olan genel özyeterlilik ölçeği kullanılmıştır.

Likert tipi bu ölçeğin çevirisi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Yıldırım ve İlhan tarafından yapılmıştır (2010). Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,80, test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise (Pearson r) 0,69, ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Sonuçlar ölçeğin Türkçe sürümünün geçerli ve güvenilir olduğunu düşündürmektedir. Yine ilgili çalışmada özyeterlilik inancının değerlendirilmesinde bu ölçeğin; eğitim, sağlık, toplumsal yaşam gibi insan

davranışı ile ilgili her alanda kullanılabileceği belirtilmiştir(103). Ölçekle ilgili analizler gereç ve yöntem bölümünde yer almaktadır.

Bunun dışında literatürde genel özyeterliliği ölçen 33 dile uyarlanmış olan Schwarzer ev Jerusalem'in geliştirdiği 10 maddeden oluşan Genel Özyeterlilik Ölçeği (GSE=General Self-Efficacy Scale) de mevcuttur (105). Türkçe uyarlamasının geçerlilik-güvenilirlik çalışması Aypay (2010) tarafından yapılmış ve geçerli-güvenilir bulunmuştur (104). Sherer (1982) tarafından geliştirilen Özyeterlilik Ölçeği'nin (Self-Efficacy Scale) 23 maddelik Türkçe tam sürümünün uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği Gözüm (1999) tarafından yapılmıştır ve çalışmanın sonucunda geçerli ve güvenilir bulunmuştur (98).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma 30 Mayıs - 3 Haziran 2016 tarihleri arasında Ankara İline bağlı Çankaya ve Sincan İlçelerinden birer ilkokuldur.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni Ankara İline bağlı Çankaya ve Sincan İlçesinde bulunan ilkokullardır. Çankaya İlçesinde tam zamanlı eğitim gören 576 (%46) öğrenci ve Sincan İlçesinde yarı zamanlı eğitim gören öğrencilerden sabah grubundan 676 (%54) öğrenci olmak üzere toplam 1252 öğrenci üzerinden ulaşılacak ebeveynler evrenimizi oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü Open-Epi programı ile hesaplanmıştır.

Araştırmanın evreni 1252 kişi olup, daha önce Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen sağlık okuryazarlığı araştırmasında elde edilen %73,7'lik yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı yüzdesi bilinmeyen sıklık olarak alındığında, % 5 yanılma payı ve % 95 güven aralığında, etki büyüklüğü 1 alındığında 245 veliye ulaşılması hedeflenmiştir. Evrendeki ağırlıklandırılmış yüzdeler dikkate alındığında birinci okuldan 113, ikinci okuldan 132 veliye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Her iki okulda 1,2,3,4. sınıflardan

1’er şube örneğe alınmıştır. Seçilen şubelerdeki öğrencilerden okulda bulunanların tamamına, okula gelmeyenler için ise sınıf öğretmenleri aracılığıyla iletilmek üzere, kapalı zarf içindeki anket formları verilerek ebeveynlerine ulaştırılmıştır. Birinci okuldan geri dönüşlerde gelmeyen ya da eksik bırakılan anketler çıkarıldığında geriye kalan 104 (%92) anket çalışmaya dahil edilmiştir. İkinci okuldan geri dönüşlerde geri gelmeyen ya da eksik bırakılan anketler çıkarıldığında geriye kalan 122 (%92,4) anket çalışmaya dahil edilmiştir. Her iki okuldan toplam 226 anket çalışmaya alınmıştır (ulaşım yüzdesi %92,2).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Sağlık okuryazarlığı indeksi (SOY İndeks)
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi (SOY Düzey)
- Genel özyeterlilik Skoru

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Öğrenci yaş
- Öğrenci cinsiyet
- Ebeveyn yaş
- Anne ve baba yaş
- Ebeveyn cinsiyet
- Ailedeki çocuk sayısı
- Evdeki kişi sayısı
- Formu dolduran ebeveyn öğrenim durumu

- Diğer ebeveyn öğrenim durumu
- Anne öğrenim durumu
- Baba öğrenim durumu
- Formu dolduran ebeveynin gelir getiren bir işte çalışma durumu
- Anne mesleği
- Baba mesleği
- Öğrencinin öğrenim gördüğü okul
- Öğrencinin öğrenim gördüğü sınıf
- Ebeveynin bakış açısına göre ailenin ekonomik durumu
- Ailenin sosyal güvence durumu

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç- Gereç

Araştırmada veri kaynağı olarak ‘‘Öğrenci Ebeveynlerinin Genel Özyeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ankara’da İki İlkokul Örneğinde İncelenmesi’’ anket formu kullanılmıştır. Anket 3 bölüm 67 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm 18 sorudan oluşup; kişinin yaşı, mesleği, öğrenim durumu, çocuğunun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, anne ve babasının yaşayıp yaşamadığı, kiminle yaşadığı, evde yaşayan toplam kişi sayısı, çocuğun annesinin öğrenim durumu, mesleği, yaşı, çocuğun babasının öğrenim durumu, mesleği, yaşı, ailenin sosyal güvencesi ve ekonomik durum algısı maddelerini içeren tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır.

3.6.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği

İkinci bölümde 32 soruluk Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-32) bulunmaktadır. 1-4 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayı sonrası, ASOY-TR ölçeği için kullanılan kavramsal çerçevede bir takım değişikliğe gidilerek; kavramsal çerçevenin "hastalıklardan korunma" ve "sağlığın geliştirilmesi" boyutlarının birlikte ele alınmasıyla 32 maddelik likert tipi ölçek ortaya çıkarılmıştır. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut (Tedavi-Hizmet ve Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi) üzerinden 2X4'lük bir matris (iki boyut ile dört süreç olmak üzere toplam sekiz bileşen) içerir (Tablo 14) (6).

Tablo 3.1. TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları

TSOY-32	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/ uygulama
Tedavi ve Hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Kaynak: 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması'. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1025, Ankara, Mayıs 2016.

TSOY-32, HLS-EU çalışmasında olduğu gibi indekslerle uygun hesaplamalara izin vermek ve karşılaştırmaları basitleştirmek amacıyla 0(sıfır) ila 50 arasında değer alacak şekilde standartlaştırılmıştır (6):

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

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

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, HLS-EU çalışmasında olduğu gibi elde edilen puana göre dört kategoriye ayrılmıştır :

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı,

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

(>33-42)) puan : yeterli sağlık okuryazarlığı,

(>42-50) puan : mükemmel sağlık okuryazarlığı

TSOY-32 Güvenilirlik Bulguları:

Ölçeğin Türkçe'de güvenirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile incelenmiş ve genel iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır. Bu da, kabul edilebilir değerin (0,80) üzerindedir. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,347 ile 0,634 arasında yer almıştır. 0,30'un altında değer bulunmamıştır (Tablo 3.2) (6).

Ölçeğin kavramsal çerçevesinin iki boyutu ayrı ayrı değerlendirildiğinde;

‘’Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu’’nun Cronbach Alpha katsayısı 0,880'dir. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,426 ile 0,616 arasında olup 0,30'nun altında değer bulunmamıştır (Tablo 3.2) (6).

“Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,863'dur. Her maddenin ölçeğin toplam skoru ile korelasyonunu gösteren korelasyon değerleri 0,294 ile 0,619 arasında yer almıştır (Tablo 3.2) (6).

Tablo3.2. TSOY-32 genel ve alt boyut maddeleri için madde-toplam korelasyonları (6)

		GEN-SOY	TH-SOY	HK/SG- SOY
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	0,529	0,533	
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	0,599	0,615	
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	0,347	0,333	
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	0,578	0,616	
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	**0,573**	0,601	
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	**0,495**	0,545	
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	**0,588**	0,612	
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	**0,500**	0,494	
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	**0,570**	0,530	
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	0,529	0,498	
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	0,562	0,567	
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	0,467	0,443	
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	0,544	0,532	
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	0,577	0,563	
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	0,534	0,502	
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	0,446	0,426	
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	0,347		0,294
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	0,634		0,590
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	0,632		0,619
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	0,546		0,504
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	0,592		0,598
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	0,532		0,456
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	0,599		0,561
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	0,440		0,456
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	0,592		0,576
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	0,523		0,546
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	0,483		0,521
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	0,469		0,482
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	0,431		0,456
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	0,347		0,370
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	0,387		0,414
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	0,465		0,488

TSOY-32 Geçerlilik Bulguları:

Faktör analizi altı faktör üzerinden yapılmıştır. Kavramsal çerçevede yer alan boyutlara göre faktör yükleri değerlendirildiğinde, genel ve iki boyut için ilgili maddelerin faktör yüklerinin de 0,32'nin üzerinde olduğu ve tek bir faktörde toplandığı görülmüştür. Sonuçlar, tüm maddelerin sağlık okuryazarlığını ölçtüğünü ve tek bir faktör ile açıklandığını desteklemektedir. Genel SOY ve her iki boyut için, ayrı ayrı faktör analizi yapılmıştır. (Tablo 3.3)

Tablo 3.3. TSOY-32 maddelerinin SOY boyutlarına göre faktör yükleri (6)

		GEN-SOY	TH-SOY	HK/SG- SOY
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	0,568	0,608	
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	0,643	0,686	
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	0,373	0,388	
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	0,626	0,694	
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	0,623	0,679	
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	0,551	0,628	
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	0,634	0,687	
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	0,535	0,568	
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	0,608	0,603	
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	0,566	0,566	
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	0,606	0,643	
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	0,506	0,508	
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	0,586	0,602	
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	0,621	0,642	
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	0,572	0,569	
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	0,491	0,489	
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	0,375		0,346
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	0,687		0,691
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	0,679		0,711
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	0,600		0608
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	0,643		0,702
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	0,576		0,537
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	0,649		0,653
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	0,470		0,520
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	0,630		0,650
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	0,560		0,635
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	0,517		0,602
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	0,508		0,569
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	0,451		0,503
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	0,363		0,410
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	0,420		0,486
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	0,493		0,553

3.6.2. Genel Özyeterlilik Ölçeği

Üçüncü bölümde 17 soruluk genel özyeterlilik ölçeği bulunmaktadır. Sherer tarafından geliştirilmiş 23 maddelik Özyeterlilik Ölçeği'nin (Self-Efficacy Scale) 17 maddelik genel özyeterlilik alt grubunun maddelerinin Türkçeye uyarlanarak elde edilmiş olan genel özyeterlilik ölçeği kullanılmıştır. Beşli Likert tipi bir ölçek olup 1-5 arası puanlanan her bir madde; tamamen katılıyorum (1), katılıyorum (2), kararsızım (3), katılmıyorum (4), kesinlikle katılmıyorum (5) şeklinde işaretlenmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11,12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten en az 17 puan, en fazla 85 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin özyeterlilik algısının iyi olduğunu göstermektedir, bunun dışında düzey sınıflandırması bulunmamaktadır (102,103).

Türkçe formunun geçerlilik güvenirliliği Yıldırım ve İlhan tarafından yapılmış olup ölçeğin kullanımı için elektronik posta ile ulaşılıp izin alınmıştır.

Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,80, test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise (Pearson r) 0,69; ($p<0,001$) olarak bulunmuştur (103).

Ölçeğin faktör analizinde, özdeğeri 1'den büyük olan üç faktör belirlenmiştir. Bu faktörler sırasıyla ‘’başlama, yılmama ve sürdürme çabası-ısrar’’ olarak adlandırılmıştır. Yüklenmeler 0,43 ile 0,70 arasında değişmektedir. Tablo 3.4'te maddelerin özdeğerleri ve yüklenmeler verilmiştir (103).

Tablo 3.4. Genel Özyeterlilik Ölçeği-Temel Bileşenler Analizi Sonuçları (103)

	1. faktör yükü	2. faktör yükü	3. faktör yükü
Faktör 1: Başlama			
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	,662		
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	,660		
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.	,620		
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	,586		
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	,582		
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	,573		
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	,564		
5. Her şeyi yarım bırakırım.	,480		
2. Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamamdır.	,465		
Faktör 2: Yılmama			
15. Kendine güvenen biriyim.		,701	
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.		,604	
16. Kolayca pes ederim.		,577	
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarana kadar uğraşırım.		,497	
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.		,434	
Faktör 3: Sürdürme Çabası-Israr			
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.			,641
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.			,620
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.			,489
Açıklanan Varyans	20,155	11,862	9,449
Toplam Açıklanan Varyans		41,466	

Sonuçlar ölçeğin Türkçe sürümünün geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Yine ilgili çalışmada özyeterlilik inancının değerlendirilmesinde bu ölçeğin; eğitim, sağlık, toplumsal yaşam gibi insan davranışı ile ilgili her alanda kullanılabileceği belirtilmiştir (103).

3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırma için İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne başvurularak uygulamanın yapılacağı okullar için gerekli izinler ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan uygulama izni alınmıştır. Alınmış olan bu izinler EK 1 ve EK 2'de sunulmuştur. Araştırmada kullanılan anket formu Nisan 2016'da oluşturulduktan sonra Mayıs 2016'da Çankaya ve Sincan İlçelerinde seçilen ilkokullarda, çocuğu bulunduğu okulda öğrenim gören ve formu doldurmayı kabul eden bazı personellere mesai saatleri içinde, ortalama 15 dakika süren anket ön uygulaması yapılmış. Aksayan yönler dikkate alınarak anket formu yeniden gözden geçirilmiş, son düzenlemeler yapılmıştır.

Araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olan araştırmacı tarafından 30 Mayıs - 03 Haziran 2016 tarihleri arasında Ankara İlinde Çankaya ve Sincan İlçelerinden seçilen iki ilkokulda uygulanmıştır. Anket formları örneklem ile seçilen şubelere gidilerek öğrenciler üzerinden ebeveynlere ulaştırılmıştır. Ebeveynler tarafından doldurulan formlar öğrenciler üzerinden sınıf öğretmenleri aracılığıyla araştırmacıya ulaştırılmıştır.

3.8. Araştırma Takvimi

Tablo 3.5. Araştırma Takvimi, Ankara, 2017.

Tarih	Araştırma Aşamaları
Aralık 2015 - Şubat 2016	Literatür taraması
Mart 2016	Araştırmanın planlanması
Nisan 2016	Anket formunun oluşturulması
Mayıs 2016	Gerekli izinlerin alınması
Mayıs 2016	Ön uygulama
Haziran 2016	Uygulama
Temmuz-Ağustos 2016	Verilerin bilgisayara aktarılması
Eylül 2016 - Mart 2017	Verilerin analizi, rapor yazımının tamamlanması

3.9. Veri Girişi ve Verinin Düzenlenmesi

Araştırma verisi, Temmuz - Ağustos 2016'da SPSS (Statistical PackagefortheSocial Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc. Chicago, IL) istatistik paket programına araştırmacı tarafından girilmiş, veri girişi tamamlandıktan sonra veri kontrolü yapılmıştır.

3.10. Veri Analizi – İstatistiksel Yöntemler

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (en küçük - en büyük), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-KareveFisher's exact testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için Student's t testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında normal dağılıma uygun olma durumuna göre Kruskal Wallis Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni Düzeltmesi (post-hoc analizleri) uygulanmıştır. Tablo 4.12 ve Tablo 4.13'te yer alan analizlerde, ebeveynlerin öğrenim düzeyleri açısından ilkokul ve ortaokul düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması nedeniyle bu düzeyler birleştirilerek ilköğretim şeklinde sunulmuştur. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirildi. En az biri normal dağılmayan ya da ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman Korelasyon testi ile hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Korelasyon katsayısına göre ilişki durumu Tablo 3.6'da sunulmuştur.

Tablo 3.6. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu (106)

Korelasyon Katsayısı	İlişki Durumu
0-0,24	Zayıf ilişki
0,25-0,49	Orta ilişki
0,50-0,74	Güçlü ilişki
0,75-1,00	Çok güçlü ilişki

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın ilkokulda öğrenim gören öğrencilerin ebeveynleri üzerinden yürütülmesi nedeniyle; ileri yaşlı bireyleri değerlendirememesi kısıtlılıklardan biridir. Buna ek olarak, sadece kendi ifadelerine dayalı bilgilerin alınması ise çalışmanın başka bir kısıtlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Ebeveynleri araştırmaya dahil edilen öğrencilerin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Araştırmaya toplam 226 ilköğretim öğrencisinin ebeveyni dahil edildi. Öğrencilerin %54,0'ı Sincan İlçesindeki İO'da, %46,0'ı Çankaya İlçesindeki İO'da öğrenim görmekteydi. Öğrencilerin %24,8'i ilkokul 1. Sınıf, %25,2'si 2. Sınıf, %25,7'si 3. Sınıf ve %24,3'ü 4. Sınıftaydı (Tablo 4.1).

Öğrencilerin yaş ortalaması 8,42±1,16 (min:6-maks:11) yıl olup %56,2'si kız, %43,8'i erkekti ve kız/erkek oranı 1,3'tü (Tablo 4.1).

Araştırmaya dahil edilen ailelerin ortanca çocuk sayısı 2 (1-4) iken %9,7'sinin tek çocuğu, %70,4'ünün 2 çocuğu, %17,7'sinin 3 çocuğu ve %2,2'sinin 4 çocuğu vardı. Yine bu ailelerin evlerindeki kişi sayısı ortancası 4 (3-6)'ydı (Tablo 4.1).

Çocukların %95,6'sı anne ve babasıyla birlikte yaşamaktayken %4,4'ü sadece annesiyle yaşıyordu (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Ebeveynleri Araştırmaya Dahil Edilen Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2016

	(n=226)
Okul Adı, n (%)	
Çankaya İlçesindeki İO	104 (46,0)
Sincan İlçesindeki İO	122 (54,0)
Çocuğun Öğrenim Gördüğü Sınıf, n (%)	
1. sınıf	56 (24,8)
2. sınıf	57 (25,2)
3. sınıf	58 (25,7)
4. sınıf	55 (24,3)
Öğrencinin Yaşı (yıl), $\bar{X}$±S (min-maks)	8,42±1,16 (6-11)
Öğrencinin Cinsiyeti, n (%)	
Kız	127 (56,2)
Erkek	99 (43,8)
Çocuk Sayısı, medyan (min-maks)	2 (1-4)
1 çocuk, n (%)	22 (9,7)
2 çocuk, n (%)	159 (70,4)
3 çocuk, n (%)	40 (17,7)
4 çocuk, n (%)	5 (2,2)
Öğrencinin Birlikte Yaşadığı Ebeveynler, n (%)	
Anne ve Baba	216 (95,6)
Sadece Anne	10 (4,4)
Evdeki Kişi Sayısı, medyan (min-maks)	4 (3-6)

İO:İlkokul , $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma, % Kolon yüzdesi

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin öğrenim gördükleri okullar açısından bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamındaki okullar arasında öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim gördüğü sınıf, öğrencinin birlikte yaşadığı ebeveynler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ailedeki çocuk sayısı ve evdeki kişi sayısı açısından ise anlamlı fark saptandı. Ailesi bir ve iki çocuk sahibi olan öğrencilerin yüzdesi Çankaya İlçesindeki İO'a göre Sincan İlçesindeki İO'da anlamlı olarak düşükken, ailesi üç ve daha fazla çocuk sahibi olan öğrencilerin yüzdesi ise anlamlı olarak yüksekti. Yine evdeki kişi sayısı Çankaya İlçesindeki İO'a göre Sincan İlçesindeki İO'da anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullara Göre Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016.

(n=226)	**Çankaya İlçesindeki İO (n=104)**	**Sincan İlçesindeki İO (n=122)**	**p**
Öğrencinin Yaşı (yıl), $\bar{X}$±S	8,42±1,14	8,43±1,18/	0,879[a]
Öğrencinin Cinsiyeti, n (%)			
Kız	54 (51,9)	73 (59,8)	0,232
Erkek	50 (48,1)	49 (40,2)	
Çocuğun Öğrenim Gördüğü Sınıf, n (%)			
1. sınıf	26 (25,0)	30 (24,6)	0,995
2. sınıf	26 (25,0)	31 (25,4)	
3. sınıf	26 (25,0)	32 (26,2)	
4. sınıf	26 (25,0)	29 (23,8)	
Çocuk Sayısı, n (%)			
1 çocuk	14 (13,5)	8 (6,6)	**0,002**
2 çocuk	79 (76,0)	80 (65,6)	
≥3 çocuk	11 (10,6)	34 (27,9)	
Öğrencinin Birlikte Yaşadığı Ebeveynler, n (%)			
Anne ve Baba	98 (94,2)	118 (96,7)	0,519[b]
Sadece Anne	6 (5,8)	4 (3,3)	
Evdeki Kişi Sayısı, $\bar{X}$±S	3,95±0,53	4,31±0,66	**<0,001[a]**

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık okuryazarlığı; GÖY: Genel öz yeterlilik; İO:İlkokul; aMann-Whitney U Testi; bFisher'in Kesin Testi

Formu dolduran ebeveynin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Araştırmada veri toplamak için kullanılan anket formunun %64,6'sı anne tarafından %35,4'ü ise baba tarafından doldurulduldu (Tablo 4.3).

Formu dolduran ebeveynlerin yaş ortalaması 37,30±5,55 (min:24-maks:60) yıldı. Öğrenim düzeylerine bakılacak olursa; formu dolduran ebeveynlerin %12,8'i ilkokul, %18,6'sı ortaokul, %35,4'ü lise ve %33,2'si yüksekokul ya da üniversite mezunuydu (Tablo 4.3).

Anket formunu dolduran ebeveynlerin %40,7'si ev hanımı iken %24,3'ü memur, %22,1'i işçi, %6,6'sı serbest meslek sahibi, %1,3'ü işsiz ve yine %1,3'ü emekli iken %6,6'sı diğer meslek gruplarındandı ve %58,0'ı gelir getiren bir işte çalışıyordu (Tablo 4.3).

Formu dolduran ebeveynlere ailelerin gelir düzeyi sorulduğunda; %4,9'u kötü olduğunu, %81,0'ı orta düzeyde olduğunu ve %14,1'i iyi olduğunu ifade etti (Tablo 4.3).

Ailelerin %3,1'i sosyal güvencesinin olmadığını belirtmişti (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Formu Dolduran Ebeveynin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2016

	(n=226)
Formu Dolduran Ebeveyn, n (%)	
Anne	146 (64,6)
Baba	80 (35,4)
Formu Dolduran Ebeveynin Yaşı (yıl), $\bar{X}$±S (min-maks)	37,30±5,55 (24-60)
Formu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyi, n (%)	
İlkokul	29 (12,8)
Ortaokul	42 (18,6)
Lise	80 (35,4)
YO/Üniversite	75 (33,2)
Formu Dolduran Ebeveynin Mesleği, n (%)	
Ev hanımı	92 (40,7)
Memur	55 (24,3)
İşçi	50 (22,1)
Serbest meslek	15 (6,6)
İşsiz	3 (1,3)
Emekli	3 (1,3)
Çiftçi	1 (0,4)
Diğer	7 (6,6)
Formu Dolduran Ebeveynin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu, n (%)	
Çalışmıyor	95 (42,0)
Çalışıyor	131 (58,0)
Ebeveyne Göre Ailenin Ekonomik Düzeyi, (n (%)	
Kötü	11 (4,9)
Orta	183 (81,0)
İyi	32 (14,1)
Ailenin Sosyal Güvence Durumu, n (%)	
Yok	7 (3,1)
Var	219 (96,9)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma, % Kolon yüzdesi

Araştırma kapsamında incelenen ebeveynlerin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin babalarının yaş ortalaması 35,93±5,22 (min:24-maks:49) yıl iken %12,4'ü ilkokul, yine %12,4'ü ortaokul, %37,6'sı lise ve yine %37,6'sı YO/Üniversite mezunuydu. Annelerin ise yaş ortalaması 39,63±5,14 (min:28-maks:60) yıl olup %20,4'ü ilkokul, %21,7'si ortaokul, %32,7'si lise ve %25,2'si YO/Üniversite mezunuydu (Tablo 4.4).

Ebeveynlerin mesleklerine bakılacak olursa; babaların %45,3'ü işçi, %30,2'si memur, %13,8'i serbest meslek sahibi, %3,1'i emekli, %1,3'ü çiftçi,%5,3'ü diğer meslek gruplarından iken %0,9'u işsizdi. Annelerin ise; %65,5'i ev hanımı, %18,1'i memur, %8,8'i işçi, %5,8'i serbest meslek sahibi, %0,9'u çiftçi iken %0,9'u işsizdi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2016

	(n=226)
Babanın Yaşı (yıl) (n=225), $\bar{X}$±S (min-maks)	35,93±5,22 (24-49)
Annenin Yaşı (yıl), $\bar{X}$±S (min-maks)	39,63±5,14 (28-60)
Babanın Öğrenim Düzeyi, n (%)	
İlkokul	28 (12,4)
Ortaokul	28 (12,4)
Lise	85 (37,6)
YO/Üniversite	85 (37,6)
Annenin Öğrenim Düzeyi, n (%)	
İlkokul	46 (20,4)
Ortaokul	49 (21,7)
Lise	74 (32,7)
YO/Üniversite	57 (25,2)
Babanın Mesleği (n=225), n (%)	
İşçi	102 (45,3)
Memur	68 (30,2)
Serbest meslek	31 (13,8)
Emekli	7 (3,1)
Çiftçi	3 (1,3)
İşsiz	2 (0,9)
Diğer	12 (5,3)
Anne Mesleği, n (%)	
Ev hanımı	148 (65,5)
Memur	41 (18,1)
İşçi	20 (8,8)
Serbest meslek	13 (5,8)
Çiftçi	2 (0,9)
İşsiz	2 (0,9)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma, % Kolon yüzdesi

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin öğrenim gördükleri okullar açısından ebeveynlerinin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin öğrenim gördükleri okullar açısından ebeveynlerinin formu doldurma yüzdelerine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken formu dolduran ebeveynin yaşı, öğrenim düzeyi, gelir getiren bir işte çalışma durumu, ebeveyne göre ailenin ekonomik düzeyi, ailenin sosyal güvence durumu ve diğer ebeveynin öğrenim düzeyi açısından anlamlı fark saptandı. Formu dolduran ebeveynlerden öğrenim düzeyi yüksekokul/üniversite olanların yüzdesi Sincan İlçesindeki İO'a göre Çankaya İlçesindeki İO'da anlamlı olarak yüksekken, öğrenim düzeyi ilkokul ve ortaokul olanların yüzdesi ise anlamlı olarak düşüktü. Yine diğer ebeveynlerden öğrenim düzeyi yüksekokul/üniversite olanların yüzdesi Sincan İlçesindeki İO'a göre Çankaya İlçesindeki İO'da anlamlı olarak yüksekken, öğrenim düzeyi ilkokul ve ortaokul olanların yüzdesi ise anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullara Göre Ebeveynlerinin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**Çankaya İlçesindeki İO (n=104)**	**Sincan İlçesindeki İO (n=122)**	**p**
Formu Dolduran Ebeveyn, n (%)			
Anne	72 (69,2)	74 (60,7)	0,179
Baba	32 (30,8)	48 (39,3)	
Formu Dolduran Ebeveynin Yaşı (yıl), $\bar{X}$±S	38,52±5,29	36,25±5,57	**0,003**[a]
Formu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyi, n (%)			
İlkokul	1 (1,0)	28 (23,0)	**<0,001**
Ortaokul	4 (3,8)	38 (31,1)	
Lise	36 (34,6)	44 (36,1)	
YO/Üniversite	63 (60,6)	12 (9,8)	
Diğer Ebeveynin Öğrenim Düzeyi, n (%)			
İlkokul	1 (1,0)	31 (25,5)	**<0,001**
Ortaokul	6 (5,7)	42 (34,4)	
Lise	37 (35,6)	42 (34,4)	
YO/Üniversite	60 (57,7)	7 (5,7)	
Formu Dolduran Ebeveynin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu, n (%)			
Çalışmıyor	29 (27,9)	66 (54,1)	**<0,001**
Çalışıyor	75 (72,1)	56 (45,9)	
Ebeveyne Göre Ailenin Ekonomik Düzeyi,(n (%)			
Kötü	5 (4,8)	6 (4,9)	**0,002**
Orta	75 (72,1)	108 (88,5)	
İyi	24 (23,1)	8 (6,6)	
Ailenin Sosyal Güvence Durumu, n (%)			
Yok	1 (1,0)	6 (4,9)	**0,016**[b]
Var	103 (99,0)	116 (95,1)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık okuryazarlığı; GÖY: Genel İO:İlkokul ; öz yeterlilik; aMann-Whitney U Testi; bFisher'in Kesin Testi

Araştırma kapsamında incelenen ebeveynlerin SOY indeksi, GÖY ölçek skoru ve SOY düzeyi Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen ebeveynlerin SOY indeks skoru ortalaması 29,99±9,12 (min:3,13-maks:50,0) olup %33,6'sının sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde, %31,0'ının sınırlı-sorunlu, %23,9'u yeterli ve %11,5'i mükemmel düzeydeydi (Tablo 4.6).

İncelenen ebeveynlerin GÖY skor ortalaması 62,63±10,34 (min:39-mak:83)'tü (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY indeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skoru, Ankara, 2016

(n=226)	$\bar{X}$±S	**Medyan (min-maks)**
SOY İndeksi	29,99±9,12	29,68 (3,13-50,0)
SOY Düzeyi, n (%)		
Yetersiz	76 (33,6)	
Sorunlu-Sınırlı	70 (31,0)	
Yeterli	54 (23,9)	
Mükemmel	26 (11,5)	
GÖY	62,63±10,34	62 (39-83)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik ; % Kolon yüzdesi

Öğrencilerin öğrenim gördükleri okullara göre anket formunu dolduran ebeveynlerin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin öğrenim gördükleri okullar arasında anket formunu dolduran ebeveynlerinin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Çankaya İlçesindeki İO'da öğrenim gören öğrenci ebeveynlerinin SOY indeksi ve GÖY ölçek skoru Sincan İlçesindeki İO'da öğrenim görenlerin ebeveynlerinden anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca Çankaya İlçesindeki İO'da öğrenim gören öğrenci ebeveynleri içinde sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olanların yüzdesi Sincan İlçesindeki İO'da öğrenim görenlerin ebeveynlerinden anlamlı olarak düşük iken sağlık okuryazarlığı mükemmel düzeyde olanların yüzdesi anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullar Açısından Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**Çankaya İlçesindeki İO (n=104)**	**Sincan İlçesindeki İO (n=122)**	**P**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	34,49±9,03	26,16±7,29	**<0,001**[a]
SOY Düzeyi, n (%)			
Yetersiz	18 (17,3)	58 (47,5)	**<0,001**
Sorunlu-Sınırlı	27 (26,0)	43 (35,2)	
Yeterli	36 (34,6)	18 (14,8)	
Mükemmel	23 (22,1)	3 (2,5)	
GÖY	68,48±9,59	57,65±8,13	**<0,001**[b]
Düşük	25(24,0)	90(73,8)	**<0,001**
Yüksek	79(76,0)	32(26,2)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; İO:İlkokul ; aStudent's T Testi; bMann-Whitney U Testi

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre anket formunu dolduran ebeveynlerin SOY indeksi, GÖY ölçek skoru ve SOY düzeyinin dağılımı Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar ile anket formunu dolduran ebeveynlerinin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8.Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflar Açısından Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**1.Sınıf (n=56)**	**2.Sınıf (n=57)**	**3.Sınıf (n=58)**	**4.Sınıf (n=55)**	**p**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	29,99±9,56	28,36±10,46	30,25±8,29	31,41±7,92	0,364[a]
SOY Düzeyi, n (%)					
Yetersiz	16 (28,6)	27 (47,4)	18 (31,0)	15 (27,3)	0,196
Sorunlu-Sınırlı	21 (37,5)	12 (21,1)	19 (32,8)	18 (32,7)	
Yeterli	10 (17,9)	11 (19,3)	15 (25,9)	18 (32,7)	
Mükemmel	9 (16,1)	7 (12,3)	6 (10,3)	4 (7,3)	
GÖY	63,57±9,10	62,72±10,64	62,60±10,72	61,62±10,98	0,805[a]
Düşük	27(48,2)	27(47,4)	31(53,4)	30(54,5)	0,828
Yüksek	29(51,8)	30(52,6)	27(46,6)	25(45,5)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; aTek Yönlü Varyans Analizi

Öğrenci cinsiyetine göre anket formunu dolduran ebeveynlerin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin cinsiyetleri ile anket formunu dolduran ebeveynlerinin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9.Öğrenci Cinsiyetine Göre Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**Kız (n=127)**	**Erkek (n=99)**	**p**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	30,07±8,60	29,89±9,80	0,899[b]
SOY Düzeyi, n (%)			
Yetersiz	39 (30,7)	37 (37,4)	0,223
Sorunlu-Sınırlı	46 (36,2)	24 (24,2)	
Yeterli	30 (23,6)	24 (24,2)	
Mükemmel	12 (9,4)	14 (14,1)	
GÖY	62,70±9,68	62,55±11,18	0,913[a]
Düşük	66(52,0)	49(49,5)	0,712
Yüksek	61(48,0)	50(50,5)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; aStudent's T Testi; bMann-Whitney U Testi

Öğrenci ailelerinin çocuk sayılarına göre formu dolduran ebeveynlerin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların çocuk sayıları ile SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu SOY İndeksi ve GÖY ölçek skorlarındaki anlamlı farkların "3 ve daha fazla" çocuğu olanlardan kaynaklandığı görüldü. Üç ve daha fazla çocuğu olan ebeveynlerin SOY indeksi ve GÖY skoru 1 ve 2 çocuğu olanlardan anlamlı olarak düşüktü. Ayrıca "3 ve daha fazla" çocuğu olan ebeveynler içinde sağlık okuryazarlığı "yetersiz" düzeyde olanların yüzdesi 1

ve 2 çocuğu olanlardan anlamlı olarak yüksek iken sağlık okuryazarlığı "mükemmel" düzeyde olanların yüzdesi anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Öğrenci Ailelerinin Çocuk Sayılarına Göre Anket Formunu Dolduran Ebeveynlerin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**1 Çocuk (n=22)**	**2 Çocuk (n=159)**	**≥3 Çocuk (n=45)**	**p**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	30,78±8,08	30,96±8,94	26,18±9,42[ab]	**0,003***
SOY Düzeyi, n (%)				
Yetersiz	5 (22,7)	45 (28,3)	26 (57,8)	**0,005**
Sorunlu-Sınırlı	11 (50,0)	50 (31,4)	9 (20,0)	
Yeterli	3 (13,6)	44 (27,7)	7 (15,6)	
Mükemmel	3 (13,6)	20 (12,6)	3 (6,7)	
GÖY	62,23±10,32	63,61±10,30	59,38±10,03[ab]	**0,029***
Düşük	13(59,1)	72(45,3)	30(66,7)	**0,029**
Yüksek	9(40,9)	87(54,7)	15(33,3)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; *Kruskal Wallis Testi; aPost-hoc ikili karşılaştırmada "1 çocuğu" olanlarla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,017); bPsot-hoc ikili karşılaştırmada "2 çocuğu" olanlarla anlamlı fark saptandı (p<0,017)

Anket formunu dolduran ebeveyne göre SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.11'de sunulmuştur.

Anket formunu dolduran ebeveyne göre SOY indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamazken(p>0,05), formu dolduran annelere göre babaların GÖY skoru istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulundu (p<0,05)(Tablo 4.11).

Anket formunu dolduran ebeveyne göre SOY düzeyleri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Formu dolduran anneler içinde sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olanların yüzdesi formu dolduran babalara göre anlamlı olarak yüksekken, sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanların yüzdesi anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Anket Formunu Dolduran Ebeveyne Göre SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**Formu Dolduran Anne (n=146)**	**Formu Dolduran Baba (n=80)**	**p**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	29,44±9,44	30,97±8,48	0,075*
SOY Düzeyi,n (%)			
Yetersiz#	57 (39,1)	19 (23,8)	**0,030**
Sorunlu-Sınırlı	44 (30,1)	26 (32,4)	
Yeterli#	27 (18,5)	27 (33,8)	
Mükemmel	18 (12,3)	8 (10,0)	
GÖY	61,34±10,45	64,99±9,77	**0,006***
Düşük	85(58,2)	30(37,5)	**0,003**
Yüksek	61(41,8)	50(62,5)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; *Mann-Whitney U Testi

Anket formunu dolduran ebeveynin öğrenim düzeyine göre SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.12'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu yüksekokul/üniversite mezunu ebeveynlerin SOY indeksi ve GÖY skoru lise, ilköğretim (ortaokul ve ilkokul) mezunu ebeveynlere göre anlamlı olarak yüksekti. Yine lise mezunu ebeveynlerin SOY indeksi ve GÖY skoru ilköğretim (ortaokul ve ilkokul) mezunlarına göre anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Anket Formunu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyine Göre SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**İlköğretim (n=71)**	**Lise (n=80)**	**YO/Üniversite (n=75)**	**p**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	22,30±5,94	30,91±8,35[a]	36,30±6,88[ab]	**<0,001***
SOY Düzeyi, n (%)				
Yetersiz	48 (67,6)	24 (30,0)	4 (5,3)	**<0,001**
Sorunlu-Sınırlı	22 (31,0)	28 (35,0)	20 (26,7)	
Yeterli	1 (1,4)	17 (21,2)	36 (48,0)	
Mükemmel	0	11 (13,8)	15 (20,0)	
GÖY	52,87±6,54	63,38±6,48[a]	71,08±8,69[ab]	**<0,001***
Düşük	68(95,8)	36(45,0)	11(14,7)	**<0,001**
Yüksek	3(4,2)	44(55,0)	64(85,3)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; *Kruskal Wallis Testi
aPost-hoc ikili karşılaştırmada "ilköğretim" mezunlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,008)
bPost-hoc ikili karşılaştırmada "lise" mezunlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,008)

Anket formunu doldurmayan diğer ebeveynin öğrenim düzeyine göre formu dolduran ebeveynin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Anket formunu doldurmayan diğer ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre formu dolduran ebeveynin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu diğer ebeveynlerden yüksekokul/üniversite mezunu olanların formu dolduran eşlerinin SOY indeksi ve GÖY skoru lise, ilköğretim(ortaokul ve ilkokul) mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Yine diğer ebeveynlerden lise mezunu olanların formu dolduran eşlerinin SOY indeksi ve GÖY skoru ilköğretim (ortaokul ve ilkokul) mezunlarına göre anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Diğer Ebeveynin Öğrenim Düzeyine Göre Formu Dolduran Ebeveynin SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı

(n=226)		**İlköğretim (n=80)**	**Lise (n=79)**	**YO/Üniversite (n=67)**	**p**
		$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi		24,82±7,99	30,65±8,79[a]	35,39±7,31[ab]	**<0,001***
SOY Düzeyi, n (%)					
	Yetersiz	44 (55,0)	26 (32,9)	6 (9,0)	**<0,001**
	Sorunlu-Sınırlı	24 (30,0)	25 (31,6)	21 (31,3)	
	Yeterli	10 (12,5)	18 (22,8)	26 (38,8)	
	Mükemmel	2 (2,5)	10 (12,7)	14 (20,9)	
GÖY		56,73±8,64	63,22±9,24[a]	69,00±9,51[ab]	**<0,001***
	Düşük	60(75,0)	37(46,8)	18(26,9)	**<0,001**
	Yüksek	20(25,0)	42(53,2)	49(73,1)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık okuryazarlığı; GÖY: Genel öz yeterlilik; *Kruskal Wallis Testi
aPost-hoc ikili karşılaştırmada "ilköğretim" mezunlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,008)
bPost-hoc ikili karşılaştırmada "lise" mezunlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,008)

Anket formunu dolduran ebeveynin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre SOY indeksi ve SOY düzeyi ile GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Anket formunu dolduran ebeveynin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Formu dolduran ebeveynlerden gelir getiren bir işte çalışmayanlara göre çalışanların SOY indeksi ve GÖY ölçek skoru anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca gelir getiren bir işte çalışan ebeveynler içinde sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olanların yüzdesi çalışmayan ebeveynlere göre anlamlı olarak düşükken, sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel düzeyde olanların yüzdesi ise anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Anket Formunu Dolduran Ebeveynin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**Formu Dolduran Ebeveyn Çalışmıyor (n=95)**	**Formu Dolduran Ebeveyn Çalışıyor (n=131)**	**p**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	27,29±8,87	31,96±8,82	**<0,001***
SOY Düzeyi, n (%)			
Yetersiz#	46 (48,4)	30 (22,9)	**<0,001**
Sorunlu-Sınırlı	29 (30,5)	41 (31,3)	
Yeterli	11 (11,6)	43 (32,8)	
Mükemmel	9 (9,5)	17 (13,0)	
GÖY	58,34±9,04	65,75±10,14	**<0,001***
Düşük	66(69,5)	49(37,4)	**<0,001**
Yüksek	29(30,5)	82(62,6)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; *Mann-Whitney U Testi

Anket formunu dolduran ebeveynin bakış açısına göre ailenin ekonomik düzeyi ile SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skorunun dağılımı Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Anket formunu dolduran ebeveynin bakış açısına göre ailenin ekonomik düzeyi ile ebeveynin SOY indeksi, SOY düzeyi ve GÖY ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc karşılaştırmalar sonucu SOY indeksindeki anlamlı farkın ailesinin ekonomik durumunu ''iyi'' olarak beyan edenlerden kaynaklandığı görülürken, GÖY ölçek skorundaki anlamlı farkın ise belirtilen tüm ekonomik gruplar arasında olduğu

görüldü. Ayrıca ailesinin ekonomik durumunu ‘’iyi’’ olarak belirtenlerin içinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ‘’yetersiz’’ olanların yüzdesi ailesinin ekonomik durumunu ‘’orta’’ ve ‘’kötü’’ olarak belirtenlere göre anlamlı olarak düşükken, sağlık okuryazarlığı düzeyi ‘’mükemmel’’ olanların yüzdesi ise anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Anket Formunu Dolduran Ebeveynin Bakış Açısına Göre Ailenin Ekonomik Düzeyi ile SOY İndeksi, SOY Düzeyi ve GÖY Ölçek Skorunun Dağılımı, Ankara, 2016

(n=226)	**Kötü (n=11)**	**Orta (n=183)**	**İyi (n=32)**	**p**
	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	$\bar{X}$±S	
SOY İndeksi	28,79±9,89	28,89±8,71	36,74±8,50[ab]	**<0,001***
SOY Düzeyi, n (%)				
Yetersiz	4 (36,4)	70 (38,3)	2 (6,3)	**0,001**
Sorunlu-Sınırlı	4 (36,4)	57 (31,1)	9 (28,1)	
Yeterli	2 (18,2)	41 (22,4)	11 (34,4)	
Mükemmel	1 (9,1)	15 (8,2)	10 (31,3)	
GÖY	53,00±9,96	62,18±10,08[a]	68,53±8,81[ab]	**<0,001***
Düşük	9(81,8)	97(53,0)	9(28,1)	**0,004**
Yüksek	2(18,2)	86(47,0)	23(71,9)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; % Kolon yüzdesi; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik; *Kruskal Wallis Testi; aPost-hoc ikili karşılaştırmada ekonomik düzeyi “kötü” olanlarla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,017); bPsot-hoc ikili karşılaştırmada ekonomik düzeyi“orta” olanlarla anlamlı fark saptandı (p<0,017)

Ebeveynlerin SOY indeksi ve GÖY skoru ile öğrencinin yaşı, evdeki kişi sayısı, formu dolduran ebeveynin yaşı, annenin ve babanın yaşı arasındaki ilişki Tablo 4.16'da sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen ebeveynlerin SOY indeksi ile GÖY skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,70$, $p<0,05$) (Tablo 4.16, Şekil 4.1).

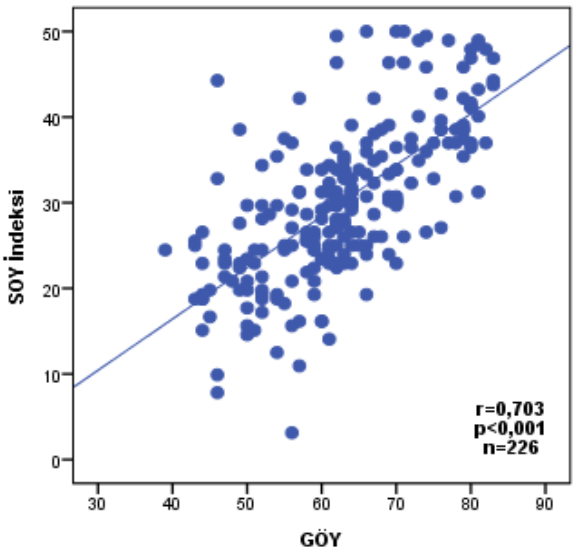
Ayrıca ebeveynlerin SOY indeksi evdeki kişi sayısı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($r= -0,23$, $p<0,05$), öğrencinin, formu dolduran ebeveynin, annenin ve babanın yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Ebeveynlerin GÖY skoru ile evdeki kişi sayısı arasında negatif yönde, formu dolduran ebeveynin ve babanın yaşı ile ise pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken (sırasıyla $r= -0,20$, $r=0,20$, $r=0,15$; $p<0,05$), öğrencinin ve annenin yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. SOY İndeksi ve GÖY Skoru İle Öğrencinin Yaşı, Evdeki Kişi Sayısı, Formu Dolduran Ebeveynin Yaşı, Annenin ve Babanın Yaşı Arasındaki İlişki, Ankara, 2016

(n=226)		SOY İndeksi	GÖY
Öğrenicinin Yaşı (yıl)	R	0,088	-0,056
	p	0,188	0,405
Evdeki Kişi Sayısı	R	***-0,230***	***-0,196***
	p	***<0,001***	***0,003***
Formu Dolduran Ebeveynin Yaşı (yıl)	R	0,102	***0,204***
	p	0,126	***0,002***
Annenin Yaşı (yıl)	R	0,026	0,069
	p	0,695	0,304
Babanın Yaşı (yıl)	R	0,085	***0,151***
	p	0,202	***0,023***
SOY İndeksi	R	1,000	***0,703***
	p	-----	***<0,001***

r: Spearmankorelasyon katsayısı; SOY: Sağlık Okuryazarlığı; GÖY: Genel Özyeterlilik



Şekil 4.1. Ebeveynlerin SOY İndeksi ile GÖY Skoru Arasındaki İlişki

Tablo 4.17'de GÖY ölçeğinden alınan puanı etkileyen bazı faktörler için lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Yapılan Lojistik regresyon analizinde okul, ailenin ekonomik düzeyi, formu dolduran ebeveyn ve formu dolduran ebeveynin öğrenim düzeyi ile GÖY ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuk sayısı, diğer ebeveynin öğrenim düzeyi ve formu dolduran ebeveynin çalışma durumu ile GÖY ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17. GÖY Ölçeğinden Alınan Puanı Etkileyen Bazı Faktörler için Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2016.

	OR (%95 GA)	p
Okul		
Sincan İO (n=122)	Referans	
Çankaya İO (n=104)	**4,47 (1,55-12,88)**	**0,005**
Çocuk Sayısı		
1 Çocuk (n=22)	Referans	
2 Çocuk (n=159)	1,84 (0,52-6,43)	0,337
≥3 Çocuk (n=45)	1,66 (0,34-7,98)	0,527
Formu Dolduran Ebeveyn		
Anne (n=146)	Referans	
Baba (n=80)	**4,14 (1,31-13,01)**	**0,015**
Formu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyi		
İlköğretim (n=71)	Referans	
Lise (n=80)	**18,57 (4,79-72,00)**	**<0,001**
YO/Üniversite (n=75)	**97,73 (17,19-555,56)**	**<0,001**
Diğer Ebeveynin Öğrenim Düzeyi		
İlköğretim(n=80)	Referans	
Lise (n=79)	1,10 (0,37-3,29)	0,857
YO/Üniversite (n=67)	0,75 (0,16-3,48)	0,721
Formu Dolduran Ebeveynin Çalışma Durumu		
Çalışmıyor (n=95)	Referans	
Çalışıyor (n=131)	0,40(0,14-1,15)	0,089
Ailenin Ekonomik Düzeyi		
Kötü (n=11)	Referans	
Orta (n=183)	**9,00(1,10-73,90)**	**0,041**
İyi (n=32)	5,77(0,63-53,03)	0,121

GA: Güven Aralığı. GÖY: Genel Özyeterlilik İO:İlkokul

Tablo 4.18'de SOY ölçeğinden alınan puanı etkileyen bazı faktörler için lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Yapılan Lojistik regresyon analizinde sadece formu dolduran ebeveynin öğrenim düzeyi ile SOY ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Okul, çocuk sayısı, formu dolduran ebeveyn, diğer ebeveynin öğrenim düzeyi, formu dolduran ebeveynin çalışma durumu ve ailenin ekonomik düzeyi ile SOY ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18. SOY Ölçeğinden Alınan Puanı Etkileyen Bazı Faktörler için Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2016.

		OR (%95 GA)	p
Okul			
	Sincan İO (n=122)	Referans	
	Çankaya İO (n=104)	1,14 (0,55-3,80)	0,461
Çocuk Sayısı			
	1 Çocuk (n=22)	Referans	
	2 Çocuk (n=159)	2,44 (0,74-8,02)	0,143
	≥3 Çocuk (n=45)	2,36 (0,51-10,92)	0,272
Formu Dolduran Ebeveyn			
	Anne (n=146)	Referans	
	Baba (n=80)	1,58 (0,62-3,98)	0,333
Formu Dolduran Ebeveynin Öğrenim Düzeyi			
	İlköğretim (n=71)	Referans	
	Lise (n=80)	**31,23 (3,84-254,33)**	**0,001**
	YO/Üniversite (n=75)	**87,22 (9,13-833,39)**	**<0,001**
Diğer Ebeveynin Öğrenim Düzeyi			
	İlköğretim(n=80)	Referans	
	Lise (n=79)	1,22 (0,40-3,66)	0,726
	YO/Üniversite (n=67)	1,93 (0,45-8,21)	0,375
Formu Dolduran Ebeveynin Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor (n=95)	Referans	
	Çalışıyor (n=131)	0,70 (0,25-1,94)	0,495
Ailenin Ekonomik Düzeyi			
	Kötü (n=11)	Referans	
	Orta (n=183)	0,56 (0,09-3,63)	0,547
	İyi (n=32)	1,09 (0,15-7,85)	0,934

GA: Güven Aralığı. SOY: Sağlık Okuryazarlığı İO: İlkokul

5. TARTIŞMA

Eğitim, tıp, psikoloji, işletme gibi çok farklı alanlarda yapılan araştırmalar özyeterlilik inancının davranışlar açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (27). Özyeterlilik düzeyinin yüksek olması bireyin başarısını, motivasyonunu, sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşamındaki diğer birçok alanı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sağlık psikologları özyeterliliğin birçok sağlık davranışı kuramında önemli bir bileşen olduğunu belirtmişlerdir (24-26). Yapılan bir çok çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe bireylerin daha fazla olumlu sağlık davranışları sergilediği görülmüştür. İyi birer sağlık okuryazarı olan bireylerin koruyucu hizmetlerden daha etkin, ileri basamak sağlık hizmetlerinden gerektiği kadarıyla yararlandığı ve sağlık iletişimde daha başarılı olması nedeniyle tedavi ve bakım hizmetlerinden en etkin şekilde faydalandığı görülmüştür. Tüm bunlarla ilişkili olarak sağlık maliyetlerinin azalacağı vurgulanmaktadır (41,42,50,51).

Araştırma kapsamına 226 ebeveyn alınmıştır. Anket formunu dolduran ebeveynlerin üçte ikisi annelerdir, bu durum annelerin çocukla olan sosyal etkileşimlerinin babalara oranla daha fazla olmasına bağlı olarak çalışmaya katılmada daha fazla gönüllülük göstermeleri ile açıklanabilir. Formu dolduran ebeveynlerin üçte ikisi lise ve üstü eğitime sahiptir. Ebeveynler açısından eğitim düzeyleri incelendiğinde ise; lise ve üstü eğitim düzeyindeki babaların sıklığı anneler göre daha fazladır. Okul düzeyinde incelediğimizde Çankaya İlçesindeki formu dolduran ebeveynlerin neredeyse tamamı lise ve üstü (%95) eğitim seviyesine sahip iken, Sincan İlçesindeki ebeveynlerin yarısından biraz fazlası

lise ve üstü eğitim seviyesindedir. Türkiye genelindeki eğitim düzeyi ile değerlendirildiğinde Çankaya İlçesindeki katılımcıların eğitim seviyesi oldukça yüksektir. Formu dolduran katılımcıların eşlerini değerlendirdiğimizde de lise ve üstü eğitim seviyeleri Çankaya ve Sincan İlçeleri için formu dolduran katılımcılarla benzerlik göstermektedir.

Her beş katılımcıdan ikisi gelir getiren bir işte çalışmamakla birlikte ilçe düzeyinde incelediğimizde; Çankaya İlçesindeki katılımcılarda bu sıklık azalırken Sincan İlçesinde artmaktadır. Bu durum da Çankaya İlçesine göre Sincan İlçesindeki annelerin çoğunlukla ev hanımı olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların çok az bir kısmı hariç, tamamına yakını ailelerinin ekonomik düzeyini orta ve üstü olarak belirtmiştir, ilçe düzeyinde değerlendirildiğinde her iki ilçe için benzer sonuçlar görülmektedir. Avcı tarafından annelerin sağlık okuryazarlığını değerlendiren bir çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğu ailesinin ekonomik durumunu orta ve üstü olarak belirtmiştir (66).

Ailelerin sosyal güvence durumu incelendiğinde; neredeyse tamamına yakını bir sosyal güvencelerinin olduğunu belirtmiştir. Baba meslekleri incelendiğinde; Sincan ilçesindekilerin büyük çoğunluğu işçiyken, Çankaya İlçesindekilerin yarısından biraz fazlası memurdur. Anne meslekleri incelendiğinde ise Sincan İlçesindeki annelerin büyük çoğunluğu ev hanımıdır. Çankaya İlçesindeki annelerin yarısından azı ev hanımıyken, her üç anneden biri memurdur. Anne ve babaların meslekleri bölgelere göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi ile tutarlı olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcılar sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeylerine göre incelendiğine; yetersiz SOY düzeyi %33,6; sınırlı SOY düzeyi % 31 'dir. Başka bir deyişle; yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi %64,6'dır. Bu da çalışmaya katılan her üç kişiden sadece birinin sağlık okuryazarlığının iyi olduğunu göstermektedir. Sağlık-Sen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (2014) da yetersiz SOY düzeyi %24,5; sınırlı SOY düzeyi % 40,1; yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi birlikte ele alındığında %64,6 ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. (7). Sekiz ülkede yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (2012) yetersiz-sınırlı SOY düzeyi %47,6 bulunmuştur. Avrupa çalışmasında her iki kişiden birinin iyi sağlık okuryazarı olduğu söylenebilirken; hem bizim çalışmamızda hem de Sağlık-Sen'in yaptığı çalışmada her üç kişiden birinin iyi sağlık okuryazarı olduğunu söyleyebiliriz (30). Yine Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın Kasım 2016 'da gerçekleştirdiği sağlık okuryazarlığı çalışmasında yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi oldukça yüksek (%73,7) bulunmuştur (8). Avcı tarafından REALM, TOFHLA, S-TOFHLA testleriyle annelerin sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği bir çalışmada da düşük-yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyleri %40'larda bulunmuştur. Çalışmamızla kıyaslandığında bu çalışmadaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha iyi bulunmasının, katılımcıların eğitim düzeyinin daha yüksek olması ve farklı ölçüm yöntemlerinin kullanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (66).

Amerika'da 65 yaş ve üstü hastalar seçilerek S-TOFHLA testi kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise anadili İngilizce olan hastaların yaklaşık üçte birinin, anadili İspanyolca olan hastaların ise yarısının yetersiz ya da düşük

düzeyde sağlık okuryazarı oldukları görülmüştür (44). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada ''Amerika'da Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık'' (Health Literacy and Health in America) araştırmasında halkın %46'sının yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (107). Yine Amerika'da yapılan 'Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi''(NAAL 2003) çalışmasına göre her üç yetişkinden biri yetersiz-düşük sağlık okuryazarıdır (35). Tüm bu çalışmalar göz önüne alındığında; çalışmamızda saptanan yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin benzer ölçüm yöntemleri kullanılarak yapılan yurtiçi çalışmalarla yakın olduğu görülmektedir. Yurtdışı çalışmalara göre ise; bizim çalışmamızda yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı daha fazla bulunmuştur.

SOY indeksleri incelendiğinde; çalışmamızda 29,99(±9,12); Sağlık-Sen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında 30,4(±0,16) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise 33,8(±8,0) puan ortalamaları bulunmuştur (7,30). Bu yönüyle değerlendirildiğinde de çalışmamızda bulunan indeks değerinin sınırlı SOY düzeyinde olduğu görülmektedir.

Çalışmada 17 soruluk genel özyeterliliği ölçeği kullanıldığı dikkate alındığında; alınabilecek puanlar 17 ile 85 arasındadır. Çalışmada genel özyeterlilik ölçeğinden alınan ortalama puan 62,63(±10,34) olarak saptanmıştır. Benzer bir genel özyeterlilik ölçeği kullanan öğretmen adaylarının genel özyeterliliğinin değerlendirildiği bir çalışmada ortalama puan 46,29(±7,40) olarak bulunmuş ve ölçek her ne kadar düzey sınıflandırmasına sahip olmasa da, ilgili çalışmada orta seviyede olduğu değerlendirilmiştir (108). Hemşirelerin egzersiz davranışları, özyeterlilik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı 23 sorudan

oluşan başka bir çalışmada da özyeterlilik puan ortalamaları 74.1(±12.0) olarak bulunmuştur, bu ölçekten alınabilecek puanların 23 ile 115 arasında olduğu düşünülürse çalışmamızdaki değerin biraz daha altında olmakla birlikle yakın sonuçlar gösterdiği söylenebilir (112). Yıldırım tarafından yapılan Türkçe genel özyeterlilik ölçeğinin geçerlilik, güvenilirlik çalışmasında da ölçekten alınan ortalama puanın 63,32(±9.9) olarak bulunduğu göz önüne alındığında çalışmamızdaki sonuçların oldukça benzer olduğu görülmektedir (103).

Çalışmanın yapıldığı ilçeler tek tek değerlendirildiğinde; Çankaya İlçesindeki katılımcıların beşte ikisinin, Sincan İlçesindekilerin ise beşte dördünün yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Aynı şekilde ebeveynlerin genel özyeterlilik puanları da Sincan İlçesine göre; Çankaya İlçesinde istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Yani Çankaya İlçesindeki ebeveynlerin hem sağlık okuryazarlığı hem de genel özyeterliliği yüksek bulunmuştur. Yapılan Lojistik regresyon analizi sonrası ilçelere-okullara göre sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki bu fark ortadan kalkmıştır. Bu durumun Çankaya İlçesindeki formu dolduran ebeveynlerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,001$).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflar ve öğrenci cinsiyetleri ile ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığı ve genel özyeterlilikleri arasında beklendiği gibi istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Öğrenci ailelerinin çocuk sayıları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve genel özyeterlilik arasında istatistiksel olarak bulunan anlamlı farkın üç ve üzeri

çocuğa sahip ebeveynlerden kaynaklandığı saptandı. Lojistik regresyon analizi yapıldığında ise çocuk sayısı ile SOY düzeyi ve GÖY skoru arasında anlamlı ilişkinin ortadan kalktığı görülmüştür.

Anket formunu dolduran ebeveynlerden annelere göre; babaların GÖY skoru ve SOY düzeyleri istatistiksel olarak yüksek saptandı. Ancak Lojistik regresyon analizi yapıldığında ise formu dolduran ebeveyn ile SOY düzeyi arasında anlamlı ilişkinin ortadan kalktığı saptanmıştır.

Formu dolduran ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeyi ve GÖY skorunun da arttığı saptanmıştır. Sonrasında yapılan lojistik regresyon analizi ile de bu durum güçlü bir şekilde desteklenmiştir.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda formu dolduran ebeveynlerin gelir getiren bir işte çalışması ile genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilişkisi saptanamadı. Ailenin ekonomik düzeyi ile GÖY arasında ilişki saptanırken; SOY ile saptanamadı.

Çalışmamızda genel özyeterlilik skoru ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,70$, $p<0,05$). Çalışmamız kapsamında sağlık okuryazarlığı ile genel özyeterliliğin birbiriyle ilişkili iki kavram olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz.

Çalışmamızda katılımcıların yaşı ile genel özyeterlilik skoru arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptandı ($r=0,20$, $p<0,05$). Literatür incelendiğinde; yapılan bazı çalışmalarda özyeterliliğin yaşla ilişkisi bulunurken bazılarında ise yaştan bağımsız olduğu görülmüştür (103,104,108,110).

Yaptığımız çalışmada katılımcı ebeveynin cinsiyeti ile genel özyeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve erkeklerde genel özyeterlilik puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak literatürde genel özyeterlilik algısının cinsiyete göre pek değişmediği görülmüştür (103,108,111).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı % 64,6; genel özyeterlilik puanı da 62,63(±10,34) saptanmıştır. Aynı zamanda genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,70$, $p<0,05$). Hem sağlık okuryazarlığı hem de genel özyeterlilik düzeyleri ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların yaşı ile genel özyeterlilik skoru arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptandı ($r=0,20$, $p<0,05$). Katılımcı ebeveynin cinsiyeti ile genel özyeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve erkeklerde genel özyeterlilik puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır OR:4,14 (%95GA.1,31-13,01)($p<0,05$).

Özyeterlilik düzeyinin yüksek olması bireyin başarısını, motivasyonunu, sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşamındaki diğer birçok alanı olumlu yönde etkileyebildiği bilinmektedir. Çalışmamızdan da yola çıkarak sağlık okuryazarlığı ile genel özyeterlilik arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu söyleyebiliriz. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için gösterilen çabalar aynı zamanda sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan özyeterliliğin de yükseltilmesini sağlayacaktır.

Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığının; düşük oranlarda koruyucu sağlık hizmeti kullanımına, sağlık arama davranışında gecikmeye, kendi sağlık durumunu değerlendirmede ve öz bakımda yetersizliğe, sağlıkla ilgili talimatlara ve önerilere uymamaya, hastalanma riski, hastalıklarla ilişkili ölümler ve sağlık

harcamalarında artışa yol açtığı bilinmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili sağlık hizmetlerinin gereksiz, aşırı, az ya da yanlış kullanımı hastaların kaliteli sağlık hizmeti almasında ciddi bir engeldir. Bu yönleriyle değerlendirildiğinde düşük sağlık okuryazarlığı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülebilir.

Sağlık hizmetlerinin doğru bir şekilde kullanılamamasına bağlı olarak düşük sağlık okuryazarlığından en çok etkilenen sistemin sağlık sistemi olduğunu söyleyebiliriz. Ancak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sorumluluk tek başına bireylerin ya da sağlık sisteminin değildir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için farklı disiplinlerin çabasına ihtiyaç vardır. Böylece bu çabaya sağlık sistemi dışında; akademik çevre, eğitim, iş, iletişim sektörleri ve sivil toplum örgütleri de katılmalıdır. Yön verebilmek adına, farklı zamanlarda süreklilik içinde yapılacak olan çalışmalarla toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri ölçülerek verilen çabanın etkisi de değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda da görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı üzerinde başat belirleyicinin genel eğitim düzeyi olduğu bilinmektedir. Ancak yüksek eğitimli olmanın tek başına sağlık okuryazarlığını yükseltmeye yeterli olmayacağı akılda tutulmalıdır. Bu nedenle hayat boyu öğrenme olarak bilinen kavramın, sağlık okuryazarlığının gelişmesinde birçok ülkenin eğitim politikasında önemli bir uygulama alanı haline gelmesini dikkate alarak; ülkemizde de politika üreticilerinin ve yukarıda sözü edilen sektör ve oluşumların bu yolda faaliyet göstermesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarını paylaşmak ve sağlık okuryazarlığı üzerine konuşmak amacıyla; çalışma yapılan okullarda eğitim toplantıları yapılacaktır.

7. KAYNAKLAR

1-) Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000; 15: 259-267.

2-) Nutbeam. D. The evolving concept of health literacy.Social Science & Medicine. 2008; 67: 2072–2078.

3-) Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. Health Education Monograph, 2: 1-25.

4-) Parker, Ruth M., et al. "Health literacy-report of the council on scientific affairs." Jama-Journal of the American Medical Association, 1999; 281(6): 552-557.

5-) Bilir N. "Sağlık okur-yazarlığı." Turkish Journal of Public Health, 2014; 12(1): 61-68.

6-) 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması'. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1025, Ankara, Mayıs 2016.

7-) Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2014.

8-) Ozkan S., Dikmen AU, Tuzun H., Karakaya K., " Prevalence and determiners of health literacy in Turkey" European Public Health Conference, Vienna, 9-12 November 2016.

9-) Kalaça S. Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsünde Sağlık Okur-Yazarlığı hakkında bir araştırma. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Ekim 2012.

10-) Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examplesin the Eastern Mediterranean RegionIndividual Empowerment Conference Working Document, 2009; 16: 1-46.

11-) Smith S, MC Kirsten. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. Health Literacy Brief March 2010;1-30.

12-) Nielsen-Bohlman L, Panzer Allison M., Kindig D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of

Medicine of The National Academies. The National Academies Press. Washington: DC; 2004;65-81.

13-) Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine. 2011;155(2): 97-107

14-)Summary report: Health Literacy Implications for Australia. 2011. (www.pwc.com.au/industry/healthcare Erişim: 04.05.2016).

15-) Briggs AM, Jordan JE. The importance of health literacy in physiotherapy practice. Journal of Physiotherapy 2010;56:149-151.

16-) Pavlekovic G, Stampar A. Croatia Health Promotion And Disease Prevention; Health Literacy. Handbook for teachers, researches, health professıonals and decısıon makers. 2007;463-466 .

17-) Rudd RE, Kirsch I and Yamamoto K. (2004). Literacy and Health in America. Policy Iinformation Report. Policy Information Center. Educational Testing Service. Princeton.

18-) Bandura A. (1994) Self-efficacy. Encyclopedia of Human Behavior, Ramachaudran (Ed), New York. Academic Press, 4: 71-81.

19-) Bandura A (1997) Self-efficacy: the exercise of control. New York Freeman.

20-) Eden D, Kinnar J. (1991) Modeling Galatea: boosting self-efficacy to increase volunteering. J Appl Psychol, 76(6): 770-780.

21-) Harrison JK, Chadwick M, Scales M. (1996) The relationship between cross-cultural adjustment and the personality variables of selfefficacy and self-monitoring. Int J Intercultural Rel, 20(2): 167-188.

22-) Chen G, Gully SM, Kilcullen RN. (2000) Examination of relationships among trait-like individual differences, state-like individual differences, and learning performance. J Appl Psychol, 85(6): 835-847.

23-) Scherbaum CA, Cohen-Charash Y, Kern MJ. (2006) Measuring General Self-Efficacy: A Comparison of Three Measures Using Item Response Theory. Educ Psychol Meas, 66 (6): 1047-1063.

24-) Jhonson JL. (1993). An exploration of Pender' s Health Promotion Model using Lisrel, Nursing Research, 42(3),132-37.

25-) Palank CL (1991). Determinants of health promotive behavior ,Nurs Clin North Am,26(4), 815-31.

26-) Pender NJ (1987). Health Promotion in Nursing Practice,2nd edition, Appleton&Lange, USA.

27-) Bandura A. Social Foundations Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1986.

28-) Schwarzer R, Fuchs R (1995). Self-efficacy and health behaviors, To appear in :Conner M, Norman P Predicting Health Behavior. Research and Practice with Social Cognition Models, Buchingham open university press. (http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm Erişim: 03.03.2016)

29-) Pehlivan, H. Eğitimde yaratıcılığın önemi. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli, 28-30 Eylül 2005.

30-) HLS-EU CONSORTIUM. (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. (https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu, Erişim: 03.03.2016).

31-) Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J,Slonska Z and Brand H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health. 12: 80.

32-) Uğurlu, Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2011.

33-) Baker, DW. The meaning and measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine, 2006; 21: 878–883.

34-) "Healthy People 2010:Understanding and improving health.2010; 11-20.

35-) National Center for Education Statistics. 2006. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education. (https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf Erişim: 03.03.2016)

36-) European Health Forum Gastein 2004.

37-) IOM. (2004). Health Literacy – A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington, DC.

38-) Pignone M., DeWalt D. A., Sheridan S., Berkman N., Lohr K. N.. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: A systematic review, Journal of General Internal Medicine , 2005 ;185-192

39-) Balçık, P.Y., Taşkaya, S.,ve Şahin B. Sağlık Okuryazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(4): 321-326.

40-) CBM. (2004). Understanding Health Literacy and its Barriers. Current Bibliographies in Medicine 2004-1. US National Library of Medicine. 2004-1. (http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html, Erişim: 03.03.2016).

41-) Council of Scientific Affairs. (1999) Health Literacy: Report of the Council of Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA, 281: 552-527.

42-) Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV and Weiss BD (1998) Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care, Health Education and Behavior, 25(5): 613-624.

43-) Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parik NS, Pitkin K, Coates WC and Nurss JR. (1995) Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals, JAMA, 274(21): 1677-1682.

44-) Gazmararian JA, Williams MV, Peel J and Baker DW. (2003). Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. Patient Education Counseling, 51(3):267-75.

45-) Davis TC, Long S, Jackson RH, Mayaux EJ, George RB, Murphy PW and Crouch MA. (1993) Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: a Shortened Screening Instrument. Family Medicine, 25(6): 391-395.

46-) Parker RM, Baker DW, Williams MV and Nurss JR. (1995) The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills. Journal of General Internal Medicine, 10(10): 537-541.

47-) Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. Amerikan Medical Association, 2002; 288(4): 475-482.

48-) Sezgin D. (2013) "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak". İletişim. Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını Sağlık İletişimi özel sayı 3. İ. Çınarlı-H. Yücel (ed.), 73-91.

49-) Baur C. National action plan to improve health literacy; U.S. Departmant of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. May 2010; 7-8.

50-) The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society. (1998). Health Literacy Fact Sheet. The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society. 202: 842-1275.

51-) Vernon John A, Trujillo A, Rosenbaum S and DeBuono B. (2007). Report on The Low Health Literacy: Implications for National Health Policy. University of Connecticut.

52-) Saaddine JB, Venkat Narayan KM, Vinicor F, 2003. Vision loss: A public health problem? Ophthalmology, 110, 253–54.

53-) Schoolwerth AC, Engelgau MM, Rufo KH, Vinicor F, Hostetter TH, Chianchiano D, Warnock DG, 2006. Chronic Kidney Disease: A Public Health Problem That Needs a Public Health Action Plan. Preventing chronic disease. Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0105.htm Erişim: 04.03.2016).

54-) Yılmaz M., Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016; 9(4); 142-147 (http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/237 Erişim: 15.01.2017).

55-) Betz CL., Ruccıone K., Meeske K., Smıth K., Chang N. (2008). Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern, Pediatric Nursing/May-June 2008/Vol. 34/No. 3, p.: 231-239.

56-) Mancuso JM. (2009) Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of the Literature, Nursing and Health Sciences, 11: 77-89.

57-) Özdemir H., Alper Z., Uncu Y., Bilgel N. (2010). Health Literacy Among Adults: A study from Turkey, Health Education Research, Vol.25, no.3, p: 464-477.

58-) Davis TC., Crouch MA., Long SW., Jackson RH., Bates P., George RB., Baırnsfather LE. Rapid Assessment of Literacy Levels of Adult Primary Care Patients. Fam Med. 1991 Aug;23(6):433-5.

59-) Bass PF., Wilson JF., Griffith CH. A Shortened İnstrument for Literacy Screening. Journal of General Internal Medicine, 2003; 18(12), 1036–1038.

60-) Nies MA., McEwen M. (2011). Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations, 5th edition, p: 138-142.

61-) Prevention & Patient Education Project Terry Davis, PhD P.O. box 33932 Box 598Shreveport, LA 71130-3932.

62-) Bass SB, Wolak C, Rovito GM. Use of REALM-R vs. S-TOFHLA in an Urban African American clinic population to assess health literacy: Practical implications. College of Health Professions and Social Work. Temple University. November 2010.

63-) Arozullah AM, Yarnold PR, Bennett CL, et al. Development and validation of a short-form, rapid estimate of adult literacy in medicine. Med Care 2007 November; 45(11):1026–1033.

64-) Nurss JR, Parker RM, Baker DW. TOFHLA- Test of Functional Health Literacy in Adults. 1995, Peppercom Books and Press: Snow Camp, NC. (http://www.peppercornbooks.com/catalog/information.php?info_id=5 Erişim: 10.04.2016)

65-) Üçpunar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014.

66-) Avcı E. Annelerin Anne Sütü ile İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Saptama. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2013.

67-) Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Annals of Family Medicine. 2005, 3:514-522.

68-) Ormanlı M. 12.00-16.11 yaş grubu başarısız öğrencilerin başarı testi performasyonlarının görsel motor idrakleri ile karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 1984; 41-52.

69-) Morris NS., MacLean CD., Chew LD., Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. BMC Family Practice 2006; 7: 21. (https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-7-21 Erişim: 10.05.2016).

70-) Jeppesen KM, Coyle JD, Miser WF. Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients with Diabetes Mellitus. Annals of Family Medicine. 2009;7(1):24-31. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625834/ Erişim: 10.05.2016).

71-) Chew LD et al. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a large VA Outpatient Population. Journal of General Internal Medicine. 2007; 23(5):561-566.

72-) Norman CD, Skinner HA. EHEALS: the eHealth literacy scale. J Med Intern Res 2006;8(4):e27.

73-) Bandura A (1982). Self-efficacy mechanism in human agency , American Psychologist 37(2),122-47.

74-) Magil FN (Eds) (1993). Survey of social science, Psychology series, Salem press, Englewood Cliff. N.J.

75-) Senemoğlu N. (1998). Gelişim Öğrenme ve Öğretim. Kuramdan Uygulamaya, Özsen matbaası, Ankara.

76-) Andrew S, W Vialle. Nursing Students Self-Efficacy, Self Regulated Learning and Academic Performance in Science, Nursing Times 1998; 76:427-435.

77-) Pintrich PR, Linnenrink EA. The Role Of Self-Efficacy Beliefs İn Student Engagement And Learning İn The Classroom. Reading & Writing Quarterly, 2003; 19(2): 119-137.

78-) Schunk HD. Self-Efficacy and Academic Motivation. Educational Psychologist. 1991; 26: 207-231 (http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D_Schunk_Self_1991.pdf Erişim: 11.05.2016).

79-) Snyder C R & Lopez S. Handbook of Positive Psychology, Oxford University Press US, 2002 (http://www.slideshare.net/koccintosbor9/snyder-c-r-lopez-s-j-eds-handbook-of-positive-psychology Erişim: 11.05.2016).

80-) Luszczynska A, Gutierrez-Dona B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. International Journal of Psychology, 2005; 40 (2): 80–89.

81-) Bandura A. Exercise of Personal and Collective Efficacy in Changing Societies. In A. Bandura (Ed.), Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Pres 1995; p.1-45.

82-) Kaptan F., Korkmaz H. Probleme Dayalı Öğrenme Yaklaşımının Hizmet Öncesi Fen Öğretmenlerinin Problem Çözme Becerileri ve Öz-Yeterlik İnanç Düzeylerine Etkisi. V. Ulusal Fen Bilimleri ve Matematik Eğitimi Kongresi Bildiriler Kitabı: 2002 Eylül 16-18; Ankara.

83-) Tsay SL, Healstead M. Self-Care, Self-Efficacy, Depression and Quality Of Life Among Patients Receiving Hemodialysis İn Taiwan. Int J Nurs Stud 2002; 39:245–251.

84-) Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review 1977; 84(2):191-215.

85-) Bandura A. Social Foundations Of Thought And Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986; 29-30.

86-) Lök S., Taşğın Ö., Lök N., Yıldız M. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Farklı Bölüm Öğrencilerinin Anatomi Dersine Olan Öz-Yeterlilik Durumlarının Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2009; 21, 341-345.

87-) Otacıoğlu SG. Müzik Öğretmenliği Okul Deneyimi Uygulamalarına Katılan Öğretmen Adaylarının Öz Etkililik- Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi C.Ü. Sosyal Bilimler Dergis, 2008; 32 (1): 163-170.

88-) Pajers F. (2002). Overview of Social Cognitive Theory and of Self Efficacy. (http://people.wku.edu/richard.miller/banduratheory.pdf Erişim: 11/05/2016)

89-) Bandura A. Social Cognitive Theory. In R. Vasta (Ed.), Annals of child development. Vol. 6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.1989

90-) Bandura A. Human Agency in Social Cognitive Theory. American Psychologist, 1989-b; 44 (9): 1175-1184.

91-) Lee WT, Ko YK. Effects of Self-Efficacy, Affective and Collective Efficacy on Nursing Performance of Hospital Nurses. Journal of Advanced Nursing, 2010; 839- 848.

92-) Barut E. İlköğretim II. Kademede Sosyal Bilgiler Öğretmenlerinin Özyeterliliklerini Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Sosyal Bilgiler Öğretmenliği Bilim Dalı, Niğde, 2011.

93-) Uzel A. Öğretmen ve Okul Yöneticilerinin Yabancı Dile Yönelik Özyeterlilik Algılarının ve Öğrenme İhtiyaçlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetim ve Denetim Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.

94-) Akdeniz Uysal D. Hemşirelerin Özyeterlilik Düzeyleri ile Ebeveynleri Bakıma Katmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, 2016.

95-) Bandura A. Perceived Self- Efficacy in Cognitive Development and Functioning. Educational Psychologist, 1993; 28(2): 117- 148.

96-) Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Asian Journal of Social Psychology, 1999; 2, 21-41.

97-) Bandura A. Going Global with Social Cognitive Theory. From Prospect to Paydirt.İn S.I.Donaldson, D.E.Berger & K.Pezdek (Eds). The Rise Of Applied Psychology: New Fronters and Rewarding Careers, 2006; Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 53-70. (http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2006Global.pdf Erişim: 11.05.2016).

98-) Gözüm S., Akasyan S. (1999) Öz-Etkililik-YeterlikÖlçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekoukul Dergisi, 2(l), 21-34.

99-) RedIand A, Stuifbergen AK (1993). Strategies for maintenance of health promoting behaviors, Nurs Clin North Am, 28(2), 427-442.

100-) Strecher VJ., BcEvoy DeVellis B., Becker MH., Rosenstock IM. The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Health Education Quarterly. February 1986, 13(1); 73-92.

101-) Leonard BJ et al.(1998). Self-management development in children and adolescents with diabetes: the role of maternal self-efficacy and confiict, Journal of Pediatric Nursing 13(4), 224-233.

102-) Sherer M et aL. (1982). The self-efficacy scale construction and validatian, Psychological Reports, 51,663-671.

103-) Yıldırım F:, İlhan İÖ. Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21(4):301-308.

104-) Aypay A. Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 11(2):113–131.

105-) Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-Nelson.

106-) Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu Yayını. Baskı: D.E.Ü. Rektörlük Matbaası. İzmir, 2001.

107-) Health Literacy and Health in America. Policy Information Report, April, 2004. (https://www.ets.org/Media/Research/pdf/PICHEATH.pdf Erişim: 25.05.2016).

108-) Uysal İ., Kösemen S. Öğretmen Adaylarının Genel Öz-Yeterlik İnançlarının İncelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 2014; 2(2); 217-226.

109-) Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu. Türkiye. Sağlık İletişiminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi, İstanbul, 11-13 Nisan 2011.

110-) Scholz, U., Gutierrez- Dona, B., Sud, S., Schwarzer, R. (2002). Is general self efficacy a universal construct? European Journal of Psychological Assessment, 18 (3), 242-251.

111-) Endler, N. S., Speer, R. L., Johnson, R. M., Flett, G. L. (2001). General Self-Efficacy and Control in Relation to Anxiety and Cognitive Performance. Social Spring, 20(1): 36-52.

112-) Doğan R., Ayaz S. Hemşirelerin Egzersiz Davranışları, Öz Yeterlilik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 18(4); 287-295.

113-) Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2015.

8.ÖZET

ÖĞRENCİ EBEVEYNLERİNİN GENEL ÖZYETERLİLİK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN ANKARA'DA İKİ İLKOKUL ÖRNEĞİNDE İNCELENMESİ

Araştırmada İki ilkokulda öğrenim gören öğrencilerin ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin özyeterlilik üzerinde etkili olabileceği öngörülerek bu ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Ankara İlinde 30 Mayıs - 3 Haziran 2016 tarihleri arasında, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Çankaya ve Sincan İlçelerinde yer alan iki ilkokulda öğrenim gören öğrencilerin ebeveynlerinden 226'sına ulaşılmıştır. Ulaşım yüzdesi %92,2'dir. Veri kaynağı olarak içerisinde tanımlayıcı sorular, sağlık okuryazarlığı ve genel özyeterlilik ölçeklerinin bulunduğu anket formu kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %64,62sı annelerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 37,30±5 ve ortancası 55 (24-60)'tir. Katılımcıların %68,6'sı lise ve üstü eğitim düzeyinde, %40,7'si ev hanımıdır. Çalışmamızda yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %64,6; sağlık okuryazarlığı indeksi ortalaması 29,99±9,12; ortancası 29,68(3,13-50,0); genel özyeterlilik ortalaması 62,63±10,34; ortancası 62 (39-83) bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ve genel özyeterlilik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışmada genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,70$; $p<0,05$).

Katılımcıların yaşı ile genel özyeterlilik skoru arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (r=0,20; p<0,05). Katılımcı ebeveynin cinsiyeti ile genel özyeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve erkeklerde genel özyeterlilik puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (OR:4,14;%95GA.1,31-13,01)(p<0,05).

Bu çalışma ülkemizde sağlık okuryazarlığı ve genel özyeterliliği birlikte değerlendiren ilk çalışmadır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar ülkemizde son yıllarda artmış olsa da, dünyadaki alanyazın dikkate alındığında henüz yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır, daha geniş tabanlı sağlık okuryazarlığı araştırmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler; sağlık okuryazarlığı, genel özyeterlilik, ebeveyn

9. ABSTRACT

GENERAL SELF-EFFICACY AND HEALTH LITERACY LEVELS OF STUDENTS PARENTS: INVESTIGATION ON TWO PRIMARY SCHOOLS IN ANKARA

It was aimed to examine this relationship by foreseeing that the health literacy level of the parents of the students of the two primary schools may have an effect on self-efficacy.

Between May 30 and June 3, 2016 in Ankara, 226 of the parents of the students attending the two primary schools in Çankaya and Sincan Districts of the Provincial Directorate of National Education were reached. The participation rate is 92.2%. As a data source, a questionnaire containing descriptive questions, health literacy and general self-efficacy scales was used. $p<0.05$ was considered statistically significant.

64,62% of the parents participating in the study are composed of mothers. The mean age of the participants was 37.30 ± 5 and the median was 55 (24-60). 68,6% of the participants were in high school or above education level and 40,7% were housewife. In our study, the level of inadequate-limited health literacy was 64.6%; the health literacy index averaged 29.99 ± 9.12; median 29.68 (3,13-50,0); general self-efficacy average 62,63 ± 10,34; median 62 (39-83) were found.

A statistically significant relationship was found between education level, health literacy and general self-efficacy levels ($p<0.001$). A statistically significant, positive and powerful relationship was found between the general self-efficacy and health literacy in the study ($r = 0,70$; $p<0,05$). There was a

positive and weak relationship between general self-efficacy score and age of participants (r = 0,20; p<0,05). A statistically significant difference was found between the sex and general self-efficacy of the participant parents and the higher the general self-efficacy score in males (OR: 4,14; 95% GA.1,31-13,01) (p<0,05).

This is the first study to evaluate health literacy and general self-efficacy together in our country. While studies on health literacy have increased in recent years in our country, there is not yet enough work to be done considering the global literature, and there is a need for more broad-based health literacy studies.

Keywords; Health literacy, general self-efficacy, parent

10. EKLER

EK-1:ETİK KOMİSYON İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/06/2016-E.73042

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Arş.Gör.Dr.Berhiv ALTUN'un**, uzmanlık tez çalışması olan ***"Ankara İli'nde Bazı İlköğretim Okullarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Ebeveynlerinin Genel Öz Yeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi"*** başlıklı araştırma öneriniz Komisyonumuzun **01.06.2016** tarih ve **07** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın Ankara Çankaya ve Ankara Sincan Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ilköğretim okullarında yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

EK :
1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 69 58 Faks:0 (312) 202 46 73
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 01.06.2016	TOPLANTI SAYISI : 07
ADI-SOYADI	**İMZA**
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)	
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)	
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Ogün DOĞRU	
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL	
Prof.Dr.Adnan KAN	
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR	
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL	
Doç.Dr.Cumhur TUNCER	KATILAMADI
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA	KATILAMADI
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK	KATILAMADI
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ	
Doç.Dr.Ayşe Bikem HACIÖMEROĞLU	

EK-2: ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLDÜĞÜ KURUM İZNİ

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 14588481-605.99-E.5592698 20.05.2016
Konu : Araştırma İzni

GAZİ ÜNİVERSİTESİNE
(Tıp Fakültesi Dekanlığı)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2012/13 nolu Genelgesi.
b) 04/05/2016 tarihli ve 15887 sayılı yazınız.

Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Berhiv ALTUN'un **"Ankara İlinde Bazı İlköğretim Okullarında Okuyan Öğrencilerin Ebeveynlerinin Genel Öz Yeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi"** konulu araştırma kapsamında uygulama talebi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve uygulamanın yapılacağı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bilgi verilmiştir.

Görüşme formunun (8 sayfa) araştırmacı tarafından uygulama yapılacak sayıda çoğaltılması ve çalışmanın bitiminde bir örneğinin (cd ortamında) Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme (1) Şubesine gönderilmesini arz ederim.

Ali GÜNGÖR
Müdür a.
Şube Müdürü

Güvenli Elektronik İmzalı
Asli İle Aynıdır.
20../..../201..

Şef

Konya yolu Başkent Öğretmen Evi arkası Beşevler ANKARA
e-posta: istatistik06@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için
Tel: (0 312) 221 02 17/135

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 887c-f734-3bec-8d24-254e kodu ile teyit edilebilir.

EK-3: ANKET FORMU

ÖĞRENCİ EBEVEYNLERİNİN GENEL ÖZYETERLİLİK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN ANKARA'DA İKİ İLKOKUL ÖRNEĞİNDE İNCELENMESİ

Okul: …….. **Sınıf**:……

KATILIMCI ONAM FORMU

Sayın Veli,

Toplum sağlığının geliştirilmesi açısından genel özyeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanarak yeni program ve müdahaleler geliştirmesini amaçlayan bu araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Toplum sağlığının geliştirilmesi için önemli olan bu formu açık ve net olarak, soruları boş bırakmadan doldurmanızı rica ediyoruz. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır.

Formda verdiğiniz cevaplar gizli kalıp hiçbir şekilde kimseye açıklanmayacak ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Size verilen anket formu üzerine sizin ya da velisi olduğunuz öğrencinin adını yazmayınız, kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymayınız. Anket formunda sadece okul ve sınıf bilgisi verilmesi yeterlidir.

Yanıtlarınızı, Bölüm 1 de soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Bölüm 2 ve 3' ün nasıl doldurulacağı bilgisi ilgili bölümlerin açıklamasında yer almaktadır.

Katkı ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz

☐ Kabul ediyorum Tarih……..

BÖLÜM-1 (TANIMLAYICI)

Formu dolduran kişinin çocuğa yakınlık derecesi nedir? (aşağıdakilerden biri değilse diğer seçeneğine yazınız)

1. Annesi 2. Babası 3. Büyükanne 4. Büyükbaba 5. Abla/ ağabey
6. Hala 7. Dayı 8. Teyze 9. Amca 10. Diğer.....

A1, A2 ve A3 numaralı sorular yalnızca eğer formu dolduran kişi çocuğun kendi anne ya da babası değilse doldurulacaktır.

A1. Kaç yaşındasınız?.....

A2. Öğrenim durumunuz nedir?(uygun olanı işaretleyiniz)

1. Okur yazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise mezunu
2. Okur yazar 4. Ortaokul mezunu 6. Yüksekokul/Üniversite mezunu

A3. Mesleğiniz nedir?(uygun olanı işaretleyiniz)

1. Ev hanımı 3. İşçi 5. Memur 7. Serbest meslek
2. İşsiz 4. Çiftçi 6. Emekli

1. Çocuğunuzun(öğrencinin) yaşı kaçtır?.....
2. Çocuğunuzun(öğrencinin) cinsiyeti nedir? 1. Kız 2. Erkek
3. Çocuğunuzun(öğrencinin) kendisi dahil kardeş sayısı kaçtır?.....
4. Çocuğunuzun(öğrencinin) anne babası yaşıyor mu?

    1. İkisi de yaşıyor
    2. Anne sağ-baba ölmüş
    3. Anne ölmüş-baba sağ
    4. Her ikisi de yaşamıyor

5. Çocuğunuz(öğrenci) evde ebeveynlerinden hangisi ile birlikte yaşıyor? **(anne ve babası dışında kimselerle yaşıyorsa kim olduğunu belirtiniz)**

    1. Anne ve baba ile
    2. Sadece Anne ile
    3. Sadece Baba ile
    4. Anne ve babası dışında kimselerle yaşıyor. .....

6. Evde yaşayan toplam kişi sayısı kaçtır?.....
7. Çocuğun babasının öğrenim durumu nedir?
    1. Okur yazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise mezunu
    2. Okur yazar 4. Ortaokul mezunu 6. Yüksekokul/Üniversite mezunu
8. Çocuğun annesinin öğrenim durumu nedir?
    1. Okur yazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise mezunu
    2. Okur yazar 4. Ortaokul mezunu 6. Yüksekokul/Üniversite mezunu
9. Çocuğun babasının mesleği nedir?
    1. Babası yaşamıyor 3. İşçi 5. Memur 7. Serbest meslek
    2. İşsiz 4. Çiftçi 6. Emekli
10. Çocuğun annesinin mesleği nedir?
    1. Annesi yaşamıyor 3. İşçi 5. Memur 7. Serbest meslek
    2. İşsiz 4. Çiftçi 6. Emekli 8. Ev hanımı
11. Çocuğun babası kaç yaşındadır?..... **(yaşamıyorsa boş bırakınız)**
12. Çocuğun annesi kaç yaşındadır?..... **(yaşamıyorsa boş bırakınız)**
13. Ailenizin sosyal güvencesi var mı?
    1. Hayır
    2. Evet, SGK
    3. Evet, Özel Sigorta
    4. Evet, Diğer.....
14. Size göre ailenizin ekonomik durumu nasıldır ?
    1. Kötü 2. Orta 3. İyi

BÖLÜM-2 (SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini "çok kolay / kolay / zor / çok zor / fikrim yok" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

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

	olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız 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, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı 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) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

BÖLÜM-3 (GENEL ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ)

Açıklama: Bu ölçek, öz yeterlilik ile ilgili tutumları ölçmek amacı ile hazırlanmıştır. Ölçek sonuçları, bu konudaki tutumları belirlemek için kullanılacaktır. Bu ölçekte 17 adet ifade bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı dikkate alarak yan tarafta yer alan beş kutucuktan sizin için uygun olanı (**X**) sembolüyle işaretleyiniz. Bir ifadeyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz.

No		1. Tamamen katılıyorum	2. Katılıyorum	3. Kararsızım	4. Katılmıyorum	5. Kesinlikle katılmıyorum
1	Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir					
2	Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamamdır					
3	Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarana kadar uğraşırım					
4	Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam					
5	Her şeyi yarım bırakırım					
6	Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım					
7	Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem					
8	Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım					
9	Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim					
10	Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim					
11	Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem					
12	Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım					
13	Başarısızlık benim azmimi arttırır					
14	Yeteneklerime her zaman çok güvenmem					
15	Kendine güvenen biriyim					
16	Kolayca pes ederim					
17	Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum					

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Berhiv

Soyadı : ALTUN

Doğum Yeri ve Tarihi: Elazığ- 17/08/1981

Eğitimi:

2012-2017 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2012 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

2009-2011 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

1998- 2005 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yabancı Dili: İngilizce

POSTER:

1-) Aksakal F. N. , Altun B., Özkan S., Dundar M. A. Ankara'da Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerin Kanser Farkındalığının Saptanması. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 2013.

2-) Uğraş Dikmen A., Medeni V., Uslu İ., Altun B., Aycan S. Ankara'da Bir Üniversite Hastanesindeki Sağlık Personelinin Yaşadığı İş Kazalarının Değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne, 2014.

3-) Baran Aksakal F. N., Koçak C., Altun B., Büyükdemirci E. Ankara'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Erişkin Aşılamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. İnfeksiyon Dünyası Çalıştay Kitabı, 2016, 23-24.

MAKALE:

1-) İlhan M.N., Uğraş Dikmen A., Uslu İ., Medeni V., Altun B., Tezel A. Ankara'da On Beş Yaş Üstü Kişilerin İnternet Kullanım Sıklığı ve Bağımlılığı. Literatür Sempozyum Dergisi, 2014; 4: 34-42.

KİTAP BÖLÜMÜ:

1-) Bayrak Kahraman B., Altun B. ''Solunum Gereksinimi'', Evde Yatağa Bağımlı ve Son Dönem Hasta Bakıcısı Yetiştirme Eğitimi, Eğitimci Rehberi, 217-236. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. S.B. Yayın No: 961, Ankara, 2014.

2-) Bayrak Kahraman B., Altun B. **''**Solunum Gereksinimi'', Evde Yatağa Bağımlı ve Son Dönem Hasta Bakıcısı Yetiştirme Eğitimi, Katılımcı Rehberi, 146-158. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. S.B. Yayın No: 962, Ankara, 2014.