

# SAĞLIK HİZMETLERİNİN ETKİN YÖNETİLMESİ AÇISINDAN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Abdülvahap BAYDAŞ<sup>1</sup>, Fuat YALMAN<sup>2</sup>

Geliş: 24.04.2021 / Kabul: 25.08.2021  
DOI: 10.29029/busbed.927028

## Öz

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıklar ölümlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Genel olarak bireyler sağlıklı yaşam tarzlarına daha eğilimli oldukları için küresel metabolik sendromun yayılmasındaki artışa neden olmaktadır. Söz konusu ölümlerin azaltılması, bireysel bilinçlenmeye ve sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesine bağlı bulunmaktadır. Düzce’de ikamet eden 400 kişi ile yüz yüze görüşülerek uygulanan çalışmanın ana amacı, sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkiyi tespit etmektir. Literatürde sağlık okuryazarlık ve sağlıklı yaşam davranışı ile ilgili ayrı ayrı çok çalışma yapılmıştır. Ancak her iki ölçeğin beraber kullanıldığı çalışma sayısı oldukça azdır. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmı ise tek değişken (örneğin cinsiyet), tek meslek (örneğin öğrenci) vb. şekillerde yapılmıştır. Dolayısıyla bu açıdan çalışma oldukça orijinal bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Sonuçlara göre, sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimini bazı boyutlarda yüksek ve bir kısmında ise orta düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışının ortalama değeri yüksek iken, sağlık okuryazarlık seviyesinin orta seviyede olduğu anlaşılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında ilişki olduğu, ilişkinin pozitif ve doğrusal olduğu belirlenmiştir. Path analizi ile de sağlık okuryazarlığının,

<sup>1</sup> Prof. Dr., Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, [abdulvahapbaydas@duzce.edu.tr](mailto:abdulvahapbaydas@duzce.edu.tr), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4471-3470>.

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [fuatyalman@duzce.edu.tr](mailto:fuatyalman@duzce.edu.tr), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1041-1837>.

sağlıklı yaşam biçimi davranışını ( $\beta=0,804$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı düzeyde ve olumlu olarak etkilediği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Sağlık Okuryazarlık Düzeyi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.

**DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHY LITERACY LEVEL AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOR IN TERMS OF EFFECTIVE MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES**

**Abstract**

*According to the data of the World Health Organization, non-communicable diseases constitute a significant part of deaths. In general, individuals are more prone to unhealthy lifestyles, leading to an increase in global metabolic syndrome. The reduction of these deaths depends on individual awareness and the improvement of health literacy. The study's primary purpose, which was implemented by face-to-face interviews with 400 people residing in Düzce, is to determine the relationship between health literacy level and healthy lifestyle behaviour in terms of effective health services management. In the literature, many studies have been done separately on health literacy and healthy lifestyle behaviour. However, the number of studies in which both scales were used together is very few. Most of the studies have been done in the forms such as single variable (e.g. gender), single profession (e.g. student). Therefore, it can be said that the study has a very original structure in this respect. According to the analysis results, it was determined that health literacy affects a healthy lifestyle high in some dimensions and moderately in others. While the average value of healthy lifestyle behaviour is high, the health literacy level was found to be moderate. It was determined that there is a relationship between health literacy and healthy lifestyle behaviour, and the relationship is positive and linear. The path analysis determined that health literacy has a statistically significant and positive effect on healthy lifestyle behaviour ( $\beta = 0.804$ ;  $p < 0.05$ ).*

**Keywords:** Health care management, Health literacy level, Healthy lifestyle behaviour.

**Giriş**

Dünya Sağlık Örgütü 2016 verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıkların ölümlerin 2/3'ünden (40,5 milyon) daha fazlasına neden olduğu belirtilmiştir (Collaborators, 2017). Bulaşıcı olmayan hastalıklar, sağlıksız gıda, madde kullanımı, uyuşturucu, alkol, sigara vb. alışkanlıkları kapsamaktadır. Günümüzde

insanlar sağlıksız yaşam tarzlarına daha eğilimli oldukları için küresel metabolik sendromun yayılmasındaki artışa neden olmuştur (O'Neill ve O'Driscoll, 2015; Ranasinghe, vd. 2017). Söz konusu ölümlerin azaltılması bireysel bilinçlenmeye ve sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesine bağlıdır.

Sağlık okuryazarlık kavramı son zamanlarda çıkmasına rağmen üzerinde önemle durulan konulardan biri haline gelmiştir. Sağlık okuryazarlık bireyin kendisinin, ailesinin, bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ve toplumun sağlığı ile ilgili problemleri çözme yeteneğidir. Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin maruz kalabileceği hastalığı tespit etmek, önlemek ya da refah düzeyi ve sağlıklı hayat şartlarını artırma faaliyetleridir. Çalışmanın ana amacı, sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaktır.

### **1. Kavramsal Çerçeve**

Sağlık hizmetleri öncelikli alanları, 1970'li yıllara kadar hastalık ve yaralanma tedavileri üzerine odaklanmıştır. Sağlığın yönetilmesi veya sağlığın geliştirilmesi kavramı öncelikle 1970'li yıllarda kullanılmıştır. Kavram sağlık kurumlarında geleneksel tıp uygulamalarından vazgeçilmesi ve "Sağlık eğitimi uygulamalarının" geliştirilerek, tıpa entegre edilmesi anlamında kullanılmıştır. Bireysel olarak gerçekleştirilen sağlık eğitimi çalışmalarının tüm toplumun sağlığını geliştirmede yetersiz olduğu, toplumsal yapı ve toplum bilincinin dikkate alınmadan yapılan sağlık yönetimi çalışmalarının etkinlik sağlamayacağı da düşünülmüştür. Birey eğitim ve diğer ortamlardan elde ettiğini bilgilerle daha sağlıklı bir yaşama sahip olacağı ve bunun bireysel sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracacağı vurgulanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1970'li yıllarda özellikle, toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinde kullanılan önemli bir kavramdır (Simonds, 1974; Freedman vd., 2009). Sağlık okuryazarlığı, modern bir toplumda insanların karmaşık sağlık taleplerini karşılama kapasiteleri ile ilgilidir (Kickbusch ve Maag, 2008). Sağlık okuryazarlığında bireyin, kendisinin, ailesinin ve bulunduğu toplumun sağlık düzeyini ifade edebilen, hangi faktörlerin sağlığını etkilediğini anlayabilme ve bu faktörlere nasıl hitap edeceğini bilmesidir. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip her bir birey, kendisinin, ailesinin ve toplumun sağlığı için sorumluluk alma yeteneğine de sahiptir (McQueen vd. 2007).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetleri ve bireysel sağlık hakkındaki bilgileri nasıl anladıkları, hayatlarına nasıl uyguladıkları ve nasıl

kullandıkları ile ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda bireylerin karar verme, sağlık ve sağlık hizmetlerini yönetmek için harekete geçme kapasitelerini belirlemektedir. Sağlık hizmeti sunucularının bireylerle ilişkilerini yönetme ve sağlık hizmeti verme yöntemlerini etkilemektedir (von Wagner vd., 2007; Bains ve Egede, 2011). Ayrıca sağlık sistem ve hizmetlerinin karmaşıklığı bireylerin bu hizmetleri etkin bir şekilde kullanma yeteneğini etkileyebildiği için sağlık okuryazarlığı yöneticiler ve politika yapımcılar için de önemlidir. Bunun yanı sıra kronik hastalıklara sahip olan bireyler muhtemel rahatsızlıklarından korunabilmek için ileri düzeyde sağlık okuryazarlığı becerilerine ihtiyaç duymaktadırlar. Araştırmalar, diyabetli hastalarda sağlık okuryazarlığının, hastalık yönetiminde öz bakım ve öz-verimlilik, (Inoue, Takahashi ve Kai, 2013) hastalığın kabulü, tedaviye uyum, (Khosravi vd. 2015) öz-yönetim (Protheroe, 2016) ve daha ideal sağlığın sonuçları hakkındaki anlayışla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Reisi vd., 2016). Sağlık veya hastalık bilgisi, yaşam boyu deneyim veya eğitim yoluyla geliştirilen bilgi, gerçek sağlık becerileri anlamına gelmektedir.

Sağlık bilgisi, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlığı uygulaması arasındaki ilişki yaygın bir şekilde irdelenmiştir (Kudo vd. 2016). Sağlık okuryazarlık düzeyi eğitim durumu ile doğrudan ilgilidir (Liu vd. 2015; Wu vd., 2017). Sağlık kurumlarına yakınlık da sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (He vd., 2016). Yaşlıların sağlık okuryazarlık oranları daha düşüktür (Aryankhesal vd. 2019). Mevcut kanıtlar ayrıca yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi üzerinde güçlü doğrudan ve olumlu etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Suka vd. 2015; Yokokawa, 2015). Kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi erkeklere göre daha yüksektir (Ek, 2015). Sağlık okuryazarlık düzeyi yaşanan yerleşim alanlarına bağlı olmakla birlikte, bilgilenmenin sosyal medya aracılığıyla yapılması kırsal-şehir ayrımını ortadan kaldırmıştır (Wok ve Mohamed, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; hastalık veya sakatlığın iyileştirilmesi değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali (Çakırcalı, 2000; Çimen, 2003) olarak ifade etmiştir. Dolayısıyla modern sağlık anlayışı; kişi, aile ve toplumun sağlığını koruyan, devam ettiren ve geliştiren sağlık odaklı bütüncül bir bakımı tanımlamakla, kişinin sağlığı korumakla ilgili etkin kararlardan oluşmaktadır (Sisk, 2000; Ayaz, Tezcan ve Akıncı, 2005). İnsanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi Uygulamaları” denilmektedir (Bahar, vd., 2008). Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını

olumsuz etkileyebilecek davranışları kontrol edebilmesi, günlük yaşamını düzenlerken, kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçebilmesini açıklarken, sağlık davranışı ise kişinin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışlardır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Ayaz, Tezcan ve Akıncı, 2005; Tanrıverdi vd., 2009). Sağlıklı yaşam biçimi aynı zamanda sağlığı geliştirmenin bir bileşenidir (Pender, 1992). Sağlıklı yaşam davranışları, bireyin iyilik halini artıran, kendini ifade etmeye yarayan davranışlar olup; düzenli ve yeterli egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme, madde kullanımından uzak durma, sigara kullanmama, stres yönetimi, sağlıklı gıdaları tüketme, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (Bahar ve Bayık, 1998; Çimen, 2003; Yalçınkaya vd. 2007). Sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması durumunda birey kronik hastalıklarla etkin mücadele, şayet bireyde kronik hastalıklar varsa yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşlanmada büyük önem taşımaktadır (Cindaş, 2001; Conner, 2015; Froze, Arif ve Saimon, 2019). Sağlıklı yaşam biçimini esas alan birey, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini de artırmaktadır (Bottorff, vd. 1996; Yalçınkaya vd. 2007; Çelik, vd. 2009).

Sağlığın geliştirilmesi; bireylere fiziksel ve mental sağlıklarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir (Güngör ve Hotun Şahin, 2006). Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek (Conner ve Norman, 1996; Cockerham, 2014), daha uygun hayat şartları hazırlayarak bilinçli sağlık davranışlarını kazanmalarını sağlanabilmektedir.

Gochman (1997) sağlıklı davranışları; sağlık bakımı, sağlık restorasyonu ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilgili davranış kalıp, eylem ve alışkanlıklar olarak ifade etmektedir. Sağlık davranışları, tıbbi hizmet kullanımı (doktor ziyaretleri, aşılama, tarama), tıbbi rejimlere uyumu (diyet, şeker diyeti, antihipertansif rejimler) ve kendine yönelik sağlık davranışlarını (diyet, egzersiz, sigara içme, alkol tüketimi) içermektedir. Etkin sağlık unsurlarını davranış haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmenin ilk adımları aile ve toplumda atılır, daha sonra da eğitimle geliştirilebilir ve değiştirilebilir (Koçoğlu, 2006; Yalçınkaya vd. 2007). Sağlıklı bir yaşam biçimi düzeyine erişmenin anlamı, daha sağlıklı beslenmek, entelektüel kapasitelerin artması, kalp-damar hastalıklardan korunabilmek, bağışıklık düzeyinin artması,

normal beden ağırlığını koruyabilme ve stresle uygun bir şekilde başa çıkabilmektir (Simnett, 1985; Duran, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin sebebi yaşam biçimine bağlı hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerin temel amacının sağlığı koruma, sürdürme, geliştirme, olumsuzluk durumunda ise en az hasarla atlattmaya dayanması gerekmektedir. Hastalık ve sağlık kavramları kültür, gelir durumu ve insanların geçmiş deneyimlerine göre farklılık gösterse de, uygun sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturulabilmektedir (Choi Hui, 2002; Choi ve Lee, 2007; Yalçınkaya vd. 2007; Duran, 2018). Sağlık okuryazarlığı bilinç düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının olumlu bir gelişme gösterdiği belirlenmiştir (Gül, Yeşiltaş ve Şahin 2019).

Sağlığı geliştirici faaliyetler; kültür ve gelenekler (Ahijevych ve Bernhard, 1994), aile (Al-Ma'aitah ve Haddad, 1999), sağlığı geliştiren etmenler (Akça, 1998), işçi sağlığı (Esin, 1997; Beşer vd., 2007), bilişsel-algisal faktörler (Bottorf vd. 1996), özbakım (Callaghan, 2000), yaşam tarzı (Haddad vd. 2001) ve cinsiyetin (Johnson, 2005) etkisinin olduğu ifade edilmiştir.

## **2. Örneklem ve Yöntem**

Araştırmanın anakütlesi Düzce İl merkezinde ikamet eden bireylerden oluşturulmuştur. Kolayda Örneklem Yöntemi ile belirlenen katılımcılarla yüz yüze görüşmek suretiyle araştırma verileri toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü literatürde genel kabul görmüş Sekaran (1992) esas alınarak hesaplanmış ve 400 kişi olarak belirlenmiştir.

### **2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler**

**Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Ölçeği:** Hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek için 2009-2012 Avrupa Sağlık okuryazarlığı Projesinde geliştirilen anket formu esas alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek 5'li likertli ve (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişmiştir.

Nutbeam (2000), üç düzeyden oluşan bir sağlık okuryazarlığı modeli önermiştir. Birinci düzey, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bir kişinin okuma ve yazma konusunda temel bir beceriye sahip olmasını gerektiren temel aşama ve değerlendirmesinin yanısıra basılı sağlık malzemeleri veya belgeler gibi araçları da içermektedir. İkinci düzey, iletişimsel sağlık okuryazarlığı, bilgi almak ve duruma bağlı olarak uygulamak gerektiğinden fonksiyonel bileşenlerden daha gelişmiş beceriler gerektirmektedir. Sağlık okuryazarlığının üçüncü düzeyi,

sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz etmeyi ve hangi durumun daha iyi kontrol sağladığını uygulamayı etkileyen becerileri kapsamaktadır.

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği hazırlanırken Türkiye'deki Bahar vd. (2008) ile Duran vd., (2018) çalışmaları göz önüne alınarak Walker ve Hill-Polerecky, (1996) tarafından belirlenen Sağlıklı Yaşam Biçimi II çalışması esas alınarak yürütülmüştür. Araştırmada kullanılan ölçek 5'li likertli ve (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişmiştir.

Walker vd. (1996) tarafından geliştirilen 52 madde ve 6 (altı) faktörden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite ve stres yönetimi) kullanılmıştır.

## 2.2. İstatistiksel Analiz Yöntemi

Veriler, SPSS ve AMOS programları ile analiz edilmiştir. Tüm veriler analizden önce iyice kontrol edilmiş ve edit edilmiştir. Elde edilen verilerin temel özelliklerini tanımlamak için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Numune ve standart sapmalı yüzde ve ortalama puanlar gibi önlemler hakkında basit özetler sağlamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek için öncelikle doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, iki ölçek arasındaki korelasyonlar belirlenmiş ve daha sonra boyutlar arasındaki ilişki yapısal eşitlik analizi yardımı ile test edilmiştir.

## 3. Araştırmanın Bulguları ve Analiz Sonuçları

### 3.1. Demografik Bulgular

Tablo 1. Araştırmanın genel profili

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Yaş	Frekans	Yüzde
Kadın	192	48,0	18-25	59	14,8
Erkek	208	52,0	26-35	105	26,3
Toplam	400	100,0	36-45	179	44,8
<b>Medeni hal</b>			46-60	57	14,3
Evli	281	70,3	Toplam	400	100,0
Bekar	119	29,8	<b>Meslek</b>		
Toplam	400	100,0	İşçi	25	6,3
<b>Eğitim durumu</b>			Memur	127	31,8
İlköğretim	20	5,1	Ev Hanımı	28	7,0
Lise Mezunu	124	31,0	Serbest Meslek	26	6,5
Üniversite Mezunu	221	55,3	Öğrenci	41	10,3

*Sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*

Lisansüstü ve Doktora	35	8,8	Özel Sektör Çalışanı	126	31,5
Toplam	400	100,0	Çalışmıyor	27	6,8
			Toplam	400	100,0

Ankete katılanların %52'si erkek, %48'i ise kadındır. Deneklerin yaş itibarı ile en çok (%44,8) 36-45 yaşlarında, daha sonra ise 26-35 yaş (%26,3), 18-25 yaş (%14,8) ve 46-60 yaşlarında ise (%14,3) olduğu anlaşılmaktadır. Medeni durum göz önüne alındığında büyük çoğunluğu (%70,3) evli oldukları, üniversite ve lise eğitimine (%86,3) sahip olan bireylerin daha yoğun olduğu, memur (%31,8), özel sektör çalışanı (%31,5), öğrenci (%10,3) ve ev hanımı (%7) olduğu anlaşılmaktadır.

Kısaca erkek ve kadın katılımcıların birbirine yakın olduğu, daha çok orta yaş grubuna sahip olduğu, çoğunluğunun evli olduğu, üniversite ve lise eğitimine sahip oldukları ve memur ile özel sektör çalışanlarının yoğunlukta olduğu görülmektedir.

### 3.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin İstatistiksel Analiz Sonuçları

**Tablo 2.** Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin Faktör Analizi sonuçları

Faktörler	Değişkenler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Özdeğer
Eleştirel/Kritik Sağlık okuryazarlığı Faktörü	ELEŞTİREL25	,723	53,278	14,918
	ELEŞTİREL26	,718		
	ELEŞTİREL20	,706		
	ELEŞTİREL21	,704		
	ELEŞTİREL27	,699		
	ELEŞTİREL28	,697		
	ELEŞTİREL24	,668		
	ELEŞTİREL23	,664		
	ELEŞTİREL19	,657		
	ELEŞTİREL22	,654		
	ELEŞTİREL17	,629		
	ELEŞTİREL18	,626		
	ELEŞTİREL15	,579		
	ELEŞTİREL16	,569		
Fonksiyonel Sağlık okuryazarlığı Faktörü	FONKSİYONEL10	,709	5,030	1,409
	FONKSİYONEL9	,657		
	FONKSİYONEL13	,630		
	FONKSİYONEL14	,630		
	FONKSİYONEL8	,612		
	FONKSİYONEL11	,581		
	FONKSİYONEL12	,575		
	FONKSİYONEL7	,558		
FONKSİYONEL6	,550			



<b>Sezgisel Sağlık okuryazarlığı Faktörü</b>	SEZGİSEL1	,753	3,853	1,079
	SEZGİSEL5	,713		
<b>İletişimsel Sağlık okuryazarlığı Faktörü</b>	SEZGİSEL3	,601	3,659	1,024
	İLETİŞİMSEL4	,888		
Değerlendirme Kriterleri	İLETİŞİMSEL2	,586		
	Kaiser-Meyer-Olkin Testi:	0.965		
	Yaklaşık Ki-Kare:	8350,307		
	Serbestlik derecesi:	378		
	Barlett'in Küresellik Testi:	0,000		
	Kullanılan Metot:	Principal Components		
	Döndürme Yöntemi:	Varimax		
Açıklanan Toplam Varyans:	65.820			

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin faktör analizi sonucu 4 faktör elde edilmiştir. Faktörlerin isimleri ve ait olduğu değişkenler aşağıdaki gibi açıklanmıştır.

Birinci Faktör (F1): Yaşam tarzının sağlığı etkileyip etkilemediğinin sorgulanabilmesi, yerleşim koşullarının sağlığı etkileme durumunun değerlendirilebilmesi, sağlığı etkileyen siyasi politikalarından haberdar olunabilmesi, iş sağlığının geliştirilmesiyle ilgili çaba gösterilmesi, hangi alışkanlıkların sağlıklı kalabilmekle ilgili olduğunun değerlendirilebilmesi, sağlığı geliştirecek kararların verilebilmesi, akıl sağlığını koruma ile ilgili önerilerin anlaşılabilmesi, gıda ambalajları üstündeki bilgilerin anlaşılabilmesi, komşuluk ilişkilerinin sağlığı pozitif yönde etkileme yöntemlerinin araştırılabilmesi, sağlık konusunda aile veya arkadaşların verdiği tavsiye ve bilgilerin kavranılabilmesi, aile veyahut arkadaşların yanlış tavsiyeleri sonucunda çıkabilecek hastalık ve problemlerden nasıl korunulabileceğine karar verilebilmesi, egzersiz gibi yararlı bilgilere ulaşılabilmesi, sağlıkla ilgili hangi sağlık taramalarının yapılması gerektiğinin bilinmesi ve sosyal medyada yer alan sağlık riski bilgilerin güvenilirliğinin sorgulanabilmesi ifadelerinden oluşmaktadır. Kısaca Eleştirel/Kritik Sağlık okuryazarlığı Faktörü olarak adlandırılmış ve 14 maddeden oluşmuştur.

İkinci Faktör (F2): Sosyal medyada hastalıkla ilgili haberlerin doğruluk ve güvenilirliğinin yargılanabilmesi, farklı bir doktordan alternatif bilgi alma zamanına karar verilebilmesi, aşı yapmaya neden ihtiyaç duyulduğu konusu incelendiğinde gerekçelerinin anlaşılabilmesi, kötü alışkanlıklardan (sigara içme, egzersiz yapmama, alkol tüketme vb.) kurtulmaya çalışıldığında elde edilen yararların yargılanabilmesi, hastalığın tedavisinde kullanılan alternatiflerin avantaj ve dezavantajlarının karşılaştırılabilmesi, stres veya depresyon gibi

sorunların nasıl aşılması gerektiği ile ilgili bilgilere kolayca ulaşılabilmesi, yüksek tansiyon/kolesterol gibi hastalıklardan kurtulmanın yöntemlerinin bilinmesi, hastalıkla ilgili doktorun verdiği bilgilerin doğruluğunun yargılanabilmesi ve doktorun ilaç kullanımı ile ilgili açıklamalarının anlaşılması maddelerinden oluşmaktadır. Kısaca, Fonksiyonel Sağlık okuryazarlığı Faktörü olarak isimlendirilmiş ve 9 maddeden oluşmaktadır.

Üçüncü Faktör (F3): Hastalığın belirtilerden tahmin edilebilmesi, acil tıbbi durumlarda ne yapılması gerektiğinin bilinmesi ve hastalıkla ilgili profesyonel desteğe ulaşılabilmesi ifadelerinden meydana gelmektedir. Kısaca, sezgisel sağlık okuryazarlığı faktörü olarak adlandırılmış ve 3 maddeden meydana gelmiştir.

Dördüncü Faktör (F4): Hastalığın tedavisi ile ilgili gerekli bilgilere ulaşılabilmesi ve reçeteleri okuyabilme yeteneğine sahip olunması ifadelerinden oluşmaktadır. İletişimsel sağlık okuryazarlığı faktörü olarak adlandırılan boyut 2 maddeden oluşmuştur.

**Tablo 3.** Sağlık okuryazarlığı Ölçeği ile ilgili Tanımlanmış İstatistikler

Boyutlar	Ortalama	Std. Sapma	Katılım Düzeyi
<b>Eleştirel/Kritik Sağlık okuryazarlığı Faktörü</b>			
Yaşam tarzının sağlığını hangi yönde etkilediğini (olumlu veya olumsuz) sorgulayabiliyorum.	4,1125	,89825	Yüksek
Günlük alışkanlıklarımın hangilerinin sağlıklı kalabilmemle ilgili olduğunu değerlendirebiliyorum.	4,1125	,89825	Yüksek
Egzersiz gibi yararlı bilgilere ulaşabiliyorum.	4,0875	,94184	Yüksek
Sağlık konusunda aile veya arkadaşların verdiği tavsiye ve bilgileri kolaylıkla anlayabiliyorum.	4,0775	,91575	Yüksek
Sağlığımı geliştirecek kararlar verebiliyorum.	4,0300	,96511	Yüksek
Yerleşim koşullarının sağlığımı nasıl etkilediğini değerlendirebiliyorum.	4,0250	,94690	Yüksek
Akıllı sağlığımı nasıl korumam ile ilgili önerileri anlayabiliyorum.	4,0200	,98845	Yüksek
Sosyal medyada yer alan sağlık riski bilgilerin güvenilirliğini sorgulayabiliyorum.	3,9525	1,00885	Yüksek
Gıda ambalajları üstündeki bilgileri anlayabiliyorum.	3,9225	1,09063	Yüksek
Sağlıkla ilgili hangi sağlık taramalarını yapmam gerektiğini biliyorum.	3,8950	,99320	Yüksek
Aile veyahut arkadaşlarımla ilgili tavsiyeleri neticesinde ortaya çıkabilecek hastalık ve problemlerden nasıl korunacağıma karar verebiliyorum.	3,8875	,99615	Yüksek
Komşuluk ilişkilerimin sağlığımı pozitif etkileyecek şekilde gelişmesinin yöntemlerini araştırabiliyorum.	3,7775	1,04438	Yüksek
Sağlığı etkileyen siyasi politikalarla haberdar olabiliyorum.	3,7525	1,02902	Yüksek
İş sağlığımı geliştirmesiyle ilgili sürekli çabalamaktayım.	3,6575	1,08311	Orta
<i>Eleştirel/Kritik Sağlık okuryazarlığı faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,9507</b>

*Sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*

<b>Fonksiyonel Sağlık okuryazarlığı Faktörü</b>			
Doktorumun İlaç kullanımını ile ilgili açıklamalarını anlayabiliyorum.	4,1725	,94338	Yüksek
Kötü alışkanlıklardan (sigara içme, egzersiz yapmama, alkol tüketme vb.) kurtulmaya çalıştığımda elde ettiğim güvenilirliğini yargılayabiliyorum.	3,9675	1,08830	Yüksek
Aşı yapmaya neden ihtiyaç duyulduğunu incelediğimde, gerçeklerini anlayabiliyorum.	3,9425	1,02558	Yüksek
Ne zaman farklı bir doktordan alternatif bilgi almam gerektiğine karar verebiliyorum	3,9200	1,00804	Yüksek
Hastalığının tedavisinde kullanılan alternatiflerin avantaj ve dezavantajlarını karşılaştırabiliyorum.	3,8750	1,01091	Yüksek
Hastalığımla ilgili Doktorumun verdiği bilgilerin doğruluğunu yargılayabiliyorum.	3,8350	1,04427	Yüksek
Sosyal medya hastalığım ile ilgili haberlerin doğruluk ve güvenilirliğini yargılayabiliyorum.	3,8050	1,10908	Yüksek
Stres veya depresyon gibi sorunlarla nasıl baş edileceğimle ilgili bilgilere kolayca ulaşabiliyorum.	3,8000	1,04773	Yüksek
Yüksek tansiyon/ kolesterol gibi hastalıklardan kurtulmanın yöntemlerini biliyorum.	3,7650	1,10582	Yüksek
<i>Fonksiyonel Sağlık okuryazarlığı faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,8981</b>
<b>Sezgisel Sağlık okuryazarlığı Faktörü</b>			
Hastalığımla ilgili profesyonel desteğe ulaşabiliyorum.	4,0375	,94516	Yüksek
Hastalığının belirtilerden, hastalığımı tahmin edebiliyorum.	3,7200	,92398	Yüksek
Acil tıbbi durumlarda ne yapmam gerektiğini biliyorum.	3,6150	1,02440	Orta
<i>Sezgisel Sağlık okuryazarlığı faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,7908</b>
<b>İletişimsel Sağlık okuryazarlığı Faktörü</b>			
Hastalığının tedavisi ile ilgili gerekli bilgilere ulaşabiliyorum	3,8875	,97067	Yüksek
Reçeteleri okuyabilme yeteneğine sahibim	3,7275	2,84578	Yüksek
<i>İletişimsel Sağlık okuryazarlığı faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,8075</b>

( $\bar{x} = 1,00-2,33$  Düşük,  $\bar{x} = 2,34-3,66$  Orta ve  $\bar{x} = 3,67-5,00$  Yüksek Katılım Düzeyini temsil etmektedir.)

Eleştirel/Kritik Sağlık okuryazarlığı Faktörü boyutları incelendiğinde; Yaşam tarzının sağlığı etkileyip etkilemediğinin sorgulanabilmesi, hangi alışkanlıkların sağlıklı kalabilmekle ilgili olduğunun değerlendirilebilmesi, egzersiz gibi yararlı bilgilere ulaşılabilmesi, sağlık konusunda aile veya arkadaşların verdiği tavsiye ve bilgilerin kavranılabilmesi, sağlığı geliştirecek kararların verilebilmesi, yerleşim koşullarının sağlığı etkileme durumunun değerlendirilebilmesi ve akıl sağlığını koruma ile ilgili önerilerin anlaşılabilmesi ifadelerinin çok önemli olduğu görülmektedir. Çünkü söz konusu ifadelerin katılım düzeyleri yüksek olarak çıkmıştır. İş sağlığının geliştirilmesiyle ilgili çaba gösterilmesi ifadesi ise orta düzeyde öneme sahip olan ifadedir.

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Faktörü incelendiğinde; Doktorun ilaç kullanımını ile ilgili açıklamalarının anlaşılması, kötü alışkanlıklardan (sigara içme,

egzersiz yapmama, alkol tüketme vb.) kurtulmaya çalışıldığında elde edilen yararların yargılanabilmesi, aşı yapmaya neden ihtiyaç duyulduğu konusu incelendiğinde gerekçelerinin anlaşılabilmesi ve farklı bir doktordan alternatif bilgi alma zamanına karar verilebilmesi ifadelerinin çok önemli olduğu görülmektedir. Çünkü söz konusu ifadelerin katılım düzeyleri de yüksek olarak çıkmıştır.

Sezgisel sağlık okuryazarlığı faktörü incelendiğinde; Hastalıkla ilgili profesyonel desteğe ulaşılabilmesi ve hastalığın belirtilerden tahmin edilebilmesi ifadelerin yüksek katılım düzeyine acil tıbbi durumlarda ne yapılması gerektiğinin bilinmesi ifadesinin ise orta katılım düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

İletişimsel sağlık okuryazarlığı faktörü incelendiğinde; hastalığın tedavisi ile ilgili gerekli bilgilere ulaşılabilmesi ve reçeteleri okuyabilme yeteneğine sahip olunması ifadelerinin yüksek katılım düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde; eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,9507 ortalama değere, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,8981 ortama değere, iletişimsel sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,8075 değere ve sezgisel sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,7908 ortalama değere sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, faktör maddesi en çok olmasına rağmen ortalama değeri en yüksek olan faktör eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığı faktörü olduğu görülmektedir.

### 3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeğinin İstatistikî Analiz Sonuçları

Tablo 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeğinin Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Değişkenler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Özdeğer
Sağlık Sorumluluğu Faktörü	SAĞLIKSOR3	,730	32,955	16,148
	SAĞLIKSOR7	,720		
	SAĞLIKSOR21	,669		
	SAĞLIKSOR27	,637		
	SAĞLIKSOR31	,631		
	SAĞLIKSOR19	,608		
	SAĞLIKSOR15	,598		
	SAĞLIKSOR1	,595		
	SAĞLIKSOR13	,592		
	SAĞLIKSOR52	,568		
	SAĞLIKSOR51	,562		
	SAĞLIKSOR48	,556		
	SAĞLIKSOR49	,555		
	SAĞLIKSOR12	,539		

*Sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*

	SAĞLIKSOR25	,453		
	SAĞLIKSOR42	,435		
	SAĞLIKSOR11	,419		
	SAĞLIKSOR43	,369		
<b>Beslenme Faktörü</b>	BESLENME8	,731	8,119	3,978
	BESLENME20	,706		
	BESLENME14	,702		
	BESLENME26	,660		
	BESLENME2	,641		
	BESLENME9	,634		
	BESLENME50	,627		
	BESLENME47	,584		
	BESLENME32	,557		
<b>Fiziksel Aktivite Faktörü</b>	FİZİKSELAK10	,823	7,635	3,741
	FİZİKSELAK4	,764		
	FİZİKSELAK16	,724		
	FİZİKSELAK41	,610		
	FİZİKSELAK46	,556		
	FİZİKSELAK34	,453		
<b>Manevi Gelişim Faktörü</b>	MANEVİGEL24	,675	3,666	1,796
	MANEVİGEL18	,636		
	MANEVİGEL23	,590		
	MANEVİGEL30	,585		
	MANEVİGEL29	,489		
<b>Stres Yönetimi Faktörü</b>	STRESYÖN39	,691	3,432	1,682
	STRESYÖN40	,571		
	STRESYÖN45	,566		
	STRESYÖN44	,494		
<b>Kişilerarası İlişkiler Faktörü</b>	KİŞİLERİLİŞ37	,803	2,304	1,129
	KİŞİLERİLİŞ36	,588		
	KİŞİLERİLİŞ35	,456		
<b>Uyumluluk Faktörü</b>	UYUMLULUK17	,681	2,131	1,044
	UYUMLULUK38	,507		
<b>Dinlenme Faktörü</b>	DİNLENME5	,726	2,058	1,009
	DİNLENME6	,407		
Değerlendirme Kriterleri	Kaiser-Meyer-Olkin Testi:	0,945		
	Yaklaşık Ki-Kare:	10179,610		
	Serbestlik derecesi:	1176		
	Barlett'in Küresellik Testi:	0,000		
	Kullanılan Metot:	Principal Components		
	Döndürme Yöntemi:	Varimax		
	Açıklanan Toplam Varyans:	62.300		

Yapılan ilk faktör analizinde 10 faktör çıkmış, fakat son faktör tek değişkenden oluştuğu için standart sapma değeri yüksek olan faktör çıkarılarak yeniden analiz yapılmıştır. Sonuç olarak 22, 28 ve 33 maddeleri dışarıda

bırakıldıktan sonra faktör sayısı sekize inmiş ve uygun bir şekilde adlandırılarak faktör analizi sonuçlandırılmıştır.

Birinci Faktör (F1): doktor veya sağlık görevlisine, vücuttaki olağandışı belirti ve bulguların anlatılması, başarılı insanların takdir edilmesi, gerektiğinde sağlık konusunda başka sağlık çalışanından da bilgi alınması, sağlık sorunları ile ilgili durumların sağlık personeline danışılması, sevgi duyulan kişilerle kucaklaşılması, yakın arkadaşlara zaman ayrılması, sağlık çalışanlarının önerilerinin alınması için soru sorulması, yakınlarla endişe ve sorunların tartışılması, insanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkilerin sürdürülmesi, yeni deneyim ve durumlara açık olunması, ihtiyaç duyulduğunda başkalarından danışmanlık ve rehberlik hizmetinin alınması, ilahi bir gücün varlığına inanılması, konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözüme kavuşturulması, yaşamın bir amacının olduğuna inanılması, başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermenin kolay olması, yaşamda önemli olan şeylerin farkında olunması, rahatlamak için her gün gerekli zamanın ayrılması ve benzer sorunu olan kişilerden destek alınması ifadelerinden oluşmaktadır. Kısaca, sağlık sorumluluğu faktörü olarak adlandırılmış ve 18 maddeden oluşmuştur.

İkinci Faktör (F2): Tatlı ve şeker gibi ürünlerin kısıtlanması, her gün 2-4 öğün meyve yenilmesi, her gün 6-11 öğün ekmek yenilmesi, tahıl, pirinç ve makarnanın tüketilmesi, her gün 3-5 öğün sebze yenilmesi, daha az doymuş yağ ve diyet kolesterolü tüketmenin tercih edilmesi, televizyonda sağlığı geliştirici programların izlenmesi ve sağlıklı ilgili kitapların okunması, kahvaltı yapılması, yorulmaktan korunulması ve her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yenilmesi maddelerinden meydana gelmektedir. Kısaca, beslenme faktörü olarak isimlendirilmiş ve 9 maddeden oluşmaktadır.

Üçüncü Faktör (F3): Haftada en az üç kez 20 dakika veya daha uzun süre egzersiz yapılması, düzenli egzersiz yapılması, hafif ve orta düzeyde egzersiz yapılması, günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamaların yapılması, kalp atım hızlanana kadar egzersiz yapılması ve günlük işler sırasında egzersiz yapılması (örneğin, yemeğe yürüyerek gidilmesi, asansör yerine merdiven kullanılması, arabanın uzağa park edilmesi) maddelerinden oluşmaktadır. Kısaca, fiziksel aktivite faktörü denilmiş ve 6 maddeden meydana gelmiştir.

Dördüncü Faktör (F4): Kendisiyle barışık ve kendisini yeterli hissetme, geleceğe umutla bakılması, uyumadan önce güzel şeyler düşünülmesi, hayattaki uzun vadeli amaçlar için çalışılması ve uygun stres kontrol yöntemlerin

kullanılması ifadelerinden oluşan 4. faktör manevi gelişim faktörü olarak isimlendirilmiş ve 5 maddeden oluşmuştur.

Beşinci Faktör (F5): Kendisine nasıl daha iyi bakılabileceğinin sağlık personeline danışılması, Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarının kontrol edilmesi, Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılım sağlanması ve Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketlerinin okunması ifadelerinden oluşan beşinci faktör Stres Yönetimi Faktörü olarak adlandırılmış ve 4 maddeden meydana gelmiştir.

Altıncı Faktör (F6): Yakın dostlar edinmek için çaba harcanması, her gün yapacak değişik ve ilginç şeylerin bulunması ve iş ve eğlenceye zaman ayrılması ifadelerinden meydana gelen altıncı faktör kişilerarası ilişkiler faktörü olarak isimlendirilmiş ve 3 maddeden oluşmaktadır.

Yedinci Faktör (F7): Yaşamda değiştirilemeyecek şeylerin kabullenilmesi ve her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yenilmesi maddelerinden oluşan 7. faktör uyumluluk faktörü olarak isimlendirilmiş ve 2 ifadeden oluşmuştur.

Sekizinci Faktör (F8): Gerektiği kadar uykuya zaman ayrılması ve pozitif yönde değişim ve gelişimin hissedilmesi maddelerinden oluşan 8. faktör dinlenme faktörü olarak isimlendirilmiş ve 2 ibareden oluşmuştur.

**Tablo 5.** Sağlıklı Yaşam Ölçeği ile ilgili Tanımlanmış İstatistikler



	Ortalama	Std. Sapma	Katılım Düzeyi
<b>Sağlık Sorumluluğu Faktörü</b>			
İlahi bir gücün varlığına inanırım	4,4175	,92484	Yüksek
Başarıları için insanları takdir ederim	4,2200	,97415	Yüksek
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	4,2025	,94272	Yüksek
Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	4,1325	,95248	Yüksek
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	4,1175	1,01057	Yüksek
Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	4,1100	1,05626	Yüksek
Doktora veya sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirtiyi ve bulguları anlatırım	4,1000	,97333	Yüksek
Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	4,0600	,99945	Yüksek
İnsanlarla anlamlı ve doyumlulu ilişkiler sürdürürüm	4,0550	,91327	Yüksek
Yakınlarımla endişe ve sorunlarımı tartışırım	4,0375	,98668	Yüksek
Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	3,9950	1,01861	Yüksek
İhtiyaç duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik hizmeti alırım	3,9775	1,05346	Yüksek
Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	3,9250	1,03540	Yüksek
Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	3,9175	1,00908	Yüksek
Sağlık konusunda gerektiği durumlarda başka sağlık çalışanından da bilgi alırım	3,7925	,98074	Yüksek
Sağlık çalışanlarına önerilerini anlamak için soru sorarım	3,7200	1,05327	Yüksek
Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	3,6600	1,08736	Orta
Rahatlamak için her gün kendime zaman ayırırım	3,5875	1,10698	Orta
<b>Sağlık Sorumluluğu Faktörünün genel ortalaması</b>			<b>4,0015</b>
<b>Beslenme Faktörü</b>			
Kahvaltı yaparım	4,0475	1,13731	Yüksek
Daha az doymuş yağ ve diyet kolesterolü tüketirim	3,4150	1,09808	Orta
Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	3,1900	1,19477	Orta
Yorulmaktan kendimi korurum	3,0775	1,22689	Orta
Her gün 2-4 öğün meyve yerim	2,9800	1,13482	Orta
Tatlı ve şekerli kısıtlarım	2,9475	1,26837	Orta
Her gün 3-5 öğün sebze yerim	2,9250	1,10337	Orta
Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve sağlıkla ilgili kitapları okurum	2,8650	1,22291	Orta
Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna tüketirim	2,4500	1,21499	Orta
<b>Beslenme Faktörünün genel ortalaması</b>			<b>3,0997</b>

*Sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*

<b><i>Fiziksel Aktivite Faktörü</i></b>			
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	3,3450	1,18722	Orta
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürütürüm	3,3225	1,19669	Orta
Haftada en az üç kez 20 dakika veya daha uzun süre egzersiz yaparım.	3,0625	1,26792	Orta
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	3,0625	1,21955	Orta
Düzenli egzersiz yaparım	2,9700	1,17795	Orta
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	2,8175	1,21774	Orta
<i>Fiziksel Aktivite Faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,0967</b>
<b><i>Manevi Gelişim Faktörü</i></b>			
Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	3,9350	1,01160	Yüksek
Geleceğe umutla bakarım	3,9250	1,03540	Yüksek
Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	3,8500	1,06787	Yüksek
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	3,6350	1,16627	Orta
Uygun stres kontrol yöntemleri kullanırım	3,4200	1,08930	Orta
<i>Manevi Gelişim Faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,7530</b>
<b><i>Stres Yönetimi Faktörü</i></b>			
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	3,6250	1,21163	Orta
Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	3,2925	1,17063	Orta
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	3,1100	1,22950	Orta
Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	2,9300	1,22017	Orta
<i>Stres Yönetimi Faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,2394</b>
<b><i>Kişilerarası İlişkiler Faktörü</i></b>			
İş ve eğlence zamanımı dengelerim	3,5025	1,08533	Orta
Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	3,2650	1,20557	Orta
Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	3,1875	1,10017	Orta
<i>Kişilerarası İlişkiler Faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,3183</b>
<b><i>Uyumluluk Faktörü</i></b>			
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	3,3925	1,17127	Orta
Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	3,0775	1,16829	Orta
<i>Uyumluluk Faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,2350</b>
<b><i>Dinlenme Faktörü</i></b>			
Pozitif yönde değişim ve gelişimimi hissederim	3,8675	1,00372	Yüksek
Gerektiği kadar uyurum	3,4400	1,15964	Orta
<i>Dinlenme Faktörünün genel ortalaması</i>			<b>3,6538</b>

( $\bar{x}$  = 1,00-2,33 Düşük,  $\bar{x}$  = 2,34-3,66 Orta ve  $\bar{x}$  = 3,67-5,00 Yüksek Katılım Düzeyini temsil etmektedir.)

Sağlık sorumluluğu faktörü incelendiğinde; ilahi bir gücün varlığına inanılması, başarılı insanların takdir edilmesi, yaşamın bir amacının olduğuna inanılması, yakın arkadaşlara zaman ayrılması, yeni deneyim ve durumlara açık

olunması, sevgi duyulan kişilerle kucaklaşılması, doktor veya sağlık görevlisine, vücuttaki olağandışı belirti ve bulguların anlatılması, konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözüme kavuşturulması, insanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkilerin sürdürülmesi ve yakınlarla endişe ve sorunların tartışılması ifadelerinin katılım düzeyi yüksek çıktığı için en önemli olan maddelerdir. Benzer sorunu olan kişilerden destek alınması ve rahatlamak için her gün gerekli zamanın ayrılması ifadeleri ise orta öneme sahip olan maddelerdir.

Beslenme faktörü incelendiğinde; kahvaltı yapılması ifadesinin yüksek katılım gösterdiği, daha az doymuş yağ ve diyet kolesterolü tüketmenin tercih edilmesi, her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yenilmesi ve yorulmaktan korunulması ifadelerinin orta düzeyde önemli oldukları görülmektedir.

Fiziksel aktivite faktörü incelendiğinde; bütün ifadelerin orta katılım düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Özellikle; günlük işler sırasında egzersiz yapılması (örneğin, yemeğe yürüyerek gidilmesi, asansör yerine merdiven kullanılması, arabanın uzağa park edilmesi), hafif ve orta düzeyde egzersiz yapılması, haftada en az üç kez 20 dakika veya daha uzun süre egzersiz yapılması ve günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamaların yapılması ifadelerinin öne çıktığı söylenebilir.

Manevî gelişim faktörü incelendiğinde; hayattaki uzun vadeli amaçlar için çalışılması, geleceğe umutla bakılması ile kendisiyle barışık ve kendisini yeterli hissetme ifadelerin önemli olduğu ve yüksek katılımı sahip olduğu diğer ifadelerin ise orta derecede kaldığı görülmektedir.

Stres yönetimi faktörü incelendiğinde; bütün ifadelerin orta derecede önemli olduğu, gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketlerinin okunması ve kendisine nasıl daha iyi bakılabileceğinin sağlık personeline danışılması ifadelerin daha iyi ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler faktörü incelendiğinde; bütün ifadelerin orta derecede öneme sahip oldukları, ancak iş ve eğlenceye zaman ayrılması ifadesinin daha iyi bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Uyumluluk faktörü incelendiğinde; bütün ifadelerin orta derecede öneme sahip oldukları, ancak yaşamda değiştirilemeyecek şeylerin kabullenilmesi ifadesinin daha iyi bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Dinlenme faktörü incelendiğinde; pozitif yönde değişim ve gelişimin hissedilmesi ifadesinin yüksek, gerektiği kadar uykuya zaman ayrılması ifadesinin ise orta derecede katılım gösterdiği görülmektedir.

Genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışı incelendiğinde; sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim faktörlerinin ortalama puanlarının yüksek olduğu, dinlenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve uyumluluk faktörlerin ortalama derecelerinin orta düzeyde olduğu, beslenme ve fiziksel aktivite faktörlerinin ortalama değerlerinin düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla katılımcılar sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutu iyi değerlendirirken, fiziksel aktivite ve beslenme boyutunun ise düşük olduğunu belirtmişlerdir.

### 3.4. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Araştırma modelinde yer alan sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizi Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Korelasyon Analizi Sonuçları

Boyutlar	HL1	HL2	HL3	HL4	HLB1	HLB2	HLB3	HLB4	HLB5	HLB6	HLB7	HLB8
HL1	1	,852**	,657**	,365**	,733**	,493**	,426**	,600**	,520**	,433**	,391**	,481**
HL2		1	,681**	,341**	,707**	,423**	,358**	,576**	,463**	,356**	,319**	,431**
HL3			1	,333**	,598**	,407**	,304**	,481**	,432**	,376**	,243**	,314**
HL4				1	,361**	,218**	,312**	,163**	,234**	,153**	,162**	,164**
HLB1					1	,498**	,511**	,748**	,567**	,532**	,407**	,549**
HLB2						1	,577**	,513**	,611**	,483**	,453**	,450**
HLB3							1	,535**	,610**	,466**	,395**	,449**
HLB4								1	,560**	,598**	,448**	,480**
HLB5									1	,526**	,404**	,387**
HLB6										1	,379**	,401**
HLB7											1	,285**
HLB8												1

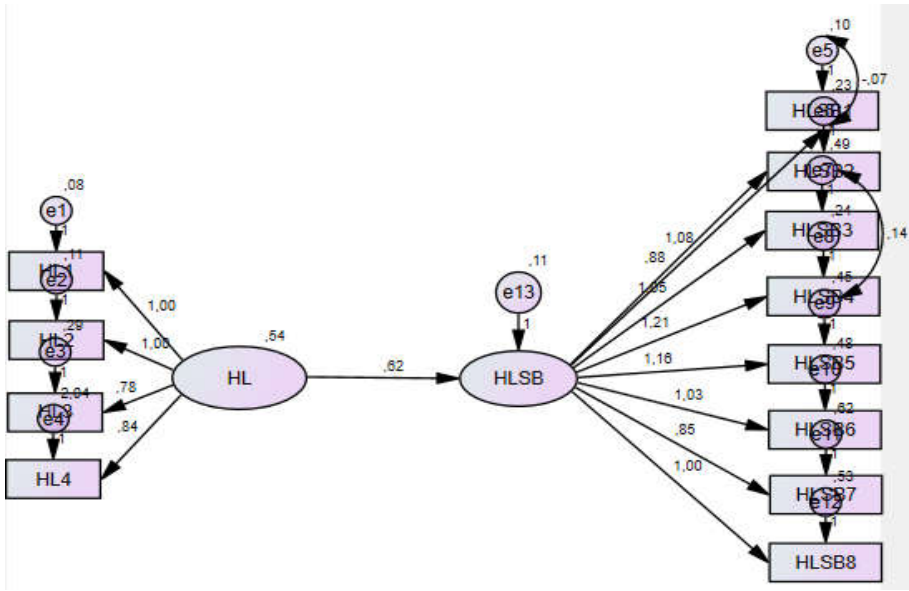
\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

HL: Sağlık Okuryazarlığı; HLB: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

Korelasyon analizi sonuçlarına göre; sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı değişkenleri arasında genel olarak orta düzeyde pozitif yönde bir korelasyon ilişkisinin olduğu görülmüştür. 0,00-0,30 arası değerler düşük düzey ilişki ve 0,30-0,70 arası değerler orta düzey ilişkiye işaret ederken; 0,70-1,00 arası değerler yüksek düzey ilişkiye işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2015). Bu durumda sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışının da artacağı, yani bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışında bulunacakları söylenebilir.

### 3.5. Path (Yol) Analizine İlişkin Bulgular

Path analizi, nicel değişkenler arasındaki yapısal ilişkiyi ortaya koymak ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki toplam etkilerinin ne kadarının doğrudan ne kadarının da dolaylı olarak ortaya çıktığını belirlemede kullanılan bir yöntemdir. Gizli değişkenlerle yapılan yol analizi, gözlenen değişkenlerle yapılan yol analizinden, daha güvenilir sonuçlar üreten bir analizdir. Model uyumunun diyagramı aşağıdaki gibi elde edilmiştir.



[(X<sup>2</sup>/df: 4.409; GFI: 0.91; NFI: 0.92; CFI: 0.93; RMR: 0.041; TLI: 0.91; IFI: 0.93; AGFI: 0.86)]

Şekil 1. Sağlık okuryazarlığı-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Path Diagramı ve Uyum İyiliği Sonuçları

Şekil 1’de sadece 0.05 (%95) anlamlılık düzeyinde anlamlı olan ilişkiler gösterilmiştir. Uyum iyiliği değerlerini arttırmak için bazı örtük değişkenler arasında kovaryanslar oluşturulmuştur ve bunun sonucunda modelin veri tarafından desteklendiği kabul edilmiştir. Yukarıda verilen, RMR, GFI, NFI, IFI, TLI, CFI, AGFI değerleri model uyumunun (model fit) sağlandığını göstermektedir. Bakılacak değerlerle ilgili bir sınırlama yoktur. Elde edilen sonuçlar araştırma hedeflerine göre değişebilmektedir. Analiz sonucu ulaşılan uyum değerleri aşağıda verilmiştir. Ayrıca path analizinin geçerlilik ve

*Sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*

güvenilirliği ile ilgili boyutların güvenilirlik ve açıklanan varyansları Tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo 7.** Araştırma Modeli YEM Sonuçları

Etkiler	Yapısal İlişkiler	Standartlaştırılmış ı Regresyon Katsayıları ( $\beta$ )	Kritik Oran (C.R.)	p
Standardize Edilmiş Toplam Etki	SYBD <--- SOY	,804	12,255	***
Standardize Edilmiş Direkt Etki	SYBD <--- SOY	,804	12,255	***

Toplam etkilere ait standardize edilmiş değerler incelendiğinde sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışını toplam yordama gücünün 0,804 birim olduğu görülmektedir. Aşağıdaki Tablo 6’da literatürde genel kabul gören iyilik uyum indeksi değerleri analiz sonrası elde edilen değerler gösterilmiştir. Sonuç olarak sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışını ( $\beta=0,804$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı düzeyde ve olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

**Tablo 8.** Yapısal Model Uyum İyiliği İndeksleri

<i>Genel Model Uyumu</i>	<i>İyi Uyum</i>	<i>Kabul Edilebilir Uyum</i>	<i>Elde Edilen Uyum Değerleri</i>
$\chi^2/sd$	$\leq 3$	$\leq 5$	<b>4.409</b>
<i>NFI</i>	$\geq 0.95$	$\geq 0.90$	<b>0.920</b>
<i>CFI</i>	$\geq 0.97$	$\geq 0.95$	<b>0.937</b>
<i>IFI</i>	$\geq 0.95$	0.94-0.90	<b>0.937</b>
<i>AGFI</i>	$> 0.95$	$\geq 0.85$	<b>0.867</b>
<i>GFI</i>	$\geq 0.90$	0.89-0.85	<b>0.913</b>
<i>RMR</i>	$< 0.05$	$< 0.08$	<b>0.041</b>

Tablo 8’de görüldüğü üzere elde edilen sonuçlar, önerilen araştırma modelinin uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir. Açıklayıcı faktör analizi ve path analizleri ile elde edilen bulgular, modelin yapı geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir.

## **Sonuç**

Genel olarak değerlendirme yapıldığında, sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimini bazı boyutlarda yüksek ve bir kısmında ise orta düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Alan yazında örtüşen sonuçlara rastlamak mümkündür (Sezer ve Amarat, 2018). Ayrıca, sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan bireylerin, sağlıklarını geliştirmede daha aktif oldukları, sağlıklı yaşam için daha çok fiziksel

aktiviteye önem verdikleri, sağlığa zararlı madde, sigara ve alkol tüketimlerinin daha az olduğu ve daha düzenli beslenme davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (Baker vd. 2004; Von Wagner vd. 2007; Abel, 2007). Dolayısıyla bireylerin daha sağlıklı olmalarında sağlık okuryazarlık seviyesinin geliştirilmesinin hayati önem taşıdığı söylenebilir.

Araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışının ortalama puanı 3,42 olarak orta derecede öneme sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç Anbari vd. (2012), Baji vd. (2015), Kordi vd. (2016) ve Moeini vd. (2016) tarafından yapılan çalışmalarla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmalar da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Diğer çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir.

Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında bireylerin demografik özellikleri dikkate alınarak sağlıklı yaşam biçimi davranışı incelenmiştir. Eğitim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı (Baghaei vd. 2008; Shakibzadeh vd. 2009; Karkazloo vd. 2011; Hamedzadeh vd. 2013) arasında olumlu ilişki olduğu ve yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların, sağlıklı yaşam biçimi davranışına ait daha iyi muhakeme ve karar verme yeteneklerine sahip olduğunu göstermiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında ilişki olduğu ve bu ilişkinin potif ve doğrusal olduğu belirlenmiştir. Yani sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bireylerin sağlıklı yaşam biçiminin de yüksek olduğu şeklindedir (von Wagner vd. 2007; Lai vd. 2013). Düşük sağlık okuryazarlığı aynı zamanda hastalıkların geç teşhisine, (Bennett vd. 1998) sağlıklı yaşam becerilerine ilişkin yetersizliğe (Schillinger vd. 2002; Adams vd. 2012), acil hizmetlerin kullanımının artmasına ve hastanede daha uzun süre kalmaya neden olduğu tespit edilmiştir (Lee vd. 2010).

Araştırmada elde edilen sonuçlar genel olarak aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Katılımcıların önemli bir kısmı orta yaş grubuna ait, büyük çoğunluğu evlidir.

Sağlık okuryazarlık ölçeğinin faktör analizi sonucunda literatür ile örtüşen dört boyut belirlenmiştir. Söz konusu boyutlar; eleştirel/kritik, fonksiyonel, sezgisel ve iletişimsel sağlık okuryazarlığı faktörleridir.

Sağlık okuryazarlık ölçeğindeki eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığı faktörünün en önemli maddeleri; yaşam tarzının sağlığı etkileyip etkilemediğinin sorgulanabilmesi, hangi alışkanlıkların sağlıklı kalabilmekle ilgili olduğunun değerlendirilebilmesi ve egzersiz gibi yararlı bilgilere ulaşılabilmesi ifadeleridir.

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı faktörünün en önemli ifadeleri; doktorun ilaç kullanımı ile ilgili açıklamalarının anlaşılması, kötü alışkanlıklardan (sigara içme, egzersiz yapmama, alkol tüketme vb.) kurtulmaya çalışıldığında elde edilen yararların yargılanabilmesi ve aşı yapmaya neden ihtiyaç duyulduğu konusu incelendiğinde gerekçelerinin anlaşılabilmesi maddeleridir.

Sezgisel sağlık okuryazarlığı faktörünün en önemli ifadeleri; hastalıkla ilgili profesyonel desteğe ulaşılabilmesi ve hastalığın belirtilerden tahmin edilebilmesi unsurlarıdır.

İletişimsel sağlık okuryazarlığı faktörünün ise en önemli ifadeleri; hastalığın tedavisi ile ilgili gerekli bilgilere ulaşılabilmesi ve reçeteleri okuyabilme yeteneğine sahip olunması şeklindedir.

Sağlık okuryazarlık ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde; eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,9507 ortalama değere, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,8981 ortalama değere, iletişimsel sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,8075 değere ve sezgisel sağlık okuryazarlığı faktörünün 3,7908 ortalama değere sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla faktör maddesi en çok olmasına rağmen ortalama değeri en yüksek olan faktör eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığı faktörü olduğu görülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeğinin faktör analizi sonucu orijinal ölçeğe yakın fakat farklı olarak iki faktör daha eklenmiştir. Söz konusu boyutlar; sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, uyumluluk ve dinlenme faktörleridir.

Sağlıklı yaşam biçimi ölçeğindeki sağlık sorumluluğu faktörünün en önemli ifadeleri; İlahi bir gücün varlığına inanılması, başarılı insanların takdir edilmesi, yaşamın bir amacının olduğuna inanılması, yakın arkadaşlara zaman ayrılması, yeni deneyim ve durumlara açık olunması, sevgi duyulan kişilerle kucaklaşılması ve doktor veya sağlık görevlisine, vücuttaki olağandışı belirti ve bulguların anlatılması maddeleridir.

Beslenme faktörünün en önemli ifadesi; kahvaltı yapılması maddesidir. Daha az doymuş yağ ve diyet kolesterolü tüketmenin tercih edilmesi ve her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yenilmesi ifadeleri ise ikinci derecede önemli görülmüştür.

Fiziksel Aktivite Faktörünün en önemli maddeleri; Günlük işler sırasında egzersiz yapılması (örneğin, yemeğe yürüyerek gidilmesi, asansör yerine merdiven kullanılması, arabanın uzağa park edilmesi) ile hafif ve orta düzeyde



egzersiz yapılması, günlük işler sırasında egzersiz yapma (örneğin, asansör yerine merdivenin kullanılması, yemeğe yürüyerek gidilmesi, arabanın uzak yerlere park etme) ile hafif ve orta düzeyde egzersiz yapma ifadeleridir.

Manevi gelişim faktörünün en önemli unsurları; Hayattaki uzun vadeli amaçlar için çalışılması, geleceğe umutla bakılması ile kendisiyle barışık ve kendisini yeterli hissetme ifadeleridir.

Stres Yönetimi Faktörünün en önemli unsurları; gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketlerin okunması ve kendisine nasıl daha iyi bakılabileceğinin sağlık personeline danışılması ifadeleridir.

Kişilerarası ilişkiler faktörünün en önemli ifadesi; iş ve eğlenceye zaman ayrılması maddesidir.

Uyumluluk Faktörünün en önemli unsuru; yaşamda değiştirilemeyecek şeylerin kabullenilmesi ifadesidir.

Dinlenme faktörünün en önemli unsuru; pozitif yönde değişim ve gelişimin hissedilmesi ifadesidir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği genel olarak incelendiğinde; sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim faktörlerinin ortalama puanlarının yüksek olduğu, dinlenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve uyumluluk faktörlerin ortalama derecelerinin orta düzeyde olduğu, beslenme ve fiziksel aktivite faktörlerinin ortalama değerlerinin düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla katılımcılar, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutlarını iyi değerlendirirken, fiziksel aktivite ve beslenme boyutlarını düşük değerlendirmişlerdir.

Sağlık okuryazarlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının korelasyon analizi sonucuna göre değişkenleri arasında orta düzeyde pozitif yönde bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Path (Yol) Analizi sonucuna göre; RMR, GFI, NFI, IFI, TLI, CFI, AGFI değerleri model uyumunun (model fit) sağlandığını göstermektedir. Toplam etkilere ait standardize edilmiş değerler incelendiğinde sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam biçimi davranışını toplam yordama gücünün 0,804 birim olduğu görülmektedir. Ayrıca elde edilen sonuçlar, önerilen araştırma modelinin uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğunu göstermektedir. Açıklayıcı faktör analizi ve path analizleri ile elde edilen bulgular, modelin yapı geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir.

## **Kaynaklar**

ABEL, T. (2007), “Cultural Capital in Health Promotion”, In *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*, Eds: McQueen, DV, Kickbusch I, Springer, New York.

ADAMS, R. J., PİANTADOSI, C., ETTRIDGE, K., MILLER, C., WILSON, C., TUCKER, G. ve HILL, C. L. (2013), “Functional Health Literacy Mediates the Relationship between Socio-Economic Status, Perceptions and Lifestyle Behaviors Related to Cancer Risk in an Australian Population”, *Patient Educ Couns*, 91(2):206–212. doi:10.1016/j.pec.2012.12.001.

AHIJEVYCH, K. ve BERNHARD, L. (1994), “Health-promoting Behaviors of African-American Women”, *Nursing Research*, 43(2):86-89.

AKÇA, Ş. (1998), *Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi*, Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir.

AL-MA’AITAH, R. ve HADDAD, L. (1999), “Health Promotion Behaviors of Jordanian Women”, *Health Care for Women International*, 20(6):533-547.

ANBARI, K., GHANADI, K., KAVIANI, M. ve MONTAZERI, R. (2012), “The self Care and its Related Factors in Diabetic Patients of Khorramabad City”, *Yafteh*. 14(4):49–57.

ARYANKHESAL, A., NIKNAM, N., HASANI, M., MENGELIZADEH, N., AGHAEI, N., GHAEDCHUKAMEI, Z., RANAIE, A., KALTEH, E. A. ve NAGHDI, B. (2019), “Determining the Relationship between Health Literacy Level and Quality of Life Among the Elderly Living in Nursing Home”, *J Educ Health Promot*. 8: 225. doi:10.4103/jehp.jehp\_310\_19, PMID: 31867389, PMCID: PMC6904942.

AYAZ, S., TEZCAN, S. ve AKINCI, F. (2005), “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 9(2):26-34.

BAGHAEI, P., ZANDI, M., VARES, Z., MASOUDI ALAVI, N. ve ADIB-HAJBAGHERY, M. (2008), “Self Care Situation in Diabetic Patients Referring to Kashan Diabetes Center”, in 2005. *KAUMS J (Feyz)*. 12(1):88–93.

BAHAR, Z. ve BAYIK, A. (1998), *Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitimi. Hemşirelikte Eğitim Materyali*, 1. Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Matbaası.

BAHAR, Z., BEŞER, A., GÖRDES, N., ERSİN, F. ve KISSAL, A. (2008), “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1):1-13.

BAINS, S. S. ve EGEDE, L. E. (2011), “Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes”, *Diabetes Technology Therapeutics*, 13:335–41.

BAJI, Z., ZAMANI ALAVIJEH, F., NOUHJAH, S. ve HAGHIGHIZADEH, M. (2015), “Self-care behaviors and related factors in women with type 2 diabetes”, *Iran J Endocrinol Metabol*, 16(6):393–401.

BAKER, D. W., GAZMARARIAN, J. A., WILLIAMS, M. V., SCOTT, T., PARKER, R. M., GREEN, D., REN, J. ve PEEL, J. (2004), “Health literacy and use of outpatient physician services by Medicaremanaged care enrollees”, *J Gen Intern Med*, 9:215–220.

BENNETT, C. L., FERREIRA, M. R., DAVIS, T. C., KAPLAN, J., WEINBERGER, M., KUZEL, T., SEDAY, M. A. ve SARTOR, O. (1998), “Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer”, *J Clin Oncol*, 1998;16(9):3101–3104. doi:10.1200/JCO.1998.16.9.3101.

BEŞER, A., BAHAR, Z. ve BÜYÜKKAYA, D. (2007), “Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses’ responsibilities in their health promoting activities”, *Industrial Health*, 45(1):151-159.

BOTTORFF, J. L., JOHNSON, J. L., RATNER, P. A. ve HAYDUK, L. A. (1996), “The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance”, *Nursing Research*, 45(1):30-36.

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2015), *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*, (21. Baskı), Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

CALLAGHAN, D. M. (2000), *The relationship among health promoting self-care behaviors, self-efficacy, and self-care agency*, Widener University School of Nursing, A unpublished dissertatiton.

CHAHARDAH-CHERIK, S., GHEIBIZADEH, M., JAHANI, S. ve CHERAGHIAN, B. (2018), "The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes", *Int J Community Based Nurs Midwifery*, Jan; 6(1):65–75. PMID: PMC5747574, PMID: 29344537.

CHOİ HUI, W. H. (2002), "The health promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong", *Journal of Professional Nursing*, 18(2):101-111.

CHOİ, Y. J. ve LEE, K. J. (2007), "Evidence-based nursing: Effects of a structured nursing program for the health promotion of Korean women with hwa-byung", *Archives of Psychiatric Nursing*, February, 21(1):12-16.

CİNDAŞ, A. (2001), "Yaşlılarda egzersiz uygulamasının genel ilkeleri", *Turkish Journal of Geriatrics*, 4(2):77-84.

COCKERHAM, W. C. (2014), "Health Behavior", *Wiley Online Library*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781118410868.wbehibs296>, <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs296>.

COLLABORATORS, R. F. (2017), "Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990 – 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, Vol: 388, No: 100532: 1659-1724.

CONNER, M. ve NORMAN, P. (1996), (eds.) *Predicting Health Behaviour*, Buckingham, UK: Open University Press.

CONNER, M. T. (2015), "Health Behaviors. Research Gate", [https://www.researchgate.net/publication/304193514\\_Health\\_Behaviors/link/55f40dfa08ae7a10cf88e63e/download](https://www.researchgate.net/publication/304193514_Health_Behaviors/link/55f40dfa08ae7a10cf88e63e/download), Doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.14154-6.

ÇAKIRCALI, E. (2000), *Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar*, Güven & Nobel Tıp Kitabevleri.

ÇELİK, G. O., MALAK, A. T., BEKTAŞ, M., YILMAZ, D., YÜMER, A. S., ÖZTÜRK, Z. ve DEMİR, E. (2009), "Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin

sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi”, *AJCI*, 3(3):164-169.

ÇİMEN, S. (2003), *15-18 Yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeğinin geliştirilmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul.

DURAN, Ü., ÖĞÜT, S., ASGARPOUR, H. ve KUNTER, D. (2018), “Evaluation of the Health Personnel’s Healthy Lifestyle Behaviors”, *Journal of Adnan Menderes University Health Sciences Faculty*, 2(3):138-147.

EK, S. (2015), “Gender differences in health information behaviour: A Finnish population-based survey”, *Health Promot Int*, 30(3):736-45. [<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dat063>].

ESİN, N. (1997), *Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi*, Doktora tezi, İstanbul.

FREEDMAN, D. A., BESS, K. D., TUCKER, H. A., BOYD, D. L., TUCHMAN A. M. ve WALLSTON K. A. (2009), “Public health literacy defined”, *Am J Prev Med*; 36(5):446-51. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>].

FROZE, S., ARİF, M. T. ve SAIMON, R. (2019), “Determinants of Health Literacy and Healthy Lifestyle against Metabolic Syndrome among Major Ethnic Groups of Sarawak, Malaysia: A Multi-Group Path Analysis”, *The Open Public Health Journal*, DOI: 10.2174/1874944501912010172, 12:172-183

GOCHMAN, D. S. (Ed), (1997), *Handbook of Health Behavior Research* New York, Vols. 1–4: Plenum.

GÜL, İ., YEŞİLTAŞ, A. ve ŞAHİN, S. (2019), “The Relationship between Healthy Life Style Behaviors and Health Literacy: A Study on University Students”, *Journal of International Health Sciences and Management*, 5(9):26-43

GÜNGÖR, İ. ve HOTUN ŞAHİN, N. (2006), “Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri”, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, Mayıs-Haziran Temmuz-Ağustos; 6-13.

HADDAD, L. G., AL-MA’AITAH, R. M., CAMERON, S. J. ve ARMSTRONG-STASSEN, M. (2001), “An Arabic language version of the Health Promotion Lifestyle Profile”, *Public Health Nursing*, 15(2):74-81.

HE, Z., CHENG, Z., SHAO, T., LIU, C., SHAO, P., BISHWAJIT, G., FENG, D. ve FENG, Z. (2016), “Factors Influencing Health Knowledge and

Behaviors among the Elderly in Rural China,” 1-16. [<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13100975>].

INOUE, M., TAKAHASHI, M. ve KAI, I. (2013), “Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan”, *BMC Family Practice*. 14:40.

JOHNSON, R. (2005), “Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans”, *Public Health Nursing*, 22(2):130-137.

KARKAZLOO, N. V., DARYASARI, G. A., FARAHANI, B., MOHAMMADNEZHAD, E. ve SAJJADI, A. (2011), “The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil)”, *Mod Care J*. 8(4):197-204.

KHOSRAVI, A., AHMADZADEH, Kh., ARASTOOPOOR, Sh. ve TAHMASEBI, R. (2015), “Health literacy levels of diabetic patients referred to Shiraz health centers and its effective factors”, *Health Inf Manage*. 12:194–205.

KICKBUSCH, I. ve MAAG, D. (2008), “Health Literacy. In International Encyclopedia of Public Health”, Volume 3. Edited by: Kris H, Stella Q. Academic Press, 204-211.

KOÇOĞLU, D. (2006), *Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler*, (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

KORDI, M., BANAEI, M., ASGHARIPOUR, N., MAZLOUM, S. R. ve AKHLAGHI, F. (2016), “Prediction of self-care behaviors of Women with gestational diabetes based on belief of person in own ability (self-efficacy)”, *Iran J Obstet, Gynecol Infertil*. 19(13):6–17.

KUDO, N., YOKOKAWA, H., FUKUDA, H., HISAOKA, T., ISONUMA, H. ve NAITO, T. (2016), “Analysis of Associations between Health Literacy and Healthy Lifestyle Characteristics among Japanese Outpatients with Lifestyle-related Disorders”, *J Gen Fam Med [Internet]*, 17(4):299-306. [[http://dx.doi.org/10.14442/jgfm.17.4\\_299](http://dx.doi.org/10.14442/jgfm.17.4_299)].

LAI, A.Y., ISHIKAWA, H., KIUCHI, T., MOOPIL, N. ve GRIVA, K. (2013), “Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis”, *Patient Educ Couns*, 91(2):221–227. doi:10.1016/j.pec.2012.12.018.

LEE, S. Y., TSAI, T. I., TSAI, Y. W. ve KUO, K. N. (2010), "Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey", *BMC Public Health*. 10(1):614. doi:10.1186/1471-2458-10-614.

LIU, Y., WANG, Y., LIANG, F., CHEN, Y., LIU, L., ve LI, Y. (2015), "Health Literacy Status and Influencing Factors of Older Population in Xinjiang", *Iran J Public Health*. 44(7):913-919.

MCQUEEN, D. V., KICKBUSCH, I., POTVIN, L., PELIKAN, J. M., BALBO, L. ve ABEL, Th. (2007), "Health and modernity", *Springer: The Role of Theory in Health Promotion*.

MOEINI, B., TEIMOURI, P., HAJI MASOUDI, S., AFSHARI, M., MOGHADDAM, S. M. K., BAGHERI, F., MORADI, K. ve TAGH, J. Z. C. (2016), "Analyse of self-care behaviours and its related factors among diabetic patients", *Qom Univ Med Sci J*. 10(4):48-57.

NUTBEAM, D. (2000), "Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century", *Health Promot Int*; 15(3):259-67. [<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>].

O'NEILL, S. ve O'DRISCOLL, L. (2015), "Metabolic syndrome: A closer look at the growing epidemic and its associated pathologies", 16(1):1-12. [<http://dx.doi.org/10.1111/obr.12229>].

PENDER, N. J. (1992), "Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education", *Nursing Outlook*, 40(3):106-112.

PROTHEROE, J., RATHOD, T., BARTLAM, B., ROWLANDS, G., RICHARDSON, G. ve REEVES, D. (2016), "The Feasibility of Health Trainer Improved Patient Self-Management in Patients with Low Health Literacy and Poorly Controlled Diabetes: A Pilot Randomized Controlled Trial", *Journal of Diabetes Research*.

RANASINGHE, P., MATHANGASINGHE, Y., JAYAWARDENA, R., HILLS, A.P. ve MISRA A. (2017), "Prevalence and trends of metabolic syndrome among adults in the asiapacific region: A systematic review", *BMC Public Health*; 17(1):101. [<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4041-1>].

REISI, M., MOSTAFAVI, F., JAVADZADE, H., MAHAKI, B., TAVASSOLI, E. ve SHARIFIRAD, G. (2016), "Impact of Health Literacy, Self-

Efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-Care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes”, *Oman Medical Journal*. 31:52–9.

SCHILLINGER, D., GRUMBACH, K., PIETTE, J., WANG, F., OSMOND, D., DAHER, C., PALACIOS, J., SULLIVAN, G. D. ve BINDMAN, A. B. (2002), “Association of health literacy with diabetes outcomes”, *JAMA*, 288(4):475–482. doi:10.1001/jama.288.4.475.

SEZER, C. ve AMARAT, M. (2018), “A Study on the Relationship between Health Literacy and Healthy Life Style”, *2nd International 12th National Congress on Health and Hospital Administration*.

SIMNETT, I. (1985), *Promoting health: a practical guide to health education*, Wiley.

SIMONDS, S. K. (1974), “Health education as social policy”, *Health Education Monograph*, 2:1-25.

SISK, R. J. (2000), “Caregiver burden and health promotion”, *International Journal of Nursing Studies*, 37(1):37-43.

SUKA, M., ODAJIMA, T., OKAMOTO, M., SUMITANI, M., IGARASHI, A., ISHIKAWA, H., KUSAMA, M., YAMAMOTO, M., NAKAYAMA, T. ve SUGIMORI, H. (2015), “Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people”, *Patient Educ Couns*; 98(5):660-8. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.013>].

TANRIVERDİ, G., SEVİĞ, Ü., BAYAT, M. ve BİRKÖK, M. C. (2009), “Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1):793-806.

VON WAGNER, C., KNIGHT, K., STEPTOE, A. ve WARDLE, J. (2007), “Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults”, *J Epidemiol Community Health*, 61:1086–90.

WALKER, S. N. ve HILL-POLERECKY, D. M. (1996), *Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript*, University of Nebraska Medical Center.

WOK, S. ve MOHAMED, S. (2017), *Internet and social media in Malaysia: Development. Challenges and potentials. The evolution of media communication*.



WU, Y., WANG, L., CAI, Z., BAO, L., AI, P. ve AI, Z. (2017), “Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China”, *Int J Environ Res Public Health*, 14(6) E628 [<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph14060628>] [PMID: 28604645].

YALÇINKAYA, M., GÖK ÖZER, F. ve KARAMANOĞLU, A. Y. (2007), “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6):409-420.

YOKOKAWA, H., YUASA, M., SANADA, H., HISAOKA, T. ve FUKUDA, H. (2015), “Age and sex-specific impact of health literacy on healthy lifestyle characteristics among Japanese Residents in a Rural Community”, *Health*; 07(06):679-688. [<http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.76081>].

ZAYBAK, A. ve FADILOĞLU Ç. (2004), “Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 20(1):77-95.