



Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Bazı Faktörler*

Aysun GÜZEL ¹, Sevgi TURAN ², Sarp ÜNER ³

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı bir üniversitede öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili bazı faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, 1 Ocak - 11 Mayıs 2018 tarihlerinde bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde öğrenimine devam eden toplam 2400 öğrenci oluşturmuştur. Çalışma 865 öğrenci ile (katılım düzeyi %36) tamamlanmıştır. Araştırmada Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu ile öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 15 soruluk anket formunu içeren veri toplama aracı kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programında yüzdelik, ortalama, tek yönlü varyans analizi, post-hoc testleri, bağımsız örneklem t-testi, korelasyon ve lojistik regresyon kullanılarak analiz edilmiş ve p<0,05 olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %72,4'ü kadındır. Araştırmaya katılan öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaları 31,54±11,4; tedavi ve hizmet alt boyutu puan ortalamaları 32,58±10,9; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları 30,80±12,0 olarak bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı 0,624 kat (%95 GA=0,440-0,885) fazla bulunmuştur. İç kontrol odağı alt boyutu puanı bir birim arttığında tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının yeterli olma olasılığı 1,045 kat artmaktadır (%95 GA=1,013-1,077).

Sonuç: Cinsiyet, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, algılanan sağlık durumu, öğrencilerin algısına göre aileden, arkadaşlardan ve sağlık personelinin alınan sosyal destek durumu ile Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu iç kontrol odağı öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olan bazı değişkenlerdir.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci; kontrol odağı; sağlık okuryazarlığı.

Levels and Factors Associated with Health Literacy among University Students

ABSTRACT

Aim: This research aimed to determine the level and factors associated with health literacy among university students.

Material and Methods: A cross-sectional study was conducted among university students from the Faculty of Health Sciences and Faculty of Economics and Administrative Sciences from January 1 to May 11, 2018. Data was collected using the Turkish Health Literacy Scale-32, Multidimensional Health Control Locus of Control Scale A Form, and a 15-questions regarding some sociodemographic characteristics of the students. The data were analyzed by the SPSS version 22.0 program. Percentiles, mean with standard deviations, one-way analysis of variance, and correlation were used to describe the outputs. Independent sample t-test and logistic regression were done to identify factors associated with the health literacy of students. Statistical significance was declared at p < 0.05.

Results: Around three quarter (72.4%) of the participants were women. The mean score of the total Health Literacy Scale was 31.54±11.4 while the mean score of treatment and service sub-dimension was 32.58±10.9; disease prevention and health promotion sub-dimension were 30.80±12.0. Women were 37.6% less likely to have adequate health literacy (Adjusted Odds Ratio 0.624, 95% CI 0.440-0.885). When the internal locus of control sub-dimension score increases by a unit, the probability of being adequate for the treatment and service sub-dimension scores increases 1.045 times (95% CI=1.013-1.077).

1 Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, Burdur, Türkiye

2 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

3 Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Aysun GUZEL, e-mail: ayurdakul@mehmetakif.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 22.01.2021, Kabul Tarihi / Accepted: 30.05.2022

*Bu çalışma 13-19 Aralık 2020 tarihlerinde online olarak düzenlenen, 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Conclusion: Gender, income status, presence of chronic disease, perceived health status, perceived social support from family, friends, and health personnel, and internal locus of control of Multidimensional Health Locus of Control Scale A Form were some variables that had an association with students' health literacy.

Keywords: Student; locus of control; health literacy.

GİRİŞ

Bireylerin iyilik halini korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama konusunda gösterdikleri bilişsel ve sosyal becerileri sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır. Kendi içinde birçok alt başlığa ayrılan ve 1990'lı yıllardan sonra önem kazanan sağlık okuryazarlığının temel/işlevsel, iletişimsel ve kritik sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç farklı türü literatürde karşımıza çıkmaktadır. Temel sağlık okuryazarlığı, temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır ve bu becerilere sahip olanların sağlık riskleri ve tıbbi hizmetlerin kullanımına ilişkin eğitim materyallerini okuyabildiği düşünülmektedir. İletişimsel sağlık okuryazarlığı, temel sağlık okuryazarlığına kıyasla daha fazla okuryazarlık, sosyal beceri ve bilişsel yeteneğe sahip olmak anlamına gelmektedir. Kritik sağlık okuryazarlığı, ileri düzeyde bilişsel kazanımlar, sosyal beceriler ve eleştirel düşünme becerilerine sahip olmayı gerektirmektedir (1).

Bireylerin sağlıklarına yönelik bilinçli kararlar verebilmesi çeşitli faktörlerle ilişkilidir ve dinamik yapıdadır. Düşük sağlık okuryazarlığı becerileri, daha kötü sağlık sonuçlarıyla ve daha kötü sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkilendirilmekte ve karşılanmamış tıbbi ihtiyaçların oluşmasına neden olmaktadır. Yüksek sağlık okuryazarlığı becerileri, sağlık dostu ortamlar, verimli politikalar, daha az riskle daha iyi bakım sağlanması, daha iyi sağlık sonuçları ve daha iyi sağlık hizmeti kullanımı / düşük sağlık maliyetleri ile sonuçlanmaktadır (2). Öğrenmenin ve üretkenliğin yüksek olduğu üniversite öğrencilerinde sağlık hizmetlerine yönelik geçmiş deneyimler sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Öğrencilerin müfredatında yapılacak değişikliklerle öğrencilerin bireysel güçlendirilmeleri ve sağlığı geliştirme davranışlarının benimsetilmesi mümkün olmaktadır. Bu değişikliklerle öğrencilerin kendi sağlıklarını koruyabilmeleri, gelecekteki kariyerlerinde sağlık hizmetlerinin uygulanması, planlanması ve sağlanması gibi hizmetlerde profesyonel olarak görev almaları sağlanmaktadır (3).

Literatürde üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda cinsiyet, öğrenim görülen bölüm, sınıf düzeyi, gelir düzeyi, yaşanan yer, kronik hastalık durumu, kitap sayısı ve kitap okuma durumu gibi değişkenlerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili olduğu belirtilmektedir (4-8). Bireylerin sağlığını doğrudan etkileyen dinamik ve değiştirilebilir olduğu ifade edilen sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların niceliksel ve niteliksel olarak artması, toplumun farkındalığını da artırmaktadır (2,3,9). Özellikle sağlık olaylarını yönlendirebilecek süreçlerde öncülük etme olasılığı bulunan üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalar hem öğrencilerin hem de toplumun sağlığının artmasına katkı sağlamaktadır (3).

Bu bilgiler ışığında, bu araştırmanın amacı bir üniversitenin iki farklı fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı durumlarının ve ilişkili

bazı faktörlerin belirlenmesidir. Çalışmanın Sağlık Bilimleri Fakültesi ile İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi şeklinde iki ayrı fakülteyi kapsamının ve verilerin bir bütün olarak sunulmasının nedeni, literatürde yer alan çalışmalarda yapılan karşılaştırmalarda sıklıkla sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığının diğer fakültelerde öğrenim gören öğrencilerden daha yüksek olmasıdır (6,7). Bu çalışmada hedeflenen, üniversite öğrencilerini temsil eden bir örneklemin sağlık okuryazarlık durumunun belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, 1 Ocak - 11 Mayıs 2018 tarihlerinde bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi (1100 kişi) ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde (1300 kişi) öğrenimine devam eden toplam 2400 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamı çalışma kapsamına alınmış ve ulaşılabilen toplam 882 öğrenciye anket uygulanmıştır. 17 öğrencinin anket formundaki bilgilerinin eksik olması nedeniyle bu öğrencilerin verileri değerlendirmeye alınmayarak çalışma 865 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılım düzeyi %36'dır.

Ön Uygulama

Örneklem grubuna dahil olmayan 20 öğrenciye veri toplama aracı uygulanmıştır. Öğrenciler tarafından yapılan yorumlar ve tavsiyeler dikkate alınmış ve kişisel bilgi formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçme aracının ölçüm sonuçlarını etkilememek amacıyla, kullanılan ölçeklerde herhangi bir düzelenme yapılmamıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32), ÇBSKOÖ Form A (Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu) ile öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 15 soruluk anket formunu içeren veri toplama aracı kullanılmıştır.

Araştırmada, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla TSOY-32 kullanılmıştır. TSOY-32 Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır ve Okyay ve Abacıgil tarafından 2016 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. On beş yaş üzeri ve en az ilkokul mezunu olan kişilerin sağlık okuryazarlıklarını belirlemek amacıyla tasarlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte yer alan maddeler 1'den 4'e doğru (1=çok kolay, 4=çok zor) derecelendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu iki alt boyut (Tedavi ve Hizmet ve Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) şeklinde toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır. Ölçekte "Fikrim yok" şeklinde bir ifade kullanılırsa, bu ifade için 5 kodunun kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Veri analizine başlamadan önce, madde kodları 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden (ters kodlama) kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 50 olarak belirlenmiştir (10).

- Sağlık okuryazarlığı düzeyi, ölçekten elde edilen puana göre;
- (0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı,

- (>25-33): Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı,
- (>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı,
- (>42-50) : Mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak dört kategoride ifade edilmektedir (10).

Araştırmada Wallston ve ark. tarafından 1978 yılında geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Güzel, Turan ve Üner tarafından 2019 yılında yapılan ÇBSKOÖ Form A kullanılmıştır. Ölçek, iç ve dış denetim odakları ile kadenci yaklaşıma yönelik algılamaları değerlendirmek amacıyla altışar maddelik üç gruba ayrılmaktadır. Maddelerdeki ifadeler katılım derecesi 1'den 6'ya göre değişirken, katılım düzeyi ortalaması en düşük 6 en yüksek 36 olmaktadır. Kontrol odağı algılama düzeyleri ile ilgili ortalamalar bu rakamlar arasında değerlendirilmektedir. Alt boyutlar ve ilgili maddeler aşağıda verilmiştir;

- İçsel kontrol: 1, 6, 8, 12, 13, 17. soruların puanlarının toplamı,
- Dışsal kontrol: 2, 4, 9, 11, 15, 16. soruların puanlarının toplamı
- Kader: 3, 5, 7, 10, 14, 18. soruların puanlarının toplamıdır.

Ölçekte toplam puan diye bir şey yoktur. Hangi bölümün puanı yüksek ise sağlığı kontrol eden merkez orası olarak kabul edilmektedir (11).

Veri Toplama

Araştırmanın verileri iki farklı fakültede toplanmıştır. Verilerin toplanması sırasında fakültelerin bölümleri ya da bu bölümlerde öğrenim gören sınıf düzeyleri şeklinde bir ayırım yapılmamıştır. Ders öncesinde sınıflara girilmiş, gerekli açıklamalar yapılmış ve öğrencilere veri toplama formu dağıtılmıştır. Derse giren öğretim elemanlarına ders öncesinde araştırmayla ilgili bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formlarını dağıtılmış ve anketleri doldurmaları süresince yanlarında kalınmıştır. Anket formlarının doldurulması 20-25 dakika sürmüştür. Ölçeklerde yer alan ve anlaşılmayan sorular araştırmacılar tarafından katılımcılara tekrar tekrar açıklanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 22.0 programında yüzdeler (katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı), ortalama (katılımcıların TSOY-32 ve alt boyutlarına ilişkin ortalama ve standart sapmalarının açıklanması), tek yönlü varyans analizi (katılımcıların üç veya daha fazla grup içeren bazı özelliklerinin ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi), post-hoc testleri (Tukey HSD ve Games Howell çoklu karşılaştırma testi) (katılımcıların üç veya daha fazla grup içeren bazı özelliklerinin aritmetik ortalamaları kümülatif olarak karşılaştırıldığında, bu karşılaştırmalardan en az birisi anlamlı olduğunda ANOVA sonucu anlamlı bulunmuştur ve sonrasında yapılan post-hoc testleri ile anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğu belirlenmiştir), bağımsız örneklem t-testi (katılımcıların iki grup içeren bazı özelliklerinin ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi), korelasyon (kontrol odağı değişkenini ölçen sayısal bir ölçüm olan ÇBSKOÖ Form A ve yine sayısal bir ölçüm olan TSOY-32 arasında doğrusal ilişkinin olup olmadığı varsa bu ilişkinin yönü ve şiddetinin belirlenmesi) ve lojistik regresyon (yeterli ve yetersiz şeklinde ikili kategorik biçime dönüştürülen sağlık okuryazarlığı bağımlı

değişkenini açıklayan tüm bağımsız değişkenlerin belirlenmesi) açıklayan tüm değişkenleri kullanarak analiz edilmiş ve $p < 0,05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurul Birimi'nden Etik Kurul onayı (Toplantı No: 2017/11, Karar No: GO 2017/149), çalışmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözlü onam alınarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %72,4'ü kadın, %11,8'i kronik hastalığa ve %29,2'si görme sorununa sahiptir. Katılımcıların %61,2'si sağlık kuruluşuna ayda ortalama bir kez başvurmuştur ve %87,4'ü sağlık ile ilgili bilgilenme için internet kullanmaktadır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin SOY Ölçeği toplam puan ortalamaları $31,54 \pm 11,4$; tedavi ve hizmet alt boyutu puan ortalamaları $32,58 \pm 10,9$; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puan ortalamaları $30,80 \pm 12,0$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların, SOY Ölçeği tedavi ve hizmet alt boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalamaları $34,74 \pm 11,66$; sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalamaları $32,62 \pm 12,44$; sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalamaları $28,03 \pm 12,48$; sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma puan ortalamaları $34,91 \pm 13,39$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin, SOY Ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalamaları $32,61 \pm 13,33$; sağlıkla ilgili bilgiyi anlama puan ortalamaları $32,61 \pm 13,33$; sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puan ortalamaları $29,28 \pm 13,43$; sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma puan ortalamaları $28,70 \pm 13,38$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin, kronik hastalık durumlarına göre SOY Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanların olmayanlara göre tedavi ve hizmet alt boyutu, hastalıklardan korunma alt boyutu ve sağlık okuryazarlığı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük çıkmıştır (sırasıyla, $p=0,047$; $p=0,021$; $p=0,027$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrencilerin SOY Ölçeği toplam puanı ile ÇBSKOÖ Form A iç kontrol odağı alt boyutu arasında anlamlı, çok zayıf ve pozitif yönde ($p=0,017$; $r=0,081$), ÇBSKOÖ Form A şans kontrol odağı alt boyutu ile anlamlı, çok zayıf ve negatif yönde ($r=-0,079$; $p=0,020$) ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4'te SOY Ölçeği ve alt boyutlarına yönelik lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmaya katılan ve 33 altı puan alan kişiler yetersiz; 33 ve üstü puan alan kişiler yeterli olarak düşünülmüş ve ölçek puanları ikili kategorik biçime dönüştürülmüştür. Tedavi ve hizmet alt boyutunda katılımcıların yeterli olma durumu %56,2, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda katılımcıların yeterli olma durumu %47,9, sağlık okuryazarlığı toplam puanda ise katılımcıların yeterli olma durumu %48,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Katılımcıların Bazı Özellikleri*		n	%
Cinsiyet	Kadın	626	72,4
	Erkek	239	27,6
Hane halkı gelirinin ihtiyaçları karşılama yeterliliği	Çok yetersiz	5	0,6
	Yetersiz	77	8,9
	Ne yeterli ne yetersiz	650	75,1
	Yeterli	124	14,3
Sosyal Güvence Varlığı	Çok yeterli	9	1,0
	Sosyal güvencesi var	678	78,4
	Sosyal güvencesi yok	187	21,6
Kronik Hastalık Varlığı	Kronik hastalığı var	102	11,8
	Kronik hastalığı yok	763	88,2
Görme Sorunu Varlığı	Görme sorunu var	253	29,2
	Görme sorunu yok	612	70,8
İşitme Sorunu Varlığı	İşitme sorunu var	26	3,0
	İşitme sorunu yok	839	97,0
Kişi Tarafından Algılanan Genel Sağlık Durumu	Mükemmel	81	9,4
	Çok iyi	160	18,5
	İyi	434	50,2
	Orta	175	20,2
	Kötü	15	1,7
Sağlık Kuruluşuna Ayda Ortalama Kaç Kez Başvurduğu	Bir kez	529	61,2
	İki kez	147	17,0
	Üç kez	54	6,2
	Dört ve üstü	29	3,4
	Diğer***	106	12,3
Son 6 Aydır Sağlık Hizmeti Alma Durumu	Sağlık hizmeti almış	675	78,0
	Sağlık hizmeti almamış	190	22,0
Sağlık ile İlgili Bilgilendirme için İnternet Kullanma Durumu	Kullanıyor	756	87,4
	Kullanmıyor	109	12,6
	Hemen her gün	206	23,8
	Haftada bir ya da iki gün/kez	468	54,1
Kitap Okuma Sıklığı	Daha seyrek	153	17,7
	Hiçbir zaman	38	4,4
	Mükemmel	126	14,6
	Çok iyi	250	28,9
Ailesinin Kişiyeye Gösterdiği Sosyal Desteğin, Kişi Tarafından Algılanma Durumu	İyi	443	51,2
	Kötü	37	4,3
	Çok kötü	9	1,0
	Mükemmel	98	11,3
	Çok iyi	202	23,4
Arkadaşlarının Kişiyeye Gösterdiği Sosyal Desteğin, Kişi Tarafından Algılanma Durumu	İyi	476	55,0
	Kötü	67	7,7
	Çok kötü	22	2,5
	Mükemmel	33	3,8
	Çok iyi	107	12,4
Sağlık Personelinin Kişiyeye Gösterdiği Sosyal Desteğin, Kişi Tarafından Algılanma Durumu	İyi	552	63,8
	Kötü	144	16,6
	Çok kötü	29	3,4
	Toplam		865

*Tüm örneklem grubu olan 865 kişinin verileri değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların bazı özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği ortalamalarının dağılımı ve anlamlılık (p) düzeyleri

Özellikler (n=865)	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				Sağlık Okuryazarlığı			
	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu		Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puan			
	n	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p	Ort ± SS	t-F/ p	
Hane Halkı								
Kötü	82	31,8±11,8	2,033/	30,8±13,4	4,653/	31,1±12,3	3,236/	
Orta	650	32,3±10,7	*0,132	30,2±11,7	†0,010	31,1±11,2	†0,040	
İyi	133	34,3±11,0		33,6±12,1		33,8±11,5		
İhtiyaçları Karşılama Yeterliliği								
Kronik Hastalık Durumu								
Evet	102	30,5±10,4	1,986/	28,2±11,8	2,316/	29,2±11,1	2,211/	
Hayır	763	32,8±10,9	‡0,047	31,2±12,0	‡0,021	31,8±11,4	‡0,027	
Görme Sorunu								
Evet	253	30,7±11,5	3,254/	28,5±12,7	3,625/	29,4±12,3	3,559/	
Hayır	612	33,3±10,5	‡0,001	31,7±11,6	‡<0,001	32,4±10,8	‡<0,001	
Kişi Tarafından Alınan Genel Sağlık Durumu								
Mükemmel	81	36,5±11,0	5,712/	34,6±11,4	4,444/	35,5±11,0	5,350/	
Çok iyi	160	33,1±10,0	†<0,001	31,7±11,6	†0,001	32,2±10,9	†<0,001	
İyi	434	32,5±10,7		30,6±11,7		31,4±11,0		
Orta	175	30,8±11,3		29,1±12,7		29,8±12,0		
Kötü	15	25,2±12,0		23,9±13,8		24,2±13,0		
Kitap Okuma Sıklığı								
Her gün	206	33,6±10,7	3,474/	32,1±10,9	2,872/	32,8±10,9	3,621/	
Haftada bir ya da iki	468	32,7±10,6	†0,016	30,7±11,9	†0,035	31,6±11,0	†0,013	
Daha seyrek	153	31,6±11,2		30,2±12,7		30,7±12,1		
Hiçbir zaman	38	27,8±13,0		26,1±14,4		26,5±14,1		
Aileden Alınan Sosyal Destek								
Mükemmel	126	35,6±11,1	7,018/	33,7±11,3	4,685/	34,5±11,0	5,923/	
Çok iyi	250	33,3±10,3	†<0,001	31,3±11,7	§0,001	32,2±10,7	†<0,001	
İyi	443	31,7±10,7		30,2±11,7		30,8±11,2		
Kötü	37	29,9±12,9		26,1±15,7		27,5±14,5		
Çok kötü	9	20,4±12,9		22,6±15,4		21,3±14,3		
Arkadaşlardan Alınan Sosyal Destek								
Mükemmel	98	36,1±12,8		34,2±14,1	3,788/	34,9±13,8	4,530/	
Çok iyi	202	32,8±11,5	5,302/	31,5±12,2	§0,005	32,1±11,8	§0,001	
İyi	476	32,4±9,8	§<0,001	30,3±11,1		31,2±10,2		
Kötü	67	28,6±11,0		27,4±12,0		27,6±11,6		
Çok kötü	22	29,7±14,0		29,7±15,2		29,6±14,3		
Sağlık Personelinden Alınan Sosyal Destek								
Mükemmel	33	32,7±14,2	4,266/	29,3±14,5	2,202/	30,6±14,8	3,347/	
Çok iyi	107	35,6±10,2	§0,002	33,6±12,5	§0,067	34,5±10,9	§0,010	
İyi	552	32,6±10,3		30,6±11,3		31,5±10,7		
Kötü	144	31,1±11,0		30,2±12,9		30,5±11,9		
Çok kötü	29	27,4±16,3		27,6±14,3		26,9±15,6		

*Tek Yönlü Varyans Analizi, †Tek Yönlü Varyans Analizi ve Tukey HSD Çoklu Karşılaştırmalı Testi, ‡Bağımsız Örneklem t Testi, §Tek Yönlü Varyans Analizi ve Games-Howell Çoklu Karşılaştırmalı Testi

Tablo 3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği a formu korelasyon katsayıları

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Korelasyon p değeri	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu		
		İç Kontrol Odağı	Şans Odağı	Kontrol Güçlü Diğer Kişiler Kontrol Odağı
Tedavi ve Hizmet	Korelasyon p değeri	0,085	-0,085	0,011
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Korelasyon p değeri	0,013	0,015	0,755
Sağlık Okuryazarlığı	Korelasyon p değeri	0,084	-0,067	0,013
Toplam Puan	Korelasyon p değeri	0,013	0,050	0,705
		0,081	-0,079	0,011
		0,017	0,020	0,757

Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarının yorumlanmasına ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları.

Değişken	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu					Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu				Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puan					
	B* (SH) [†]	Exp (B) [‡]	%95 C.I. for EXP (B) [§]		p	B* (SH) [†]	Exp (B) [‡]	%95 C.I. for EXP (B) [§]		p	B* (SH) [†]	Exp (B) [‡]	%95 C.I. for EXP (B) [§]		p
			En az	En fazla				En az	En fazla				En az	En fazla	
Sabit	-4,593 (1,472)	0,010			0,002	-2,319 (1,169)	0,098			0,047	-3,730 (1,444)	0,024			0,010
Cinsiyet ¹	-0,437 (0,178)	0,646	0,456	0,915	0,014	-0,445 (0,175)	0,641	0,454	0,904	0,011	-0,472 (0,178)	0,624	0,440	0,885	0,008
Gelir Durumu ²															
Orta						-0,465 (0,218)	0,628	0,409	0,963	0,033					
Kronik Hastalık Durumu ³											0,576 (0,246)	1,778	1,097	2,882	0,019
Görme Sorunu ⁴	0,478 (0,169)	1,612	1,158	2,244	0,005	0,458 (0,167)	1,581	1,141	2,191	0,006	0,480 (0,170)	1,615	1,158	2,253	0,005
Algılanan Sağlık Durumu ⁵															
Mükemmel	2,011 (0,720)	7,473	1,821	30,666	0,005	1,531 (0,709)	4,621	1,151	18,552	0,031	1,716 (0,017)	5,560	1,359	22,753	0,017
Orta	1,354 (0,675)	3,873	1,032	14,533	0,045										
Aileden Alınan Sosyal Destek ⁶															
Mükemmel	2,567 (1,132)	13,029	1,417	119,76	0,023						2,728 (1,145)	15,307	1,624	144,25	0,017
Çok iyi	2,444 (1,119)	11,517	1,286	103,14	0,029						2,405 (1,132)	11,084	1,205	101,91	0,034
İyi	2,276 (1,114)	9,739	1,097	86,486	0,041										
Arkadaşlardan Alınan Sosyal Destek ⁷															
Mükemmel	1,130 (0,573)	3,096	1,006	9,523	0,049										
Sağlık Personelinden Alınan Sosyal Destek ⁸															
Mükemmel											-1,422 (0,634)	0,241	0,070	0,836	0,025
İç Kontrol Odağı	0,044 (0,016)	1,045	1,013	1,077	0,005										
	R ² = 0,10 (Cox &Snell) R ² =0,13 (Nagelkerke)					R ² = 0,08 (Cox &Snell) R ² =0,11 (Nagelkerke)					R ² = 0,10 (Cox &Snell) R ² =0,14 (Nagelkerke)				
	X ² (2)=6,026(8) p=0,644 -2LL _{model} =1094,783					X ² (2)=10,073(8) p=0,260 -2LL _{model} =1123,131					X ² (2)=3,734(8) p=0,880 -2LL _{model} = 1098,986				

*Katsayı, †Standart Hata, ‡ODDS oranı, §Güven Aralığı, ||Log likelihood/Maksimum Likelihood. ¹Referans grup "kadın", ²Referans grup "iyi", ³Referans grup "kronik hastalığa sahip", ⁴Referans grup "görme sorunu var", ⁵Referans grup "kötü", ⁶Referans grup "çok kötü", ⁷Referans grup "çok kötü", ⁸Referans grup "çok kötü".

Lojistik regresyon analizi bulgularına göre;

- Kadınların erkeklere göre tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının yeterli olma olasılığı 0,646 kat (%95 GA=0,456-0,915), hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanlarının yeterli olma olasılığı 0,641 kat (%95 GA=0,454-0,904) ve sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı 0,624 kat (%95 GA=0,440-0,885) fazla bulunmuştur.
- Gelir durumu iyi olanların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanlarının yeterli olma olasılığı gelir durumu orta olanlara göre 0,628 kat fazla bulunmuştur (%95 GA=,409-0,963).
- Kronik hastalığa sahip olmayanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı kronik hastalığa sahip olanlara göre 1,778 kat fazla bulunmuştur (%95 GA=1,097-2,882).
- Görme sorunu olmayanların görme sorunu olanlara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı 1,612 kat (%95 GA=1,158-2,244), hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı 1,581 kat (%95 GA=1,141-2,191), sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı 1,615 kat (%95 GA=1,158-2,253) fazla bulunmuştur.
- Algıladığı sağlık durumu mükemmel olanların algıladığı sağlık durumu kötü olanlara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı 7,473 kat (%95 GA=1,821-30,666), hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı 4,621 kat (%95 GA=1,151-18,552), sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı 5,560 kat (%95 GA=1,359-22,753) fazla bulunmuştur. Algıladığı sağlık durumu orta olanların ise tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı algıladığı sağlık durumu kötü olanlara göre 3,873 kat fazla bulunmuştur (%95 GA=1,032-14,533).
- Kendi algısına göre aileden aldığı sosyal destek mükemmel olanların aileden aldığı sosyal destek çok kötü olanlara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı 13,029 kat (%95 GA=1,417-119,761), sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı 15,307 kat (%95 GA=1,624-144,251) fazla bulunmuştur. Aileden aldığı sosyal destek çok iyi olanların aileden aldığı sosyal destek çok kötü olanlara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı 11,517 kat (%95 GA=1,286-103,140), sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı 11,084 (%95 GA=1,205-101,913) kat fazla bulunmuştur. Aileden aldığı sosyal destek iyi olanların aileden aldığı sosyal destek çok kötü olanlara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı 9,739 kat fazla bulunmuştur (%95 GA=1,097-86,486).
- Kendi algısına göre arkadaşlardan aldığı sosyal destek mükemmel olanların tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı arkadaşlardan aldığı sosyal destek çok kötü olanlara göre 3,096 kat fazla bulunmuştur (%95 GA=1,006-9,523).

- Kendi algısına göre sağlık personelinen aldığı sosyal destek çok kötü olanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı sağlık personelinen aldığı destek mükemmel olanlara göre 0,241 kat fazla bulunmuştur (%95 GA=0,070-0,836).
- İç kontrol odağı alt boyutu puanı bir birim arttığında tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının yeterli olma olasılığı 1,045 kat artmaktadır (%95 GA=1,013-1,077).

TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik çalışmalar literatürde sıklıkla bulunmaktadır. Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda öğrencilerin toplam sağlık okuryazarlığı puanları 33,64±6,9, 30,67±7,30; sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerle yapılan çalışmalarda, öğrencilerin toplam sağlık okuryazarlığı puanları 26,48±16,54, 34,53, 35,97±8,73 olarak bulunmuştur (4,5,12-14). Sağlıkla ilgili bölümlerin bulunduğu bir fakültede yapılan SOY Ölçeği alt boyutlarına yönelik bilginin yer aldığı bir çalışmada ise, tedavi ve hizmet alt boyut puanları 35,40; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları 33,83 olarak bulunmuştur (5). Bu çalışmada katılımcıların SOY Ölçeği toplam puan ortalamaları 31,54±11,4, tedavi ve hizmet alt boyutu puan ortalamaları 32,58±10,9 ve hastalıklardan korunma alt boyut puan ortalamaları 30,80±12,0 olarak (hepsi de sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kapsamında) bulunmuştur. Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı kabul edilen değer >25-33 arasındadır ve literatürde yer alan çalışmalarda saptanan değerlerin bazıları bu değerler arasında, diğerleri ise bu değerlere çok yakındır (4,5,12-14). Bu çalışmada yer alan sağlık okuryazarlığı ve alt boyut puan ortalamaları literatürle benzerdir. Sağlık öğrencilerinin klinik uygulamalar ve saha görevleri sırasında sıklıkla sağlıkla ilgili durumlarla karşılaşarak araştırmaların onların bakış açılarını ve sağlık okuryazarlıklarının genişlettiği düşünülmektedir (15). Fakat literatürdeki sağlık ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerde ve sağlık öğrencilerini kapsayan bu çalışmada bu durumun sonuçları görülmemiştir. Bu çalışmada sağlık ve diğer bölüm öğrencileri şeklinde bir ayrıma gidilmemiş, araştırmaya katılan öğrencilerin genel sağlık okuryazarlıkları değerlendirilmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının yaş, yaşanan çevre, eğitim durumu, kültürel özellikler, stres, depresyon ve sosyal destek gibi birçok faktörden etkilendiği vurgulanmıştır (16). Bu çalışmanın yürütüldüğü bölgenin kırsal özellikte olması, uygulama yapabilmek ya da sağlık hizmetleri alabilmek amacıyla başvuru sağlıkla ilgili kurum ve kuruluşların yetersiz olması ve detaylı incelemelerin yapıldığı hastanelerin il dışında olması gibi nedenlerle bu çalışmada sağlık okuryazarlığı puanları düşük çıkmış olabilir.

SOY Ölçeği'nin uyarlandığı ve Türkiye'den bir örnekleme çalışıldığı araştırmada, SOY toplam puan ve alt boyutları açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (10). Üniversite öğrencileriyle yapılan bazı çalışmalarda ise kız ve erkek öğrenciler arasında SOY Ölçeği toplam puan ile tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutları arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır

(8,13,17,18). Kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre SOY Ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek bulunduğu bir araştırmada, bu yüksekliğin nedeni araştırmanın sağlıklı ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerle yapılması ve kız öğrencilerin sayısının fazla olması şeklinde açıklanmıştır (19). Yapılan diğer çalışmaların bazılarında da çalışmaya katılan kız öğrenci sayısı erkek öğrenci sayısından ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı fazladır (Tablo 4). Bu çalışma ve literatür karşılaştırıldığında, sağlık okuryazarlığı araştırmalarının yapıldığı grupta yer alan katılımcıların cinsiyetinden ziyade araştırmaların yapıldığı toplumun kültürel ve sosyal özellikleri ile katılımcıların öz yeterliliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da öz yeterlik ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve öz yeterliliği yüksek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla uyguladıkları ifade edilmiştir (20,21). Bu çalışmaya katılan kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre öz yeterlilikleri fazla olabilir ve bu durum araştırma sonuçlarını literatür sonuçlarından farklılaştırmış olabilir.

Aile sağlığı merkezine başvuran hastalarla yapılan bir araştırmada aylık geliri 5000 TL ve üzerinde olanlarda SOY Ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek (21); diğer bir araştırmada aylık geliri giderinden az olanlarda SOY Ölçeği toplam puan ortalaması düşük bulunmuştur (22). Genel toplumda yürütülen bir çalışmada gelir durumu yüksek olanlarda SOY Ölçeği toplam puan ortalaması yüksek bulunurken (23), bir diğer çalışmada gelir durumu ile SOY Ölçeği toplam puanı ve tedavi ve hizmet alt boyutu arasında bir ilişki bulunamamıştır (24). Aynı araştırmada geliri giderinden az olanlarda SOY Ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme alt boyutu puan ortalaması yüksek çıkmıştır (24). Üniversite öğrencilerinde yapılan bazı araştırmalarda gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki bulunmazken (19,25), bazılarında gelir durumu ya da gelir durumu algısından bahsedilmemiştir (5-7,13). Bu çalışmada gelir durumu iyi olanların SOY Ölçeği hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanlarının yeterli olma olasılığı gelir durumu orta olanlara göre fazla bulunmuştur (Tablo 4). Bu çalışma sonucu literatürde yer alan ve genel toplumda yürütülen sadece bir araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir (24). İki çalışmada benzerlik gösteren ise gelirin hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunu etkilemesidir. Geliri yüksek olan öğrenciler sağlıklarını geliştirmek için spor salonu, sağlıklı beslenme ya da özel hastanede tedavi gibi imkanlardan yararlanırken, geliri düşük öğrenciler bu faaliyetlerden faydalanamıyor olabilir. Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda gelir durumu ya da gelir durumu algısına göre sağlık okuryazarlığından bahsedilmemesi, literatür bilgisini sınırlandırmaktadır. Aile sağlığı merkezlerine başvuranlar, kronik hastalar ya da genel halkı kapsayan çalışmalarda elde edilen sonuçlar ise hasta, yetişkin ya da yaşlı grupta gelir düzeyi düşüklüğünün sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu durum evini geçindiren, ailesinin ve kendisinin sağlık giderlerini karşılamak durumunda olan yetişkin bireylerin, gelir durumu düşüklüğüne bağlı olarak sağlık okuryazarlığının da düştüğünü göstermektedir. Aileden her ay kendilerine gelen bir bütçeyle geçinen,

yüksektir fakat çalışma sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır (10,17,18). Bu çalışmaya katılan kız öğrenciler erkek öğrencilerin yaklaşık üç katıdır ve bu çalışmada kız öğrencilerin SOY Ölçeği toplam puanları ile tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma

sağlık sorunları daha ileri yaş gruplarına göre daha az olan ve herhangi bir sağlık sorununda üniversite aile hekimlerine başvurabilen üniversite öğrencilerinin gelir durumu değişkeninden yetişkinlere göre daha az etkilenmesi olasıdır.

Yapılan bir araştırmada kronik hastalıkların sıklıkla orta yaşlı ve ileri yaşlı yetişkinler arasında görüldüğü, bu hastaların kendi kendilerini idare edebilmeleri ve hastalıkları hakkında karar verebilmelerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasıyla sağlanabileceği vurgulanmıştır (26). Başka bir araştırmada bireyde var olan kronik hastalık sayısının artmasının sağlık okuryazarlığını azalttığı bulunmuştur (27). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise kronik hastalık ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunamamıştır (6). Bu çalışmada kronik hastalığa sahip olmayanların sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının yeterli olma olasılığı kronik hastalığa sahip olanlara göre fazla bulunmuştur (Tablo 4). Kronik hastalığa sahip olmayanlarda sağlık okuryazarlığı puanlarının yüksek olması literatürde yer alan bir çalışmayla benzer bulunmuştur (26). Bu durum kronik hastalığın daha genç yaşlardan itibaren görülmeye başlamasıyla birlikte insanların zamanla sağlık arayışlarında vazgeçmeleri, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinde görülen farklılıklar nedeniyle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sağlanmasında görülen eksiklikler ve bireyin bu hizmeti almaya dair eğitimi, özyeterliliği ve isteğinin az olmasından kaynaklanabilir. Yapılan bir araştırmada görme sorunu yaşayan bireylerin yazıları okumakta güçlük çekmeleri nedeniyle sağlıklı ilgili bilgiye erişme, işleme ve anlama yeteneklerinin azaldığı bu nedenle de sağlık okuryazarlıklarının düşük olduğu vurgulanmıştır (28). Başka bir çalışmada ise görme sorunu olanlarda SOY Ölçeği toplam puan ortalaması düşük bulunmuştur (29). Bu çalışmada da görme sorunu olanların SOY Ölçeği toplam puanı ile tedavi ve hizmet alt boyutu ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı düşük bulunmuştur (Tablo 4). Uzun süreli sağlık sorunları yaşayan bireylerde sağlık okuryazarlığı olumsuz etkilenirken, özellikle görme bozukluğu yaşayan bireylerin genel okuma yazma durumlarının etkilenmesi kişilerin sağlıklı ilgili bilgiye ulaşmasını zorlaştırabilir bu nedenle de görme sorunu olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük olabilir.

Yaşlılarda sağlık okuryazarlığını incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığını en çok etkileyen değişkenin algılanan sağlık durumu olduğu saptanmıştır (30). Acil servise tekrarlı başvuru ve sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, bireylerin kendi sağlık durumlarını yeterli algılayamamaları nedeniyle hastanelere özellikle acil servislere başvuru oranlarının fazla olduğu ve bu durumun sağlık okuryazarlık düzeyiyle de yakından ilişkili olduğu ifade edilmiştir (31). Bu çalışmada da algıladığı sağlık durumu yüksek olanların sağlık okuryazarlığı toplam

puanı ile tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının yeterli olma olasılığı fazla bulunmuştur (Tablo 4). Bu sonuç literatür ile uyumludur. Bireyin algıladığı sağlığın yüksek olması toplum sağlığının sürdürülebilmesi açısından önemliken, bireyin kendi sağlığını algılayabilmesi biyolojik, toplumsal ve ruhsal değişikliklerden etkilenmektedir (30,32). Algılanan sağlık durumunun düşük olması, sağlıkla ilgili kaynaklara erişebilmek ve anlayabilmek için kişinin sahip olması gereken bilgi ve/veya becerilerin yetersizliğinden kaynaklanabilir.

Bu araştırmada öğrencilerin algısına göre aileden ve arkadaşlardan aldığı sosyal destek fazla olanlarda, SOY Ölçeği toplam puan ve tedavi ve hizmet alt boyut puanının yeterli olma olasılığı fazla bulunmuştur. Öğrencilerin algısına göre sağlık personelinin alınan sosyal destek az olanlarda SOY Ölçeği toplam puanının yeterli olma olasılığı fazla bulunmuştur (Tablo 4). Yapılan bir araştırmada hastaların sağlık okuryazarlığı kapasitelerinin fazla olmasının kendi sorunlarına yönelik bilgileri öğrenme sırasında korku ve kaygıyı azalttığı edilmiştir (33). Bu çalışmada ise sağlık personelinin az destek görenlerde sağlık okuryazarlığı puanları fazla bulunmuştur. Bu durum araştırmanın yürütüldüğü grubun öğrenciler olmasından, öğrencilerin hastane başvurularının az olmasından ya da sağlık durumlarının iyi olduğunu düşünmelerinden olabilir. Başka bir araştırmada ise sosyal etkileşimlerin dolayısıyla da sosyal destek, diğer insanlardan ya da profesyonel kaynaklardan edinilen bilgi ve eğitimin, sağlık okuryazarlığı puanlarını arttırdığı; bilinçli ve farkında karar vermede olumlu rol oynadığı belirtilmiştir (34). Aile ve arkadaşlardan alınan sosyal desteğe yönelik bu araştırma sonuçları literatürde yer alan bilgilerle uyumlu bulunmuştur.

Ülkemizde ve yurt dışında öğrencilerin sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesine yönelik birçok çalışma yapılmasına rağmen, öğrencilerin sağlık okuryazarlığının sağlık kontrol odağı ile ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır (4,5,7,19,35-37). Bu çalışmada SOY Ölçeği toplam puan ile ÇBSKOÖ Form A iç kontrol odağı arasında pozitif yönlü, şans kontrol odağı alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Kişilerin bazı pekiştiriciler aracılığıyla davranışını gerçekleştirmesi ve davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan sağlık/hastalık sonuçlarına inanması sağlıkta iç kontrol odağı; kişilerin hastalıklarının şans, kader vb. bağlı olarak ortaya çıktığına inanması sağlıkta şans kontrol odağı olarak tanımlanmaktadır (11). Sağlık kararlarını uygun şekilde verebilme ve tedavi için gerekli olan sağlık uygulamalarını okuma, anlama ve kullanma becerisi olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı kişilerin kendi davranışlarına göre şekillenmektedir (1). İç kontrol odağı algısını artırmak, sağlıksız davranışını terk etme ve olumlu sağlık davranışını başlatarak sürdürme eyleminde yardımcı olmaktadır. Şans kontrol odağına sahip bireyler ise öz yeterlilikleri düşük, kendileri hakkındaki kararlarda bile kendileri yerine başkalarının karar vermesini bekleyen hekimin söylediklerini yapma, tedaviye başlama ve sürdürme konusunda daha az uyumluluk gösteren hastalıkları süresince yaşanan bedensel ve ruhsal değişimi (ilerleme ya da azalma) hastalığın doğal seyrine bağlayan ve sağlık arayışına girmeyen kişiler olarak ifade edilmektedir (38). Bu nedenlerle iç kontrol odağı inancının

fazla olması sağlığın geliştirilmesi için çaba gösterilmesi, hastalanma durumunda hastalığın merak edilmesi, hastalığı öğrenme konusunda istekli olunması ve sağlık eğitimlerine katılma ve sağlık okuryazarlığında artış gibi olumlu durumlarla sonuçlanmaktadır (39). Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının bilişsel ve bireysel (bilgi ve inançlar) özelliklerden etkilendiği, kişinin sağlıkla ilgili olaylarda algıladığı duyarlılık, tehdit, fayda ve engellerin sağlık okuryazarlığını etkilediği vurgulanmıştır (40). İç kontrol odağı yüksek olan bireylerin sahip olduğu davranışlarını kontrol edebileceklerine yönelik inançları; onların sağlık ile ilgili konularda bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama konusunda bilgi, motivasyon ve yetkinliklerinin daha yüksek olmasını sağlıyor olabilir.

SONUÇ

Katılımcıların SOY Ölçeği toplam ve alt boyut puanları dolayısıyla da sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük bulunmuştur. Cinsiyet, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, algılanan sağlık durumu, öğrencilerin algısına göre aileden, arkadaşlardan ve sağlık personelinin alınan sosyal destek durumu ile ÇBSKOÖ Form A iç kontrol odağı öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olan bazı değişkenlerdir.

Sağlık okuryazarlığı dinamik olarak ifade edilen ve çeşitli müdahalelerle artırılabilen bir durumdur. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşaması, sağlıklı yaşlanması ve gelecek nesilleri sağlıklı yaşatabilmesi için sağlık okuryazarlıklarının artması/arttırılması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının arttırılması amacıyla seminer ve etkinliklerin planlanması, eğitim programlarına bu kapsamda dersler eklenmesi önemlidir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen kültürel ve sosyodemografik değişkenler daha kapsamlı ve kalitatif çalışmalarla incelenmeli; olumsuz etkileri en aza indirilmelidir. Öğrencilerin iç kontrol odağını ve bireysel yapabilirlik algılarını artırmak için geniş kapsamlı deneysel çalışmalar yapılmalıdır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde yürütülmesi ve evren içerisinde ulaşılan kişi sayısının az olması araştırmanın kısıtlılığdır.

Yazarların Katkıları: Fikir/Kavram: A.G., S.T., S.Ü.; Tasarım: S.Ü., A.G.; Veri Toplama ve/veya İşleme: A.G.; Analiz ve/veya Yorum: S.T., A.G.; Literatür Taraması: A.G.; Makale Yazımı: A.G., S.T., S.Ü.; Eleştirel İnceleme: S.T., S.Ü.

KAYNAKLAR

- Özdemir G, Kaya N, Turan N. The role of health literacy in access to online health information. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2015; 195: 1683-87. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.252>
- Tekin PŞ. Health literacy : an overview of the medical secretarial training in Turkey. *International Journal of Research Granthaalayah.* 2018; 6(9): 79-2. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v6.i9.2018.1210>
- Elsborg L, Krossdal F, Kayser L. Health literacy among Danish university students enrolled in health-related

- study programmes. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017; 45: 831-38. <https://doi.org/10.1177%2F1403494817733356>
4. Ergün S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Medical J*. 2017; 6(3): 1-6. <https://kocaelimj.org/jvi.aspx?un=KTD-20082>
 5. Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*. 2018; 7(2): 400-09. <https://doi.org/10.7596/taksad.v7i2.1511>
 6. Uysal N, Ceylan E, Koç A. Health literacy level and influencing factors in university students. *Health and Social Care in the Community*. 2020; 28: 505-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12883>
 7. İnkaya B, Tüzer H. Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med J*. 2018; 7(3): 124-9. https://jag.journalagent.com/kocaelitip/pdfs/KTD-27146-ORIGINAL_ARTICLE-INKAYA.pdf
 8. Ertaş H, Kırarç R, Kavuncu B. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Turkish Studies Social Sciences*. 2019; 14(4): 1459-69. <https://doi.org/10.29228/TurkishStudies.24969>
 9. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *DEUHFED*. 2016; 9(4): 142-7. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752999>
 10. T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. P Okyay, F Abacıgil editörler. Ankara: 2016. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>
 11. Güzel A, Turan S, Üner S. Turkish validity and reliability of Multidimensional Health Locus of Control Scale Form A. *Int J Nurs Pract*. 2020; 26(5): e12813. <https://doi.org/10.1111/ijn.12813>
 12. Muslu L, Çiftçi Ş, Aktaş EN. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2017; 6(3): 277-85. http://www.jret.org/FileUpload/ks281142/File/25.leyl_a_muslu.pdf
 13. Gamsızkan Z, Sungur MA. Düzce Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okur yazarlık düzeyi: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2020; 24(2): 117-25. <https://doi.org/10.15511/tahd.20.00217>
 14. Kaya SP, Kaplan S. Hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 Pandemisi farkındalıklarının ve sağlık davranışlarının sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin değerlendirilmesi *HEAD*. 2020; 17(4): 304-11. <https://jer-nursing.org/Content/files/sayilar/37/304-311.pdf>
 15. Koç A, Tayaz E, Uysal N, Öztaş D. Sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşeni: Sağlık okuryazarlığı. *Ankara Med J*. 2020; (1): 205-13. https://www.journalagent.com/amj/pdfs/AMJ_20_1_2_05_213.pdf
 16. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson S, Rowlands G. Health literacy in selected populations : Individuals , families , and communities from the international and cultural perspective. 2017; 37: 131-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28972530/>
 17. Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. *ASHD*. 2018; 17(2): 16-27. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/613762>
 18. Özdenk S, Demir Özdenk G, Özcebe LH, Üner S. Bir üniversitenin 4. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili bazı faktörlerin incelenmesi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2019; 12(1): 48-9. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.412666>
 19. Şahinöz T, Şahinöz S, Kivanç A. Üniversite Son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *GÜSBBD*. 2018; 7(3): 71-9. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/554528>
 20. Öztürk YE, Kırarç R, Kavuncu B. Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2nd International Social and Educational Sciences Symposium, 22-24 October 2018: Konya. <file:///C:/Users/USER/Downloads/iscer3.pdf>
 21. Özpulat, F. Öz yeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki. *GÜSBBD*. 2016; 5(3): 37-44. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/371613>
 22. Gözlu K, Kaya S. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi: Çankaya ilçesi örneği. *Ankara Med J*. 2020; (2): 254-68. https://www.journalagent.com/amj/pdfs/AMJ-02360-ORIGINAL_ARTICLE-GOZLU.pdf
 23. Kırarç R, Öztürk YE. Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. 2020; 23(2): 214-243. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1372861>
 24. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*. 2019; 29(3): 33-40. <https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TXpRMk1EZzVPUT09>
 25. Sarıyar S. Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı [Yüksek lisans tezi]. Kuzey Kıbrıs: Doğu Akdeniz Üniversitesi; 2018. <http://i-rep.emu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11129/4704/sar%c4%b1yarsultan.pdf?sequence=1>

26. Pourselami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald MJ. Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health Promot Int.* 2017; 32(4): 743-54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5914455/>
27. Liu L, Qian X, Chen Z, He T. Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC Public Health.* 2020; 20: 690. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08804-4>
28. Harrison T, Lazard A. Advocating for a population-specific health literacy for people with visual impairments. *Health Commun.* 2015; 30(12): 1169-72. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037424>
29. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir Üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. 2019; 8(1): 27-5. <https://doi.org/10.33880/ejfm.2019080104>
30. Hazer O, Ateşoğlu L. Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. *Türkiye Klinikleri.* 2019; 48-6. file:///C:/Users/USER/Downloads/ichastaliklarihemsir_eligiozel5-2-8.pdf
31. Öztaş D, Güzeldemirci GB, Özhasanekler A, Yıldızbaşı E, Karahan S, Eray İK ve ark. Sağlık okuryazarlığı perspektifinden mükerrer acil servis başvurularının değerlendirilmesi. *Ankara Med J.* 2016; 3: 255-62. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/224093>
32. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Prev Med Bull.* 2016; 15(4): 354-62. https://www.researchgate.net/publication/311440632_Saglik_Okuryazarliginin_Hasta-Hekim_Iliskisine_Etkisi_Sakarya_Ilinde_Bir_Arastirma
33. Mckenna VB, Sixsmith J, Barry M. Facilitators and barriers to the development of health literacy capacities over time for self-management. *HLRP.* 2020; 4(2): 104-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7213021/>
34. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health.* 2012; 12(1): 130. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/130>
35. Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Porquet AB, Vernay M, Blanchard H, Bertran-Noguer C. Health literacy among health and social care university students. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(7): 2273. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32230985/>
36. Mullan J, Burns P, Weston KM, McLennan PL, Rich WC, Crowther S et al. Health literacy amongst health professional university students: a study using the Health Literacy Questionnaire. *Educ. Sci.* 2017; 7: 54. <https://doi.org/10.3390/educsci7020054>
37. Evans AY, Anthony E, Gabriel G. Comprehensive health literacy among undergraduates: A Ghanaian university-based cross-sectional study. *HLRP.* 2019; 3(4): 227-37. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190903-01>
38. Morowatisharifabad MA, Mahmoodabad SSM, Baghianimoghadam MH, Tonekaboni NR. Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *Int J Diabetes Dev Ctries.* 2010; 30(1): 27-32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859281/>
39. Cobb-Clark DA, Kassenboehmer SC, Schurer S. Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. *J Econ Behav Organ.* 2014; 98: 1-28. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2013.10.011>
40. Muhanga MI, Malungo JRS. The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. *International Journal of Health.* 2017; 5(2): 107-114. https://www.researchgate.net/publication/318454610_The_what_why_and_how_of_health_literacy_a_systematic_review_of_literature