

**T.C.**  
**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ORTAÖĞRETİM FEN VE MATEMATİK ALANLARI EĞİTİMİ**  
**ANA BİLİM DALI**  
**BİYOLOJİ EĞİTİMİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞI ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI VE**  
**BİYOLOJİ ÖĞRETMEN ADAYLARININ SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞINA**  
**YÖNELİK TUTUMLARININ FARKLI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ZEHRA AYVAZ KULOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. HAKAN KURT**

**KONYA-2019**





T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Zehra AYVAZ KULOĞLU
	Numarası	148307021014
	Ana Bilim Dalı	Ortaöğretim Fen Ve Matematik Alanları Eğitimi Ana Bilim Dalı
	Bilim Dalı	Biyoloji Eğitimi Bilim Dalı
	Programı	Tezli Yüksek Lisans
	Tezin Adı	Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Geliştirme Çalışması Ve Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sağlık Okur-Yazarlığına Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi

### BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

18/07/2019

Zehra AYVAZ KULOĞLU



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU

Öğrencinin	Adı Soyadı	Zehra Ayvaz Kuloğlu
	Numarası	148307021014
	Ana Bilim Dalı	Orta Öğretim fen ve matematik Alanları Eğitimi
	Bilim Dalı	Biyoloji Eğitimi
	Programı	Yüksek Lisans
	Tez Danışmanı	Doç. Dr. Hakan KURT
	Tezin Adı	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Geliştirme Çalışması ve Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi

Yukarıda adı geçen öğrenci tarafından hazırlanan **Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Geliştirme Çalışması ve Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi** başlıklı bu çalışma 29/04/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	Ünvanı Adı Soyadı	İmza
Danışman	Doç. Dr. Hakan Kurt	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Gıyasettin Kaşık	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Baştürk Kaya	



Adı Soyadı	Zehra AYVAZ KULOĞLU
Numarası	148307021014
Ana Bilim Dalı	Ortaöğretim Fen Ve Matematik Alanları Eğitimi Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Biyoloji Eğitimi Bilim Dalı
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Hakan KURT
Tezin Adı	Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği Geliştirme Çalışması Ve Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sağlık Okur-Yazarlığına Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi

### ÖZET

Sağlık okuryazarlığı kavramının açıklanmaya çalışıldığı bu çalışmada; doktor, hemşire, öğretmen ve öğrencilerin sağlık okuryazarlık tutumunu belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirilmek istenmiştir. 5'li Likert tipi tutum ölçeği kullanılmıştır. 386 bireyden oluşan çalışma grubuna geliştirilen uygulama ölçeği (Ek-1) uygulanmak suretiyle derlenen veriler, istatistiksel ve matematiksel değerlendirilmeye tabi tutularak yorumlanmıştır.

44 maddeden oluşan uygulama ölçeğine faktör analizi yapılmış ve bireylerin sağlık okuryazarlığı tutumları çeşitli değişkenler açısından incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı tutum ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları kapsamında, genel güvenilirlik için analiz öncesi Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,779 analiz sonrasında ise 0,752 olarak hesaplanmıştır. Analizler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir (p <0,05).

Yapı geçerliği kapsamında açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda taslak ölçek (Ek-2) 18 maddelik ölçeğe indirgenmiştir. Veri yapısının faktör analizine uygun olup olmadığı KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) testi ve Bartlett testi yöntemlerinden yararlanılarak kontrol edilmiştir. KMO testi değeri 0,806 ve Bartlett testi 4398,848 ( $p < 0,05$ ) olarak bulunmuştur.

Yapılan analizler neticesinde ölçekten çıkarılan 26 maddeden sonra kalan 18 maddelik sağlık okuryazarlığı tutum ölçeği 3 faktörden oluşmaktadır. Bu boyutlar “Sağlık Hizmetleri”, “Hastalıktan Korunma” ve “Sağlığın İyileştirilmesi” boyutlarıdır. 26 maddenin analiz dışı bırakılması ile 3 faktörün varyansı açıklama oranının % 43,594 olduğu ve ölçekteki maddelerin yük değerlerinin ise 0,419 ile 0,839 arasında değiştiği görülmüştür. Ayrıca faktör analizi sonrasında ölçeğin bütününe ve her bir alt boyutuna ilişkin madde analizi gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin bütünü ile alt ölçekleri arasındaki ve alt ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkilere bakılmış ve bu ilişkilerin anlamlılık düzeyleri incelenmiştir ( $p < 0,05$ ).

Faktör analizi ile 18 maddeye indirilen ölçek, doğrulayıcı faktör analizi ile kurulan modellerin verilere uyumu incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi kapsamında,  $\chi^2/df$  (kikare/ serbestlik derecesi) değeri 1,98 olarak bulunmuştur ki bu sonuç modelin mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Modelin RMSEA değeri 0,051, GFI değeri 0,93, AGFI değeri 0,91, RMR uyum indeksi 0,097 ve SRMR uyum indeksi 0,058, NFI değeri 0,95, NNFI değeri 0,91 ve CFI değeri 0,95 olarak elde edilmiştir.

Araştırma sonucunda, geçerli ve güvenilir Sağlık Okuryazarlığı tutum ölçeği geliştirilmiştir. Ayrıca biyoloji öğretmen adaylarının sağlık okuryazarlığına yönelik tutumları cinsiyet, bölüm ve sınıf seviyesi yönünden karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmuştur. ( $p < 0,05$ )

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı Tutum Ölçeği, Ölçek Geliştirme, Faktör Analizi, Uyum Modeli (LISREL)

 <b>KONYA</b>	<b>T.C.</b> <b>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ</b> <b>Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü</b>	 <b>NECMETTİN ERBAKAN</b> <b>ÜNİVERSİTESİ</b> <b>KONYA</b> <b>EĞİTİM BİLİMLERİ</b> <b>ENSTİTÜSÜ</b>
---	---	---

<b>Öğrencinin</b>	Adı Soyadı	Zehra AYVAZ KULOĞLU
	Numarası	148307021014
	Ana Bilim Dalı	Ortaöğretim Fen Ve Matematik Alanları Eğitimi Anabilim Dalı
	Bilim Dalı	Biyoloji Eğitimi Bilim Dalı
	Programı	Tezli Yüksek Lisans
	Tez Danışmanı	Doç. Dr. Hakan KURT
	Tezin Adı	Health Literacy Scale Development Study And Evaluation Of Biology Teacher Teachers 'Attitudes Towards Different Variables In Health Literacy

### ABSTRACT

In this study, which tries to explain the concept of health literacy; In order to determine the health literacy attitude of doctors, nurses, teachers and students, a scale was developed. A 5-point Likert-type attitude scale was used. The data collected by applying the application scale (Annex-1) developed in the study group consisting of 386 individuals were interpreted with statistical and mathematical evaluation.

Factor analysis was applied to the 44-item application scale and health literacy attitudes of the individuals were examined in terms of various variables. Within the scope of validity and reliability studies of the health literacy attitude scale, the Cronbach Alpha reliability coefficient for the overall reliability was calculated as 0.779 and 0.775 after the analysis. The analyzes were evaluated at 95% confidence interval. (p <0.05)

As a result of exploratory and confirmatory factor analysis within the scope of construct validity, the draft scale (Annex-2) was reduced to 18-item scale. KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) test and Bartlett test methods were used to check whether the

data structure was suitable for factor analysis. KMO test value was 0,806 and Bartlett test was found to be 4398,848 ( $p < 0.05$ ).

After the 26 items removed from the scale as a result of the analyzes, the 18-item health literacy attitude scale consists of 3 factors. These dimensions are “Health Services”, Korunma Disease Prevention ”and“ Health Improvement ”dimensions. With the exclusion of 18 items, it was found that the rate of explanation of variance of 3 factors was 43,594% and the load values of the items in the scale ranged between 0.419 and 0.839. In addition, after factor analysis, item analysis for the whole scale and each sub-dimension was performed. The relationships between the whole scale and its subscales and between the subscales were examined and their significance levels were examined ( $p < 0.05$ ).

The scale was reduced to 18 items by factor analysis and the fit of the models established with confirmatory factor analysis to the data was examined. Within the context of confirmatory factor analysis,  $\chi^2 / df$  (chi-square / degree of freedom) value was found to be 1.98, which shows that the model has perfect fit. RMSEA value of the model was obtained as 0,051, GFI value 0,93, AGFI value 0,91, RMR compliance index 0,097 and SRMR compliance index 0,058, NFI value 0,95, NNFI value 0,91 and CFI value 0,95.

As a result of this research, valid and reliable Health Literacy Attitude Scale was developed. In addition, biology teacher candidates' attitudes towards health literacy were compared in terms of gender, department and grade level and a significant difference was found. ( $p < 0.05$ )

**Key words:** Health Literacy, Health Literacy Attitude Scale, Scale Development, Factor Analysis, Adaptation Model (LISREL)

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde, uzunca bir dönem değerli bilgilerini benimle paylaşan, sabır ve ilgiyle benliğime değer katan ve gelecekteki hayatıma yön veren bilgileriyle yolumu aydınlatan çok kıymetli hocam Doç. Dr. Hakan KURT'a teşekkürü bir borç bilirim.

Hayatları boyunca, arkamda kalıcı izler bırakmam ve boş bir çaba peşinde koşmamam için sürekli beni teşvik eden sevgili anne ve babam Hatice-Halis AYVAZ'a, bu günlere gelebilmemde her biri bir basamak olan hayatımdan geçen diğer öğretmenlerime de sonsuz teşekkürler.

Ve bu çalışmanın her aşamasında yardımlarını hiç esirgemeyen, tüm desteğiyle arkamda olan eşim Kemal KULOĞLU'na ayrıca varlığıyla hayatımı renklendiren, hayatıma ışık saçan sevgili oğlum Mustafa Yusuf ve sevgili kızım Ahsen Meva'ya sevgilerimle...

**Zehra AYVAZ KULOĞLU**

**Konya-2019**

## İÇİNDEKİLER

<b>BİLİMSEL ETİK SAYFASI</b>	<b>i</b>
<b>ÖZET</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>iv</b>
<b>ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR</b>	<b>vi</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b>	<b>1</b>
<b>1.GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>1.1.Problem Durumu</b>	<b>3</b>
<b>1.2.Araştırmanın Amacı</b>	<b>3</b>
<b>1.3.Araştırmanın Önemi</b>	<b>3</b>
<b>1.4.Problem Cümlesi</b>	<b>4</b>
<b>1.5.Alt Problemler</b>	<b>4</b>
<b>1.6.Varsayım ve Sınırlılıklar</b>	<b>5</b>
<b>1.6.1.Varsayımlar</b>	<b>5</b>
<b>1.6.2.Sınırlılıklar</b>	<b>5</b>
<b>1.7.Tanımlar</b>	<b>5</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	<b>6</b>
<b>2.1.OKURYAZARLIK KAVRAMI</b>	<b>6</b>
<b>2.2.SAĞLIK OKURYAZARLIK KAVRAMI</b>	<b>6</b>
<b>2.3.SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SINIFLANDIRILMASI</b>	<b>8</b>
<b>2.4.SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ</b>	<b>9</b>
<b>2.5.SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BOYUTU</b>	<b>11</b>
<b>2.6.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İÇİN BİLGİYE ERİŞİM ARAÇLARI</b>	<b>12</b>
<b>2.6.1.Sağlık Profesyonelleri</b>	<b>12</b>
<b>2.6.2.Tıp Literatürü, Sağlık Kitapları Ve Dergileri</b>	<b>12</b>
<b>2.6.3.Kitle İletişim Araçları, İnternet Ve Sosyal Medya</b>	<b>13</b>

<b>2.7.SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ÖLÇMEK VE DEĞERLENDİRMEK</b>	<b>13</b>
<b>2.8.SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER</b>	<b>15</b>
2.8.1.Demografik Faktörler	15
2.8.2.Kültürel Faktörler	15
2.8.3.Psikososyal Faktörler	16
2.8.4.Genel Okur-Yazarlık Düzeyi	16
2.8.5.Bireysel Özellikler	16
2.8.6. Hastalıkla İlgili Tecrübeler	16
2.8.7. Sağlık Hizmet Sistemi ile İlgili Diğer Faktörler	16
<b>2.9.SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİ YÜKSELTMEK VE SAĞLIK BİLİNCİNİ GELİŞTİRMEK</b>	<b>17</b>
<b>2.10.SAĞLIK OKURYAZARLIĞINDA HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMI</b>	<b>18</b>
<b>2.11.SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIĞA ETKİLERİ</b>	<b>19</b>
<b>2.12.DÜNYADA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI</b>	<b>20</b>
<b>2.13.TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI</b>	<b>20</b>
<b>2.14.YETİŞKİN EĞİTİMİ</b>	<b>22</b>
<b>2.15.SAĞLIK EĞİTİMİ</b>	<b>23</b>
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	<b>26</b>
<b>3.YÖNTEM</b>	<b>26</b>
3.1. Çalışmanın Amacı	26
3.2. Çalışma Deseni	26
3.3. Çalışma Grubu	26
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.5.Verilerin Çözümlemesi	29
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b>	<b>42</b>
<b>4. BULGULAR VE YORUMLAR</b>	<b>42</b>
4.1. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	42
4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	57

<b>4.3. Sağlık Okur-Yazarlığına Ait Boyutların Uyum Modeli ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (LISREL)</b>	<b>81</b>
<b>3.6. Sağlık Okur-Yazarlığına Yönelik Tutumlarına Ait Bulgular</b>	<b>97</b>
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b>	<b>101</b>
<b>5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER</b>	<b>101</b>
<b>5.1. Sonuç ve Tartışma</b>	<b>101</b>
<b>5.1.1. Ölçek Geliştirme Çalışması İle İlgili Sonuç</b>	<b>101</b>
<b>5.1.2. Faktör Analizi İle İlgili Sonuç</b>	<b>101</b>
<b>5.1.3. Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizi İle İlgili Sonuç</b>	<b>1033</b>
<b>5.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Tutum Ölçeği Uyum Modeli Sonuçları (LISREL)</b>	<b>103</b>
<b>5.1.5. İlişkisel Tarama Çalışması İle İlgili Sonuç</b>	<b>104</b>
<b>5.1.6. Sınıf Düzeyi Biyoloji Öğretmen Adaylarının Tutumlarıyla İlgili İlişkisel Sonuç</b>	<b>105</b>
<b>5.1.7. Cinsiyet İle İlgili İlişkisel Sonuç</b>	<b>105</b>
<b>5.1.8 Literatür Taraması Ve Sonuçların Karşılaştırılması</b>	<b>106</b>
<b>5.2. Öneriler</b>	<b>107</b>
<b>KAYNAKÇA</b>	<b>108</b>
<b>Ek 1</b>	<b>119</b>
<b>Ek 2</b>	<b>121</b>
<b>Özgeçmiş</b>	<b>123</b>

## KISALTMALAR

AMA: Amerikan Tıp Birliği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MART: Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/ The Medical Terminology Achievement Test - Bir-İki Soruluk Test (One-or Two Question Tests)

MMSE: Mini-Mental Durum Muayenesi/ The Mini-Mental State Examination

REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü/The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SOFT-R: Slosson Sesli Okuma Testi-Yenilenmiş/The Slosson Oral Reading Test-Revised

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TOFHLA: Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi/The Test of Functional Health Literacy in Adults

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

WRAT-3: Geniş Kapsamlı Başarı Testi/The Wide-Range Achievement Test

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo-1: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Cinsiyet Frekans Tablosu</b>	<b>29</b>
<b>Tablo-2: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Yaşa Göre Frekans Tablosu</b>	<b>30</b>
<b>Tablo-3: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Medeni Duruma Göre Frekans Tablosu</b>	<b>30</b>
<b>Tablo-4: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Aile Tipine Göre Frekans Tablosu</b>	<b>31</b>
<b>Tablo-5: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Hanede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Frekans Tablosu</b>	<b>31</b>
<b>Tablo-6: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Oturduğu Eve Göre Frekans Tablosu</b>	<b>32</b>
<b>Tablo-7: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Ev Özelliğine Göre Frekans Tablosu</b>	<b>32</b>
<b>Tablo-8: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Haftada Okunan Gazete Sayısına Göre Frekans Tablosu</b>	<b>33</b>
<b>Tablo-9: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Yılda Okunan Kitap Sayısına Göre Frekans Tablosu</b>	<b>34</b>
<b>Tablo-10: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>35</b>
<b>Tablo-11: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Doktor Masrafını Karşılabilme Durumuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>35</b>
<b>Tablo-12: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Hasta Olunca İlk Uygulanan İşleme Göre Frekans Tablosu</b>	<b>36</b>
<b>Tablo-13: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin En Yakın Erişkin Hastalandığında İlk Uygulanan İşleme Göre Frekans Tablosu</b>	<b>36</b>
<b>Tablo-14: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Çocuğu Hastalandığında İlk Uygulayacağı İşleme Göre Frekans Tablosu</b>	<b>37</b>
<b>Tablo-15: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Genel Olarak İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>37</b>
<b>Tablo-16: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Sağlık Kuruluşuna En Sık Başvuru Nedenine Göre Frekans Tablosu</b>	<b>38</b>

<b>Tablo-17: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Genel Olarak Sağlık Bilgisine İlk Ulaşılan Yere Göre Frekans Tablosu</b>	<b>38</b>
<b>Tablo-18: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Hekim Seçme Hakkının Olduğunu Bilme Durumuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>39</b>
<b>Tablo-19: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin İkinci Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>39</b>
<b>Tablo-20: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin İkinci Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Sebebi Durumuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>40</b>
<b>Tablo-21: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Aldığı Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>40</b>
<b>Tablo-22: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Sağlık Çalışanlarından Memnuniyet Durumuna Göre Frekans Tablosu</b>	<b>41</b>
<b>Tablo-23: KMO ve Bartlett Testine Ait Bulgular</b>	<b>43</b>
<b>Tablo-24: Ölçeğin Analiz Bulgularına Ait Cronbach Alpha Değeri</b>	<b>44</b>
<b>Tablo-25: Açıklanan Toplam Varyans Tablosu</b>	<b>45</b>
<b>Tablo-26: 1. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi (AFA)</b>	<b>48</b>
<b>Tablo-27: 2. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>49</b>
<b>Tablo-28: 3. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>50</b>
<b>Tablo-29: 4. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>51</b>
<b>Tablo-30: 5. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>52</b>
<b>Tablo-31: 6. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>53</b>
<b>Tablo-32: 7. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>54</b>
<b>Tablo-33: 8. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>55</b>
<b>Tablo-34: 9. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>56</b>
<b>Tablo-35: DFA 1. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>59</b>
<b>Tablo-36: DFA 2. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>60</b>
<b>Tablo-37: DFA 3. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>61</b>
<b>Tablo-38: DFA 4. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>62</b>
<b>Tablo-39: DFA 5. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>63</b>
<b>Tablo-40: DFA 6. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>64</b>

<b>Tablo-41: DFA 7. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>65</b>
<b>Tablo-42: DFA 8. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>66</b>
<b>Tablo-43: DFA 9. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>67</b>
<b>Tablo-44: DFA 10. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>68</b>
<b>Tablo-45: DFA 11. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>69</b>
<b>Tablo-46: DFA 12. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>70</b>
<b>Tablo-47: DFA 13. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>71</b>
<b>Tablo-48: DFA 14. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>72</b>
<b>Tablo-49: DFA 15. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>73</b>
<b>Tablo-50: DFA 16. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>74</b>
<b>Tablo-51: DFA 17. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>75</b>
<b>Tablo-52: DFA 18. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi</b>	<b>76</b>
<b>Tablo-53: KMO ve Bartlet Testine Ait Bulgular</b>	<b>76</b>
<b>Tablo-54: Açıklanan Toplam Varyans Tablosu</b>	<b>77</b>
<b>Tablo-55: Ölçekteki Faktörler ve Yük Değerleri</b>	<b>79</b>
<b>Tablo-56: Alt-Üst Gruplarına Dayanan Geçerlik Analizi</b>	<b>80</b>
<b>Tablo-57: Ölçeğin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı</b>	<b>81</b>
<b>Tablo-58: Uyum Modeli İçin Maddelerin Aldığı Madde Sıra Numaraları</b>	<b>86</b>
<b>Tablo-59: Madde Boyutları Uyum Modeli Değerleri</b>	<b>87</b>
<b>Tablo-60: Ölçeğin Geneli ve Faktörler Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular</b>	<b>92</b>
<b>Tablo-61: Ölçekte Kalan Maddelere Verilen Cevapların Frekans Değerleri</b>	<b>93</b>
<b>Tablo-62: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Katılımcıların Tutumlarının Ölçeğin Boyutlarına Göre Betimsel İstatistiklerine Ait Analiz Bulguları</b>	<b>94</b>
<b>Tablo-63: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Biyoloji Öğretmen Adaylarının Tutumların Ölçeğin Boyutlara Göre Betimsel İstatistiklerine Ait Analiz Bulguları</b>	<b>95</b>
<b>Tablo-64: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sınıf Düzeylerine Göre Tutumların Ölçeğin Boyutlarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Bulguları</b>	<b>96</b>
<b>Tablo 64-Devam</b>	<b>97</b>

<b>Tablo-65: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Cinsiyet Farklılığı ve Tutum İlişkisi</b>	<b>98</b>
<b>Tablo-66: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Aile Tipi ve Tutum İlişkisi</b>	<b>98</b>
<b>Tablo-67: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Oturduğu Ev ve Tutum İlişkisi</b>	<b>99</b>
<b>Tablo-68: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Aldığı Sağlık Hizmetinden Memnuniyet ve Tutum İlişkisi</b>	<b>99</b>
<b>Tablo-69: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sağlık Çalışanından Memnuniyet ve Tutum İlişkisi</b>	<b>100</b>



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil-1: Yamaç-Birikinti Grafiği</b>	<b>46</b>
<b>Şekil-2: Yamaç-Birikinti Grafiği</b>	<b>58</b>
<b>Şekil-3: Yamaç-Birikinti Grafiği</b>	<b>78</b>
<b>Şekil 4: Uyum Modeli Estimates Bulguları</b>	<b>89</b>
<b>Şekil 5: Uyum Modeli Standardized Solution Bulguları</b>	<b>90</b>
<b>Şekil 6: Uyum Modeli t-Values Bulguları</b>	<b>91</b>



## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.GİRİŞ

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlığın tanımını; bireyde hastalık ve sakatlık olmayışı değil; fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak bir bütün içinde ve iyilik halinde olması şeklinde tanımlamıştır.

En gelişmiş canlı olarak nitelenen insanın ise yaşamını idare edebilmesi, bu fonksiyonel yönlerini tam anlamıyla kullanabilmesiyle mümkündür. Bunu gerçekleştirebilmek için ise bireysel olarak insana, genel olarak topluma bir takım sorumluluklar düşmektedir. İnsanların toplumdaki ferah statüye erişmelerini sağlayacak sorumlulukların başında okuryazarlık düzeyi gelmektedir. Okuryazar olmayanların toplum için hem sosyal hem ekonomik hem de kişisel olarak verdikleri olumsuzluklar daha fazla olur ve kendi öz yeterliliklerini kontrol altında tutamazlar (Nutbeam, 2008).

Okuma-yazma kavramının, geçmişten günümüze teknolojinin gelişmesi ve değişmesiyle, okuma yazmaya olan ihtiyaç artış göstermesi ve bilim-teknolojinin iyileşmesiyle tanımlarında çeşitlilik meydana gelmiştir. Okuryazarlık ise, yazılı işaretlerin icat edilip kullanılmaya başlanmasından itibaren günümüze kadar süregelen bir kavramdır. Önceden adını okuyup yazabilen ve imza atabilene okuryazar denilirken, zamanla kısıtlı tutulan bu ölçü gelişmeye başlamıştır. UNESCO 1951'de okuryazarı, "Günlük hayatı ile ilgili basit cümleleri anlayarak okuyup yazabilen kişi" olarak tanımlamıştır. Daha sonra 1960'da okuryazarlığın tanımı, en az beş yıl eğitim görmüş biri kadar bilgili ve günlük gazeteleri rahatlıkla okuyabilen kişi" olarak tanımlanmıştır (Güneş, 1992).

Okuryazarlık kavramının bir üst aşaması olan bilgi okuryazarlığında ise iki yaklaşımdan söz edilebilir. Birincisi bilgi okuryazarlığının ne olduğu, ikincisi bireyin sahip olması gereken becerilerin ne olması gerektiğidir (Gürdal, 1998).

Bu çalışmada belirlenen çalışma grubuna geliştirilen ölçek uygulanmak suretiyle derlenen veriler, istatistiksel ve matematiksel değerlendirilmeye tabi tutularak yorumlanmıştır.

Bizim için ise geliştirilebilecek bir durum olan ikinci yaklaşım yani bireyin sahip olması gereken beceriler ön plana çıkmaktadır.

Bir toplumun geleneksel yapıdan çıkıp bilgi toplumu olma seviyesine çıkmasında 3 faktör ön plana çıkmaktadır. Bunlar: bilgi üretimi, bilgi tüketimi ve bilginin üst düzey kullanılmasıdır. Bu süreçte öncelikle bilgiye ulaşabilmek gerekmektedir. "öğretme" anlayışı yerini 21.yy'da "öğrenmeyi öğrenme" anlayışına bırakmış ve böylece öğrenci algısında da farklılıklar başlamıştır. Süreç içerisinde ders kitaplarından çok görsel, işitsel ve yazılı kaynaklar yer almaya başlamış ve sadece okul eğitimiyle sınırlı kalmamış yaşam boyu öğrenme kavramı ortaya çıkmıştır (Aldemir, 2003).

Snaveley (1997), 34 farklı okuryazarlık kavramından bahsetmektedir (Snaveley ve Cooper, 1997).

Okuryazarlık türlerindeki bu çokluğa karşın eğitim uzmanları sosyo-kültürel ve bilimsel içerikli okuryazarlık türlerinin üzerinde durmuşlardır. 273 ayrı okuryazarlık kendi disiplinleri içerisinde değerlendirilirken bilgi okuryazarlığının bütün okuryazarlık türlerini kapsayacak içeriğe sahip olduğu söylenebilir (Breivik ve Ford, 1993; Hancock, 1993).

Sağlık teknolojisinin hızla ilerlemesi ile birlikte sağlık hizmeti alan kişilerden de beklentiler artmaktadır. Bireylerin kendi sağlık problemleriyle ilgili kararlar alması konusunda kendi sorumluluklarını almaları istenmekte, sağlığı ile ilgili yapılan açıklamaları anlamaları, koruyucu sağlık hizmetlerine başvurularının artırılması, erken dönemde belirtilerinin fark edilip geç kalmadan önlem alınabilmesi amaçlanmaktadır. Kişinin var olan hastalık durumunu doğru kavrayıp tanı-tedavi-iyileştirme sürecini kolaylaştırıp hızlandırmayı, bu doğrultuda talimatlara yerinde tepki vermeyi, sağlıklı beslenmeyi, sağlığa zararlı alışkanlıklardan uzak

durmayı, kişisel bakım düzeyini arttırmayı, sonuçta ise mortalite oranını ve sağlık bakım maliyetlerini düşürülmesi planlamaktadır (Yılmazel ve ark., 2009).

Sağlık hizmeti almak için sağlık kurumuna başvuran kişiler ancak, bilgiyi edinebilme, anlayabilme ve verilen yükümlülükleri yerine getirme becerilerine sahip oldukları zaman hızla ilerlemiş sağlık teknolojisi içerisinde çıkış bulabilmektedirler. Bu çıkışa sağlık okuryazarlığının yeterli olması ile ulaşılabacaktır (Okyay ve Abacıgil, 2016; Tanrıöver ve ark. 2014).

### **1.1.Problem Durumu**

İçinde bulunduğumuz toplumdaki bireyler gerek önlem gerekse tedavi amaçlı sağlık kurumlarına müracaat etmektedirler. Bu durumda sağlık personelinin söylediklerini iyi anlamaları verilen yükümlülükleri doğru yerine getirebilmeleri ayrıca özelde bireyin genelde ise tüm toplumun sağlık kültür ve uygulamalarının yüksek statüye ulaşmaları ve bununla birlikte ekonomiye de olumlu katkı sağlamaları için yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmaları gerekmektedir. Bu çalışmada hemşire, doktor, öğretmen ve biyoloji öğrencilerine yönelik sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirilmiş ve bu meslekleri icra edenlerin görüşleri farklı değişkenlere göre incelenmiştir.

### **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada hemşire, doktor, öğretmen ve biyoloji öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin belirlenmesi; ayrıca sağlık eğitiminin sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeylerine etkilerinin ortaya çıkarılması ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda çözümler üretilmesi amaçlanmıştır.

### **1.3.Araştırmanın Önemi**

Birçok insan, yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığı ve sağlık sisteminin karmaşık yapısı nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince ve etkin bir şekilde fayda görememektedirler. SOY düşük olan bireylerin SOY yeterli olan bireylere göre ekonomiye verdikleri zarar ise çok daha fazla olduğu belirlenmiş öyle ki düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olanların bakım ve tedavi maliyetleri genel nüfusun

bakım ve tedavi maliyetlerinin dört katına tekabül etmektedir (Uğurlu, 2011; People, 2000).

Üstelik sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin hayatlarıyla ilgili verilecek olan karar sürecine kendilerinin etkin bir şekilde katılmaları istenmektedir. Bu yüzden bilgiyi veren kişinin alacak olan kişi tarafından doğru ve eksiksiz bir şekilde anlaşıldığından emin olması gerekir. Bu sebeple sağlık hizmeti alacak kişinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının olması istenmektedir. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı artırılıp, yapılacak tetkik, tedavi masraflarını ve acil servislerin kullanımını ve morbidite ve mortalite oranını en aza indirmek açısından da önem taşır (Baker ve ark., 1998; Sadeghi ve ark., 2013.; Bilir, 2014; Çopurlar ve Kartal, 2016).

#### **1.4.Problem Cümlesi**

Doktor, hemşire, öğretmen ve biyoloji öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi nedir? Sağlık okuryazarlık düzeyi hangi faktörlerle ilişkilendirilebilir?

#### **1.5.Alt Problemler**

Bu çalışmada doktor, hemşire, öğrenci ve öğretmenlerin;

1. Sağlık okuryazarlığı tutum ölçeğinin geliştirilmesi için hangi işlem basamakları uygulanmıştır?

2. Biyoloji öğretmen adaylarının sağlık okuryazarlığına yönelik tutumları ne seviyededir?

3. Biyoloji öğretmen adaylarının sağlık okuryazarlığına yönelik tutumları,

\*cinsiyetlerine

\* lisans sınıf düzeylerine göre farklılık göstermekte midir?

Sorularına cevap aranmıştır.

## **1.6.Varsayım ve Sınırlılıklar**

### **1.6.1.Varsayımlar**

Anketin uygulandığı bireylerin anketi içtenlikle cevapladıkları ve anketin uygulandığı bireylerin anket sorularına cevap verecek yeterlilikte oldukları varsayılmıştır.

### **1.6.2.Sınırlılıklar**

Bu araştırma Türkiye'den toplanan verilerle sınırlıdır. Sağlık okuryazarlığı tutum leği Konya Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan hemşire ve doktorlar, Necmettin Erbakan niversitesi ğrencileri ve Mehmet Akif Ersoy Anadolu İmam Hatip Lisesi okulu öğretmenleri ile sınırlıdır.

## **1.7.Tanımlar**

Morbidite: Hastalığa yol açma anlamına gelmektedir.

Mortalite: Ölüm oranı anlamına gelmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2.1.OKURYAZARLIK KAVRAMI

Okuryazarlık kavramı, Türk Dil Kurumu tarafından ‘okuryazar olabilme durumu’ olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu).

Genel olarak ifade edilen okuryazarlık kavramı ise “toplum tarafından anlam verilen iletişimsel simgeleri etkili bir biçimde kullanılabilme yeteneği” şeklinde tanımlanırken (Kellner 2001; Kress, 2003),

UNESCO’nun ilerleyen zamanlarda yaptığı bir diğer tanıma göre de okuryazar; “günlük yaşamı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi, anlayarak okuyup yazabilen kişi” olarak tanımlamaktadır (Güneş, 1994; Unesco, 2006).

UNICEF, fonksiyonel okuryazarlık tanımı ise “bireysel ve toplumsal gelişim için okuma, yazma ve aritmetikle ilgili bilgileri kullanma becerisi” olarak tanımlamaktadır (Sørensen ve ark., 2012).

İlerleyen teknolojiyle UNESCO yaptığı okuryazarlık kavramını yetersiz görmüş ve 2008’de; ‘değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneği’ şeklinde geliştirmişlerdir (Unesco, 2008).

Okuryazarlık, toplumdaki statünün, toplumsal aktif rollerin ve refah sağlık düzeyinin önemli belirleyicisi olmaktadır (Kickbusch ve ark., 2005).

### 2.2.SAĞLIK OKURYAZARLIK KAVRAMI

DSÖ’nün ilk olarak 1948 deki tanımına göre sağlık; “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” olarak tanımlanmıştır.

Amerikan Tıp Birliği (AMA), 1999'da Sağlık okuryazarlık kavramını; sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi şeklinde tanımlamaktadır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini de içermektedir (Hoc, 1999).

Daha net bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı reçete edilerek verilmiş ilaçlardaki kullanma talimatlarını, randevu zamanlarını, tıbbi broşürleri, sağlık personelinin yaptığı açıklamaları yeterince anlamaları böylece karışık olan sağlık sistemiyle baş edebilme ve kendi tedavi sürecine katılabilmeyi içerir (Nutbeam, 2000).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğünde yer alan tanıma göre de sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ayrıca Zarcadoolas ve ark. sağlık okuryazarlığını, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için insanların bilinçli tercihler yapmasına yardımcı olacak sağlık bilgisini, arayıp bulma, kavrama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini kapsayan geniş beceriler topluluğu olarak tanımlamaktadır (Zarcadoolas ve ark., 2005).

DSÖ, 2013 yılında tanımını şu şekilde yenilemiştir; “Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla günlük yaşam içerisinde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirlerken ve kararlar verirken sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgilerini, motivasyonlarını ve yeterliliklerini ifade etmektir.”

Sağlık okuryazarlığı; kişinin, kişisel yeteneklerin, bireylerin, sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi, aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi sayesinde şekil almaktadır (Parker ve Kindig, 2006).

Sosyo-ekonomik durum, meslek, iş, gelir, sosyal destek, kültür, dil, çevresel ve politik ortam, medya kullanımı, akranlar ve aile gibi sosyal ve çevresel faktörler sağlık okuryazarlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Bireyin yaşı cinsiyeti, kültürel düzeyi, hastalık tecrübeleri, duyu organlarının fonksiyonlarını yerine getirip getirememesi, sosyal ve fiziksel yetenekleri ile okuma, kavrama ve işlemlere yönelik bilişsel düzeyi de durumsal belirleyicilerle yine olumlu olumsuz olarak etkilenmektedirler (Sørensen ve ark., 2012).

### 2.3.SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SINIFLANDIRILMASI

Nutbeam, bireylerin davranış özelliklerine göre sağlık okuryazarlığını, “Temel/Fonksiyonel”, “İletişimsel” ve” Eleştirel” sağlık okuryazarlığı olarak üç düzeyde ele almaktadır.

**Temel/Fonksiyonel SOY:** Temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır. Bu düzeyde kişiler sağlıkla ilgili konulardaki eğitim broşürlerini okuyabilmeliler.

**İletişimsel SOY:** Sağlık hizmeti alacakların sağlık hizmeti verecek olanlarla iletişimde, sosyal ve bilişsel becerilere de sahip olması anlamına gelmektedir. Bu düzeydeki bireyler farklı sağlık aktivitelerinden yararlanabilmekte ve değişen sağlık koşullarında sahip oldukları bilgileri rahatlıkla kullanabilmeliler.

**Eleştirel SOY:** İleri düzeyde bilişsel, sosyal becerilere ve yeterli sağlık bilgisine eleştirel düzeyde düşünebilme yeteneğine sahip olmayı gerektirmektedir. Böylece kişiler sağlık bilgilerini eleştirel düzeyde değerlendirebilmeli, kapasitelerini geliştirebilmeli, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmeli ve yorumlayabilmeliler (Nutbeam, 2000).

AMA tarafından yapılan sınıflamasına göre de sağlık okuryazarlığı üç sınıfa ayrılmaktadır.

**Yazılı Okuryazarlık:** Sağlıkla ilgili bilgileri rahatlıkla okuma ve yazma,

**Sözel Okuryazarlık:** Sağlıkla ilgili konularını dinleme ve konuşma,

**Sayısal Okuryazarlık:** Sayıları kullanabilme kabiliyetini içermektedir(Balçık ve ark., 2014).

Zarcadolas ve arkadaşlarına göre de SOY; “Temel Okuryazarlık”, “Bilimsel Bilgi Okuryazarlığı”, “Vatandaş Okuryazarlığı”, “Kültürel Okuryazarlık” olarak sınıflandırılmaktadır (Zarcadolas ve ark., 2005; 2006).

**Temel Okuryazarlık:** Sayıları okuma, yazma, konuşma ve yorumlama ile ilgili becerileri ifade etmektedir. Temel okuma yazma, Sağlık okuryazarlığı için en önemli unsur olarak kabul etmektedir. Temel okuryazarlık derecesine sahip olan kişi istatistiksel bilgileri okuyabilmekte ve anlayabilmekte ayrıca tedavi riski ve olasılıklarıyla ilgili yüzdeleri hesaplayabileceği aritmetik becerilerle ilaç dozlarını da anlayabilecek beceriye sahip olabilmektedir.

**Bilimsel Bilgi Okuryazarlığı:** Birinin sağlık ile ilgili bilim ve teknolojiyi kullanabileceği becerileri ifade etmektedir. Bilimsel okuryazarlık, temel bilimsel kavramlar, teknik karmaşıklık, teknoloji, bilim, bilimsel belirsizlik ve bilimdeki hızlı değişimleri anlama becerilerini içermektedir.

**Vatandaş Okuryazarlığı:** Toplumsal konuların farkındalığı, eleştirel yaklaşım ve karar verme sürecine müdahil olma yeteneklerine dayanmaktadır.

**Kültürel Okuryazarlık:** Sağlık bilgisini yorumlamak ve uygulamak için kolektif inançlar, gelenekler, dünya görüşü ve toplumsal kimliğin farkına varma ve kullanma becerisini ifade etmektedir (Balçık ve ark., 2014; Cesur ve ark. 2015).

#### **2.4.SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ**

Sağlık okuryazarlığı bireylerin ve dolayısıyla toplumun yaşam kalitesini arttırmak ve yapılması gereken doğru şeyleri öğreterek bilinçlendirmektir.

Sağlık okuryazarlığını toplumsal bazda geliştirmek için geliştirilen altı genel tema şu şekildedir:

**Etkilediği İnsan Sayısı:** Okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de yaygın olduğu görülmektedir. Dünya toplumuna bakıldığında kadınların bu durumdan erkeklere oranla daha fazla etkilendiği, dünya genelinde kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirtilmektedir

**Olumsuz Sağlık Sonuçları:** Yüksek mortalite oranları ile okuryazarlık düzeyinin yetersizliği arasında doğru orantılı bir ilişki vardır.

**Kronik Hastalık Oranlarında Artış:** Kronik hastalıkların oluşması ve morbiditenin artışında sağlıkla ilgili olumsuz alışkanlık ve davranışlarının payı büyüktür. Dünya mortalite oranının büyük yüzdeliğini oluşturan kronik hastalıkların meydana gelmesi ve seyrinde ise yetersiz sağlık okuryazarlık oranı büyük etki etmektedir.

**Sağlık Bakım Maliyetleri:** Sağlık okuryazarlığının düşük yüzdelerle seyretmesi ülke maliyetine yıllık % 3 ila %5 oranında ek mali külfet getirmektedir.

**Sağlık Bilgisi Talepleri:** Sağlık hizmeti verenlerin almış oldukları eğitim ve mesleki dilin (jargon) sağlık hizmeti alacak olanlar ile uç sınırlarda olması da hizmet veren ve alan arasında iletişim kopukluğuna sebep olmaktadır.

**Eşitlikçilik:** Sağlık okuryazarlığının düşük olması aynı zamanda bireyin sağlık hizmeti alacağı sürece aktif olarak rol alamayacağı anlamına da gelmektedir. Toplumdaki sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltilmesi sağlıktaki bu eşitsizliğinde azalması demektir (Gillis ve Quigley, 2004; Nutbeam, 2000).

## 2.5.SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BOYUTU

Bireylerin sağlığı üzerinde yetersiz sağlık okuryazarlığının etkisini destekleyen kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir. Bu kanıtlardan bazıları:

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yetersiz Oranda Kullanma

Semptomatik Dönemde Sağlık Birimlerine Başvuruyu Erteleme

Kişinin Tıbbi Durumunu Yorumlamasında Yetersizlik

Tıbbi Öneri/Talimatlara Uyum Güçlüğü

Öz-Bakım Yetersizliği

Sağlık Bakım Maliyetlerinde Artış

Mortalite Oranında Artış ve

Acil Servis Gibi Maliyeti Yüksek Hizmetlerden Yararlanma Oranlarında Yükseklik olarak gösterilmektedir (Freedman ve ark., 2009; Tözün ve Sözmen, 2014).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça azdır ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bulunmuştur (Watkins, 2007; Talbot ve Verrinder, 2010; Chinn, 2011).

Bununla birlikte, Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada toplumumuzun %24.5’i yetersiz sağlık okuryazarı, %40.1’i sorunlu sağlık okuryazarı, %27.8’i yeterli sağlık okuryazarı ve %7.6’sı mükemmel sağlık okuryazarı olarak bulunmuştur (Durusu Tanrıöver ve ark., 2012).

Küresel anlamda sağlık okuryazarlık düzeyine bakıldığında ise 2011 yılında gelişmiş sayılan sekiz Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan) yapılan çalışma sonucunda Hollanda’da katılımcıların %23,7’si, Bulgaristan’da %53,7’si yetersiz ve sorunlu

grupta yer almıştır. Yeterli ve çok iyi puan alan grupta ise Polonya %42,2 ile ilk sırada, İspanya ise %36,9 ile sonlarda yer almıştır (Kanj ve Mitic, 2009).

## **2.6.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İÇİN BİLGİYE ERİŞİM ARAÇLARI**

SOY düzeyini arttırmak için kullanılan sağlık bilgisine erişim yolları; “Sağlık Profesyonelleri”, “Tıp Literatürü, Tıp ve Sağlık Kitapları ve Dergileri” ile “Kitle İletişim Araçları, İnternet ve Sosyal Medya”dan oluşmaktadır (Tözün ve Sözmen, 2014)

### **2.6.1.Sağlık Profesyonelleri**

Sağlıkla ilgili konularda en güvenilir kaynak olan sağlık profesyonellerin eğitim yapacak kadar vakitlerinin olmaması bireyleri internet, televizyon ve gazete gibi güvenilir olmayan kaynaklara yönlendirmektedir. Medyada alanında uzman olmayan ya da ticari amaç güden kişilerce yanlış yönlendirmeler yapılabilmektedir. Bu durumların artması kişileri sağlıkları konusunda doğru olmayan kararlar vermelerine neden olabilmektedir (İlgaz ve Gözüm, 2016).

Sağlık profesyonellerinin, hastalar ile iletişim kurmaları tedavi sürecini ve sonucunu olumlu etkileyeceği yönündedir. Sağlık personelinin hizmet sunarken anlatım becerileri büyük önem taşımaktadır. Sağlık personelinin hasta ile iletişiminde hastanın anladığından emin olunmalı ‘nasıl yapıldığını gösterin lütfen’ gibi geri bildirim alınmalı ve samimi bir iletişim kurulmalıdır(Unesco, 2008).

Hastaların anlayabileceği seviyede anlatmak, açık ve sade bir dil kullanmak, kısa ve öz açıklamalar yapmak, olası yan etkilerden bahsetmek karşı taraftan anlaşmayı kolaylaştırıp tedavi sürecini olumlu yönde etkiler(Sezgin, 2013; Parker ve ark., 2003).

### **2.6.2.Tıp Literatürü, Sağlık Kitapları Ve Dergileri**

Sağlık alanında başvurulabilecek en güvenilir kaynaklar; Tıp Fakültelerinde, Sağlık Meslek Yüksekokullarında vb. okutulan ders kitaplarıdır. Ancak bunların

toplum tarafından ulaşılabilmesi ve daha da önemlisi anlaşılabilmesi oldukça güçtür. Bu yüzden daha çok ilgili bakanlıklarca hazırlanan kitap ve broşürlere başvurmak daha uygun olmaktadır (Tözün ve Sözmen, 2014).

### **2.6.3.Kitle İletişim Araçları, İnternet Ve Sosyal Medya**

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2011 yılında yapılan bir araştırmaya göre, internet kullanım amaçları arasında kamu kuruluşlarına ait internet sitelerinden bilgi edinme oranı %51 ile ilk sırada yer almaktadır (Tük, 2014).

İnsanların %54.1'i ise interneti yaralanma, hastalık, beslenme gibi konular için takip ederken (Tük, 2011).

Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasının 2014'te ki sonuçlarına göre, bireylerin %31,6'sı internet üzerinden bir hekimden ya da hastaneden randevu almaktadır. Yine bu araştırmaya göre; Teknolojiye ulaşımın bu denli artış gösterdiği toplumumuzda bireyler sağlığı ilgilendiren tüm konularda medya ve internet kaynaklarından her gün farklı bilgilere ulaşabilmektedirler. Ancak ulaşılan bilginin doğru ve güvenilirliği şüpheli, yanlış, yersiz ve yetersiz olabilmektedir. Bu durum hem sağlıklı hemde hasta bireylerin sağlık durumunu tehlikeye atmaktadır(İlhan, 2016).

## **2.7.SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ÖLÇMEK VE DEĞERLENDİRMEK**

Varolan sağlık okuryazarlık değerlendirme testleri daha çok temel okuryazarlık düzeylerini tespit etmek üzere geliştirilmiştir. Bu testlerle hastanın anlama, matematiksel beceri, kelime tanıma ve konuşma gibi becerileri değerlendirilmektedir.

Zarcadoolas ve arkadaşları ise sağlık okuryazarlığında önemli olanın kısa ve hızlı olması, bu ölçümün matematiksel okuma becerisi yanı sıra sağlık ve sağlık işleyişi hakkında eleştirel düşünme becerisini de içermesi gerektiğini ifade ederek farklı bakış açılarına ihtiyaç olduğu üzerinde durmuştur (Zarcadoolas ve ark., 2005).

Sağlık eğitimi verilen kişiyi değerlendirmek için çoğu kez açık uçlu sorular sorulmakta bu yüzden kişiden net sonuçlar alınamamaktadır. Bazıları ise utanma, mahcup olma gibi duyguları nedeni ile olumlu cevaplar verebilmekteler. Bu nedenle de yanıltıcı sonuçlar elde edilebilmektedir (Sezgin, 2011).

Sağlık çerçevesi içerisinde kullanılan kelime tanıma testleri ve sağlık okuryazarlık seviyesi ölçen testler şu şekilde sıralanabilir:

**TOFHLA**(Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi/The Test of Functional Health Literacy in Adults),

**REALM** (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü/The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine),

**MMSE** (Mini-Mental Durum Muayenesi/The Mini-Mental State Examination),

**WRAT-3** (Geniş Kapsamlı Başarı Testi/The Wide-Range Achievement Test),

**MART** (Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/ The Medical Terminology Achievement Test), Bir-İki Soruluk Test (One-or Two Question Tests),

**SOFT-R** (Slosson Sesli Okuma Testi-Yenilenmiş/The Slosson Oral Reading Test-Revised) (Bernhardt J.M. ve Cameron K.A, 2003).

Kelime tanıma testleri uygulandığında, uygulanan kişiden, kâğıtta yazan kelimeleri sesli okumaları istenir. Kelimeler genellikle sağlık ilgili tıbbi kelimelerdir. Bu kelimeler söylemi basit olandan başlayarak zora doğru gitmektedir. Artık söyleyemeyecek duruma geldiğinde test tamamlanır. Bireyin kelimeleri söyleyememesi bu kelimelerin anlamlarını da bilmediği anlamına gelir (Bernhardt ve Cameron, 2003).

Sağlık okuryazarlığının çok boyutlu ve karışık yapısı düşünüldüğünde, var olan bu ölçme yöntemlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu testlerde kelimeyi söyleyebilme ve tanıma yöntemine dayandığından, kişinin anlama düzeyini ölçmede yetersiz kalabilmekte ve sağlık okuryazarlığının sosyo-kültürel boyutu göz ardı edilebilmektedir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılacak yeni ve detaylı araştırmaların daha kapsamlı ölçeklerin geliştirilmesine ve hedef kitleye daha doğru bir test yapılmasına katkı sağlayacaktır (Sezgin, 2011).

## **2.8.SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurlar genel olarak; Demografik Faktörler, Kültürel Faktörler, Psikososyal Faktörler, Genel Okuryazarlık Düzeyi, Bireysel Özellikler, Hastalıkla İlgili Tecrübeler ve Sağlık Hizmet Sistemi ile İlgili Diğer Faktörler olarak sıralanabilir (Sørensen ve ark., 2012).

### **2.8.1.Demografik Faktörler:**

Yaş, ırk, cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim ve çalışma durumu olarak belirtilmektedir. Genel anlamda yaşı ileri olanlarda, kadınlarda, siyah ırkta, bekarlarda, eğitim ve gelir durumu düşük olanlarda sağlık okur yazarlığında düşük olduğu bilinmektedir (WHO., 2013; Balçık ve ark., 2014).

### **2.8.2.Kültürel Faktörler:**

Farklı dilde konuşma, göçmenlik, dini inançlar gibi durumlar sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve yazmayı güçleştirmektedir. Var olan sağlık okuryazarlık düzeyleri kişinin kültürel alt yapısına bağlıdır. Kişi, sağlık eğitmeninin verdiği bilgi ve önerileri kendi kültürü ile harmanlayıp öyle algılar. Kişi, sağlığını nasıl koruyacağını, nasıl önlem alacağını ve geliştireceğini aile kültüründen öğrenir. Tedavi uyumunu, ilaçları nasıl kullandığını da dini ritüellerine göre belirler. Sağlık profesyonellerinin kişiye vereceği mesajlar onun kültürel yapısına uygun oluşturulursa daha anlaşılır ve etkili olacaktır (Balçık ve ark., 2014; Sezgin, 2013).

### **2.8.3.Psikososyal Faktörler:**

Aile ve çevresinden yetersiz destek alması, hastalık ve sağlık konusunda yetersiz bilgi sahibi olmaları sağlık okuryazarlık düzeylerinin de düşük olması anlamına gelmektedir (Balçık ve ark., 2014).

### **2.8.4.Genel Okur-Yazarlık Düzeyi:**

Okuryazarlık oranının yüksek olması hem topluma fayda sağlayacak hem de ekonomiye aktif katılım sağlamalarına sebep olacaktır. Böylece daha yüksek kazanç daha refah düzeye ulaşılmış olacaktır. Sağlık bilgisi edinebilme ihtiyacı ise her kesimden insanda olabilmekte eğitimi yüksek kişiler dahi sistemi anlayamayacak kadar karışık bulmakta, özellikle kendileri de bu bilgilere ihtiyaç duyduklarında ortaya çıkmaktadır (Balçık ark., 2014; WHO., 2013).

### **2.8.5.Bireysel Özellikler:**

Görme, duyma, konuşma gibi fiziksel özellikler ile hafıza, algılama gibi bilişsel özellikler ve sosyal ve kişisel beceriler sağlık okur yazarlık düzeyini etkiler (Sørensen ve ark., 2012; Şimşek, 2013).

### **2.8.6. Hastalıkla İlgili Tecrübeler:**

Hastalığın süresinin uzaması, komplikasyonlar, ilaçların yan etkileri, ek hastalık oluşması kişilerin sağlık okur yazarlıklarını olumlu ya da olumsuz etkilemektedir (Balçık ve ark., 2014).

### **2.8.7. Sağlık Hizmet Sistemi ile İlgili Diğer Faktörler:**

Sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğü, sağlık güvencesi, kompleks sağlık sistemi, sağlık personeli hasta ilişkisi olarak belirtilebilir (Kanj ve Mitic 2009).

Hastanın kendisine güvenememesi, utanma, korku gibi olumsuz duygular içinde olması da hasta ile sağlık sunucuları arasında iletişimin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (Sezgin, 2013).

Ayrıca sağlık personellerinden ise çok kısa bir süre içerisinde tanı, tedavi gibi hizmetlerin yanı sıra reçete, ilaç kullanma, ilaç dozu ayarlama gibi bilgileri de vermesi istenmektedir. Tüm bunlara kısıtlı zaman ayrılması da iletişimi etkileyen bir diğer olumsuzluklardır (Akbolat ve ark., 2016).

## **2.9. SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİ YÜKSELTMEK VE SAĞLIK BİLİNCİNİ GELİşTİRMEK**

Toplumda sağlık okuryazarlık düzeyinin gelişmesi ancak multisektrel bir yaklaşımla mümkündür. Bu; sağlık, eğitim ve medya sektörleri yanı sıra sivil toplum kuruluşları, akademisyenler gibi çok yönlü bir çaba ile mümkündür (Bilir, 2014).

DSÖ sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve sağlık bilinci oluşturmak için şu yaklaşımları önermektedir:

1. SOY eğitimi erken çocukluk döneminden itibaren yapılmalıdır: Sağlık okuryazarlığı, ailedeki kültürel ritüellerle ya da oyun esnasında temel kavram ve alışkanlıklarla aktarılmalıdır.

2. Sağlığın geliştirilmesi kavramı okul eğitimi sırasında da geliştirilmelidir: Bu konuda ise eğitim sistemine görev düşmektedir. Gerek ders gerekse ders ışı faaliyetlerle sağlık okuryazarlığına da yer verilmelidir.

3. Yetişkin dönemindeki eğitimde olası engellerle baş etme yolları geliştirilmelidir: Yetişkinlerin ise sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirmek için talep ve zamana ihtiyaçları vardır. Bu konuda ilerleme kat etmek için uygun yaklaşımlar geliştirmek ve ekstra çaba harcamak gerekir. Bir yetişkinin eğitimi demek ailedeki diğer bireylerinde eğitimi demektir. Yetişkin eğitimi bu yönüyle de önem taşır.

4. Bireylerin zelliklerine ve kapasitelerine uygun çok yönlü programlar yapılmalıdır: Eğitimi verecek kişinin görsel ve işitsel araçlar kullanması konunun

daha kolay anlaşılmasını sağlar. Ayrıca eğitime katılanların ilgi ve kapasitelerinin benzer olması eğitimin verimini artıracaktır.

5. Katılımcı eğitim yöntemleri kullanılmalıdır: Eğitimin etkisinin daha uzun ve kalıcı olması için katılımcılarında süreç içerisinde aktif olarak yer almaları gerekir.

6. Sağlıklı olmak ve iyilik hali için yeni yöntemler geliştirilmelidir: Hızla gelişen teknolojiyi takip etmeli, iyilik ve sağlık hali için yeni yöntemler uygulanmalıdır (WHO., 2013).

## **2.10. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINDA HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMI**

Bir hastalık veya sağlık probleminin halk sağlığı problemi olarak kabul edilebilmesi için öncelikle, sorunun toplumdaki birçok insanı etkilemesi ve ilerleyen zamanlarda da etkilemeye devam edecek olmasıdır. İkincisi problemin herkesi aynı derecede etkilememesi, bazı grupların daha fazla etkilenmesi, üçüncü olarak problemin önlenebilir ya da önlemler geliştirilebilir olması, son olarak ta bu konuda alınan önlemlerin henüz yetersiz kalmasıdır (Filiz, 2015).

Freedman ve arkadaşları, halk sağlığı okuryazarlığını, bireylerin halk sağlığı bilgisini elde etme değerlendirme, kullanabilme, halk sağlığı sorununun çözümüyle ilgili kişi ve gruplara ulaşabilme, sivil katılım, liderlik ve diyalog yoluyla halk sağlığı sorunlarını ele alabilme, halk sağlığına yönelik yararlı ve zararlı müdahaleleri değerlendirebilme becerisi olarak tanımlamaktadır (Freedman ve ark., 2009).

Nutbeam; sağlık okuryazarlığını tanımladığı modelde iki farklı yaklaşım önermektedir. Bunların ilki 'klinik risk' diğeri ise 'bireysel yarar'dır. Bireysel yarar yaklaşımı kendi sağlıkları konusunda daha güçlü kontrol yetisine sahip olmayı kolaylaştıracak sağlık eğimi üzerinde durmaktadır. Böylece halk sağlığı eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, toplumun eğitimi gibi yaklaşımlarla sağlık bilgisine erişimi kolaylaştırmak ve sonuçta sağlık okuryazarlık düzeyini daha da güçlendirmektir (Nutbeam, 2008).

Sorensen ve arkadaşlarının kavramsal modelinde ise sağlık okuryazarlığı; sadece klinik değil halk sağlığı bakış açısıyla da değerlendirilmelidir. Ayrıca sağlık bakımı, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme konusunda kişinin bilinçlendirilmesi üzerinde durmuştur (Sorensen ve ark., 2012).

## **2.11. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIĞA ETKİLERİ**

Düşük sağlık okuryazarı olmanın olumsuzlukları, uluslararası literatürde sıkça gündeme gelmekte ve sağlık okuryazarlığının amaçları arasında sağlıklı davranma ve sağlık maliyetinde düşme üzerine yoğunlaşmak vardır. (Taş ve Akış, 2016).

Oluşabilecek hastalıkların önlenabilir olanlarına yönelik önlemler alınmaktadır. Bu önlemler çoğu zaman kişinin sağlıkla ilgili davranış değişikliği yapması gerektiği yönündedir. Örneğin düzenli olarak egzersiz yapmayı bırakıp bağımlılık yapan ve sağlığa zarar veren sigara, alkol gibi maddeleri kullananların davranış değişikliğine gitmeleri gerekir. Bunun için gerekli eğitim ve bilgilendirme çalışması yapılmakta ancak yapılan eğitim ve bilgilendirmeler kişinin sağlık okuryazarlık düzeyine göre farklı düzeyde etkiler yapmaktadır (Bilir, 2014).

Sağlık okuryazarlığı yüksek kişiler ise hasta olmadan koruyucu sağlık hizmetlerine başvurma, hem kendi sağlığı hem de toplum sağlığı için yapması gerekenlerin bilincinde olmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin kullandığı kelimeleri, verilen bilgileri ve eğitim broşürlerini anlamaktadır. Bununla birlikte tedavi sürecinde uyum göstermekte ve karar verme sürecinde aktif rol almaktadır. Tüm bunlara bağlı olarak hastanede kalış süreleri kısaltmakta ve kendisi için harcanacak maliyetleri düşürmektedir (Tözün ve Sözmen, 2014).

Sağlık okuryazarlığının ekonomik sonuçları için yapılan çalışmalarda, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin harcamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebi olarak; koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az başvurma, acil servislerin daha fazla kullanma gibi bulgulara dayanmaktadır (Eroğlu ve Oflaz, 2017).

Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığın mortalite oranının artması ile kesin bir ilişkisi olduğu da bildirilmiştir(Baker ve ark., 2007).

## **2.12. DÜNYADA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**

AMA'nın sağlık okuryazarlık komitesinin 2004'te yayımladığı rapora göre, on yetişkin Amerikalıdan dokuzu sağlık bilgilerini kullanmaya ihtiyaç duyduklarında güçlük çekmektedirler.

Amerika'da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre ise yetişkin nüfusun %53'ünün sağlık okuryazarlığının orta düzeyde, %36'sının yetersiz, %22'sinin temel düzeyde olduğu belirlenmiştir(National Action Plan to Improve Health Literacy, 2010).

Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) 2012'de yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında ülkeler alınan puanlara göre yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi şeklinde dört grupta değerlendirilmiştir. Hollanda'da bireylerin %29'unun, Bulgaristan'da ise %62'sinin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %50'den fazlasının yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olduğu belirlenmiştir. “Yeterli ve çok iyi düzeyde” sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan ülkeler daha fazla olup, en düşük orana sahip ülkeler ise Bulgaristan (%37) ve İspanya (%42) olarak bildirilmiştir (Søerensen ve ark., 2015).

## **2.13. TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**

Sağlık hizmeti alıcılarının güçlendirilmesi yönünde ülkemizde yapılan ilk kamusal düzenleme Hasta Hakları Yönetmeliği ile gündeme gelmiştir (Eroğlu ve Oflaz, 2017).

Bu yönetmelik ile sağlık hizmetinden uygun olarak faydalanma, hastanın adalet ve hakkaniyet çerçevesinde hizmet alma haklarına sahip olmaktadır. Bu hak aynı

şekilde sağlık hizmeti verenlerinde adalet ve hakkaniyet çerçevelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998)

Üstelik bu yönetmelikle birlikte siyasal düzeyde de adımlar atılmaya başlamıştır.

Sağlıkta dönüşüm programı (SDP) kapsamında 663 sayılı, “Sağlık Bakanlığı ve Bağı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” kapsamında yeni kurulan Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü’nün görevleri “Toplumun ve bireylerin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek” şeklinde tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2016).

Sağlık Bakanlığı’nın Stratejik Planı (2013-2017)’nda da SOY ile ilgili hedeflere yer vermektedir.

Bu hedefler çerçevesinde 2017 yılında SOY düzeyini takip edebilmek için

- Sürveyans sisteminin kurulması,
- SOY’u teşvik etmek amacıyla sektörler arası işbirliği yapmak,
- İlk ve orta öğretimde SOY konusunun müfredata eklenmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak çalışmalar yürütmek,
- Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK) ile işbirliği yaparak sağlığın geliştirilmesine yönelik öğrencilerde farkındalık oluşturmak,
- Yine YÖK ile işbirliği yaparak sağlığın geliştirilmesine yönelik lisans ve yüksek lisans programlarına yer vermek ve toplumda SOY’u artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek amaçlanmaktadır (Eroğlu ve Oflaz, 2017).

Ülkemizde sağlık okuryazarlık ile ilgili çalışmalar sadece sağlık bakanlığı ile sınırlı kalmamakta kalkınma ve maliye bakanlıkları da kendi politikalarına sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik çalışma planları eklemektedir.

Kalkınma planı ile ilişkili olarak “Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2014)’nda, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı “bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun” olarak değerlendirilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Ülkemizdeki en geniş ölçekli saha çalışması olarak görülen 2014’teki sağlık okuryazarlığı araştırmasında Avrupa Sağlık okuryazarlığı anketi Türkçeye çevrilerek yapılmıştır. Bu çalışma sonucuna göre; yetişkin toplumumuzun %64,6’sının yetersiz ya da sorunlu düzeyde sağlık okuryazarlığında yer aldıkları belirlenmiştir. Değiştirilemeyen bir unsur olan yaşla birlikte düzeltilebilecek unsurlardan olan eğitim, sosyoekonomik durum sağlık okuryazarlığının nedenleri arasında sayılmıştır (Tanrıöver ve ark. 2014).

2013 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının iş birliği ile “The European Health Literacy Survey (HLS-EU)” çalışmasında ölçek geliştirmeye karar verilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) ölçekleri oluşturulmuştur(Okyay ve Abacıgil, 2016).

## **2.14. YETİŞKİN EĞİTİMİ**

Yetişkin birey; kendisinin ve başkalarının yaşamını sürdürebilmek için üretim yapabilecek ve gereken kararları, kendi başına alabilecek biçimde bedensel ve ruhsal gelişimini tamamlamış olduğu, içinde yaşadığı toplum tarafından kabul edilen birey şeklinde tanımlanmıştır. DSÖ ise yetişkinin tanımı 24 yaş üzerindeki bireyler olarak

tanımlamaktadır. Ülkemizde ise,18 yaşını geçen ve zihinsel engeli olmayanlar yetişkin sayılmaktadır (Gökkoca, 2001).

Yetişkin eğitiminde bilgi, tutum ve davranış geliştirmek için dikkat edilmesi gerekenler şöyle sıralanabilir:

1. Yetişkinler eğitimin kendi konularıyla bağlantılı olmasını ister.
2. Yetişkinler eğitim kendi konularıyla ilgiliyse öğrenmeye hevesli olurlar, güdülenirler.
3. Yetişkinler eğitime etkin olarak katılmak isterler.
4. Yetişkinler eğitimde değişiklik isterler.
5. Yetişkinler olumlu geri bildirim verilmesini isterler.
6. Yetişkinlerin kişisel kaygıları vardır ve güvenli bir ortama gereksinim duyarlar.
7. Yetişkinler herkesten farklı bilgi, görgü ve deneyime sahip, özgün birer birey olarak görülmek isterler.
8. Yetişkinlerin özgüvenlerini korumaları gerekir.
9. Yetişkinlerin kendileri ve eğitimcileri için beklenti düzeyleri yüksektir.
10. Yetişkinlerin bireysel gereksinimleri göz önüne alınmalıdır(Özvarış, 2011).

## **2.15. SAĞLIK EĞİTİMİ**

DSÖ uzmanlar komitesi sağlık eğitimini şöyle tanımlamaktadır: Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulatmaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ya da topluca karar aldırma"dır". Bu eğitimin amacı ise bireyin ve toplumun

gereksinimlerine cevap verecek, bireyin sağlığını koruması, geliştirilmesi, tedavi edilmesi ve pozitif bir çevre oluşturmalarına yönelik davranış değişikliği sağlamaktır (Gökkoca, 2001).

Okuryazar olamamanın başta bireyin kendisine olmak üzere ailesine ve sonuçta içinde yaşadığı topluma oldukça fazla zararı olmaktadır. Okuryazar olmayan bireyler toplu taşıma araçlarını dahi kullanmada sıkıntı çekmekte böylece bağımsız olarak hareket özgürlükleri kısıtlanmaktadır.

Hatta bu kişiler sağlıkları ile ilgili karar ve onay verecek olduklarında bu sürece aktif olarak katılamamaktadır. En basit enjeksiyon yaptırma işleminde bile okur yazar olmayan birey için onay verme yetisine sahip okur yazar bir yakına ihtiyaç duymakta ya da hayati önem taşıyan bir operasyon için de sağlık profesyonelinin anlattıklarını anlayan ne için, hangi risk durumlarının olabileceği, endike ve kontrendike olabilecek durumların ne olduğu nasıl bir tedavi süreci var, diyet ve kısıtlılıkları neler gibi çok daha ileri düzeyde ki olay ve kavramları anlayacak ve karar verecek yakınında yada yanında yaşayabilen okur yazar insanlara ihtiyaç duymaktadırlar.

İçinde yaşadığı toplumda ise okuryazar olmayan kişilere bilgi ve eğitim vermek sağlık profesyonelleri için ve bu sağlık profesyonelinin hizmet bekleyen diğer insan içinde daha fazla zaman kaybı anlamına gelmektedir. Ayrıca aynı mevzuyu tekrar tekrar anlatmak sağlık hizmeti vericileri de strese sokmakta bekleyen hasta sayısı arttığı için sıra bekleyen insanlarda da aynı sıkıntılara sebep olmaktadır. Okuryazar olmayan kişiye zaman fazla ayrıldığından geri dönüt alma işlemi ihmal edilmekte ve anlatılan işlem zaman kaybına rağmen yanlış yapılabilmekte, aynı işlem tekrarlanmakta böylece yapılacak uygulamanın da maliyetini artırmaktadır. Yine okuryazar olmayan kişiler hekimlerin bir sonraki randevu gününü anlamakta, geciktirmekte, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalanma, acil servislere başvuruda artış, hastalığın seyri ve süresinin kötüye gitmesi daha ağır ve maliyetli yeni bir tedaviye başlanması gibi hem maddi hem manevi bireysel ve toplumsal birçok olumsuz olaylar zinciri meydana gelmektedir.

Görüldüğü gibi okuryazar olmayan kişilerin özelde bireye genelde içinde yaşadığı topluma maddi ve manevi birçok zarar vermektedir. Bu yüzden gerek bireysel çaba gerek politik olarak kişilerin okuryazarlık ve sağlık okuryazarlık düzeylerinde iyileştirme çabalarına gidilmelidir. Bu konuda medyaya da kamu spotu oluşturma gibi bazı görev ve yükümlülükler verilmelidir. Sağlık ve milli eğitim bakanlığı ortak bir çaba içinde olmalı küçük yaşlardan itibaren eğitim müfredatlarında temel sağlık konularına yer verilmelidir. Ayrıca sağlık profesyonellerine değer verilmeli anlatılan talimatlara anlamaya ve uygulamaya özen gösterilmelidir. Sağlık profesyonellerine hayatın her döneminde ihtiyaç vardır. Bu yüzden onlara karşı saygısız tutum-davranıştan ve şiddetten kaçınmak gerekir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3.YÖNTEM

#### 3.1. Çalışmanın Amacı

Hemşire, doktor, öğretmen ve öğrencilerin sağlık okuryazarlığına yönelik olarak geçerli ve güvenilir bir tutum ölçeği geliştirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada temel amaç; geliştirilen ölçek sayesinde hemşire, doktor, öğretmen ve öğrencilerin sağlık okuryazarlığına yönelik tutumlarını belirlemek ve çeşitli değişkinler açısından incelemektir.

#### 3.2. Çalışma Deseni

Çalışma tarama modelinde nicel bir araştırma yöntemiyle tasarlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır (Karasar, 2008).

Bu çalışmada belirlenen çalışma grubuna geliştirilen ölçek uygulanmak suretiyle derlenen veriler, istatistiksel ve matematiksel değerlendirilmeye tabi tutularak yorumlanmıştır.

#### 3.3. Çalışma Grubu

Bu çalışma bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için evren-örneklem seçimine gidilmemiş, çalışma grubu belirlenmiştir. Çalışma grubu olarak seçilen 386 kişiden oluşan hemşire, doktor, öğretmen ve öğrencilere yönelik ölçek geliştirme çalışmasında grubun 127 kişisi erkek, 259'u ise kadındır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

**a) Madde Havuzu Oluşturma:** Öncelikle ölçek geliştirme alanında daha önce yapılan çalışmalar titizlikle incelenmiş ve inceleme sonucunda edinilen bilgiler ışığında çalışmaya başlanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan 54 adet sorunun her birinin sade, anlaşılır ve açık olarak hazırlanmasına özen gösterilmiştir.

**b) Uzman Görüşüne Başvurma:** Oluşturulan ölçek maddelerinin anlaşılabilirlik ve yeterlilik dereceleri hakkında, 2 eğitim bilimci, 1 ölçme ve değerlendirme ve 1 biyoloji alan eğitimi ve 1 sağlık eğitimi uzmanlarının görüşleri alınmıştır. Uzman görüşlerinden elde edilen dönütlere göre gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, toplam 9 madde ölçme aracından çıkarılmıştır. Ön uygulama yapılmak üzere toplam 45 maddeden oluşan deneme ölçeği formu oluşturulmuştur. Bu ölçek maddeleri 3 boyutlu olarak hazırlanmıştır. Bu boyutlar *“sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi”* boyutlarıdır.

**c) Ön Deneme Aşaması:** Bilgisine başvuru uzmanların görüş ve önerileri dikkate alınarak düzenlenen ölçek taslağı, saha uygulamasına başlanmadan önce 25 kişilik deneme grubuna uygulanmıştır. Uygulama sonrasında deneme grubundaki bireylerin ölçekteki maddelerin anlaşılma düzeyi, açıklık ve sadelik düzeyleri hakkında düşünceleri sorulmuştur. Alınan cevaplara göre eksikliği bulunan maddeler yeniden incelenerek düzenlenmiş ve bir madde daha ölçekten çıkarılarak 44 maddelik uygulama ölçeği elde edilmiştir.

**d) Esas Deneme Uygulaması:** Bu aşamada, hazırlanan 44 maddelik uygulama ölçeği Konya il merkezinde hastanelerde görev yapan sağlık personeli ile öğretmen ve öğrencilerden oluşan 386 bireye uygulanmıştır.

**e) Faktör Analizi Aşaması:** Ölçekteki maddeler “Kesinlikle Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde belirtilen 5’li Likert tipi dereceleme ölçeğinde düzenlenmiştir. Olumlu maddeler “Kesinlikle Katılıyorum” kategorisinden başlayarak sırayla 5,4,3,2,1 olarak

puanlanırken, olumsuz maddeler ise “Kesinlikle Katılmıyorum” kategorisinden başlayarak 5,4,3,2,1 olarak puanlanmıştır.

### Seçeneklere Verilen Puan Aralıkları

Seçenekler	Verilen Puanlar	Puan aralığı
Kesinlikle Katılıyorum	5	4.20–5.00
Katılıyorum	4	3.40–4.19
Kararsızım	3	2.60–3.39
Katılmıyorum	2	1.80–2.59
Kesinlikle Katılmıyorum	1	1.00–1.79

Ölçeğin temel bileşenler yöntemiyle açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan bu çözümlemelere göre ölçek maddelerinin beklenen alt boyutlarda yer alıp almadıklarının ve maddelerin başka faktörlerle binişik (birden çok faktöre yük verme) olup olmadıklarının belirlenmesi amacıyla madde faktör yükleri incelenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin değerlendirme yapmak amacıyla “Döndürülmüş Temel Bileşenler Analizi” ve ölçekten alınan toplam puanlarla ölçüt olarak alınan “*sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi*” boyutların puanları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak açısından pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

**f) Güvenirlilik Belirleme Aşaması:** Ölçeğin başlangıç ve geliştirme aşamalarından sonra oluşturulan deneme ölçeğinin son halini alması için, ölçeğin genelini ve alt boyutlarının Cronbach Alpha güvenirlilik katsayıları hesaplanmıştır.

**g) Bireylerin SOY Yönelik Tutumları:** Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçekle, sağlık okur-yazarlığına yönelik tutumu çeşitli değişkenler açısından kıyaslanmıştır.

### 3.5.Verilerin Çözümlemesi

Araştırmada veri toplama aracıyla toplanan verilerin analizine geçmeden önce, bireylere dağıtılarak toplanan ölçme araçları 1'den 386'ya kadar numaralandırılmıştır. Numaralandırma işleminden sonra verilen numaralara uygun olarak veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği SPSS programı ile yapılmıştır.

Yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma gibi ölçeğin betimsel analizleri de yapılmıştır.

**Tablo-1: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Cinsiyet Frekans Tablosu**

Cinsiyet		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Erkek	127	32,9
	Kadın	259	67,1
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık Okur-yazarlığı tutum ölçeği Likert tarzında hazırlanmış olup taslak ölçeğin hastanelerde görev yapan sağlık personeli ile öğretmen ve öğrencilerin oluşturduğu katılımcı grubuna uygulanmıştır. Örneklem katılımcı grubu 259'u kadın ve 127'si erkek olmak üzere 386 bireyden oluşmaktadır(Tablo 1).

**Tablo-2: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Yaşa Göre Frekans Tablosu**

Yaş Aralığı		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	(18-20 yaş)	73	18,9
	(21-23 yaş)	105	27,2
	(24-26 yaş)	49	12,7
	(27-29 yaş)	56	14,5
	(30-32 yaş)	39	10,1
	(33-35 yaş)	20	5,2
	(36-38 yaş)	14	3,6
	(39-41 yaş)	17	4,4
	(42-44 yaş)	6	1,6
	(45-47 yaş)	2	,5
	(48-50 yaş)	1	,3
	(51-53 yaş)	1	,3
	(54-56 yaş)	2	,5
	(66-69 yaş)	1	,3
Genel Toplam		386	100,0

Sağlık Okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin yaş aralığı incelendiğinde; katılımcıların 73'ü 18-20 yaş aralığında, 105'i 21-23 yaş aralığında, 49'u 24-26 yaş aralığında, 56'sı 27-29 yaş aralığında, 39'u 30-32 yaş aralığında, 20'si ise 33-35 yaş aralığında bulunmaktadır (Tablo 2).

**Tablo-3: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Medeni Duruma Göre Frekans Tablosu**

Medeni Durum		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Evli	139	36,0
	Bekar	236	61,1
	Ayrılmış/Boşanmış	8	2,1
	Bilmiyor/Kabul Etmedi	3	,8
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin medeni durumları incelendiğinde; katılımcıların 139'unun bekar, 236'sının evli olduğu görülmektedir (Tablo 3).

**Tablo-4: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Aile Tipine Göre Frekans Tablosu**

Aile Tipi		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Çekirdek Aile	337	87,3
	Geniş Aile	38	9,8
	Parçalanmış Aile	11	2,9
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin aile tipine göre dağılımı incelendiğinde 337'sinin çekirdek aile, 38'inin geniş aile, 11'inin ise parçalanmış aile olduğu görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo-5: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Hanede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Frekans Tablosu**

Hanede Yaşayan Kişi Sayısı		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	1	8	2,1
	2	43	11,1
	3	84	21,8
	4	134	34,7
	5	68	17,6
	6	24	6,2
	7	17	4,4
	8	4	1,0
	9	1	,3
	10	1	,3
	11	1	,3
	14	1	,3
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin ailedeki kişi sayısına göre dağılımı incelendiğinde 8'inin 1 kişi, 43'ünün 2 kişi, 84'ünün 3 kişi 134'ünün 4 kişi, 68'inin 5 kişi, 24'ünün 6 kişi, 17sinin 7 kişi, 4'ünün ise 8 kişi olarak yaşadığı görülmektedir (Tablo 5).

**Tablo-6: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Oturduğu Eve Göre Frekans Tablosu**

Oturduğu Ev		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Kira	108	28,0
	Ev Sahibi	266	68,9
	Diğer	12	3,1
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin oturduğu eve göre dağılımı incelendiğinde 108'inin kiracı, 266'sının ev sahibi, 12'sinin ise diğer ev tipinde oturduğu görülmektedir (Tablo 6).

**Tablo-7: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Ev Özelliğine Göre Frekans Tablosu**

Ev Özelliği		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Apartman	286	74,1
	Gecekondu	2	,5
	Müstakil	93	24,1
	Diğer	5	1,3
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin ev özelliği duruma göre dağılımı incelendiğinde 286'sının apartman, 2'sinin gecekondu, 93'ünün müstakil, 5'inin ise diğer ev tipinde oturduğu görülmektedir (Tablo 7).

**Tablo-8: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Haftada Okunan Gazete Sayısına Göre Frekans Tablosu**

Haftada Okunan Gazete Sayısı	SIKLIK	YÜZDE	
Geçerli	0	183	47,4
	1	53	13,7
	2	47	12,2
	3	28	7,3
	4	15	3,9
	5	16	4,1
	6	1	,3
	7	39	10,1
	10	3	,8
	16	1	,3
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin haftada okunan gazete sayısına göre dağılımı incelendiğinde; 183 kişinin hiç gazete okumadığı, 53'ünün 1 gazete okuduğu, 47'sinin 2 gazete okuduğu, 28'inin 3 gazete okuduğu 15'inin 4 gazete okuduğu, 16'nın 5 gazete okuduğu, 1'inin 6 gazete okuduğu, 39'unun 7 gazete okuduğu 3'ünün 10 gazete okuduğu, 1'inin ise 16 gazete okuduğu görülmektedir (Tablo 8).

**Tablo-9: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Yılda Okunan Kitap Sayısına Göre Frekans Tablosu**

Yılda Okunan Kitap Sayısı	SIKLIK	YÜZDE
0	27	7,0
1	7	1,8
2	35	9,1
3	28	7,3
4	27	7,0
5	49	12,7
6	22	5,7
7	8	2,1
8	12	3,1
9	1	,3
10	58	15,0
11	1	,3
12	16	4,1
13	2	,5
14	2	,5
15	27	7,0
17	1	,3
18	3	,8
20	23	6,0
23	1	,3
24	1	,3
25	4	1,0
26	1	,3
30	8	2,1
35	2	,5
40	4	1,0
48	1	,3
50	6	1,6
70	1	,3
75	2	,5
100	4	1,0
120	1	,3
250	1	,3
Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin yılda okunan kitap sayısına göre dağılımı incelendiğinde; 27'sinin hiç kitap okumadığı, 35'inin 2 kitap okuduğu, 28'inin 3 kitap okuduğu, 49'unun 5 kitap okuduğu, 22'sinin 6 kitap okuduğu, 58'inin 10 kitap okuduğu, 27'sinin 15 kitap okuduğu ve 23'ünün 20 kitap okuduğu görülmektedir (Tablo 9).

**Tablo-10: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Frekans Tablosu**

Eğitim Durumu	SIKLIK	YÜZDE
Okur-Yazar Değil	3	,8
Okur-Yazar	12	3,1
İlkokul	2	,5
İlköğretim/Ortaokul	2	,5
Lise	36	9,3
Ön Lisans	44	11,4
Lisans	232	60,1
Yüksek Lisans/Doktora	55	14,3
Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; 3'ünün okuryazar olmadığı, 12'sinin okuryazar olduğu, 2'sinin ilkokul, 2'sinin ortaokul, 36'sının lise, 44'ünün ön lisans, 232'sinin lisans, 55'inin ise yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmektedir(Tablo 10).

**Tablo-11: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Doktor Masrafını Karşılabilme Durumuna Göre Frekans Tablosu**

Doktor Masrafını Karşılabilme Durumu	SIKLIK	YÜZDE
Geçerli		
Çok Kolay	142	36,8
Kolay	202	52,3
Kısmen Kolay	23	6,0
Kısmen Zor	8	2,1
Çok Zor	10	2,6
Cevap Yok	1	,3
Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin doktor masraflarını karşılayabilme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; 142'sinin çok kolay, 202'sinin kolay, 23'ünün kısmen kolay, 8'inin kısmen zor, 10'unun çok zor karşıladığı, 1'inin ise cevap vermediği görülmektedir(Tablo 11).

**Tablo-12: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Hasta Olunca İlk Uygulanan İşleme Göre Frekans Tablosu**

Hasta Olunca İlk Uygulanan İşlem		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Doktora Gitme	131	33,9
	Evdeki İlaçları Kullanma	108	28,0
	Çevredekilere Danışma	19	4,9
	Eczaneye Danışma	7	1,8
	Hastaneye Gitme	31	8,0
	Acile Gitme	13	3,4
	Hiç Bir şey Yapmama	48	12,4
	Diğer	29	7,5
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin hasta olunca ilk uygulanan işleme göre dağılımı incelendiğinde; 131 kişinin doktora gittiği, 108 kişinin evdeki ilaçları kullandığı, 19 kişinin çevredekilere danıştığı, 7 kişinin eczaneye danıştığı, 31 kişinin hastaneye gittiği, 13 kişinin acile gittiği, 48 kişinin ise hiç bir şey yapmadığı görülmektedir(Tablo 12).

**Tablo-13: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin En Yakın Erişkin Hastalandığında İlk Uygulanan İşleme Göre Frekans Tablosu**

En Yakın Erişkin Kişi Hastalanınca İlk Uygulanan İşlem		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Doktora Gitme	207	53,6
	Evdeki İlaçları Kullanma	78	20,2
	Çevredekilere Danışma	12	3,1
	Eczaneye Danışma	4	1,0
	Hastaneye Gitme	42	10,9
	Acile Gitme	15	3,9
	Hiç Bir şey Yapmama	8	2,1
	Diğer	20	5,2
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin size en yakın erişkin hastalandığında ilk uygulanan işleme göre dağılımı incelendiğinde; 207 kişinin doktora gittiği 78 kişinin evdeki ilaçları kullandığı, 12 kişinin çevredekilere danıştığı, 4 kişinin eczaneye danıştığı, 40 kişinin hastaneye gittiği, 15 kişinin acile gittiği, 8 kişinin ise hiçbir şey yapmadığı görülmektedir(Tablo 13).

**Tablo-14: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Çocuğu Hastalandığında İlk Uygulayacağı İşleme Göre Frekans Tablosu**

Çocuğu Hastalanınca İlk Uygulanan İşlem		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Çocuğum Yok	164	42,5
	Doktora Gitme	128	33,2
	Evdeki İlaçları Kullanma	27	7,0
	Çevredekilere Danışma	4	1,0
	Eczaneye Danışma	2	,5
	Hastaneye Gitme	21	5,4
	Acile Gitme	14	3,6
	Hiçbir Şey Yapmama	3	,8
	Diğer	23	6,0
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin çocuğu hastalandığında ilk uygulayacağı işleme göre dağılımı incelendiğinde; 164 kişinin çocuğunun olmadığı, 128 kişinin doktora gittiği, 27 kişinin evdeki ilaçları kullandığı, 4 kişinin çevredekilere danıştığı, 2 kişinin eczaneye danıştığı, 21 kişinin hastaneye gittiği, 14 kişinin acile gittiği, 3 kişinin ise hiçbir şey yapmadığı görülmektedir(Tablo 14).

**Tablo-15: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Genel Olarak İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşuna Göre Frekans Tablosu**

Genel Olarak İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Aile Hekimliği	87	22,5
	Devlet Hastanesi	199	51,6
	Üniversite Hastanesi	38	9,8
	Özel Hastane	58	15,0
	Diğer	4	1,0
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin genel olarak ilk başvurulan sağlık kuruluşuna göre dağılımı incelendiğinde; 87 kişinin aile hekimliğine, 199 kişinin devlet hastanesine, 38 kişinin üniversite hastanesine, 58 kişinin ise özel hastaneye başvurduğu görülmektedir(Tablo 15).

**Tablo-16: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Sağlık Kuruluşuna En Sık Başvuru Nedenine Göre Frekans Tablosu**

Sağlık Kuruluşuna En Sık Başvuru Nedeni		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	İlaç Yazdırmak	80	20,7
	Kronik Hastalıkların Takibi	56	14,5
	Koruyucu Sağlık Hizmetleri	51	13,2
	Akut Durumlar	163	42,2
	Diğer	36	9,3
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin sağlık kuruluşuna göre en sık başvuru nedenine göre dağılımı incelendiğinde; 80 kişinin ilaç yazdırmak için, 56 kişinin kronik hastalıkların takibi için, 51 kişinin koruyucu sağlık hizmetleri için, 163 kişinin ise akut durumlar için başvurduğu görülmektedir(Tablo 16).

**Tablo-17: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Genel Olarak Sağlık Bilgisine İlk Ulaşılan Yere Göre Frekans Tablosu**

Genel Olarak Sağlık Bilgisine İlk Ulaşılan Yer		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Televizyon	24	6,2
	Radyo	2	,5
	Gazete-Dergi	3	,8
	İnternet	147	38,1
	Doktor	151	39,1
	Hemşire	30	7,8
	Eczacı	9	2,3
	Diğer Sağlık Çalışanları	9	2,3
	Diğer	11	2,8
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin genel olarak sağlık bilgisine ilk ulaşılan yere göre dağılımı incelendiğinde; 24 kişi televizyon, 2 kişi radyo, 3 kişi gazete dergi, 147 kişi internet, 151 kişi doktor, 30 kişi hemşire, 9 kişi eczacı, 9 kişi diğer sağlık çalışanları olarak cevap verdiği görülmektedir(Tablo 17).

**Tablo-18: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Hekim Seçme Hakkının Olduğunu Bilme Durumuna Göre Frekans Tablosu**

Hekim Seçme Hakkının Olduğunu Bilme		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Evet	351	90,9
	Hayır	35	9,1
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin hekim seçme hakkının olduğunu bilme duruma göre dağılımı incelendiğinde 351 kişinin evet 35 kişinin hayır dediği görülmektedir(Tablo 18).

**Tablo-19: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin İkinci Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Durumuna Göre Frekans Tablosu**

İkinci Görüş Alma İhtiyacı Hissetme		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Evet	217	56,2
	Hayır	69	17,9
	Bazen	100	25,9
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin ikinci görüş alma ihtiyacı hissetme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; 217 kişinin evet, 69 kişinin hayır, 100 kişinin ise bazen dediği görülmektedir(Tablo 19).

**Tablo-20: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin İkinci Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Sebebi Durumuna Göre Frekans Tablosu**

İkinci Görüş Alma İhtiyacı Hissetme Sebebi		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	İkinci Görüş Alma İhtiyacı Hissetmem	64	16,6
	Doktoru Anlamadığım İçin	29	7,5
	Doktor Yeterince Bilgi Vermediği İçin	90	23,3
	Doktora Güven Duymadığım İçin	36	9,3
	Doktorun Teşhisini İkinci Bir Doktora Onaylatmak İçin	137	35,5
	Çevrem Başka Bir Doktoru Önerdiği İçin	9	2,3
	Diğer	21	5,4
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin ikinci görüş alma ihtiyacı hissetme nedenine göre dağılımı incelendiğinde; 64 kişi ikinci görüş alma ihtiyacı hissetmediğini, 29 kişi doktoru anlamadığı için, 90 kişi doktor yeterince bilgi vermediği için, 36 kişi doktora güven duymadığı için, 137 kişi doktorun teşhisini ikinci bir doktora onaylatmak için, 9 kişi çevresi başka bir doktoru önerdiği için ikinci görüş alma ihtiyacı hissettiğini belirtmiştir(Tablo 20).

**Tablo-21: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Aldığı Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumuna Göre Frekans Tablosu**

Aldığı Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Hiç Memnun Değilim	8	2,1
	Memnun Değilim	39	10,1
	Kısmen Memnunum	176	45,6
	Memnunum	128	33,2
	Çok Memnunum	35	9,1
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin aldığı sağlık hizmetinden memnuniyet durumuna göre dağılımı incelendiğinde; 8 kişinin hiç memnun değilim, 39 kişinin memnun değilim, 176 kişinin kısmen memnunum, 128 kişinin memnunum, 35 kişinin ise çok memnunum dediği görülmektedir(Tablo 21).

**Tablo-22: Ölçeğin Uygulandığı Örneklemin Sağlık Çalışanlarından Memnuniyet Durumuna Göre Frekans Tablosu**

Sağlık Çalışanlarından Memnuniyet Durumu		SIKLIK	YÜZDE
Geçerli	Hiç Memnun Değilim	22	5,7
	Memnun Değilim	24	6,2
	Kısmen Memnunum	156	40,4
	Memnunum	139	36,0
	Çok Memnunum	45	11,7
	Genel Toplam	386	100,0

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin uygulandığı örneklemin sağlık çalışanından memnuniyet durumuna göre dağılımı incelendiğinde; 22 kişinin hiç memnun değilim, 24 kişinin memnun değilim, 156 kişinin kısmen memnunum, 139 kişinin memnunum, 45 kişinin ise çok memnunum dediği görülmektedir(Tablo 22).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. BULGULAR VE YORUMLAR

#### 4.1. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Faktör analizi, bir faktörleştirme ya da ortak faktör adı verilen yeni kavramları (değişkenleri) ortaya çıkarma ya da maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etme süreci olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2005). Rennie (1997) ise faktör analizini, maksimum varyansı açıklayan az sayıda açıklayıcı faktöre (kavrama) ulaşmayı amaçlayan ve gözlenen değişkenler arasındaki ilişkileri temel alan bir hesaplama mantığına sahip analitik bir teknik olarak tanımlamaktadır (akt: Büyüköztürk, 2002). Eğer değişkenler arası ilişkiler sorgulanarak, yeni bir yapı ortaya konmaya çalışılıyorsa, bu tür faktör analizine “açımlayıcı” (exploratory) faktör analizi, değişkenler arasındaki ilişkilere dair daha önce belirlenmiş bir hipotezi ya da kuramsal bir yapıya uygunluğunu sınamak için faktör analizi yapılıyorsa bu tür faktör analizine de “doğrulayıcı” (confirmatory) faktör analizi denir (Can, 2013).

Faktör analizinde faktör analizi yapmak için yeterli sayılabacak örneklem sayısı önemlidir. Örneklem sayısı için Nunnally (1978), madde sayısının 10 katını önerirken Kass ve Tinsley (1979), eğer örneklem sayısı 300’ün altındaysa madde sayısının 5 ila 10 katı olması gerektiğini, örneklem sayısı 300’ü geçtiğinde (madde sayısına orandan bağımsız bir biçimde), kararlı sonuçlara ulaşıldığını belirtmektedir. Benzer biçimde Tabachnick ve Fidell (2001), faktör analizi için en az 300 örneklemin iyi olduğunu belirtirken, Comrey ve Lee (1992), bir sınıflamaya giderek, 100 örnekleme zayıf, 300 örnekleme iyi, 1000 örnekleme de mükemmel olarak nitelendirmiştir (akt: Can, 2013). Taslak ölçekte toplam 44 madde bulunmaktadır ve bu ölçek toplam 386 kişiye uygulanarak örneklem büyüklüğü açısından iyi derecede bir yeterliliğe sahiptir.

Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığına karar verilirken KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) katsayısı ve Bartlett Sphericity Testi kullanılmaktadır. Eğer KMO katsayısı 0,6'dan yüksek ve Bartlett Sphericity Testi anlamlı çıkarsa, elde edilen verilerin faktör analizine uygun olduğu sonucuna varılabilir (Büyüköztürk, 2008; Norusis, 1990).

KMO değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişken, diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelir. Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın çıkması durumunda, korelasyon katsayılarının dağılımında, bir dağınıklık olduğu için bu değerlere dayalı olarak yorum yapılamaz. Bununla birlikte, istatistiksel çözümler faktör sayısını saptamak için kullanıldığında, çok değişkenli normalliğin olduğu sayıltısı kabul edilir. Tabachnick ve Fidell (2001)'e göre, çok değişkenli normallik, tüm değişkenlerin ve değişkenlerin tüm doğrusal kombinasyonlarının normal olarak dağılması sayıltısıdır. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği "Bartlett Küresellik Testi" ile ortaya konur. Bartlett küresellik testi sonucu ne kadar yüksek ise manidar olma olasılığı da o kadar yüksektir (Tavşancıl, 2005).

**Tablo-23: KMO ve Bartlett Testine Ait Bulgular**

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçümü.		,806
Bartlett 'in Küresellik Testi	Yaklaşık. Ki-Kare	4398,848
	df	946
	Sig.	,000

\*p<0,05

Araştırmadan elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için yapılan ön analiz çalışmaları neticesinde; KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) (Örnekleme Hacmi Uygunluğu Ölçümü) değeri 0,806 olup, Bartlett Sphericity Testi (Bartlett Bütünlük Testi) sonucu da anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Ki kare değerinin 4398,848; df'nin 946 olması verilerin açımlayıcı faktör analizine uygunluğunu göstermektedir(Tablo 23).

**Tablo-24: Ölçeğin Analiz Bulgularına Ait Cronbach Alpha Değeri**

Cronbach Alpha	Cronbach Alfa Standart Maddelere Dayalı	N öge
,779	,778	44

Hazırlanmış olan 44 maddelik ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,779 olarak bulunmuş ve güvenilirliğinin yeterince yüksek olduğuna karar verilmiştir(Tablo 24).

Total değerlere bakıldığında başlangıç öz değeri 1'in üzerinde olan 13 faktör bulunmaktadır. Bu 13 faktörün varyansa yaptığı katkının % 58,418 olduğu görülmektedir. Fakat faktör sayısına karar verirken her bir faktörün toplam varyansa yaptığı katkı önemlidir(Tablo 25).

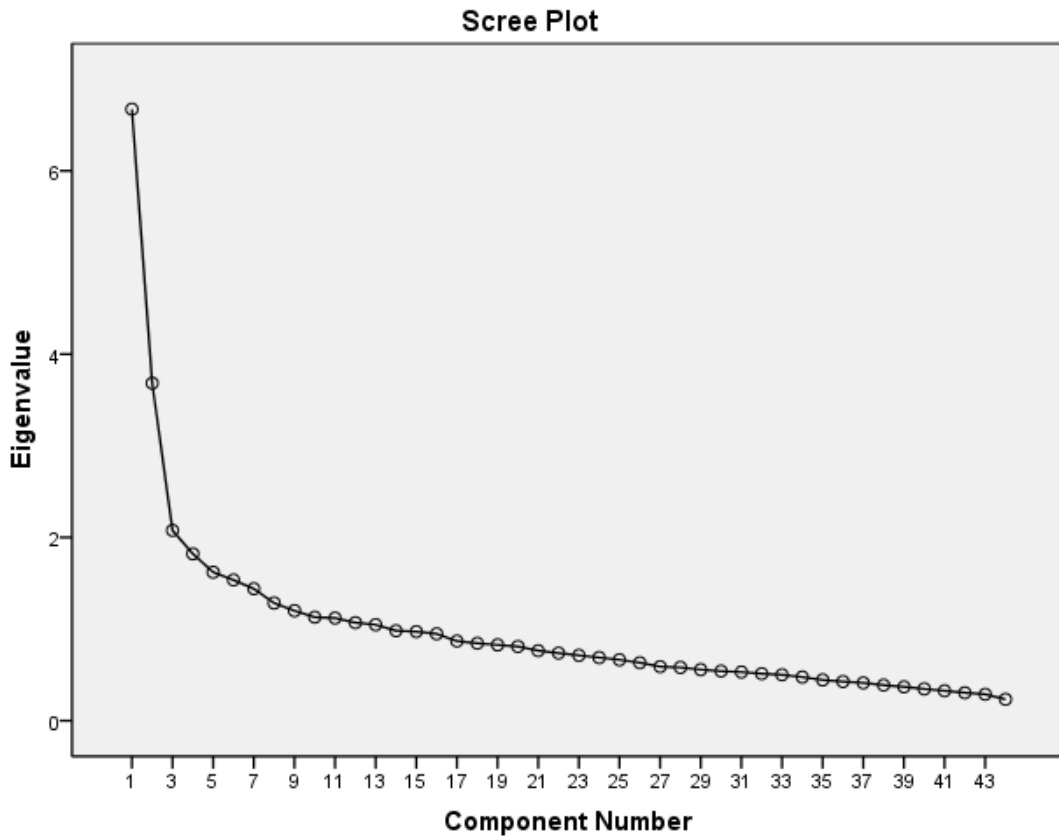
**Tablo-25: Açıklanan Toplam Varyans Tablosu**

Bileşen	Başlangıç Öz değerleri			Kare Yüklemelerin Dönme Toplamları		
	Genel Toplam	Varyansın Yüzdesi	Kümülatif Yüzdesi	Genel Toplam	Varyansın Yüzdesi	Kümülatif Yüzdesi
1	6,673	15,165	15,165	3,375	7,669	7,669
2	3,684	8,372	23,537	2,895	6,579	14,249
3	2,077	4,720	28,257	2,541	5,776	20,025
4	1,821	4,140	32,396	2,532	5,754	25,779
5	1,620	3,683	36,079	1,846	4,196	29,975
6	1,536	3,490	39,569	1,791	4,071	34,046
7	1,440	3,273	42,843	1,748	3,972	38,018
8	1,284	2,918	45,761	1,686	3,832	41,850
9	1,201	2,729	48,489	1,578	3,587	45,437
10	1,130	2,567	51,057	1,523	3,461	48,898
11	1,121	2,547	53,604	1,458	3,314	52,213
12	1,071	2,434	56,037	1,413	3,210	55,423
13	1,047	2,380	58,418	1,318	2,995	58,418
14	,982	2,232	60,649			
15	,973	2,211	62,861			
16	,948	2,155	65,016			
17	,869	1,975	66,991			
18	,845	1,920	68,911			
19	,827	1,881	70,792			
20	,810	1,841	72,633			
21	,764	1,736	74,369			
22	,739	1,679	76,048			
23	,713	1,621	77,669			
24	,689	1,566	79,235			
25	,665	1,511	80,746			
26	,633	1,439	82,186			
27	,590	1,342	83,527			
28	,582	1,322	84,849			
29	,558	1,268	86,117			
30	,541	1,230	87,347			
31	,531	1,207	88,554			
32	,513	1,166	89,720			
33	,501	1,139	90,859			
34	,476	1,082	91,941			
35	,445	1,012	92,953			
36	,427	,971	93,925			
37	,413	,939	94,864			
38	,389	,884	95,748			
39	,370	,840	96,588			
40	,347	,789	97,377			
41	,327	,743	98,119			
42	,305	,693	98,813			
43	,289	,656	99,469			
44	,234	,531	100,000			

% varyansının grafiğine bakıldığında 13 bileşenin büyük ölçüde varyansa katkı sağladığı, 14. bileşenden itibaren bu katkının azaldığı görülmektedir. Bu durumda başlangıçta 3 olarak düşünülen faktör sayısının 13 olarak sınılanmasına karar verilebilir. Bu karar verilmeden önce “Scree Plot” grafiği incelenmiştir.

Y ekseninde bileşenler, X eksenine doğru bir iniş yapmaktadır. Bu iniş eğilimi varyansa katkı çerçevesinde noktalarla gösterilmektedir. İki nokta arası her aralık bir faktör anlamına gelmektedir. Şekil-1’de görüldüğü gibi 3. noktadan sonra eğim bir plato yapmaktadır. 3. noktadan sonraki bileşenlerin varyansa yaptıkları katkı hem küçük hem de yaklaşık olarak aynıdır (Şekil 1).

**Şekil-1: Yamaç-Birikinti Grafiği**



Faktör sayısını belli ederek ölçekteki maddelerin uygunluğunu, hangi maddelerin ölçekten çıkarılacağını belirlemek amacıyla döndürülmüş bileşenler matrisi uygulanmıştır. Bir maddenin faktördeki en yüksek yük değeri ile bu değerden sonra en yüksek olan yük değeri arasındaki farkın mümkün olduğunca yüksek olması beklenen bir durumdur. Yüksek iki yük değeri arasındaki farkın en az 0,1 olması

istenir. Çözümleme sonucunda elde edilen değerlere göre maddelerin ölçekte yer almasında bir maddenin yalnızca bir faktörde en az 0,4 faktör yükü ile yer alması ve birden çok faktörde yer alan bir maddenin faktörlerden birindeki yükünün diğerinden en az 0,1 değerinden daha büyük olması durumunda madde ölçekte tutulmuştur. Çok faktörlü bir yapıda, birden fazla çok faktörde yüksek yük değeri veren ölçek maddeleri, binişik madde olarak tanımlanır ve maddelerin ölçekten çıkarılması düşünülebilir (Büyüköztürk ve ark., 2012; Çokluk ve ark., 2012).



**Tablo-26: 1. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi (AFA)**

Mad.	Bileşenler												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
s32	,706	,179	,041	,024	-,099	-,032	-,061	-,066	-,006	,015	-,026	-,067	,141
s30	,640	,106	,222	,074	-,091	,100	,076	-,002	-,160	,061	,192	,158	-,005
s22	,614	,255	,083	,067	-,119	,223	-,086	-,007	,008	-,113	,066	,119	-,171
s26	,590	,192	,182	-,073	,016	,177	,078	,041	-,046	,003	,411	,037	-,167
s28	,583	,135	,176	,006	-,186	,003	,203	,145	,023	-,183	-,025	-,194	,152
s31	,581	,055	-,129	,077	,266	-,020	-,039	-,089	-,199	,284	,107	,181	,074
s36	,565	,077	,372	,112	-,047	-,107	,056	-,026	,021	-,028	,073	-,106	,050
s8	,128	,713	,162	,105	,002	-,004	-,078	-,088	-,008	,091	,155	,088	,006
s7	,054	,617	,036	-,029	,052	,071	-,041	-,107	-,002	,089	,030	-,066	,145
s11	,245	,582	,122	,043	-,015	-,053	-,038	,054	,098	-,074	-,092	-,026	,140
s9	,171	,552	,152	,166	-,133	,049	-,037	,155	-,007	-,012	,154	,174	-,072
s13	,245	,524	,001	-,016	,101	,121	,292	,144	-,203	-,135	,162	,046	,228
s6	,111	,463	,248	-,047	-,214	,077	,200	,022	,051	-,116	,079	-,107	-,206
s43	,165	,231	,793	-,027	-,040	,031	,013	-,013	-,010	,102	,048	-,127	,053
s44	,226	,221	,780	,036	-,039	,069	,063	-,013	-,065	,000	,038	-,090	,013
s42	,113	,049	,737	,108	,019	,223	-,048	,040	-,015	-,087	,051	,109	,091
s23	,003	,001	,008	,743	-,092	,002	-,028	,120	,051	-,047	,002	-,047	,150
s20	,149	,092	,009	,677	-,065	,149	,059	-,138	,040	,085	-,042	-,255	-,128
s19	,152	,224	-,010	,582	-,100	,269	,015	-,054	-,036	,202	-,067	,119	-,238
s14	-,002	-,019	,213	,516	-,229	-,023	,246	-,057	,095	,260	,003	,149	-,040
s24	-,076	,008	-,050	-,438	,032	-,220	-,256	,019	-,113	,319	-,178	,351	-,041
s5	-,068	,009	-,013	-,106	,778	-,050	,082	,078	,159	-,023	-,045	,031	-,017
s21	-,136	-,082	-,037	-,212	,744	-,067	-,129	,032	-,049	-,025	,004	,044	-,082
s33	,051	,141	,113	,105	-,036	,751	-,006	-,017	,018	,074	,007	,019	,023
s34	,048	-,003	,160	,197	-,043	,583	,163	-,011	,134	,135	-,120	,100	,149
s29	,131	-,132	,033	-,018	-,265	,460	,304	,101	,345	-,008	-,007	-,155	,003
S1	,075	-,168	-,051	-,016	,127	-,001	,581	-,303	,013	-,043	-,026	,067	,045
s10	-,070	,246	-,032	,317	-,043	,156	,533	-,016	-,106	,090	,009	-,102	,001
s17	,066	,057	,143	-,065	-,212	,115	,446	,092	,261	,385	-,025	,019	-,138
s15	-,027	-,007	,220	,352	-,241	,111	,399	-,064	-,005	,210	-,015	,047	,084
s12	-,043	-,293	,036	-,233	,279	-,193	-,330	-,158	-,079	-,150	-,058	-,077	,139
s3	,064	-,173	,006	,105	,021	-,001	-,020	,779	-,086	,152	-,023	,046	-,055
s4	,134	-,074	,049	,190	-,024	-,005	,098	-,698	-,003	,105	-,069	,221	,076
s2	,064	,221	,087	,027	,163	,009	-,077	,524	,187	-,075	,003	,284	,279
s35	-,024	-,018	,009	,085	-,024	,049	-,082	-,026	,731	,174	,084	,131	,098
s37	-,186	,063	-,089	,033	,160	-,109	-,083	,004	,684	-,053	-,032	-,022	-,038
s40	-,088	-,009	,021	,197	,035	,296	,081	,057	,060	,629	,073	-,079	-,041
s41	,195	,048	-,129	,152	-,213	-,087	,118	-,073	,299	,488	-,063	-,208	,319
s25	,271	,040	,116	,057	-,017	-,154	,083	,049	-,024	,070	,714	,026	-,098
s27	,042	,217	,000	-,089	-,024	,038	-,095	-,019	,092	-,034	,704	,115	,287
s16	,022	,033	-,128	-,137	,061	,081	,035	-,054	,089	-,078	,149	,745	,025
s18	,296	,333	,237	,109	-,028	-,083	,281	,066	,029	-,255	-,100	,356	,146
s38	,187	,245	,134	-,125	-,084	,112	-,025	-,060	,085	-,056	,088	,082	,611
s39	-,232	,058	,235	,260	-,082	,295	,170	,050	-,104	,252	-,090	-,058	,439

Bir maddenin binişik olması için iki durumun oluşması gerekir. Bunlardan bir tanesi bir maddenin birden fazla faktörde kabul düzeyinden yüksek yük değeri vermesidir. Diğeri ise iki ya da daha fazla faktörde sahip olduğu yük değeri arasındaki farkın 0,1' den küçük olmasıdır (Çokluk ve ark. 2012). Yirmi dördüncü madde binişik madde olduğundan ölçeğimizden çıkarılmıştır. Bu işlemten sonra tekrar faktör analizi yapılmıştır (Tablo 26).

**Tablo-27: 2. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Mad.	Bileşenler												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
s32	,708	,188	,014	,049	-,042	-,103	-,058	-,001	-,007	-,032	-,055	-,046	,140
s30	,639	,096	,101	,219	,099	-,074	,001	,069	-,161	,209	,138	,064	-,001
s22	,618	,243	,065	,100	,203	-,141	-,001	-,090	,020	,056	,123	-,039	-,203
s31	,592	,045	,116	-,155	,014	,317	-,097	,085	-,200	,156	,134	-,098	,131
s26	,588	,185	-,069	,190	,169	,009	,041	,066	-,052	,399	,036	,079	-,184
s36	,562	,093	,088	,382	-,141	-,052	-,018	,100	-,002	,030	-,067	,029	,049
s28	,559	,138	-,010	,208	-,002	-,232	,163	-,088	,050	-,018	-,196	,337	,098
s8	,134	,704	,135	,154	,005	,023	-,094	,041	-,012	,175	,085	-,140	,006
s7	,067	,642	-,032	,035	,050	,063	-,106	,130	-,031	-,015	-,017	-,131	,141
s11	,235	,580	,053	,135	-,041	-,036	,060	-,073	,116	-,063	-,026	,084	,101
s13	,233	,550	-,043	,029	,108	,059	,157	,001	-,206	,122	,102	,319	,166
s9	,162	,513	,213	,152	,086	-,130	,148	-,118	,029	,236	,119	,006	-,093
s6	,097	,454	-,016	,259	,065	-,227	,022	,069	,050	,083	-,106	,209	-,252
s23	,004	-,002	,698	,033	-,010	-,109	,141	-,132	,072	-,031	-,054	,032	,166
s20	,153	,087	,659	,018	,138	-,060	-,129	,061	,034	-,078	-,257	,019	-,084
s19	,159	,184	,643	-,029	,297	-,056	-,066	,072	-,028	-,012	-,055	-,060	-,185
s14	-,007	-,046	,590	,179	,001	-,161	-,074	,288	,074	,058	,097	,103	,029
s12	-,025	-,253	-,325	,058	-,241	,246	-,139	-,188	-,083	-,041	-,014	-,259	,125
s43	,158	,221	,000	,780	,042	-,017	-,024	,134	-,021	,080	-,131	-,052	,062
s44	,219	,220	,042	,780	,057	-,035	-,017	,111	-,082	,033	-,067	,012	,005
s42	,108	,036	,097	,750	,219	,003	,044	-,094	,006	,057	,105	,006	,064
s33	,066	,143	,090	,122	,734	-,046	-,016	,080	,010	-,037	,045	-,050	,015
s34	,040	-,034	,238	,157	,627	-,036	-,013	,015	,171	-,048	,030	,204	,152
s29	,128	-,103	-,051	,045	,409	-,287	,103	,331	,289	-,098	-,068	,194	-,013
s5	-,072	,022	-,132	-,006	-,042	,759	,089	-,052	,170	-,061	,033	,133	-,035
s21	-,131	-,077	-,238	-,033	-,052	,730	,039	-,169	-,027	,000	,031	-,054	-,092
s3	,063	-,183	,134	-,014	,009	,056	,769	,132	-,102	,005	,026	-,094	-,023
s4	,142	-,079	,218	,035	,000	,008	-,702	,070	-,006	-,054	,199	,056	,112
s2	,064	,233	-,001	,099	-,001	,144	,532	-,062	,190	-,010	,319	-,057	,241
s17	,064	,069	,020	,088	,101	-,125	,057	,742	,155	-,030	,062	,091	-,073
s15	-,028	,012	,375	,196	,087	-,194	-,079	,474	-,080	-,056	,107	,150	,136
s40	-,083	-,051	,307	-,045	,380	,145	,023	,394	,043	,193	-,187	-,126	,080
s35	-,029	-,054	,122	-,007	,098	,000	-,032	,017	,763	,172	,044	-,047	,120
s37	-,184	,088	-,011	-,077	,067	,135	,013	,155	,652	-,113	,042	,033	-,058
s25	,264	,029	,056	,115	-,142	-,007	,045	,068	-,027	,715	,000	,078	-,085
s27	,044	,223	-,139	,020	,045	-,053	-,010	-,123	,111	,678	,121	-,015	,257
s16	,035	,043	-,134	-,135	,052	,066	-,064	,064	,061	,119	,801	-,045	-,004
s18	,279	,342	,109	,260	-,108	-,062	,076	-,043	,034	-,108	,395	,329	,076
S1	,045	-,172	,017	-,045	,025	,117	-,299	,082	,031	,066	,026	,647	,025
s10	-,091	,240	,359	-,034	,181	-,035	-,019	,210	-,114	,032	-,121	,477	,008
s38	,185	,265	-,163	,157	,115	-,117	-,044	-,115	,109	,080	,103	,067	,567
s39	-,231	,069	,258	,223	,317	-,056	,044	,212	-,125	,086	-,044	,057	,479
s41	,195	,042	,219	-,174	-,038	-,130	-,089	,381	,273	,011	-,264	-,040	,414

İkinci döndürülmüş bileşenler matrisinde on ikinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçeğimizden çıkarılmıştır. Bu işlemten sonra tekrar açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır (Tablo 27).

Tablo-28: 3. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

Mad.	Bileşenler												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
s32	,708	,186	,010	,049	-,048	-,103	-,052	-,010	-,003	-,030	-,049	,136	-,031
s30	,631	,108	,107	,210	,104	-,080	,010	,068	-,158	,222	,137	-,016	,082
s22	,627	,243	,063	,102	,203	-,125	-,010	-,066	,011	,043	,121	-,179	-,075
s31	,594	,024	,112	-,136	-,009	,328	-,099	,055	-,192	,158	,145	,157	-,094
s26	,585	,194	-,065	,183	,176	,016	,035	,083	-,058	,403	,030	-,176	,059
s28	,562	,144	-,017	,210	,005	-,222	,155	-,077	,045	-,018	-,211	,095	,320
s36	,559	,099	,087	,377	-,142	-,057	-,009	,098	,002	,035	-,065	,037	,048
s8	,130	,707	,139	,145	,004	,021	-,091	,039	-,007	,177	,087	,008	-,145
s7	,068	,630	-,034	,037	,038	,070	-,109	,116	-,026	-,015	-,013	,157	-,143
s11	,235	,584	,049	,130	-,038	-,033	,060	-,068	,115	-,066	-,033	,096	,076
s13	,218	,576	-,032	,005	,127	,045	,170	,009	-,207	,137	,088	,129	,334
s9	,161	,521	,212	,146	,093	-,125	,143	-,106	,027	,235	,109	-,090	-,018
s6	,095	,468	-,010	,246	,083	-,220	,010	,098	,041	,089	-,126	-,252	,174
s23	-,013	,021	,704	,013	,002	-,139	,167	-,145	,085	-,009	-,056	,115	,082
s20	,153	,090	,665	,011	,138	-,061	-,126	,067	,036	-,075	-,257	-,067	,001
s19	,176	,168	,640	-,014	,282	-,031	-,082	,086	-,035	-,031	,055	-,118	-,129
s14	-,011	-,033	,595	,169	,004	-,171	-,061	,292	,078	,063	,097	,029	,108
s43	,163	,214	-,006	,789	,031	-,009	-,029	,129	-,019	,074	-,130	,081	-,063
s44	,223	,218	,038	,785	,050	-,028	-,020	,114	-,082	,028	-,068	,019	-,001
s42	,105	,042	,094	,752	,218	-,003	,050	-,098	,009	,061	,103	,048	,024
s33	,059	,153	,100	,109	,739	-,051	-,009	,087	,008	-,029	,047	,013	-,053
s34	,036	-,025	,244	,154	,633	-,038	-,008	,017	,171	-,042	,024	,150	,203
s29	,121	-,087	-,042	,028	<b>,426</b>	-,291	,107	<b>,345</b>	,285	-,083	-,078	-,027	,195
s5	-,076	,020	-,132	-,002	-,044	,760	,090	-,050	,165	-,064	,032	-,039	,137
s21	-,132	-,087	-,238	-,023	-,061	,733	,036	-,174	-,029	-,005	,035	-,089	-,049
s3	,064	-,183	,130	-,014	,008	,055	,770	,132	-,101	,009	,020	-,022	-,101
s4	,142	-,083	,222	,041	-,009	,005	-,692	,058	,001	-,057	,213	,120	,077
s2	,061	,237	-,010	,099	-,003	,138	,543	-,072	,193	-,012	,316	,217	-,035
s17	,062	,074	,028	,076	,105	-,124	,059	,750	,152	-,019	,058	-,058	,078
s15	-,022	,010	,374	,199	,078	-,189	-,076	,475	-,081	-,061	,108	,165	,130
s40	-,080	-,062	,311	-,042	,367	,152	,020	,385	,046	,190	-,177	,127	-,156
s35	-,024	-,063	,111	,006	,092	,010	-,037	,008	,765	,162	,047	,137	-,055
s37	-,190	,100	-,007	-,092	,080	,127	,021	,168	,649	-,111	,040	-,076	,043
s25	,252	,042	,061	,106	-,132	-,013	,045	,065	-,023	,730	-,006	-,093	,084
s27	,041	,230	-,146	,020	,044	-,054	-,008	-,126	,112	,665	,128	,261	-,018
s16	,038	,040	-,138	-,126	,045	,072	-,060	,062	,059	,110	,804	-,001	-,038
s18	,270	,366	,113	,244	-,090	-,074	,092	-,033	,033	-,099	,380	,032	,357
s38	,190	,261	-,178	,168	,102	-,114	-,038	-,132	,112	,062	-,114	,568	,078
s39	-,221	,058	,248	,237	,296	-,049	,046	,199	-,124	,067	-,033	,519	,033
s41	,204	,024	,209	-,161	-,059	-,121	-,089	,359	,279	-,001	-,249	,454	-,053
S1	,034	-,149	,030	-,058	,048	-,109	-,293	,094	,027	,082	,008	,000	,660
s10	-,082	,247	,361	-,036	,187	-,019	-,030	,243	-,129	,017	-,134	,050	,409

Üçüncü döndürülmüş bileşenler matrisinin yirmi dokuzuncu madde binişik olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 28).

Tablo-29: 4. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

Mad.	Bileşenler												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
s32	,706	,184	,042	,019	-,060	-,059	-,090	-,004	-,023	-,012	-,045	,142	-,045
s22	,634	,236	,097	,046	,209	-,006	-,132	-,078	,035	,012	,130	-,170	-,065
s30	,632	,106	,205	,109	,098	-,006	-,073	-,063	,223	-,162	,144	-,010	,078
s26	,590	,186	,184	-,082	,176	,045	,005	,071	,393	-,053	,045	-,174	,078
s31	,577	,037	-,149	,116	,010	-,120	-,347	,074	,174	-,207	,128	,143	-,114
s36	,577	,090	,360	,066	-,112	-,006	-,065	,106	,027	,007	-,067	,028	,048
s28	,570	,136	,213	,001	-,041	,159	-,209	-,098	-,019	,036	-,185	,125	-,308
s8	,129	,712	,140	,129	,031	-,102	,017	,050	,183	-,008	,070	-,009	-,143
s7	,060	,636	,039	-,034	,045	-,119	,070	,124	-,007	-,030	-,025	,145	-,140
s11	,240	,582	,129	,052	-,046	,055	-,031	-,066	-,063	,114	-,030	,102	,068
s13	,210	,579	,016	-,012	,087	,163	,058	-,005	,144	-,214	,105	,150	,325
s9	,170	,518	,142	,198	,113	,142	-,134	-,105	,232	,033	,106	-,091	-,014
s6	,117	,450	,253	-,040	,087	,036	-,253	,082	,068	,062	-,106	-,252	,212
s43	,175	,209	,786	-,010	,036	-,030	-,014	,133	,072	-,018	-,132	,075	-,062
s44	,235	,214	,782	,037	,050	-,022	-,030	,110	,027	-,082	-,067	,018	-,002
s42	,113	,039	,751	,106	,203	,042	,004	-,105	,063	,007	,106	,065	,012
s23	-,018	,034	,007	,733	-,002	,144	-,108	-,139	,009	,070	-,071	,117	,051
s20	,163	,092	,001	,638	,181	-,125	-,069	,076	-,080	,039	-,275	-,095	,020
s19	,180	,173	-,023	,612	,329	-,087	-,038	,092	-,035	-,032	,036	-,143	-,111
s14	-,006	-,030	,167	,603	,014	-,070	-,162	,298	,067	,078	-,087	,011	,105
s33	,069	,139	,121	,063	,744	,010	-,083	,077	-,053	,030	,060	,014	,000
s34	,049	-,038	,163	,222	,624	,007	-,057	,009	-,061	,189	,037	,160	,237
s40	-,066	-,070	-,047	,248	<b>,437</b>	,040	-,110	<b>,414</b>	,164	,075	-,193	,077	-,097
s3	,075	-,186	-,020	,117	,035	,776	,047	,139	-,004	-,090	,028	-,025	-,098
s4	,135	-,079	,034	,227	-,002	-,706	,015	,070	-,045	-,005	,192	,107	,067
s2	,055	,244	,099	,024	-,029	,521	,162	-,071	,001	,183	,321	,241	-,074
s5	-,088	,033	,001	-,123	-,054	,078	,773	-,054	-,054	,155	,031	-,037	,121
s21	-,147	-,075	-,023	-,235	-,055	,027	,740	-,166	,006	-,034	,027	-,091	-,062
s17	,074	,062	,088	,008	,103	,078	-,148	,737	-,040	,167	,078	-,081	-,118
s15	-,032	,020	,209	,409	,045	-,093	-,164	,464	-,048	-,097	,109	,159	,118
s25	,245	,048	,106	,078	-,138	,038	,004	,061	,740	-,036	-,008	-,097	,072
s27	,038	,230	,016	-,142	,049	-,015	-,052	-,111	,671	,111	,117	,262	-,025
s35	-,016	-,068	,005	,109	,090	-,038	,007	,014	,159	,769	,042	,135	-,053
s37	-,181	,093	-,083	-,018	,073	,031	,112	,157	-,122	,659	,049	-,079	,061
s16	,040	,033	-,135	-,151	,072	-,066	,059	,070	,106	,072	,798	,002	-,042
s18	,273	<b>,367</b>	,243	,143	-,124	,076	-,053	-,052	-,089	,022	<b>,392</b>	,062	<b>,322</b>
s38	,195	,255	,160	-,173	,095	-,046	-,111	-,114	,065	,113	,108	,583	,062
s39	-,220	,060	,237	,246	,307	,039	-,050	,221	,067	-,118	-,049	,505	,039
s41	,217	,016	-,174	,180	-,019	-,082	-,137	,396	-,011	,293	-,266	,417	-,034
S1	,049	-,163	-,057	,005	,047	-,272	,090	,082	,063	,041	,021	,002	,682
s10	-,062	,234	-,037	,315	,223	-,007	-,054	,250	-,007	-,101	-,132	,027	,453

Dördüncü döndürülmüş bileşenler matrisinde kırkıncı madde binişik olmanın şartlarını sağladığı için ölçekten çıkarılmıştır (Tablo 29).

**Tablo-30: 5. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Mad.	Bileşenler											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
s32	,704	,175	,028	,038	-,093	-,071	,003	-,046	-,068	-,016	-,033	,122
s30	,632	,114	,118	,205	-,086	-,001	-,150	,090	,084	,206	,174	-,008
s22	,623	,233	,025	,075	-,093	-,005	,003	,308	-,097	,081	,071	-,147
s28	,605	,172	-,038	,206	-,185	,148	-,015	-,095	,184	-,136	-,098	-,137
s26	,588	,192	-,076	,188	,005	,055	-,045	,190	,108	,394	,053	-,136
s36	,584	,088	,062	,347	-,063	-,008	,023	-,063	,072	,054	-,097	,020
s31	,559	,005	,163	-,145	,320	-,126	-,156	,015	-,068	,233	,121	,118
s8	,117	,705	,137	,139	,006	-,111	,012	,053	-,103	,203	,045	,000
s11	,246	,596	,045	,134	-,032	,033	,097	-,097	-,002	-,137	,044	,094
s7	,047	,593	-,008	,024	,077	-,117	,013	,138	-,050	,095	-,138	,172
s13	,224	,586	-,005	,015	,072	,152	-,227	,041	,272	,085	,159	,186
s9	,172	,551	,183	,151	-,136	,128	,006	,052	-,082	,139	,190	-,083
s6	,128	,465	-,065	,245	-,227	,046	,048	,130	,232	,058	-,129	-,204
s23	,005	,075	,694	-,004	-,078	,140	,026	-,065	-,067	-,088	-,016	,089
s14	-,009	-,029	,636	,168	-,177	-,060	,129	,011	,213	,096	,069	-,020
s20	,170	,093	,630	-,009	-,046	-,107	,045	,200	,046	-,066	-,312	-,096
s19	,166	,166	,621	-,031	-,032	-,079	-,008	,364	-,054	,009	-,015	-,146
s15	-,040	-,011	,478	,207	-,198	-,084	-,005	,076	,321	,045	,037	,139
s43	,175	,202	,023	,797	-,040	-,030	,009	,013	,004	,072	-,114	,077
s44	,236	,204	,058	,779	-,031	-,019	-,062	,077	,049	,054	-,088	,029
s42	,119	,055	,101	,747	,025	,039	-,023	,180	-,054	,016	,140	,079
s5	-,084	,023	-,137	-,004	,788	,073	,138	-,053	,084	-,044	,023	-,029
s21	-,151	-,088	-,247	-,024	,748	,023	-,056	-,050	-,113	,026	,020	-,085
s3	,072	-,195	,141	-,021	,035	,782	-,054	,050	-,024	,037	,012	-,032
s4	,126	-,089	,238	,027	,007	-,712	,013	,016	,085	-,013	,161	,078
s2	,053	,246	,020	,085	,182	,502	,176	-,015	-,133	-,004	,318	,234
s35	-,015	-,044	,104	,023	-,002	-,039	,755	,006	-,081	,071	,118	,121
s37	-,187	,087	-,027	-,087	,130	,039	,669	,118	,119	-,087	-,006	-,068
s33	,052	,114	,104	,125	-,064	,029	,046	,751	,063	-,024	,029	,079
s34	,054	-,028	,246	,177	-,042	,014	,168	,517	,200	-,156	,124	,198
S1	,081	-,132	-,014	-,055	,107	-,268	,004	-,033	,627	-,038	,100	,029
s10	-,043	,233	,335	-,039	-,038	,011	-,085	,197	,521	-,018	-,139	,067
s17	,041	,000	,122	,102	-,199	,105	,321	-,190	,476	,150	-,040	-,080
s25	,256	,072	,080	,117	-,004	,057	-,031	-,170	,088	,707	,031	-,078
s27	,050	,244	-,155	,012	-,026	-,002	,084	,034	-,081	,627	,117	,316
s16	,011	,027	-,146	-,148	,046	-,090	,095	,144	-,006	,167	,739	-,005
s18	,289	,408	,103	,229	-,047	,036	-,018	-,155	,210	-,188	,462	,042
s38	,208	,244	-,172	,142	-,070	-,054	,089	,098	-,027	,040	,092	,615
s39	-,217	,025	,317	,240	-,055	,056	-,069	,267	,141	,095	-,078	,530
s41	,211	-,026	,259	-,158	-,179	-,068	,384	-,046	,137	,043	-,286	,393

Beşinci döndürülmüş bileşenler matrisinde on sekizinci maddenin binişik madde olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 30).

**Tablo-31: 6. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Mad.	Bileşenler										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
s32	,707	,029	,180	,032	-,094	-,073	,002	-,064	-,032	-,061	,127
s30	,636	,112	,103	,196	-,077	-,006	-,150	,070	,239	,155	,000
s22	,623	,071	,239	,097	-,104	,004	,008	-,068	,033	,273	-,162
s28	,606	-,037	,154	,204	-,181	,136	-,012	,173	-,126	-,154	,142
s26	,596	-,044	,200	,205	-,003	,059	-,048	,142	,333	,162	-,156
s36	,576	,078	,075	,354	-,063	-,015	,032	,056	,062	-,133	,008
s31	,561	,154	,018	-,153	,321	-,129	-,156	-,072	,233	,073	,124
s20	,145	,706	,091	,039	-,069	-,100	,058	,069	-,140	-,057	-,123
s19	,155	,671	,168	-,004	-,043	-,065	-,004	-,026	-,031	,264	-,151
s23	,005	,663	,065	-,025	-,062	,145	,018	-,075	-,041	-,060	,123
s14	-,004	,602	-,043	,144	-,154	-,058	,114	,203	,143	,050	,015
s15	-,040	,462	-,025	,198	-,184	-,090	-,011	,310	,082	,068	,159
s8	,120	,142	,712	,140	,003	-,094	,008	-,083	,198	,054	-,018
s7	,030	,052	,604	,067	,050	-,109	,031	-,025	,049	-,012	,114
s11	,263	,008	,594	,105	-,018	,041	,079	,007	-,117	-,042	,120
s13	,241	-,031	,577	-,003	,083	,148	-,241	,281	,108	,109	-,201
s9	,190	,151	,547	,124	-,120	,145	-,013	-,065	,165	,160	-,061
s6	,130	-,023	,458	,270	-,235	,053	,047	,265	,003	,007	-,231
s43	,179	,031	,206	,801	-,041	-,025	,005	,016	,045	-,062	,074
s44	,237	,074	,203	,787	-,033	-,016	-,063	,057	,032	-,003	,024
s42	,125	,091	,055	,737	,034	,043	-,026	-,058	,043	,226	,097
s5	-,086	-,141	,021	-,006	,788	,068	,138	,068	-,033	-,036	-,030
s21	-,151	-,249	-,078	-,024	,742	,023	-,057	-,117	,007	-,020	-,088
s3	,074	,141	-,208	-,019	,038	,779	-,056	-,010	,039	,037	-,017
s4	,132	,203	-,074	,001	,025	-,715	-,006	,061	,029	,127	,103
s2	,076	-,050	,248	,039	,207	,506	,158	-,129	,072	,190	,278
s35	-,017	,085	-,036	,010	,007	-,032	,753	-,082	,110	,081	,123
s37	-,190	-,010	,090	-,077	,128	,046	,667	,139	-,101	,089	-,079
s41	,192	,298	-,020	-,128	-,199	-,075	<b>,398</b>	,152	-,005	-,238	,362
S1	,088	-,041	-,150	-,071	,128	-,292	-,002	,593	,012	,022	,047
s10	-,039	,362	,229	-,019	-,042	,005	-,095	,558	-,082	,053	,069
s17	,051	,140	-,003	,114	-,195	,103	,307	,516	,095	,119	-,079
s25	,259	,069	,071	,114	,001	,059	-,035	,088	,708	-,141	-,103
s27	,047	-,144	,265	,027	-,040	,002	,093	-,063	,619	,063	,267
s33	,049	,198	,145	,184	-,096	,041	,053	,145	-,155	,597	,054
s16	,029	-,231	,017	-,207	,085	-,094	,088	-,058	,344	,565	,034
s34	,052	,283	-,022	,198	-,050	,012	,170	,229	-,183	,471	,206
s38	,207	-,171	,266	,147	-,078	-,060	,102	-,019	,054	,111	,597
s39	-,227	,351	,038	,270	-,075	,052	-,060	,168	,056	,134	,514

Altıncı döndürülmüş bileşenler matrisinde kırk birinci maddenin yük değeri 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 31).

Tablo-32: 7. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

Mad.	Bileşenler										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
s32	,700	,032	,167	,031	-,085	-,103	-,057	-,023	-,008	-,075	,134
s30	,643	,113	,107	,198	,001	-,076	,069	,217	-,151	,151	,024
s22	,630	,061	,257	,107	,022	-,091	-,073	-,015	-,012	,276	-,128
s28	,613	-,017	,124	,182	,117	-,188	,191	-,088	,020	-,262	,196
s26	,606	-,049	,210	,207	,072	,008	,136	,304	-,052	,180	-,122
s36	,572	,073	,073	,350	-,024	-,077	,049	,079	,026	-,131	-,012
s31	,544	,148	,020	-,134	-,131	,316	-,072	,215	-,189	,142	-,095
s20	,148	,701	,098	,034	-,097	-,071	,057	-,130	,048	-,084	-,158
s23	,022	,686	,044	-,049	,134	-,063	-,065	-,012	,053	-,176	,166
s19	,165	,665	,190	,004	-,046	-,037	-,039	-,071	-,018	,257	-,158
s14	,002	,611	-,040	,142	-,058	-,165	,190	,147	,113	,039	-,020
s15	-,060	,460	-,014	,221	-,090	-,201	,293	,077	-,048	,118	,061
s8	,125	,131	,721	,138	-,091	,007	-,086	,181	,002	,073	-,002
s7	,011	,035	,614	,082	-,114	,037	-,032	,039	,000	,058	,065
s11	,264	,014	,580	,097	,031	-,011	,023	-,105	,086	-,109	,167
s13	,246	-,018	,560	-,007	,144	,087	,303	,104	-,216	,053	,263
s9	,212	,156	,548	,110	,153	-,100	-,056	,145	,008	,094	,026
s6	,142	-,034	,470	,262	,065	-,223	,257	-,002	,051	-,016	-,208
s43	,170	,022	,213	,805	-,027	-,040	,008	,053	-,011	-,074	,047
s44	,236	,068	,211	,787	-,015	-,035	,050	,032	-,064	-,028	,013
s42	,139	,105	,056	,734	,048	,040	-,052	,023	-,004	,144	,147
s3	,064	,130	-,197	-,006	,783	,037	-,021	,032	-,070	,058	-,032
s4	,135	,217	-,079	,005	-,715	,017	,065	,016	,003	,127	,083
s2	,085	-,027	,226	,033	,492	,196	-,109	,063	,197	,120	,360
s5	-,092	-,143	,014	,000	,064	,787	-,074	-,026	-,145	-,021	-,025
s21	-,154	-,257	-,076	-,020	,027	,750	-,111	,004	-,050	,007	-,073
S1	,096	-,014	-,172	-,076	-,295	,126	,608	,030	,024	-,029	,062
s10	-,031	,379	,217	-,024	,005	-,049	,565	-,070	-,071	-,014	,074
s17	,035	,129	,019	,142	,109	-,221	,487	,076	,267	,220	-,181
s25	,267	,064	,074	,103	,059	,008	,076	,723	-,037	-,081	-,102
s27	,050	-,127	,251	,024	-,011	-,044	-,053	,616	,098	,096	,297
s35	-,002	,118	-,058	,000	-,051	-,010	-,075	,120	,773	,038	,157
s37	-,174	,007	,080	-,084	,037	-,108	-,138	-,100	,694	,064	-,057
s16	,046	-,218	,027	-,190	-,077	,080	-,056	,263	,098	,615	,085
s33	,051	,207	,165	,215	,066	-,085	,148	-,232	,031	,571	,072
s34	,067	,321	-,032	,207	,018	-,050	,248	-,220	,191	,360	,260
s38	,195	-,137	,232	,153	-,089	-,101	,009	,059	,110	,065	,621
s39	-,254	,368	,031	,297	,039	-,092	,173	,054	-,089	,140	,444

Yedinci döndürülmüş bileşenler matrisinde otuz dördüncü madde 0,40'ın altında olmasından dolayı ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 32).

**Tablo-33: 8. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Mad.	Bileşenler										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
s32	,713	,162	,031	,028	-,103	-,084	-,058	-,036	-,012	-,066	,136
s30	,636	,114	,116	,200	-,078	,002	,068	,231	-,156	,140	,013
s22	,627	,259	,081	,120	-,088	,030	-,061	-,015	-,007	,268	-,138
s28	,611	,135	-,031	,170	-,183	,109	,177	-,036	,018	-,307	,158
s26	,593	,216	-,044	,212	,009	,074	,137	,323	-,051	,182	-,131
s36	,585	,054	,069	,349	-,073	-,020	,059	,057	,030	-,105	,010
s31	,542	,024	,157	-,132	,309	-,130	-,078	,210	-,198	,157	,095
s8	,119	,718	,130	,140	,001	-,092	-,087	,174	-,001	,082	,008
s7	,016	,607	,036	,085	,035	-,114	-,029	,015	,000	,070	,080
s11	,272	,576	,011	,095	-,009	,028	,021	-,108	,087	-,119	,166
s13	,239	,573	-,020	-,007	,089	,136	,293	,124	-,217	,022	,247
s9	-,194	,560	-,158	,114	-,104	,150	-,060	,181	-,010	,065	,006
s6	,129	,478	-,041	,259	-,220	,061	,253	,037	,052	-,048	-,229
s20	,132	,106	,698	,035	-,075	-,099	,060	-,074	,048	-,142	-,188
s23	,015	,042	,684	-,044	-,064	,130	-,053	,016	,064	-,206	,160
s19	,156	,194	,679	,019	-,042	-,040	-,020	-,062	-,017	,221	-,164
s14	,012	-,055	,603	,147	-,170	-,053	,212	,111	,110	,047	,016
s15	-,025	-,046	,451	,230	-,201	-,078	,327	-,025	-,051	,158	,135
s43	,176	,204	,014	,804	-,040	-,028	,014	,047	-,008	-,085	,055
s44	,244	,201	,061	,787	-,034	-,014	,058	,022	-,063	-,040	,024
s42	,128	,070	,107	,739	,037	,045	-,052	,060	-,003	,080	,113
s5	-,087	,008	-,138	,000	,790	,062	,069	-,035	,145	-,006	-,016
s21	-,154	-,079	-,251	-,021	,751	,026	-,121	-,003	-,051	,031	-,066
s3	,067	-,199	,130	-,003	,038	,787	-,011	,019	-,071	,053	-,013
s4	-,152	-,091	,221	,010	,013	-,709	,075	-,030	-,001	,152	,102
s2	,109	,213	-,022	,041	,198	<b>,495</b>	-,095	-,001	,198	,144	<b>,399</b>
S1	,079	-,152	-,018	-,079	,133	-,305	,595	,097	,027	-,077	,016
s10	-,019	,207	,371	-,019	-,042	,005	,581	-,089	-,066	-,031	,093
s17	,060	,001	,118	,143	-,223	,119	,508	,000	,252	,245	-,127
s25	,230	,087	,048	,092	-,001	,048	,056	,786	-,044	-,067	-,117
s27	,038	,248	-,125	,031	-,043	-,015	-,052	,609	,110	,140	,311
s35	-,010	-,051	,121	,001	-,013	-,056	-,075	,148	,774	,021	,134
s37	-,160	,067	,011	-,079	,113	,041	,154	-,133	,698	,080	-,037
s16	,069	,011	-,192	-,167	,080	-,061	-,029	,152	,099	,690	,143
s33	,036	,192	,237	,241	-,081	,069	,165	-,196	,041	,475	,020
s38	,210	,235	-,137	,156	-,099	-,094	,007	,039	,113	,051	,614
s39	-,241	,028	,365	,307	-,093	,039	,190	,021	-,085	,112	,461

Sekizinci döndürülmüş bileşenler matrisinde ikinci madde binişik olmanın şartlarını sağladığı için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 33).

**Tablo-34: 9. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Mad.	Bileşenler										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
s32	,712	,036	,156	,019	-,094	,098	-,070	-,016	-,013	-,066	,107
s22	,644	,090	,247	,107	-,077	-,034	-,060	-,042	-,011	,270	-,094
s30	,633	,117	,117	,197	-,078	,007	,068	,235	-,157	,144	,013
s28	,624	-,025	,126	,153	-,170	-,090	,166	-,030	,010	-,313	,162
s26	,601	-,041	,219	,204	,013	-,077	,143	,302	-,052	,190	-,089
s36	,599	,074	,049	,336	-,059	,008	,053	,049	,032	-,103	,041
s31	,513	,151	,032	-,121	,296	,168	-,080	,257	-,200	,162	,012
s20	,146	,707	,093	,024	-,066	,071	,054	-,093	,046	-,141	-,122
s19	,159	,683	,186	,017	-,043	,037	-,020	-,073	-,021	,221	-,133
s23	,007	,681	,041	-,042	-,064	-,107	-,068	,048	,065	-,205	,130
s14	-,002	,600	-,044	,155	-,180	,059	,213	,130	,112	,044	,003
s15	-,030	,450	-,042	,232	-,206	,087	,324	-,017	-,053	,148	,135
s8	,110	,126	,726	,144	-,010	,115	-,086	,168	-,003	,083	-,002
s7	,019	,035	,603	,081	,033	,132	-,033	-,003	-,005	,068	,091
s11	,271	,015	,578	,089	,001	-,009	,006	-,093	,092	-,120	,144
s9	,180	,153	,575	,121	-,115	-,115	-,056	,192	,007	,067	-,026
s13	,244	-,014	,574	-,018	,107	-,126	,271	,129	-,207	,027	,263
s6	,138	-,037	,486	,253	-,221	-,072	,264	,002	,045	-,052	-,170
s43	,173	,009	,215	,807	-,050	,045	,021	,049	-,013	-,093	,045
s44	,249	,060	,207	,784	-,038	,021	,062	,014	-,067	-,048	,037
s42	,135	,103	,073	,737	,038	-,037	-,052	,056	-,001	,079	,121
s5	-,075	-,130	,000	-,007	,811	-,077	,057	-,038	,159	,007	,009
s21	-,159	-,252	-,082	-,015	,745	-,008	-,117	,006	-,054	,035	-,095
s4	,110	,207	-,090	,030	-,039	,781	,095	,002	-,037	,125	-,012
s3	,066	,128	-,184	,003	,046	-,764	-,013	,054	-,064	,064	-,044
S1	,059	-,021	-,146	-,074	,109	,338	,607	,108	,005	-,093	-,015
s10	,005	,385	,192	-,041	-,015	-,033	,560	-,116	-,060	-,034	,186
s17	,046	,120	,022	,152	-,235	-,103	,523	,011	,247	,235	-,143
s25	,219	,038	,110	,100	-,013	-,057	,066	,779	-,037	-,049	-,095
s27	,061	-,131	,236	,017	-,031	,014	-,065	,565	,118	,156	,375
s35	-,006	,118	-,052	,002	-,008	,062	-,080	,147	,783	,028	,123
s37	-,153	,015	,065	-,080	,117	-,031	,156	-,143	,697	,079	-,034
s16	,056	-,198	,015	-,157	,069	,095	-,022	-,155	,098	,692	,096
s33	,071	,251	,173	,220	-,050	-,108	,151	-,244	,053	,479	,124
s38	,252	-,128	,204	,123	-,051	,070	-,038	,009	,136	,060	,685
s39	-,213	,367	,008	,288	-,067	-,049	,160	,000	-,073	,111	,525

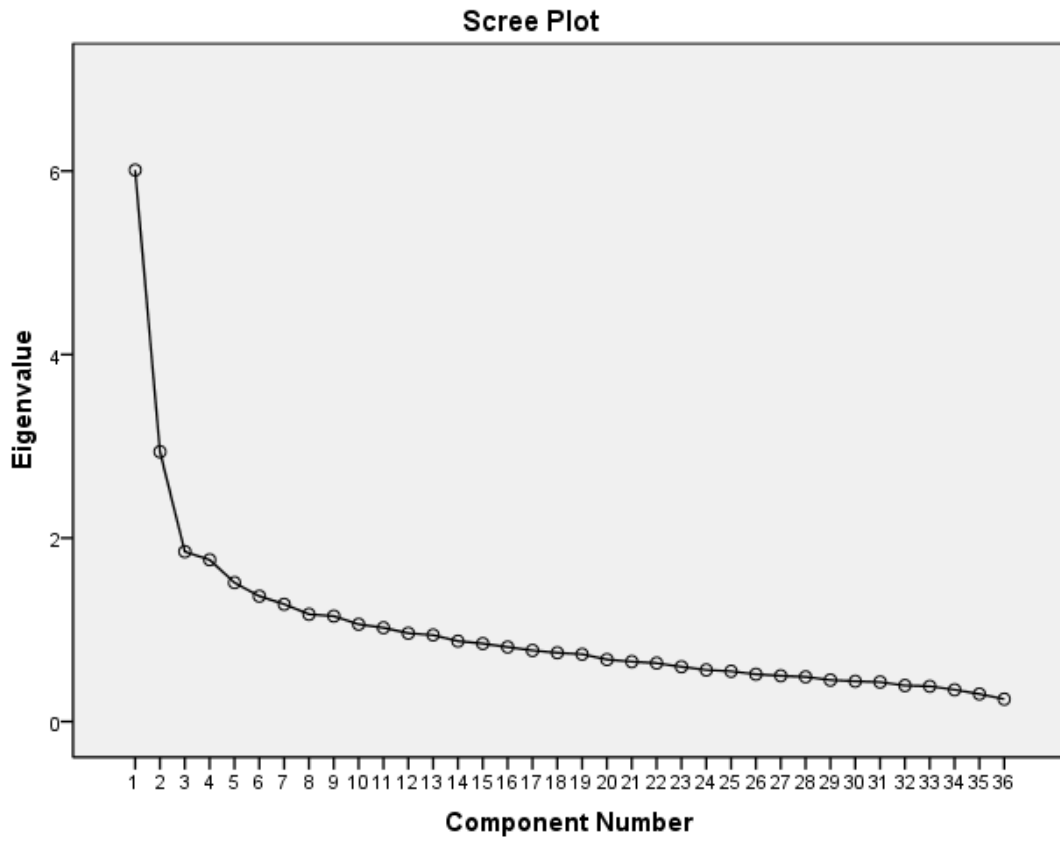
Dokuzuncu döndürülmüş bileşenler matrisinde ölçekten çıkarılacak madde kalmadığı görülmüştür (Tablo 34). Bundan sonraki yapılacak analizler doğrulayıcı faktör analizi uygulaması yapılacaktır.

## 4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçeğimizde atılacak madde kalmadığı için, bundan sonraki işlemlerimize 3 boyutlu olarak sınanmasına ve bunun doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılarak devam edilmiştir.

Bileşen	Başlangıç Öz değerleri			Kare Yüklemelerin Dönme Toplamları		
	Genel Toplam	Varyansın Yüzdesi	Kümülatif Yüzdesi	Genel Toplam	Varyansın Yüzdesi	Kümülatif Yüzdesi
1	6,011	16,698	16,698	4,121	11,446	11,446
2	2,941	8,170	24,867	3,476	9,655	21,101
3	1,852	5,146	30,013	3,208	8,912	30,013
4	1,763	4,897	34,910			
5	1,514	4,206	39,116			
6	1,367	3,796	42,912			
7	1,279	3,553	46,465			
8	1,169	3,248	49,713			
9	1,149	3,192	52,906			
10	1,060	2,946	55,851			
11	1,022	2,839	58,690			
12	,963	2,674	61,365			
13	,943	2,619	63,984			
14	,877	2,435	66,419			
15	,850	2,362	68,781			
16	,812	2,256	71,037			
17	,775	2,152	73,189			
18	,750	2,083	75,273			
19	,734	2,039	77,311			
20	,676	1,876	79,188			
21	,653	1,814	81,001			
22	,637	1,769	82,771			
23	,598	1,660	84,431			
24	,562	1,562	85,992			
25	,548	1,522	87,515			
26	,516	1,433	88,947			
27	,500	1,388	90,335			
28	,488	1,355	91,690			
29	,452	1,256	92,946			
30	,439	1,219	94,165			
31	,431	1,198	95,363			
32	,392	1,090	96,453			
33	,385	1,069	97,522			
34	,347	,963	98,485			
35	,300	,835	99,320			
36	,245	,680	100,000			

Y ekseninde bileşenler, X eksenine doğru bir iniş yapmaktadır. Bu iniş eğilimi varyansa katkı çerçevesinde noktalarla gösterilmektedir. İki nokta arası her aralık bir faktör anlamına gelmektedir. Şekil-2’de görüldüğü gibi 3. noktadan sonra eğim bir plato yapmaktadır. 3. noktadan sonraki bileşenlerin varyansa yaptıkları katkı hem küçük hem de yaklaşık olarak aynıdır (Şekil 2).

**Şekil-2: Yamaç-Birikinti Grafiği**

**Tablo-35: DFA 1. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s8	,612	,062	,146
s43	,589	,166	,162
s44	,577	,218	,228
s13	,539	-,020	,227
s11	,533	,031	,152
s9	,518	,121	,199
s38	,510	-,075	,052
s42	,505	,168	,088
s7	,494	,000	,006
s6	,457	,166	,128
s27	,433	-,202	,084
s33	<b>,354</b>	<b>,324</b>	-,104
s3	-,063	,025	,018
s20	-,007	,659	,105
s14	,069	,651	-,026
s15	,125	,600	-,057
s19	,103	,588	,125
s21	-,091	-,547	-,153
s23	,003	,547	-,032
s10	,170	,499	-,089
s5	,070	-,409	-,219
s39	,291	,404	-,283
s17	,180	,380	-,075
s4	-,096	,292	,167
s16	,132	-,247	-,005
S1	-,113	,146	,063
s30	,310	,172	,644
s32	,238	,087	,616
s26	,409	,012	,592
s31	,052	-,041	,558
s22	,332	,125	,547
s36	,312	,184	,508
s28	,285	,152	,507
s37	,127	,025	-,455
s25	,225	-,029	,408
s35	,173	,080	-,279

Bundan sonraki işlemlerde ölçeğin 3 boyut olarak sınanmasına geçilir. DFA birinci döndürülmüş bileşenler matrisinde otuz üçüncü maddenin yük değeri 0,40'un altında olduğu ve aynı zamanda binişik olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 35).

**Tablo-36: DFA 2. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,647	,167	,060
s44	,636	,218	,132
s8	,605	,075	,128
s11	,542	,040	,118
s42	,537	,162	,019
s13	,534	-,014	,216
s9	,520	,126	,179
s38	,505	-,066	,030
s6	,479	,172	,081
s7	,474	,008	,000
s27	,412	-,192	,092
s3	<b>-,044</b>	,015	-,002
s20	-,011	,660	,118
s14	,058	,659	-,019
s15	,112	,601	-,054
s19	,078	,591	,159
s21	-,112	-,552	-,130
s23	-,009	,547	-,021
s10	,146	,506	-,076
s39	,273	,409	-,301
s5	,038	-,405	-,197
s17	,160	,383	-,067
s4	-,120	,297	,217
s16	,067	-,245	,072
S1	-,136	,146	,104
s30	,338	,165	,638
s31	,052	-,041	,600
s32	,277	,090	,598
s26	,426	,004	,590
s22	,341	,117	,556
s36	,362	,182	,462
s28	,344	,151	,452
s37	,067	,035	-,419
s25	,251	-,021	,394
s35	,125	,091	-,250

DFA ikinci döndürülmüş bileşenler matrisinde üçüncü madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 36).

**Tablo-37: DFA 3. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,657	,152	,042
s44	,648	,204	,113
s8	,604	,065	,124
s42	,546	,149	,004
s11	,542	,030	,112
s13	,534	-,023	,212
s9	,525	,116	,172
s38	,500	-,075	,028
s6	,485	,161	,071
s7	,469	,000	-,002
s27	,403	-,198	,094
s20	,004	,661	,115
s14	,070	,658	-,023
s15	,123	,599	-,059
s19	,091	,590	,157
s21	-,127	-,550	-,123
s23	,004	,545	-,025
s10	,153	,503	-,078
s5	,024	-,406	-,192
s39	,277	<b>,401</b>	<b>-,308</b>
s17	,166	,379	-,070
s4	-,124	,307	,228
s16	,054	-,243	,083
S1	-,138	,153	,112
s30	,351	,162	,631
s31	,056	-,037	,605
s32	,287	,088	,594
s26	,435	-,002	,584
s22	,351	,113	,551
s36	,376	,176	,451
s28	,358	,145	,441
s37	,055	,033	-,413
s25	,256	-,024	,392
s35	,117	,089	-,245

DFA üçüncü döndürülmüş bileşenler matrisinde otuz dokuzuncu madde binişik olduğundan ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 37).

**Tablo-38: DFA 4. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,645	,149	,060
s44	,635	,199	,134
s8	,626	,076	,087
s11	,564	,037	,076
s9	,547	,124	,137
s13	,534	-,031	,215
s42	,522	,137	,043
s6	,509	,173	,031
s38	,482	-,087	,058
s7	,478	,000	-,015
s27	<b>,375</b>	-,219	,139
s20	,019	,667	,094
s14	,070	,659	-,020
s15	,111	,594	-,037
s19	,096	,587	,153
s21	-,141	-,553	-,104
s23	,014	,548	-,039
s10	,152	,498	-,072
s5	,013	-,411	-,176
s17	,170	,382	-,076
s4	-,137	,305	,251
s16	,039	-,250	,107
S1	-,146	,155	,123
s30	,346	,161	,639
s31	,039	-,047	,633
s32	,289	,086	,591
s26	,432	-,002	,588
s22	,364	,120	,530
s36	,377	,178	,450
s37	,074	,043	-,444
s28	,371	,152	,421
s25	,247	-,027	,406
s35	,129	,098	-,264

DFA dördüncü döndürülmüş bileşenler matrisinde yirmi yedinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 38).

**Tablo-39: DFA 5. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,716	,108	-,013
s44	,708	,159	,061
s8	,577	,093	,140
s42	,576	,107	-,016
s11	,550	,032	,107
s6	,518	,163	,019
s9	,515	,139	,166
s13	,498	-,017	,267
s38	,442	-,066	,092
s7	,436	,010	,035
s36	<b>,417</b>	,175	<b>,407</b>
s28	,410	,150	,374
s20	,025	,671	,063
s14	,060	,670	-,043
s19	,073	,606	,159
s15	,115	,595	-,070
s21	-,156	-,557	-,059
s23	,010	,551	-,057
s10	,131	,504	-,068
s5	-,023	-,411	-,110
s17	,160	,380	-,074
s4	-,158	,334	,256
S1	-,164	,175	,131
s31	,006	-,004	,676
s30	,352	,189	,623
s26	,418	,033	,593
s32	,299	,104	,585
s22	,358	,143	,536
s25	,213	,017	,421
s37	,010	,050	-,376
s35	,059	,123	-,207
s16	-,051	-,200	,206

DFA beşinci döndürülmüş bileşenler matrisinde otuz altıncı madde binşik olduğundan ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 39).

**Tablo-40: DFA 6. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,737	,099	-,059
s44	,727	,152	,010
s42	,593	,100	-,057
s8	,558	,103	,185
s11	,536	,037	,134
s6	,520	,163	,024
s9	,507	,148	,200
s13	,489	-,003	,321
s38	,430	-,063	,099
s28	<b>,424</b>	,153	<b>,335</b>
s7	,417	,016	,075
s20	,021	,671	,042
s14	,064	,670	-,049
s19	,067	,614	,173
s15	,120	,593	-,087
s21	-,164	-,556	-,033
s23	,006	,551	-,063
s10	,122	,506	-,055
s5	-,042	-,410	-,076
s17	,152	,378	-,082
s4	-,156	,341	,251
S1	-,165	,178	,121
s31	,003	,016	,694
s30	,361	,201	,600
s26	,424	,046	,587
s32	,307	,117	,574
s22	,360	,156	,535
s25	,216	,027	,420
s37	-,017	,046	-,341
s16	-,073	-,187	,258
s35	,041	,123	-,182

DFA altıncı döndürülmüş bileşenler matrisinde yirmi sekizinci madde binişik olduğundan ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 40).

**Tablo-41: DFA 7. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,743	,103	-,058
s44	,732	,156	,011
s42	,602	,103	-,050
s8	,560	,110	,226
s11	,527	,042	,149
s6	,516	,167	,029
s9	,506	,154	,226
s13	,482	,003	,344
s38	,422	-,059	,112
s7	,412	,021	,102
s20	,015	,672	,040
s14	,063	,671	-,046
s19	,065	,617	,190
s15	,119	,593	-,086
s21	-,157	-,556	-,018
s23	,004	,551	-,062
s10	,115	,507	-,050
s5	-,042	-,409	-,054
s17	,153	,380	-,069
s4	-,161	,342	,252
S1	-,174	<b>,177</b>	,114
s31	-,004	,021	,707
s30	,348	,205	,594
s26	,414	,051	,590
s32	,293	,121	,565
s22	,348	,161	,537
s25	,212	,031	,428
s37	-,022	,046	-,321
s16	-,072	-,183	,294
s35	,035	,124	-,166

DFA yedinci döndürülmüş bileşenler matrisinde birinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 41).

**Tablo-42: DFA 8. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,749	,093	-,074
s44	,739	,147	-,004
s42	,607	,096	-,063
s8	,559	,112	,222
s11	,522	,045	,149
s6	,521	,161	,019
s9	,499	,158	,231
s13	,495	-,004	,330
s38	,437	-,069	,090
s7	,417	,017	,092
s20	,008	,678	,049
s14	,070	,669	-,054
s19	,060	,625	,197
s15	,129	,588	-,101
s23	-,013	,563	-,044
s21	-,151	-,560	-,026
s10	,134	,495	-,071
s5	-,022	-,422	-,079
s17	,176	,367	-,097
s4	-,121	,321	,216
s31	,013	,019	,698
s30	,355	,206	,591
s26	,427	,048	,579
s32	,291	,128	,571
s22	,346	,168	,541
s25	,222	,028	,420
s37	-,004	,035	-,347
s16	-,047	-,192	,268
s35	,051	,116	-,189

DFA sekizinci döndürülmüş bileşenler matrisinde dördüncü madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 42).

**Tablo-43: DFA 9. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,769	,092	-,062
s44	,751	,148	,014
s42	,624	,095	-,055
s8	,545	,113	,251
s6	,502	,176	,062
s11	,502	,055	,186
s9	,459	,179	,285
s13	,458	,011	,375
s38	,450	-,076	,090
s7	,416	,016	,107
s20	-,016	,687	,080
s14	,072	,665	-,046
s19	,039	,624	,219
s23	-,040	,578	-,008
s21	-,126	-,572	-,063
s15	,154	,570	-,113
s10	,122	,504	-,044
s5	-,001	-,426	-,103
s17	,174	<b>,376</b>	-,081
s31	,007	-,017	,673
s30	,333	,194	,604
s26	,399	,043	,600
s32	,266	,117	,585
s22	,317	,162	,562
s25	,196	,028	,439
s37	,021	,037	-,359
s16	-,022	-,222	,225
s35	,076	,110	-,206

DFA dokuzuncu döndürülmüş bileşenler matrisinde on yedinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 43).

**Tablo-44: DFA 10. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,782	,081	-,069
s44	,765	,141	,004
s42	,637	,091	-,063
s8	,536	,114	,265
s6	,502	,166	,069
s11	,495	,055	,198
s9	,456	,186	,289
s13	,445	,011	,391
s38	,440	-,078	,108
s7	,408	,019	,120
s20	-,002	,700	,059
s14	,076	,653	-,045
s19	,045	,638	,207
s23	-,024	,601	-,033
s21	-,134	-,567	-,056
s15	,161	,559	-,113
s10	,121	,497	-,038
s5	-,018	-,431	-,079
s31	-,006	-,011	,678
s26	,390	,039	,609
s30	,330	,193	,603
s32	,260	,118	,586
s22	,312	,170	,563
s25	,188	,026	,445
s37	,000	,015	-,318
s16	-,052	-,235	,264
s35	<b>,059</b>	<b>,096</b>	<b>-,173</b>

DFA onuncu döndürülmüş bileşenler matrisinde otuz beşinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 44).

**Tablo-45: DFA 11. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,810	,000	,081
s44	,787	,067	,142
s42	,660	-,005	,090
s6	,487	,133	,168
s8	,469	,361	,114
s11	,440	,286	,054
s9	<b>,399</b>	<b>,365</b>	,183
s38	,395	,193	-,082
s7	,359	,201	,023
s31	-,086	,673	-,025
s26	,324	,643	,026
s30	,273	,622	,180
s32	,198	,605	,105
s22	,244	,598	,159
s25	,138	,463	,014
s13	,376	,459	,011
s16	-,122	,299	-,242
s37	-,028	-,237	,017
s20	-,015	,072	,701
s14	,072	-,015	,651
s19	,004	,237	,636
s23	-,033	-,012	,601
s21	-,133	-,073	-,564
s15	,172	-,084	,561
s10	,106	,001	,503
s5	-,040	-,050	-,428

DFA on birinci döndürülmüş bileşenler matrisinde dokuzuncu madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 45).

**Tablo-46: DFA 12. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s43	,816	,085	,010
s44	,794	,146	,079
s42	,666	,094	,005
s6	,485	,171	,134
s8	,454	,115	,350
s11	,429	,056	,280
s38	,397	-,078	,198
s7	<b>,358</b>	,026	,203
s20	-,011	,703	,076
s14	,069	,650	-,017
s19	-,003	,636	,232
s23	-,039	,600	-,018
s21	-,129	-,565	-,070
s15	,178	,563	-,078
s10	,101	,503	-,003
s5	-,039	-,428	-,050
s31	-,086	-,021	,677
s26	,325	,031	,650
s30	,276	,185	,631
s32	,200	,110	,612
s22	,242	,162	,601
s25	,138	,017	,466
s13	,369	,014	,457
s16	-,123	-,241	,299
s37	-,031	,015	-,243

DFA on ikinci döndürülmüş bileşenler matrisinde yedinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 46).

**Tablo-47: DFA 13. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s26	,681	,026	,276
s31	,661	-,018	-,154
s30	,650	,180	,230
s32	,627	,108	,150
s22	,624	,161	,189
s13	,504	,026	,286
s25	,475	,014	,104
s8	<b>,402</b>	,131	<b>,362</b>
s16	,292	-,233	-,173
s37	-,234	,026	-,045
s20	,070	,707	-,026
s14	-,012	,647	,086
s19	,229	,642	-,037
s23	-,023	,602	-,038
s21	-,078	-,562	-,131
s15	-,062	,561	,189
s10	,015	,508	,088
s5	-,042	-,422	-,056
s43	,092	,074	,830
s44	,160	,136	,803
s42	,074	,082	,690
s6	,188	,175	,450
s11	,336	,064	,373
s38	,248	-,072	,352

DFA on üçüncü döndürülmüş bileşenler matrisinde sekizinci madde binişik olduğundan ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 47).

**Tablo-48: DFA 14. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s26	,693	,031	,280
s31	,663	-,015	-,156
s30	,662	,183	,236
s32	,635	,111	,152
s22	,628	,166	,186
s13	,498	,032	,269
s25	,478	,016	,102
s16	<b>,289</b>	-,230	-,181
s37	-,240	,027	-,052
s20	,063	,708	-,031
s14	-,016	,646	,084
s19	,219	,643	-,046
s23	-,029	,602	-,041
s21	-,079	-,563	-,134
s15	-,060	,561	,192
s10	,011	,510	,083
s5	-,047	-,420	-,065
s43	,106	,076	,836
s44	,173	,138	,809
s42	,087	,083	,697
s6	,184	,178	,440
s11	,326	,069	,353
s38	,243	-,068	,339

DFA on dördüncü döndürülmüş bileşenler matrisinde on altıncı madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 48).

**Tablo-49: DFA 15. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s26	,682	,027	,306
s31	,675	-,022	-,137
s30	,660	,180	,254
s32	,658	,096	,154
s22	,616	,164	,214
s25	,477	,013	,116
s13	,469	,031	,307
s37	<b>-,293</b>	,043	-,014
s20	,081	,702	-,039
s14	-,029	,652	,094
s19	,209	,647	-,026
s23	-,019	,600	-,046
s15	-,089	,572	,209
s21	-,077	-,566	-,134
s10	-,011	,513	,103
s5	-,070	-,418	-,044
s43	,090	,072	,828
s44	,151	,137	,807
s42	,055	,088	,704
s6	,169	,176	,447
s38	,192	-,059	,379
s11	,299	,069	,378

DFA on beşinci döndürülmüş bileşenler matrisinde otuz yedinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 49).

**Tablo-50: DFA 16. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s26	,701	,013	,277
s31	,668	-,036	-,161
s32	,667	,083	,129
s30	,658	,170	,237
s22	,634	,151	,186
s13	,503	,020	,272
s25	,477	,004	,102
s20	,101	,699	-,050
s14	-,012	,652	,092
s19	,230	,641	-,043
s23	-,008	,601	-,050
s15	-,076	,576	,212
s21	-,083	-,566	-,139
s10	,024	,511	,084
s5	-,044	-,422	-,065
s43	,113	,076	,830
s44	,177	,138	,805
s42	,076	,091	,706
s6	,200	,173	,433
s38	,219	-,063	,362
s11	<b>,335</b>	,062	<b>,350</b>

DFA on altıncı döndürülmüş bileşenler matrisinde on birinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 50).

**Tablo-51: DFA 17. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s26	,709	,013	,275
s30	,672	,167	,247
s31	,672	-,037	-,160
s32	,665	,085	,115
s22	,638	,151	,180
s13	,493	,029	,236
s25	,484	,002	,108
s20	,098	,699	-,051
s14	-,009	,650	,100
s19	,226	,642	-,048
s23	-,015	,603	-,058
s15	-,071	,574	,219
s21	-,084	-,565	-,139
s10	,021	,515	,072
s5	-,045	-,421	-,070
s43	,125	,074	,832
s44	,195	,135	,815
s42	,090	,088	,715
s6	,205	,175	,424
s38	,224	-,060	,352

DFA on yedinci döndürülmüş bileşenler matrisinde on birinci madde 0,40'ın altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır(Tablo 51).

**Tablo-52: DFA 18. Döndürölmüş Bileşenler Matrisi**

Maddeler	Bileşenler		
	1	2	3
s26	,721	-,001	,269
s30	,681	,159	,236
s32	,668	,087	,086
s31	,665	-,034	-,181
s22	,643	,149	,160
s13	,499	,035	,196
s25	,489	-,007	,107
s20	,097	,695	-,028
s14	-,007	,648	,114
s19	,224	,639	-,034
s23	-,018	,605	-,047
s15	-,063	,570	,230
s21	-,088	-,570	-,131
s10	,023	,520	,068
s5	-,049	-,419	-,076
s43	,155	,052	,839
s44	,223	,115	,818
s42	,115	,069	,722
s6	,222	,164	,426

DFA on sekizinci döndürölmüş bileşenler matrisinde binişik ve 0,40'ın altında madde olmadığından ölçekten çıkarılacak madde kalmamıştır(Tablo 52).

**Tablo-53: KMO ve Bartlett Testine Ait Bulgular**

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçümü.		,801
Bartlett 'in Küresellik Testi	Yaklaşık. Ki-Kare	1818,200
	df	171
	Sig.	,000

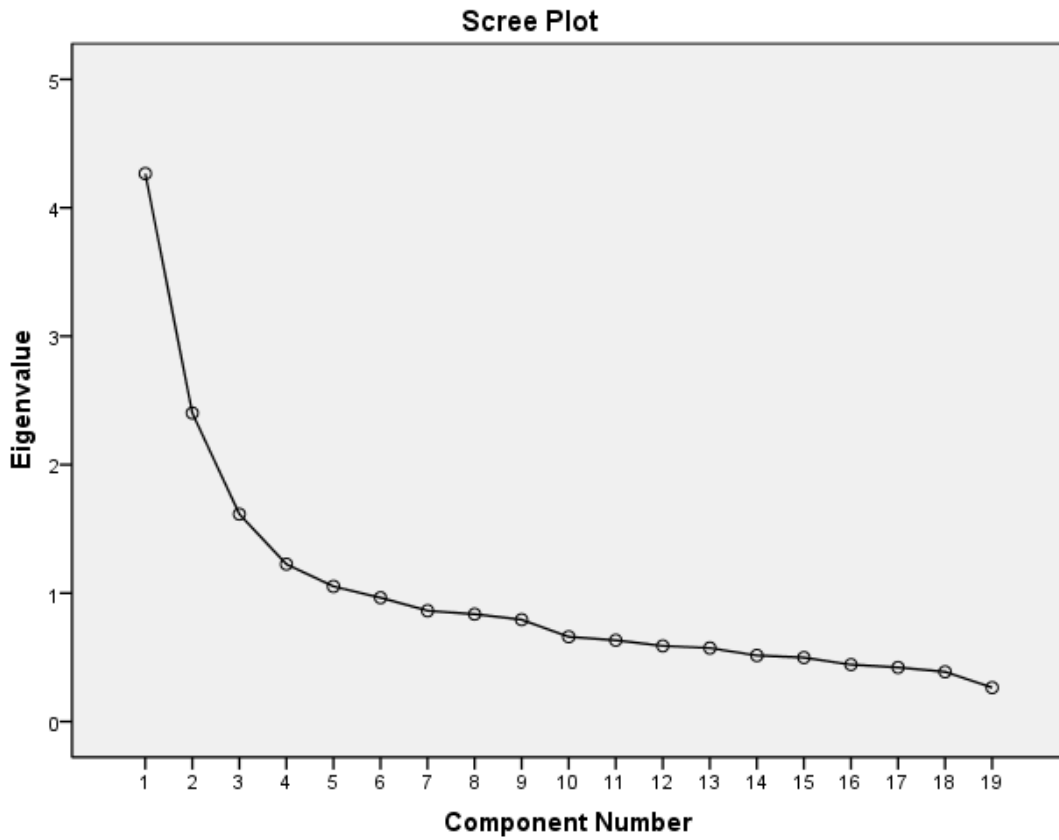
Elde edilen verilerin faktör analizi sonuçları neticesinde; KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) (Örnekleme Hacmi Uygunluğu Ölçümü) değeri 0,801 ve Bartlett Sphericity Testi (Bartlett Bütünlük Testi) sonucu anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ki kare değeri = 1818,200; df = 171 elde edilmiştir (Tablo 53).

**Tablo-54: Açıklanan Toplam Varyans Tablosu**

Bileşen	Başlangıç Öz değerleri			Kare Yüklemelerin Dönme Toplamları	Kare Yüklemelerin Dönme Toplamları	
	Genel Toplam	Varyansın Yüzdesi	Kümülatif Yüzdesi	Genel Toplam	% Varyans	Kümülatif %
1	4,266	22,452	22,452	2,986	15,717	15,717
2	2,402	12,643	35,095	2,878	15,150	30,867
3	1,615	8,499	43,594	2,418	12,727	43,594
4	1,225	6,447	50,041			
5	1,052	5,537	55,578			
6	,964	5,076	60,654			
7	,863	4,541	65,195			
8	,836	4,400	69,595			
9	,793	4,175	73,770			
10	,660	3,473	77,243			
11	,633	3,331	80,574			
12	,589	3,101	83,675			
13	,572	3,012	86,687			
14	,514	2,708	89,395			
15	,498	2,623	92,018			
16	,443	2,332	94,350			
17	,422	2,220	96,570			
18	,388	2,040	98,609			
19	,264	1,391	100,000			

Tablo 54’de görüldüğü üzere 3 faktörün varyansı açıklama oranının % 43,594 olduğu görülmüştür. Tabloda görüldüğü gibi ölçekteki 3 faktörün açıkladığı Varyansın 1. faktör için % 15,717; 2. faktör için % 15,150; 3. faktör için % 12,727 ve 3 faktörün tümü toplam Varyansın % 43,594’ünü açıklamaktadır. Bu varyans değeri 3 faktörlü bir ölçek için iyi seviyede kabul edilebilir. Açıklanan Varyansın yüksek olması, ilgili kavram ya da yapının o denli iyi ölçüldüğünün bir göstergesi olarak yorumlanabilir(Çokluk ve ark. 2012; Büyüköztürk ve ark. 2012). Tüm faktörlerin öz değerlerinin 1’den büyük olması bu ölçeğin üç anlamlı faktöre sahip olabileceğini gösterir(Tablo 54).

**Şekil-3: Yamaç-Birikinti Grafiği**



Şekil-3'deki "Scree Plot" grafiğini incelediğimizde; y eksenindeki bileşenler, x eksenine göre bir iniş yapmaktadır. Bu iniş eğilimi varyansa katkı çerçevesinde noktalarla gösterilmektedir. İki nokta arasındaki her bir aralık bir faktör anlamına gelmektedir. Şekil-2'de görüldüğü gibi 3. noktadan sonra eğim bir plato yapmaktadır. 3. noktadan sonraki bileşenlerin varyansa yaptığı katkı hem küçük hem de yaklaşık olarak aynıdır. Bu yüzden faktör sayısının 3 olmasına karar verilmiştir.

**Tablo-55: Ölçekteki Faktörler ve Yük Değerleri**

Maddeler	Başlangıç ve Boyutların Yük Değerleri			
	Başlangıç Yük Değerleri	1	2	3
s26		,721		
s30		,681		
s32		,668		
s31		,665		
s22		,643		
s13		,499		
s25		,489		
s20			,695	
s14			,648	
s19			,639	
s23			,605	
s15			,570	
s21			-,570	
s10			,520	
s5			-,419	
s43				,839
s44				,818
s42				,722
s6				,426

Faktör analizi sonucunda ölçekte kalmasına karar verilen maddelerin faktörlere göre dağılımı ile faktör yükleri Tablo 55’de gösterilmektedir.

Ölçekteki maddelerin yük değerlerinin 0,419 ile 0,839 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçek; sağlık okuryazarlığının, “sağlık hizmetleri, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi” olarak 3 boyuttan oluşmuştur. Sağlık hizmetleri boyutunu 26, 30, 32, 31, 22, 13 ve 25. maddeler oluşturmaktadır. Hastalıktan korunma boyutunu oluşturan 20, 14, 19, 23, 15, 21,10 ve 5. maddelerdir. Sağlığın iyileştirilmesi ise 43, 44, 42 ve 6. maddeler oluşturmıştır(Tablo 55).

Ayrıca kalan 19 madde de sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin alt-üst gruplarına dayanan geçerlilik analizi yapılmıştır(Tablo 56). Alt-üst gruplarına dayanan madde-geçerlilik analizinde maddelerden sadece beşinci maddenin anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) diğer maddelerin anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Anlamlı

olmayan maddenin uzman görüşüne de başvurularak ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür.

**Tablo-56: Alt-Üst Gruplarına Dayanan Geçerlik Analizi**

	ALT ÜST	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması	t	Sd	P
s26	ALT	104	2,8365	1,36610	,13396	-12,661	206	,000
	ÜST	104	4,7404	,69667	,06831			
s30	ALT	104	2,8077	1,30031	,12751	-13,361	206	,000
	ÜST	104	4,7115	,64872	,06361			
s32	ALT	104	2,4327	1,15552	,11331	-10,690	206	,000
	ÜST	104	4,1827	1,20488	,11815			
s31	ALT	104	2,3846	1,20119	,11779	-8,868	206	,000
	ÜST	104	3,8942	1,25349	,12291			
s22	ALT	104	2,4712	1,29192	,12668	-12,020	206	,000
	ÜST	104	4,4038	1,00985	,09902			
s13	ALT	104	2,6154	1,20925	,11858	-9,415	206	,000
	ÜST	104	4,1058	1,06960	,10488			
s25	ALT	104	2,3173	1,30171	,12764	-8,207	206	,000
	ÜST	104	3,8750	1,43254	,14047			
s20	ALT	104	3,3846	1,31686	,12913	-8,408	206	,000
	ÜST	104	4,6346	,75115	,07366			
s14	ALT	104	3,1442	1,43749	,14096	-9,360	206	,000
	ÜST	104	4,6827	,86197	,08452			
s19	ALT	104	3,1538	1,34936	,13232	-8,881	206	,000
	ÜST	104	4,5865	,94109	,09228			
s23	ALT	104	3,3654	1,26228	,12378	-5,812	206	,000
	ÜST	104	4,2981	1,04165	,10214			
s15	ALT	104	3,2692	1,29398	,12689	-8,022	206	,000
	ÜST	104	4,5481	,98414	,09650			
s21	ALT	104	2,2404	1,21875	,11951	2,763	206	,006
	ÜST	104	1,7692	1,24035	,12163			
s10	ALT	104	3,4327	1,37780	,13510	-6,413	206	,000
	ÜST	104	4,5192	1,04260	,10223			
s5	ALT	104	2,0769	1,33433	,13084	,678	206	,499
	ÜST	104	1,9519	1,32474	,12990			
s43	ALT	104	3,2500	1,45315	,14249	-9,711	206	,000
	ÜST	104	4,7885	,70605	,06923			
s44	ALT	104	3,2596	1,48124	,14525	-10,545	206	,000
	ÜST	104	4,8750	,49635	,04867			
s42	ALT	104	2,9904	1,51045	,14811	-9,439	206	,000
	ÜST	104	4,6442	,95448	,09359			
s6	ALT	104	3,5385	1,42054	,13930	-6,650	206	,000
	ÜST	104	4,6538	,95296	,09345			
Toplam	ALT	104	54,9712	6,19341	,60731	-36,117	206	,000
	ÜST	104	79,8654	3,32410	,32596			

\*P<0,05

Son durumda ölçekteki toplam madde sayısı 18'dir. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 90'dır.

Sağlık okur-yazarlığı tutum ölçeğinin yeniden güvenilirlik analizi yapılmış ve ölçeğin geneli Cronbach Alpha katsayısı=0,752 olarak hesaplanmıştır(Tablo 57). Ulaşılan bu değer istenilen seviyede olduğu için güvenilirliği arttırmak amacıyla başka bir madde analizi yapılmasına gerek duyulmamıştır. Bu yüzden maddelerin boyutlarında her hangi bir değişim olmamıştır.

**Tablo-57: Ölçeğin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı**

Cronbach Alpha	N öge
,752	18

*Sağlık hizmetleri boyutun Cronbach Alpha Değeri 0,760, hastalıktan korunma boyutunun Cronbach Alpha Değeri 0,548 ve sağlığın iyileştirilmesi boyutunun Cronbach Alpha Değeri 0,737 bulunmuştur. Güvenirlik katsayısı uygun bir değerde olduğu için ölçekten herhangi bir maddenin çıkarılmasına gerek duyulmamıştır.*

#### **4.3. Sağlık Okur-Yazarlığına Ait Boyutların Uyum Modeli ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (LISREL)**

Yüksek düzeydeki araştırmalarda kullanılan ve gelişmiş bir yöntem olduğu kabul edilen doğrulayıcı faktör analizi, gizil değişkenler ile ilgili kuramların test edilmesine dayanır (Tabachnick ve Fidell, 2001). Doğrulayıcı faktör analizi önceden tanımlanmış ve sınırlandırılmış, bir yapının, bir model olarak doğrulanıp doğrulanmadığının test edildiği bir analizdir. Üstelik bu analiz bazen “kuramsal yapı”nın ya da “model”in doğrulanması anlamında da kullanılmaktadır (Maruyana, 1998). Stapleton (1997) ise doğrulayıcı faktör analizinin, yapı geçerliğine ilişkin deneysel kanıtların ortaya konmasında çok daha güçlü bir yöntem olduğunu ifade etmektedir(Çokluk vd. 2014).

Doğrulayıcı faktör analizi, faktör analizi hipotezlerinin test edilmesi amacıyla kullanılan bir tekniktir. Ayrıca açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen değişken

grupların hangi faktör ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu test etmede belirlenen “k” sayıda faktöre katkıda bulunan değişken gruplarının bu faktörlerce yeterince temsil edilip edilmediğinin belirlenmesinde, doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (Özdamar, 2002; Çokluk vd, 2014).

Doğrulayıcı faktör analizinde, ilk olarak değişkenler arasındaki ilişkilere ait yapısal hipotezlerin test edilmesi ve doğrulanması amaçlanmaktadır. Bu çerçevede, analizde kurulan hipotezler doğrultusunda değişkenlerin faktörlerle ve faktörlerin de kendi aralarında kurulan ilişkilerin incelenmesine odaklanır. Dolayısıyla araştırmacı analiz öncesinde, modelde tanımladığı değişkenlerin yapısı ile ilgili bilgilere sahip olmak zorundadır. Böylece model, güçlü bir kuramsal ya da ampirik temele dayandırılmış olur (Raykov ve Marcoulides, 2008; Stevens ve Edwards, 1996; Çokluk vd. 2014).

Doğrulayıcı faktör analizi, psikoloji alan yazınında daha çok ölçek geliştirmede ve geçerlik analizinde kullanılmaktadır. Bu analizlerde, önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının doğrulanması amaçlanmaktadır ve geleneksel kökeni genel faktör analizine dayanır. Doğrulayıcı faktör analizi, gizil değişkenler arasındaki ilişkileri betimleyen (önerilen) model ile elde edilen (gözlenen) verinin ne oranda uyduğuna ilişkin ayrıntılı istatistikler sunar. Doğrulayıcı faktör analizi, ölçek geliştirme ya da sınama amacıyla kullanıldığında, faktörleri temsil eden gizil değişkenler arasında sadece yönü bilinmeyen ilişkiler (korelasyon) olduğu varsayılır ve genellikle bütün parametreler serbest bırakılır (Sümer, 2000; Çokluk vd. 2014).

Doğrulayıcı faktör analizi, önceden seçilen faktör modelinin veriye uyumunun sağlanıp sağlanmadığını değerlendirmek için kullanılan en etkili analizdir ve bu açıdan açımlayıcı faktör analizinden ciddi bir biçimde ayrılır. Doğrulayıcı faktör analizi ölçme araçlarının geliştirilmesi, düzenlenmesi ve yeniden gözden geçirilmesi çalışmalarında çok kullanışlıdır (Floyd ve Widaman, 1995; Çokluk vd. 2014).

Kline’e göre, bir ölçme modelinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında faktörler arasındaki korelasyon kestirimleri, göstergelerin bağlı bulunduğu faktörler

arasındaki yükler ve her bir gösterge için ölçme hataları (özgün varyans)'nın miktarı verilir. Eğer araştırmacının başlangıçtaki ölçme modeli mantıklı bir biçimde doğrulanıyor ise dikkat edilmesi gereken durumlar şunlardır: Birincisi, ortak bir faktör altında ölçme yapmak ve belirlenen göstergelerin tümünün, o faktörde oldukça yüksek yüklerle sahip olması; ikincisi, faktörler arasındaki korelasyon kestirimlerinin çok yüksek (örneğin,  $>0,85$ ) olamamasıdır. Birinci adımda sonuçlar yakınsak geçerlilik (convergent validity) ve ikinci adımdaki sonuçlar ise ayırt edici geçerliliği (discriminant validity) gösterir (Çokluk vd. 2014).

Modelin betimlenmesi ve tanımlanmasının ardından, eldeki veri üzerinden model parametreleri hesaplanır. Bu hesaplama işleminde faktör analizlerine benzer biçimde tekrarlayıcı (iterative) yöntemler uygulanır ve çözümde kullanılan temel çıkarım tekniği maksimum olasılıktır.

Ki-kare ( $\chi^2$ ) iyilik uyumu (chi-square goodness of fit); Chou ve Bentler'a (1995) göre bu test en basit anlamıyla iki kovaryans arasındaki uyum değerinin, kullanılan örneklemden denek sayısı eksi bir ile çarpılmasından elde edilir. Elde edilen sonuç  $\chi^2$  dağılımı olarak hesaplanır. Bu hesaplamada verinin çok değişkenli istatistiklerin genel sayıltısı olan "çok değişkenli normallik" sayıltısına uygun olduğu varsayılır ve bu nedenle kullanılmasında başta örneklem genişliği olmak üzere bazı kritik noktalara dikkat edilmesi gerekir. Hoyle'a göre, eğer veri ile model arasında uyum mükemmel ise elde edilen değer 0'a yakın olması ve anlamlılık değerinin (p değeri) manidar olmaması gerekir (Akt.; Sümer, 2000; Çokluk vd. 2014).

Jöreskog'a (1993) göre, içsel ve dışsal değişkenler arasında kurulan eşitliklerin kendi aralarındaki kovaryanslarını gösteren modele ilişkin kovaryans matrisinin tanımlı hale getirilmesinde sonra elde edilen tanımlı kovaryans matrisinin popülasyon parametrelerini temsil edip etmediği test edilmektedir (Çokluk vd., 2014).

İyilik uyum indeksi (goodness of fit index, GFI) ve düzenlenmiş iyilik uyum indeksi (adjusted goodness of fit index, AGFI): Bu indeksler, Köreskog ve Sörbom

tarafından geliştirilmiştir. GFI,  $\chi^2$ 'ye alternatif olarak model uyumunun örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. GFI, modelin örneklemdeki kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir ve modelin açıkladığı örneklem varyansı olarak da kabul edilir. Bu nedenle çoklu regresyondaki  $R^2$ 'ye benzer.

AGFI ise parametre tahminlerinin sayısı için GFI'nın düzenlenmiş bir türüdür. GFI ve AGFI indeksleri 0 ile 1 arasında değişir ve örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğu için büyük n'lerde daha uygun değerler verir (Sümer, 2000; Schuacke ve Lomax, 1996; Tabachnick ve Fidell, 2001; Çokluk vd. 2014).

Yaklaşık hataların ortalama karekökü (rootmeansquareerror of approximation, RMSEA): RMSEA Steiger ve Lind tarafından geliştirilmiştir (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008). RMSEA, merkezi olmayan (noncentral)  $\chi^2$  dağılımında, popülasyon kovaryanslarını kestirmek amacıyla kullanılan bir indekstir. Bu indeks 0 ile 1 arasında değer almaktadır. GFI ve AGFI'nın tersine, RMSEA'nınsıfır olması mükemmel uyuma işaret eder ve evren ile örneklem kovaryansları arasında fark olmadığını ifade eder (Brown, 2006; Thompson, 2004; Çokluk vd. 2014).

Artık ortalamaların karekökü (rootmeansquareresiduals, RMR) ve standardize edilmiş artık ortalamaların karekökü (standardizedrootmeansquareresiduals, SRMR): RMR ve SRMR, evrene ait kestirimsel kovaryans matrisi ile örnekleme ait kovaryans matrisleri arasındaki artık kovaryans ortalamalarıdır. RMR ve SRMR değerleri 0 ile 1 arasında değişir ve değerlerin 0'a eşit olması mükemmel uyuma işaret eder (Byrne, 1994; Kline, 2005; Tabachnick ve Fidell, 2001; Çokluk vd. 2014).

Karşılaştırılmalı uyum indeksi (comparative fit indeks, CFI): CFI artmalı uyum indeksleri içerisinde ele alınır. Bu indeks, modelin uyumunu ya da yeterliğini genellikle bağımsızlık modeli ya da yokluk modeli (null) olarak adlandırılan ve değişkenler arasında hiçbir ilişkinini olmadığını varsayan temel bir modelle karşılaştırarak verir. Önerilen modelin, yokluk modelinden çok iyi olması gerekir. Dolayısıyla bağımsızlık modelinin görece çok yüksek (anlamlı) bir  $\chi^2$  değeri vermesi,

önerilen modelin de görece çok düşük (anlamli olmayan) bir  $\chi^2$  değeri vermesi beklenir (Sümer, 2000). CFI, bağımsızlık modelinin (gizil değişkenler arasında ilişkinin olmadığını öngören model) ürettiği kovaryans matrisi ile önerilen yapısal eşitlik modelinin ürettiği kovaryans matrisini karşılaştırır. CFI, örneklem büyüklüğünü de hesaba katmasından dolayı, örneklimin küçük olduğu durumlarda da oldukça iyi çalışan bir indekstir. CFI, 0 ile 1 arasında bir değer verir. Değerin 1'e yaklaşması mükemmel uyuma, 0'a yaklaşması ise model uyumsuzluğuna karşılık gelir (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008; Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidell, 2001; Çokluk vd. 2014).

Normlaştırılmış uyum indeksi (normed fit index, NFI) ve normlaştırılmamış uyum indeksi (non-normed fit index, NNFI): NFI ve NNFI, artmalı uyum indeksleri içerisinde yer alır. Artmalı uyum indeksleri ile aynı anlayışa sahip olarak Bentler-Bonett tarafından geliştirilmiştir. NFI, karşılaştırdığı modeller bakımından özünde CFI'ya benzer ancak  $\chi^2$  dağılımının gerektirdiği sayılıtlara uyma zorunluluğu olmaksızın karşılaştırma yapar. NFI'da bağımsızlık modelinin  $\chi^2$  değeri ile modelin  $\chi^2$  değerinin karşılaştırılması yoluyla model tahminlemesi değerlendirilir. Ancak NFI küçük örneklemlerde, model için var olandan daha az bir uyum verebilir. Bu durumda NFI, serbestlik derecesi de hesaba katılarak yeniden hesaplanır ve bu değer NNFI olarak adlandırılır. NNFI (Tucker-Lewis Index, TLI olarak da isimlendirilir) ise NNFI'ya benzer ancak model karmaşıklığını dikkate alarak bir değer verir. Ancak çok küçük örneklemlerde NNFI, diğer uyum indekslerinden daha zayıf bir uyum indeksi verebilir. Yine CFI'ya benzer bir biçimde NFI ve NNFI değerleri 0 ile 1 arasında değişir. Değerin 1'e yaklaşması uyuma, 0'a yaklaşması ise uyumsuzluğuna karşılık gelir (Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidell, 2001; Çokluk vd.2014).

**Tablo-58: Uyum Modeli İçin Maddelerin Aldığı Madde Sıra Numaraları**

Ölçeğin Madde Sıra Numarası	Lisrel Model Sıra Numarası
s26	1
s30	2
s32	3
s31	4
s22	5
s13	6
s25	7
s20	8
s14	9
s19	10
s23	11
s15	12
s21	13
s10	14
s43	15
s44	16
s42	17
s6	18

Açımlayıcı faktör analizi ile oluşturduğumuz, 3 faktörlü 18 maddeden oluşturulan, sağlık okuryazarlığına yönelik tutum ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde ettiğimiz veriler Tablo-59 da verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi ile kurulan modellerin verilere uyumu incelenmiştir.

**Tablo-59: Madde Boyutları Uyum Modeli Değerleri**

Uyum Kriteri (Fit Criteria)	Mükemmel Uyum Değerleri (Values of Good Fit)	Kabul edilebilir Uyum Değerleri (Acceptable Fit Values)	Ölçekten Elde Edilen Uyum Değeri (Fit Values Obtained for the Suggested Scale)	Uyum Derecesi (Status of Fit)
Ki-kare (p)	-	-	262,64 (p=0,00)	-
df	-	-	132	-
<b>Ki-kare/df</b>	<b><math>0 \leq \chi^2/df \leq 2</math></b>	<b><math>\chi^2/df \leq 5</math></b>	<b>1,98</b>	<b>Mükemmel Uyum</b>
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$	0,051	Kabul edilebilir uyum
<b>RMR</b>	<b><math>0,00 \leq RMR \leq 0,05</math></b>	<b><math>RMR \leq 0,08</math></b>	<b>0,097</b>	Kabul edilebilir uyum
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$SRMR \leq 0,08$	0,058	Kabul edilebilir uyum
<b>GFI</b>	<b><math>0,95 \leq GFI \leq 1,00</math></b>	<b><math>GFI \geq 0,90</math></b>	<b>0,93</b>	Kabul edilebilir uyum
<b>AGFI</b>	<b><math>0,95 \leq AGFI \leq 1,00</math></b>	<b><math>AGFI \geq 0,90</math></b>	<b>0,91</b>	Kabul edilebilir uyum
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$	$CFI \geq 0,90$	0,95	<b>Mükemmel Uyum</b>
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$NFI \geq 0,90$	0,91	Kabul edilebilir uyum
NNFI	$0,95 \leq NNFI \leq 1,00$	$NNFI \geq 0,90$	0,94	Kabul edilebilir uyum

Doğrulayıcı faktör analizi kapsamında,  $\chi^2/df$  (ki-kare/serbestlik derecesi) değeri 1,98 olarak bulunmuştur ki bu sonuç modelin mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Bu değer 2 veya altında bir değer olması modelin mükemmel bir model olduğunu 5 veya daha altında değer alması ise modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Kline, 2010; Sümer, 2000; Akt: Şimşek, 2007).

Modelin RMSEA değeri 0,051 olarak bulunmuştur. RMSEA değerinin 0,05'ten küçük olması mükemmel uyumu, 0,08'den küçük olması ise iyi bir uyuma

işaret eder (Jöreskog ve ark., 2001). Bu çerçevede, yapılan analiz sonucu elde edilen uyum indeksi, modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu ifade edilebilir.

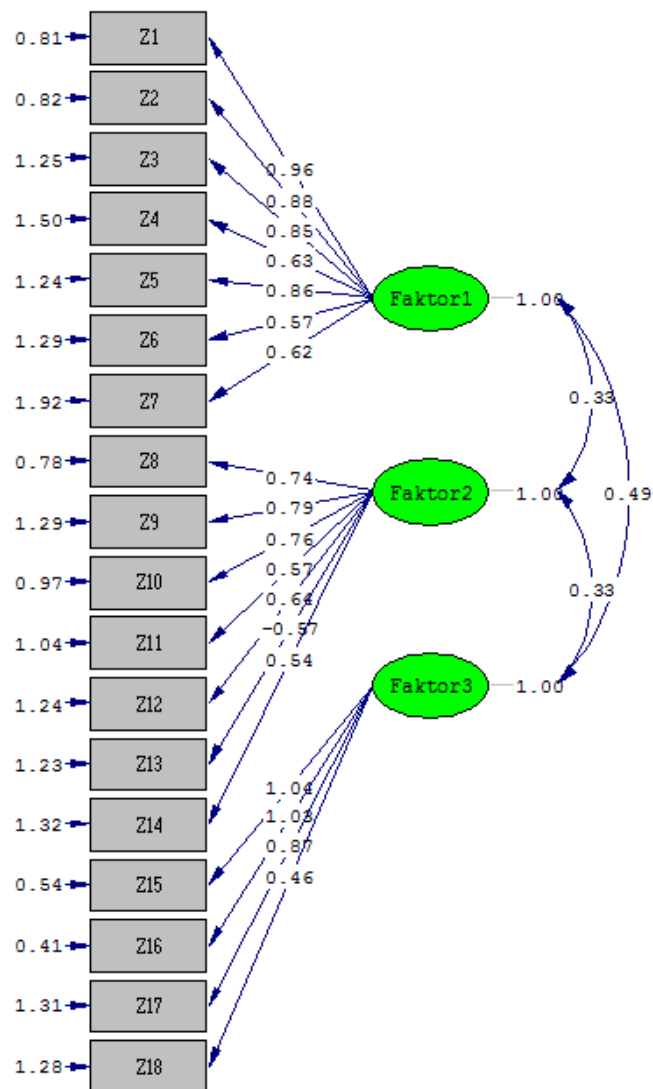
Modele ait GFI ve AGFI uyum indeksleri incelendiğinde, GFI'nın 0,93, AGFI'nın ise 0,91 olduğu görülmektedir. GFI ve AGFI indekslerinin 0,95'in üzerinde olması mükemmel uyuma, 0,90'in üzerinde olması ise iyi uyuma karşılık gelmektedir (Hooper, Caughlan ve Muller, 2008). Bu çerçevede, yapılan analiz için GFI ve AGFI değerlerinin kabul edilebilir uyuma karşılık geldiği görülmektedir.

RMR uyum indeksinin 0,097 ve SRMR uyum indeksinin 0,058 olduğu görülmektedir. RMR ve SRMR indekslerinin 0,05'in altında olması mükemmel uyuma, 0,08'in altında olması ise iyi uyuma (Brown, 2006) ve 0,10'un altında olması ise zayıf uyuma işarettir. Bu kapsamda elde edilen RMR değerinin ve SRMR değerinin ise kabul edilebilir uyuma karşılık geldiği söylenebilir.

Son olarak yapılan analizde NFI, NNFI ve CFI uyum indeksleri incelendiğinde, NFI'nın 0,91, NNFI'nın 0,94 ve CFI'nin 0,95 değerine sahip olduğu görülmektedir. NFI, NNFI ve CFI indekslerinin 0,95'in üzerinde olması mükemmel uyuma, 0,90'in üzerinde olması iyi uyuma karşılık gelmektedir (Sümer, 2000). Bu çerçevede, yapılan analiz için NFI, NNFI için kabul edilebilir uyuma sahipken CFI değerinin mükemmel uyuma sahip olduğu görülmektedir.

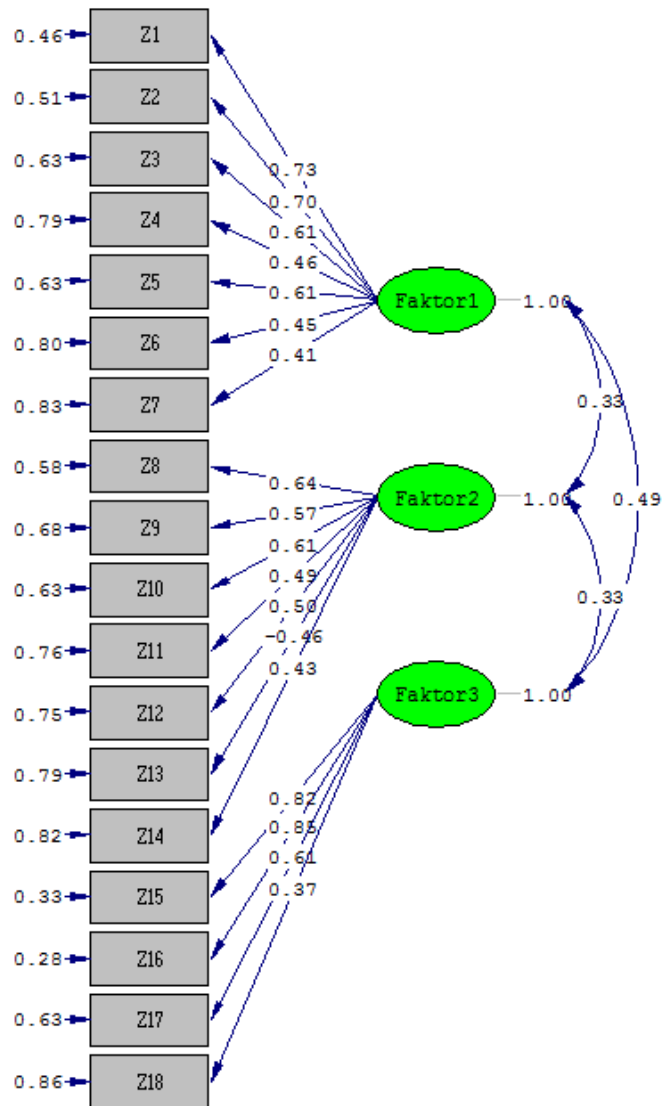
Analiz sonucunda Uyum Modeli Estimates Bulgularına göre chi-square değeri 262,54, df değeri 132 ve RMSEA değeri 0,051 bulunmuştur. Maddenin yük değerleri 0,46 ile 1,08 arasında değişmektedir(Şekil 4).

**Şekil 4: Uyum Modeli Estimates Bulguları**



### Şekil 5: Uyum Modeli Standardized Solution Bulguları

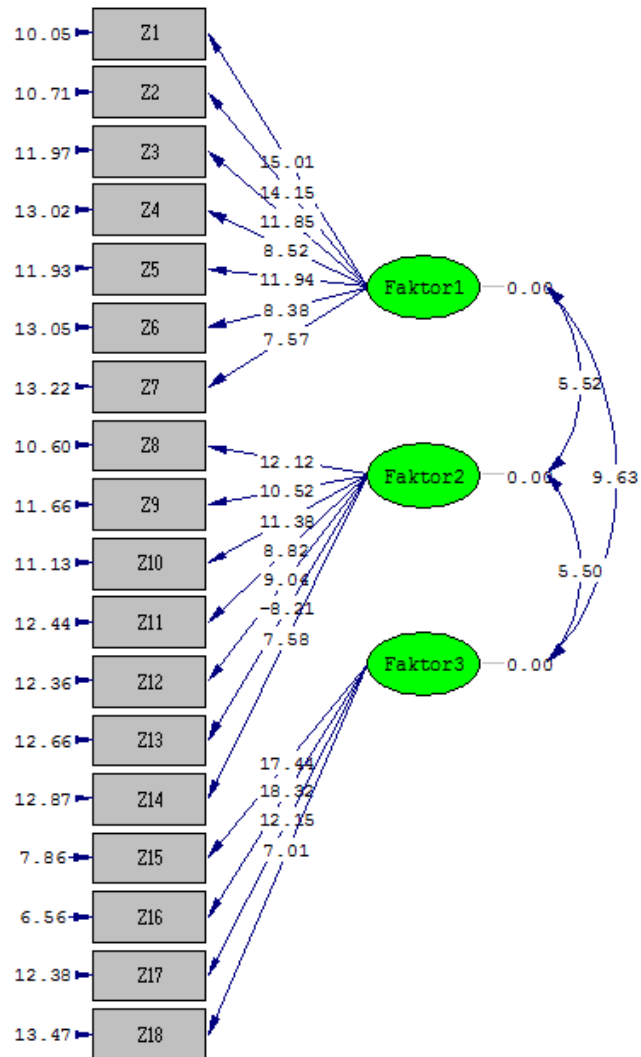
Standardize edilmiş uyum modelinde madde yükleri 0,37 ile 0,85 arasında değişmektedir(Şekil 5).



Chi-Square=262.64, df=132, P-value=0.00000, RMSEA=0.051

### Şekil 6: Uyum Modeli t-Values Bulguları

t değerine göre uyum modelinde maddelerin ayırt edici ve anlamlı olduğu görülmüştür( $p < 0,05$ ; Şekil 6).



Chi-Square=262.64, df=132, P-value=0.00000, RMSEA=0.051

Korelasyon katsayısının mutlak değeri anlamında 0,70 - 1,00 arasında değeri alması yüksek; 0,69 - 0,30 arasında değeri alması orta; 0,29 - 0,00 arasında olması ise düşük düzeyde bir ilişki olarak yorumlanmıştır (Büyüköztürk, 2008).

Birinci faktör için ( $r= 0,805$ ) yüksek düzeyde pozitif bir ilişki, ikinci faktör için ( $r= 0,591$ ) orta düzeyde pozitif bir ilişki, üçüncü faktör için ( $r= 0,694$ ) yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ; Tablo 60).

**Tablo-60: Ölçeğin Geneli ve Faktörler Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular**

BOYUTLAR		<i>sağlık hizmetleri</i>	<i>hastalıktan korunma</i>	<i>sağlığın iyileştirilmesi</i>	TOPLAM
<i>sağlık hizmetleri</i>	Pearson korelasyonu	1	,134**	,401**	,805**
	P		,008	,000	,000
	N	386	386	386	386
<i>hastalıktan korunma</i>	Pearson korelasyonu	,134**	1	,184**	,591**
	P	,008		,000	,000
	N	386	386	386	386
<i>sağlığın iyileştirilmesi</i>	Pearson korelasyonu	,401**	,184**	1	,694**
	P	,000	,000		,000
	N	386	386	386	386
TOPLAM	Pearson korelasyonu	,805**	,591**	,694**	1
	P	,000	,000	,000	
	N	386	386	386	386

\* $P<0,05$

**Tablo-61: Ölçekte Kalan Maddelere Verilen Cevapların Frekans Değerleri**

Maddeler	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
s26	169	43,8	77	19,9	71	18,4	36	9,3	33	8,5
s30	149	38,6	84	21,8	87	22,5	38	9,8	28	7,3
s32	103	26,7	70	18,1	86	22,3	70	18,1	57	14,8
s31	83	21,5	56	14,5	95	24,6	<b>89</b>	<b>21,3</b>	63	16,3
s22	120	31,1	81	21,0	70	18,1	<b>66</b>	<b>17,1</b>	49	12,7
s13	99	25,6	77	19,9	<b>109</b>	<b>28,2</b>	68	17,6	33	8,5
s25	102	26,4	50	13,0	70	18,1	75	19,4	<b>89</b>	<b>23,1</b>
s20	191	49,5	95	24,6	58	15,0	22	5,7	20	5,2
s14	217	56,2	56	14,5	42	10,9	32	8,3	39	10,1
s19	181	46,9	96	24,9	53	13,7	28	7,3	28	7,3
s23	144	37,3	116	30,1	<b>76</b>	<b>19,7</b>	27	7,0	23	6,0
s15	184	47,7	78	20,2	66	17,1	27	7,0	31	8,0
s21	31	8,0	21	5,4	52	13,5	96	24,9	<b>186</b>	<b>48,2</b>
s10	<b>211</b>	<b>54,7</b>	77	19,9	45	11,7	22	5,7	31	8,0
s43	<b>232</b>	<b>60,1</b>	56	14,5	47	12,2	22	5,7	29	7,5
s44	<b>248</b>	<b>64,2</b>	54	14,0	38	9,8	22	5,7	24	6,2
s42	<b>220</b>	<b>57,0</b>	42	10,9	48	12,4	31	8,0	45	11,7
s6	<b>264</b>	<b>68,4</b>	42	10,9	33	8,5	23	6,0	24	6,2

Maddelerin frekansları ve frekans yüzdelerine ait tablo incelendiğinde, Madde 10 “Spor yapmanın sağlığım üzerinde olumlu etkisi olduğuna inanmam ve Spor aktivitelerine katılmam”, Madde 43 “Çevremdeki olumsuz şartların (gürültü kirliliği, atıklar) sağlığımı etkilediğine inanırım.”, Madde 44 “Çöplerin hastalığın oluşmasına ortam hazırladığını inanır ve gerekli tedbirleri alırım.”, Madde 42 “Sigara alkol gibi davranışların sağlığımı olumsuz yönde etkilediğine inanarak bu alışkanlıklardan kurtulmaya çalışırım.”, Madde 6 “Günü geçmiş yiyeceklerin sağlığımı olumsuz etkileyeceğini inanırım.” maddelerinde katılımcılar %54,7 ile %68,4 oranında “kesinlikle katılıyorum” seçeneğini tercih etmişlerdir. Madde 13 “Sağlığımı olumlu yönde etkileyecek aktivitelere katılırım.”, Madde 23 “Herhangi bir hastalığım sürecinde hekimin açıklamalarını yeterince anladığıma inanmam.” Maddelerine %19,7 ile % 28,2 oranında “kararsızım” yanıtını vermişlerdir. Madde

31 “Akıl sağlığı sorunlarıyla ve tedavisi ile ilgili araştırma yaparım.”, Madde 22 “Hekimlerin reçete ettikleri ilaçları ne için kullandığımı merak eder araştırırım.” Maddelerine % 17,1 ile % 21,3 oranında “katılmıyorum” yanıtını vermişlerdir. Madde 25 “Reçete edilen ilaçları kullanmada sıkıntı yaşadığımda doktoruna ya da eczaneye başvururum.”, Madde 21 “Hastalığımda tavsiye üzerine ilaç kullanırım.” Maddelerine katılımcıların %23,1 ile %48,2 oranında “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdikleri görülmektedir(Tablo 61).

Katılımcıların maddelere verdikleri cevaplar kriterlere göre puanlanmıştır. Ölçek ortalamalarını boyutlar açısından incelemek için o boyutta bulunan maddelerin ortalamalarının ortalamaları bulunmuştur. İlaveten bu safhada ölçeğin ortalaması da belirlenmiştir. Öğretmenlik mesleğine yönelik tutum ölçek verilerinin SPSS programı ile yapılan betimsel analiz sonuçları Tablo 62’de verilmiştir.

**Tablo-62: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Katılımcıların Tutumlarının Ölçeğin Boyutlarına Göre Betimsel İstatistiklerine Ait Analiz Bulguları**

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
	istatistik	istatistik	istatistik	istatistik	istatistik
S26	386	1,00	5,00	3,8109	1,31642
S30	386	1,00	5,00	3,7461	1,26401
S32	386	1,00	5,00	3,2383	1,40322
S31	386	1,00	5,00	3,0181	1,37593
S22	386	1,00	5,00	3,4067	1,40421
S13	386	1,00	5,00	3,3653	1,27054
S25	386	1,00	5,00	3,0026	1,51957
<i>Sağlık hizmetleri</i>	386	7,00	35,00	23,5881	6,12924
S20	386	1,00	5,00	4,0751	1,15637
S14	386	1,00	5,00	3,9845	1,38443
S19	386	1,00	5,00	3,9689	1,24590
S23	386	1,00	5,00	3,8575	1,17015
S15	386	1,00	5,00	3,9249	1,28409
S21	386	1,00	5,00	2,0026	1,24941
S10	386	1,00	5,00	4,0751	1,26985
<i>Hastalıktan korunma</i>	386	9,00	35,00	25,8886	4,55335
S43	386	1,00	5,00	4,1399	1,26947
S44	386	1,00	5,00	4,2435	1,21368
S42	386	1,00	5,00	3,9352	1,43733
S6	386	1,00	5,00	4,2927	1,21881
<i>Sağlığın iyileştirilmesi</i>	386	4,00	20,00	16,6114	3,85305
ÖGTOPLAM	386	28,00	87,00	66,0881	10,29752

Betimsel analiz verilerine göre ölçek ortalaması 3,6715 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin ne olumlu ne de olumsuz olacak şekilde olumlu bir ortalamaya sahip olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde “Sağlık hizmetleri”, “Hastalıklardan korunma” ve “Sağlığın iyileştirilmesi” ortalamaları da sırasıyla 3,3697, 3,6983 ve 4,1528 olarak elde edilmiştir. Bu üç boyutun sırasıyla nötr, olumlu ve olumlu bir tutuma sahip olduklarını işaret etmektedir ve genel olarak “Katılıyorum” şeklinde ifade ettikleri söylenebilir.

Maddelerin standart sapmaları incelendiğinde 1,1563 ile 1,4373 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durum öğrencilerin tutumlarının farklılaşmasının fazla olmadığını göstermektedir. Ancak ölçek boyutlarının ve ölçek genelinin standart sapmalarına bakıldığında; boyutların standart sapmalarının 3,8530 ile 6,1292 arasında değiştiği ve ölçek genelinin 10,2975 standart sapmaya sahip olduğu görülmektedir. Bu durum boyutlarda ve ölçek genelinde maddelerin ortalama ile farklılaşmasının oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

**Tablo-63: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Biyoloji Öğretmen Adaylarının Tutumların Ölçeğin Boyutlara Göre Betimsel İstatistiklerine Ait Analiz Bulguları**

Biyoloji öğretmen adaylarının maddelere verdikleri cevaplar boyutlara göre puanlanmıştır. Betimsel analiz verilerine göre ölçek ortalaması 3,76 olarak bulunmuştur. Bu değer biyoloji öğretmen adaylarının olumlu bir ortalamaya sahip olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde “Sağlık hizmetleri”, “Hastalıklardan korunma” ve “Sağlığın iyileştirilmesi” ortalamaları da sırasıyla 3,32, 3,73 ve 4,32 olarak elde edilmiştir. Bu üç boyutun sırasıyla nötr, olumlu ve olumlu bir tutuma sahip olduklarını işaret etmektedir ve genel olarak “Katılıyorum” şeklinde ifade ettikleri söylenebilir (Tablo 63).

	N	Minimu m	Maximu m	Ortalama	Std. Sapma
	istatistik	istatistik	istatistik	istatistik	istatistik
S26	58	1,00	5,00	3,7586	1,38044
S30	58	1,00	5,00	3,7759	1,14007
S32	58	1,00	5,00	2,9483	1,34324
S31	58	1,00	5,00	2,9483	1,26245
S22	58	1,00	5,00	3,6034	1,37573
S13	58	1,00	5,00	3,2586	1,20758
S25	58	1,00	5,00	2,9655	1,53286
<i>Sağlık hizmetleri</i>	58	9,00	35,00	23,2586	5,88951
S20	58	1,00	5,00	3,9138	1,20357
S14	58	1,00	5,00	4,0690	1,36191
S19	58	1,00	5,00	4,1552	1,16682
S23	58	1,00	5,00	3,6034	1,09127
S15	58	1,00	5,00	4,1034	1,25222
S21	58	1,00	5,00	1,9655	1,13887
S10	58	1,00	5,00	4,3276	1,06603
<i>Hastalıktan korunma</i>	58	14,00	31,00	26,1379	3,76246
S43	58	1,00	5,00	4,3103	1,09556
S44	58	1,00	5,00	4,4655	,99500
S42	58	1,00	5,00	4,0690	1,36191
S6	58	1,00	5,00	4,4655	1,11159
<i>Sağlığın iyileştirilmesi</i>	58	4,00	20,00	17,3103	3,37279
ÖGTOPLAM	58	28,00	82,00	66,7069	9,49609

**Tablo-64: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sınıf Düzeylerine Göre Tutumların Ölçeğin Boyutlarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Bulguları**

BOYUTLAR	SINIFLAR	N	ORTALAMA	Std. SAPMA	Std. HATA
<i>Sağlık Hizmetleri</i>	BIYOLOJİ 2	17	24,2941	4,88319	1,18435
	BIYOLOJİ 3	17	22,8235	6,49264	1,57470
	BIYOLOJİ 4	12	23,9167	6,80185	1,96352
	BIYOLOJİ 5	12	21,7500	5,70685	1,64743
	Total	58	23,2586	5,88951	,77333
<i>Hastalıktan Korunma</i>	BIYOLOJİ 2	17	26,0588	3,15180	,76442
	BIYOLOJİ 3	17	25,7059	4,41255	1,07020
	BIYOLOJİ 4	12	26,5000	4,52267	1,30558
	BIYOLOJİ 5	12	26,5000	3,08957	,89188
	Total	58	26,1379	3,76246	,49403
<i>Sağlığın İyileştirilmesi</i>	BIYOLOJİ 2	17	18,4706	2,15400	,52242
	BIYOLOJİ 3	17	16,5882	4,44492	1,07805
	BIYOLOJİ 4	12	16,9167	3,55370	1,02586
	BIYOLOJİ 5	12	17,0833	2,77843	,80206
	Total	58	17,3103	3,37279	,44287
<i>Ölçek Genel</i>	BIYOLOJİ 2	17	68,8235	6,20721	1,50547
	BIYOLOJİ 3	17	65,1176	11,74671	2,84900
	BIYOLOJİ 4	12	67,3333	12,61553	3,64179
	BIYOLOJİ 5	12	65,3333	6,16933	1,78093
	Total	58	66,7069	9,49609	1,24690

**Tablo 64-Devam**

BOYUT		KARELERİN ORTALAMASI	Sd	ORTALAMALAR KARESİ	F	P
<i>Sağlık Hizmetleri</i>	Gruplar arasında	53,954	3	17,985	,505	,680
	Gruplar içinde	1923,167	54	35,614		
	TOPLAM	1977,121	57			
<i>Hastalıklardan Korunma</i>	Gruplar arasında	6,426	3	2,142	,144	,933
	Gruplar içinde	800,471	54	14,824		
	TOPLAM	806,897	57			
<i>Sağlığın İyileştirilmesi</i>	Gruplar arasında	34,228	3	11,409	1,003	,399
	Gruplar içinde	614,186	54	11,374		
	TOPLAM	648,414	57			
<i>ÖLÇEK TOPLAM</i>	Gruplar arasında	146,449	3	48,816	,528	,665
	Gruplar içinde	4993,569	54	92,473		
	TOPLAM	5140,017	57			

\*P&lt;0,05

Biyoloji öğretmen adaylarının sağlık okuryazarlığına yönelik tutumlarının sınıf düzeylerine göre anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.4. Sağlık Okur-Yazarlığına Yönelik Tutumlarına Ait Bulgular

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı tutum ölçeğini oluşturan boyutların cinsiyetler açısından kıyaslanması Tablo 65’de verilmiştir. Sağlık okuryazarlığına yönelik tutum ölçeği boyutları ve ölçek geneli üzerine cinsiyetlerin anlamlı bir etkinin olup olmadığını ortaya koymak için yapılan ilişkisiz örneklem için t testi uygulanmıştır. Ölçeğin boyutları ve ölçek genelinde anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ; Tablo 65).

**Tablo-65: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Cinsiyet Farklılığı ve Tutum İlişkisi**

	CİNSİYET	N	ORTALAMA	STD. SAPMA	STD. HATA ORTALAMASI	t	SD	P
<i>Sağlık Hizmetleri</i>	ERKEK	7	21,4286	5,15937	1,95006	-,875	56	,385
	KADIN	51	23,5098	5,98456	,83801			
<i>Hastalıklardan Korunma</i>	ERKEK	7	27,0000	1,00000	,37796	,643	56	,523
	KADIN	51	26,0196	3,98743	,55835			
<i>Sağlığın İyileştirilmesi</i>	ERKEK	7	16,2857	2,62769	,99317	-,855	56	,396
	KADIN	51	17,4510	3,46014	,48452			
<i>ÖLÇEK TOPLAM</i>	ERKEK	7	149,5714	11,08839	4,19102	-,308	56	,759
	KADIN	51	151,6275	17,09264	2,39345			

\*P&lt;0,05

Sağlık okur-yazarlığın aile tipine göre değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Aile tipine göre boyutlarda ve genelinde anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir(p>0,05; Tablo 68).

**Tablo-66: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Aile Tipi ve Tutum İlişkisi**

BOYUT		KARELERİN ORTALAMASI	Sd	ORTALAMALAR KARESİ	F	P
<i>Sağlık Hizmetleri</i>	Gruplar arasında	1,329	2	,665	,018	,982
	Gruplar içinde	1975,792	55	35,923		
	TOPLAM	1977,121	57			
<i>Hastalıklardan Korunma</i>	Gruplar arasında	7,084	2	3,542	,244	,785
	Gruplar içinde	799,812	55	14,542		
	TOPLAM	806,897	57			
<i>Sağlığın İyileştirilmesi</i>	Gruplar arasında	7,226	2	3,613	,310	,735
	Gruplar içinde	641,187	55	11,658		
	TOPLAM	648,414	57			
<i>ÖLÇEK TOPLAM</i>	Gruplar arasında	188,176	2	94,088	,341	,713
	Gruplar içinde	15183,479	55	276,063		
	TOPLAM	15371,655	57			

\*P&lt;0,05

Sağlık okur-yazarlığın oturduğu eve göre değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Oturduğu eve göre boyutlarda ve genelinde anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir(p>0,05; Tablo 70).

**Tablo-67: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Oturduğu Ev ve Tutum İlişkisi**

BOYUT		KARELERİN ORTALAMASI	Sd	ORTALAMALAR KARESİ	F	P
<i>Sağlık Hizmetleri</i>	Gruplar arasında	33,125	2	16,563	,469	,628
	Gruplar içinde	1943,995	55	35,345		
	TOPLAM	1977,121	57			
<i>Hastalıklardan Korunma</i>	Gruplar arasında	16,982	2	8,491	,591	,557
	Gruplar içinde	789,915	55	14,362		
	TOPLAM	806,897	57			
<i>Sağlığın İyileştirilmesi</i>	Gruplar arasında	6,319	2	3,160	,271	,764
	Gruplar içinde	642,095	55	11,674		
	TOPLAM	648,414	57			
<i>ÖLÇEK TOPLAM</i>	Gruplar arasında	24,166	2	12,083	,043	,958
	Gruplar içinde	15347,489	55	279,045		
	TOPLAM	15371,655	57			

\*P&lt;0,05

Biyoloji öğretmen adaylarının aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olma durumuna göre tutumlarının değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Aldığı sağlık hizmetinden memnun olma durumuna göre, boyutlarda ve genelinde anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir(p>0,05; Tablo 84).

**Tablo-68: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Aldığı Sağlık Hizmetinden Memnuniyet ve Tutum İlişkisi**

BOYUT		KARELERİN ORTALAMASI	Sd	ORTALAMALAR KARESİ	F	P
<i>Sağlık Hizmetleri</i>	Gruplar arasında	242,336	4	60,584	1,851	,133
	Gruplar içinde	1734,785	53	32,732		
	TOPLAM	1977,121	57			
<i>Hastalıklardan Korunma</i>	Gruplar arasında	19,818	4	4,954	,334	,854
	Gruplar içinde	787,079	53	14,851		
	TOPLAM	806,897	57			
<i>Sağlığın İyileştirilmesi</i>	Gruplar arasında	51,738	4	12,935	1,149	,344
	Gruplar içinde	596,675	53	11,258		
	TOPLAM	648,414	57			
<i>ÖLÇEK TOPLAM</i>	Gruplar arasında	1643,854	4	410,963	1,587	,191
	Gruplar içinde	13727,802	53	259,015		
	TOPLAM	15371,655	57			

\*P&lt;0,05

Biyoloji öğretmen adaylarının sağlık çalışanlarından memnuniyete göre tutumlarının değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Sağlık çalışanlarından memnuniyete göre, boyutlarda ve genelinde anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir( $p>0,05$ ; Tablo 85).

**Tablo-69: Biyoloji Öğretmen Adaylarının Sağlık Çalışanından Memnuniyet ve Tutum İlişkisi**

BOYUT		KARELERİN ORTALAMASI	Sd	ORTALAMALAR KARESİ	F	P
<i>Sağlık Hizmetleri</i>	Gruplar arasında	145,739	3	48,580	1,432	,243
	Gruplar içinde	1831,382	54	33,914		
	TOPLAM	1977,121	57			
<i>Hastalıklardan Korunma</i>	Gruplar arasında	1,089	3	,363	,024	,995
	Gruplar içinde	805,808	54	14,922		
	TOPLAM	806,897	57			
<i>Sağlığın İyileştirilmesi</i>	Gruplar arasında	40,541	3	13,514	1,200	,318
	Gruplar içinde	607,872	54	11,257		
	TOPLAM	648,414	57			
<i>ÖLÇEK TOPLAM</i>	Gruplar arasında	571,389	3	190,463	,695	,559
	Gruplar içinde	14800,266	54	274,079		
	TOPLAM	15371,655	57			

\* $P<0,05$

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### 5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı kavramının tanımına ve önemine vurgu yapılan bu çalışmada belirlenen uygulama grubuna yönelik ölçek geliştirme çalışması yapılmıştır. Uygulama grubunu oluşturan hemşire, öğrenci, öğretmen ve doktora gerekli düzenlemeler yapılarak son şeklini alan ölçek uygulanarak veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Daha sonra aktarılan veriler analiz edilerek ölçek geliştirme çalışması ile ilgili sonuçlar, geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları, faktör analizi sonuçları, uygulama grubunun tutumları, yaşları, cinsiyetleri ve eğitim düzeyleri ile ilgili sonuçlar analiz edilerek incelenmiş, tartışılarak öneriler geliştirilmiştir.

#### 5.1. Sonuç ve Tartışma

##### 5.1.1. Ölçek Geliştirme Çalışması İle İlgili Sonuç

Gerekli literatür çalışması yapılarak oluşturulan ölçek, belirlenen uygulama grubuna uygulanmadan önce uzman görüşüne başvurulmak ve ön uygulama yapılmak suretiyle son şeklini alarak uygulama ölçeği olarak elde edilmiştir. Daha sonra elde edilen bu ölçek hemşire, öğretmen, öğrenci ve doktorlardan oluşan gruba uygulanarak elde edilen verilerin analiz aşamasına geçilmiştir.

##### 5.1.2. Faktör Analizi İle İlgili Sonuç

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için yapılan faktör analizi ile ölçekte yer alan maddelerin çevre sorunları tutum ölçeği ile ilgili hangi faktörleri ölçtüğü ortaya çıkarılmıştır. Elde edilen verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) katsayısı ve Barlett Sphericity Testi kullanılmaktadır. Araştırmadan elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için yapılan ön analiz çalışmaları neticesinde; KMO (Kaiser-Meyer-

Olkin) (Örnekleme Hacmi Uygunluğu Ölçümü) değeri 0,806 olup, Bartlett Sphericity Testi (Bartlett Bütünlük Testi) sonucu da anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ki kare 121 değerinin 835,80 Df'nin 321 olması verilerin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir.

Faktör sayısının belirlenmesinde öz değer istatistiği ve faktörlerin öz değerlerine ait çizgi grafiği kullanılmıştır. Total değerlere bakıldığında başlangıç öz değeri 1'in üzerinde olan 13 faktör bulunmuştur. Bu 10 faktörün varyansa yaptığı katkının % 58,418 olduğu görülmüştür. Faktör analizi ile madde yük değerleri düşük (0,40'un altında) ve binişik olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Faktör sayısının serbest bırakıldığı durumda 11 faktöre kadar inen döndürülmüş bileşenler matrisi varyans miktarlarına bağlı olarak 3 faktör ile sınırlandırılmış ve 26 maddenin ölçekten çıkarılmasıyla 18 maddeyle son şeklini almıştır.

26 maddenin analiz dışı bırakılması ile 3 faktörün varyansı açıklama oranının % 43,594 olduğu ve ölçekteki maddelerin yük değerlerinin ise 0,419 ile 0,839 arasında değiştiği görülmüştür.

Birinci faktörü oluşturan maddeler bireylerin reçete edilen ilaçlar, aşı, hastalık teshisi gibi sağlık kuruluşlarından ve imkanlarından yararlanmaları neticesinde aldığı hizmetlerle ilgili olduğu için, "Sağlık Hizmetleri" olarak isimlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri faktörünün madde yük değerleri 0,49 ile 0,72 değerleri arasındadır ve 7 maddeden oluşmaktadır.

İkinci faktörü oluşturan maddeler bireylerin sağlıklı bir hayat için hastalanmadan önce alması gereken önlemler ve hastalanmamak için alınması gereken önlemler ile ilişkili olduğundan "Hastalıktan Korunma" olarak isimlendirilmiştir. Hastalıktan Korunma faktörünün madde yük değerleri 0,42 ile 0,70 değerleri arasındadır ve 8 maddeden oluşmaktadır.

Üçüncü faktörü oluşturan maddeler ise bireylerin daha üst seviyede sağlık imkanlarına erişmeleri ile ilgili olduğundan "Sağlığın İyileştirilmesi" olarak isimlendirilmiştir. Sağlığın iyileştirilmesi faktörünün madde yük değerleri 0,43 ile 0,84 değerleri arasındadır ve 4 maddeden oluşmaktadır.

### 5.1.3. Geçerlilik ve Güvenirlik Analizi İle İlgili Sonuç

Uygulama ölçeğinin analiz öncesi güvenirlik Cronbach Alpha değeri 0,806 olarak bulunmuştur. Analiz sonrasında 25 madde ölçekten çıkarıldıktan sonra kalan 19 maddenin Cronbach Alpha değeri 0,752 olarak bulunmuştur.

Ölçekte yer alan boyutların güvenirlik katsayıları dikkate alındığında hastalıktan korunma boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0,76; hastalıktan korunma boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0,55 ve sağlığın iyileştirilmesi boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur.

### 5.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Tutum Ölçeği Uyum Modeli Sonuçları (LISREL)

Doğrulayıcı faktör analizi kapsamında,  $\chi^2/df$  (ki-kare/serbestlik derecesi) değeri 1,98 olarak bulunmuştur ki bu sonuç modelin mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Bu değer 2 veya altında bir değer olması modelin mükemmel bir model olduğunu 5 veya daha altında değer alması ise modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Kline, 2010; Sümer, 2000; Akt Şimşek, 2007).

RMSEA değerinin 0,05'ten küçük olması iyi uyuma, 0,1'den küçük olması ise kabul edilebilir bir uyuma işaret eder (Yılmaz ve Çelik, 2009). Modelin RMSEA değeri 0,051 olarak bulunmuştur. Bu çerçevede, yapılan analiz sonucunda modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu söylenebilir.

GFI'nın 0,95 ve üzerinde olması iyi uyuma, 0,85 ve üzerinde olması kabul edilebilir uyuma karşılık gelmektedir (Eminoğlu, 2008). Modele ait GFI uyum indeksi incelendiğinde, GFI'nın 0,93 olduğu görülmektedir. Bu durumda GFI değerinin kabul edilebilir uyuma karşılık geldiği görülmektedir. AGFI indeksinin 0,90 ve üzerinde olması iyi uyuma, 0,85'in üzerinde olması ise kabul edilebilir uyuma karşılık gelmektedir (Eminoğlu, 2008). Modelin AGFI değeri 0,91 olarak bulunmuştur. Bu çerçevede yapılan analiz için AGFI değerinin kabul edilebilir uyuma karşılık geldiği görülmektedir.

RMR ve SRMR indekslerinin 0,05'in altında olması iyi uyuma, 0,1'in altında olması ise kabul edilebilir uyuma işaretir (Aydın, 2010). Bizim çalışmamızda RMR uyum indeksi değeri 0,097 ve SRMR uyum indeksi değeri 0,058 olarak hesaplanmıştır. Bu kapsamda elde edilen RMR ve SRMR değerinin kabul edilebilir uyuma karşılık geldiği söylenebilir.

NNFI'nın 0,97 üzeri olması iyi uyuma, 0,95 üzeri olması kabul edilebilir uyuma karşılık gelmektedir (Schermelleh-Engel and Moosbrugger, 2003). Modelin NNFI değerinin 0,94 olduğu görülmektedir. Bu durumda NNFI'nın zayıf uyuma karşılık geldiği söylenebilir.

NFI, IFI ve CFI indekslerinin 0,95 ve üzerinde olması iyi uyuma, 0,90 ve üzerinde olması kabul edilebilir uyuma karşılık gelmektedir (Sümer, 2000). Modelin NFI, NNFI, IFI ve CFI uyum indeksleri incelendiğinde, NFI'nın 0,95; IFI'nın 0,89 ve CFI'nın 0,91 değerine sahip olduğu görülmektedir. Bu çerçevede, yapılan analiz için NFI, IFI ve CFI değerlerinin zayıf uyuma sahip oldukları görülmektedir.

Değişkenler arasındaki ilişkileri şematik olarak daha ayrıntılı incelemek, tahmin değerlerini, standartlaştırılmış ölçüm değerlerini ve t-kabul değerlerini görebilmek amacı ile bilgisayar programları yardımıyla path analizinden faydalanılmıştır.

Yapılan path analizine göre öğretmenlik mesleğine yönelik tutum ölçeği ile ilgili üç boyutlu yapının uygun olduğu söylenebilir. Doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan standardize edilmiş madde faktör katsayıları sunulmuş, madde-faktör doğrudan ilişki katsayıları 0,49 ile 0,78 arasında, maddelerin hata varyansları 0,51 ile 0,99 arasında değiştiği görülmüştür.

### **5.1.5. İlişkisel Tarama Çalışması İle İlgili Sonuç**

Çalışma grubu olarak seçilen 386 kişiden oluşan hemşire, doktor, öğretmen ve öğrencilere yönelik ölçek geliştirme çalışmasında grubun 127 kişisi erkek, 259'u ise kadındır. Kızlar örneklemin %67,1'ini oluşturmaktadır. Erkek öğrencilerin sayısı ise 127'dir ve örneklemin %32,9'luk bir kısmını oluşturmaktadır.

### 5.1.6. Sınıf Düzeyi Biyoloji Öğretmen Adaylarının Tutumlarıyla İlgili İlişkisel Sonuç

Yapılan analizler sonucunda Biyoloji öğretmen adaylarının sağlık hizmetleri boyutunda ortalama puanları  $\bar{x}_{sh}=23,2586$  olarak hesaplanmıştır. Hastalıklardan korunma boyutunda  $\bar{x}_{hk}=26,1379$  ve sağlığın iyileştirilmesi boyutunda ise  $\bar{x}_{si}=17,3103$  olarak gözlemlenmiştir. Ölçeğin genelinde ise biyoloji öğretmen adaylarının ortalama puanları  $\bar{x}_{ög}=66,7069$  olduğu belirlenmiştir. Veriler sonucunda öğretmen adaylarının sağlık okuryazarlığına yönelik olumlu tutum sergiledikleri ortaya çıkmıştır.

### 5.1.7. Cinsiyet İle İlgili İlişkisel Sonuç

Biyoloji öğretmen adaylarının sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma, sağlığın iyileştirilmesi boyutlarında ve ölçek genelinde anlamlı bir farklılık olmadığı, cinsiyetin bireylerin görüş ve tutumlarını etkilemediği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sağlık hizmetleri boyutu ortalama puanlarının erkek katılımcılarda ( $\bar{x}=21,42$ ) iken, kadın katılımcılarda ( $\bar{x}=23,50$ ) olduğu görülmüştür. Bunun sonucunda sağlık hizmetleri boyutunda kadınların erkeklere göre önde olduğu gözlemlenmiştir. Hastalıklardan korunma boyutu ele alındığında ortalama puanlarının erkeklerde ( $\bar{x}=27,00$ ) iken, kadınlarda ( $\bar{x}=26,01$ ) şeklinde bir değere sahip olduğu görülmektedir. Bunun sonucunda hastalıklardan korunma boyutunda da kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha geride olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlığın iyileştirilmesi boyutu ele alındığında ise ortalama puanlarının erkek katılımcılarda ( $\bar{x}=16,28$ ) iken, kadın katılımcılarda ( $\bar{x}=17,45$ ) olduğu görülmüştür. Bu boyutta da kadın katılımcıların daha yüksek puana sahip oldukları söylenebilir. Ölçeğin geneline bakıldığında ise ortalama puanlarının erkeklerde ( $\bar{x}=149,57$ ) iken, kadınlarda ( $\bar{x}=151,62$ ) olduğu görülmektedir. Bunun sonucunda da yine kadınların erkeklere göre daha önde oldukları söylenebilir.

Genel anlamda kadınların erkeklere göre anlamlı bir üstünlük olmasa da, önde olmalarının nedeninin sağlık okuryazarlığına karşı daha duyarlı olmalarından

kaynaklanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramının kadınlar açısından daha fazla önem arz ettiği söylenebilir.

### **5.1.8 Literatür Taraması Ve Sonuçların Karşılaştırılması**

Demirli (2018) tarafından yapılan “Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği” isimli çalışmaya Edirne ilinde ikamet eden toplam 454 birey katılmıştır. Yapılan analiz neticesinde sağlık okuryazarlığı ile bireylerin yaşı, gelir ve eğitim durumu ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuşken cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bağlamda çalışmamız ile benzer sonuçlar bulunduğu söylenebilir.

Akcilek (2017) tarafından yapılan “Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” adlı çalışmada; genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının cinsiyet ve eğitim görülen alana göre önemli değişiklik gösterdiği, ancak yaş, beden kitle indeksi ve sağlık sorunu olma durumuna göre önemli farklılık göstermediği görülmüştür. Cinsiyet yönüyle çalışmamız ile farklı sonuçlar bulunmuştur.

Tunalı Çokluk (2018) tarafından yapılan uzmanlık tezinde Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Okul Öncesi Öğretmenliği ve Eczacılık Bölümünde öğrenim gören öğrencilerin SOY düzeyleri belirlenmiştir. Daha sonra sağlık eğitimi verilmiş ve yeniden SOY düzeyleri ölçülmüştür. Verilen eğitim sonunda SOY düzeylerinde belirgin bir artış görülmüştür. Bu çalışma SOY düzeyinin verilen eğitimle istenilen seviyeye ulaşılabileceğini açıklaması yönüyle önemlidir.

İnkaya ve Tüzer (2018) tarafından yapılan “Bir Üniversitenin Sosyal ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi” adlı çalışmada; sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerin, Sosyal Bilimlerde öğrenim gören öğrencilere oranla SOY düzeyleri daha yüksektir. Bununla birlikte yaş arttıkça da SOY düzeyleri artmaktadır. Kız öğrenciler erkek öğrencilere oranla daha yüksek seviyededir. Cinsiyet yönüyle çalışmamızla benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir.

## 5.2. Öneriler

İnsanların yaşam boyu ihtiyaç duyduğu en önemli unsurların başında şüphesiz sağlık gelmektedir. Toplumda yaşayan her bir birey belli başlı bazı temel sağlık terimlerini ve ilkelerini bilmeli, gerektiği zaman uygulamalıdır. Örneğin bir kaza ya da ihtiyaç hâlinde temel ilk yardım ilkelerini doğru şekilde uygulayabilirse belki de bir insanın hayatını kurtarabilir.

Sağlığın insan hayatında bu kadar önemli olması, sağlık biliminin en baştan beri var olması ve sürekli değişerek gelişmesi sonucunu ortaya çıkarmıştır. İnsanlar eski zamanlarda deneme yoluyla bazı bitkilerin bazı hastalıklara iyi geldiğini tespit ederek ilk ilaçları keşfetmişlerdir. Daha sonra gelişen teknoloji ile tıp bilimi de sürekli değişime uğramış, yenilenerek gelişmiştir. İnsanlar her tıp terimini ve metodunu elbette bilmek ve öğrenmek zorunda değildir fakat kendisine veya çevresindeki diğer insanlara gerekli bazı temel hususları bilmesi önemlidir.

Sağlık okuryazarlığının pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de henüz istenilen seviyede olmadığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bilgiye ulaşmanın son derece kolay olduğu günümüz şartlarında özellikle internet ortamında sağlık okuryazarlığı ile ilgili daha fazla bilgi ve belge paylaşımı, platformlar, kongreler, çalıştaylar ve benzeri organizasyonlar bu seviyenin yükselmesine yarar sağlayacaktır. Ayrıca ilköğretimden üniversiteye kadar eğitim-öğretimin her aşamasında ders müfredatlarında temel sağlık bilgilerinin okutulması da şüphesiz istenilen seviyeye ulaşılma adına katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G. ve Sağlam H. (2016). *Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişisini Etkiler mi? Sakarya İlinde Bir Araştırma*. TAF Prev Med Bull. ;15(4):355.
- Akcilek, E. (2017). *Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aldemir, A. (2003). *Bilgiye Erişimde Yeni Yaklaşım: Bilgi Okuryazarlığı*. 25-26, Ankara.
- Aydın, M. (2010). *Eğitim Yönetimi*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A. and Huang, J. (2007). *Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons*. Archives of Internal Medicine. 167(14):1503-9.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V. and Clark, W. S. (1998). *Health Literacy and the Risk of Hospital Admission*. Journal of General Internal Medicine.;13(12):791-8.
- Balçık, P. Y., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). *Sağlık Okur-Yazarlığı*. TAF Preventive Medicine Bulletin.;13(4):321-6.
- Bernhardt, Jay M. and Cameron Kezie A. (2003). “*Assessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy*”, İçinde: Thompson Teresa L. Vd., *Handbook of Health Communication, London, Lawrence Erlbaum Associates: 583-605*.
- Bilir, N. (2014). *Sağlık Okur-Yazarlığı*. Turk J Public Health.12(1).

- Breivik, S. and Ford, B. J. (1993). *Promoting Learning in Libraries Through Information Literacy*. American Libraries, 24 (1): 98-99.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı*. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 32, 470-483.
- Büyüköztürk, Ş. (2005), *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. (2008), *Veri Analizi El Kitabı, İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*. 9. Baskı, Pegem-Akademi: 31(37): 167-182.
- Büyüköztürk, Ş. , Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E. , Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2012), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor Analysis for Applied Research*. (First Edition). Ny: Guilford Publications, Inc.
- Byrne, B. M. (1994). *Structural Equation Modeling with Eqs And Eqs/Windows: Basic Concepts, Applications and Programming*. (First Edition). California: Sage Publications,
- Can, A. (2013). *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi (1. Baskı)*. Ankara: Pegem Akademi.
- Cesur, B., Özdemir, A. and Yurtsal, Z.B. (2015). *Health Literacy and Promotion of Health. Turkey at the Beginning of 21st Century: Past and Present* (Ed: Efe, R, Ayısıgı, M, Duzbakar, O, Arslan, M) ST Kliment Ohridski University Press, Sofia.
- Chinn, D. (2011). *Critical Health Literacy: A Review and Critical Analysis*. Soc Sci Med, 73: 60-67.

- Comrey, A. L. and Lee, H. B. (1992). *A First Course Infactor Analysis*. (2th Edition), Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Publishers. New Jersey.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, Güçlü ve Büyüköztürk, Şener (2014). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları* (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Çopurlar, C. K. ve Kartal, M. (2016). *Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?* Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care, 10(1).
- Demirli, P. (2018). *Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, N., Çakır, B. ve Akalın, E. H. (2012). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*.
- Eminoğlu, E. (2008). *Üniversite Öğrencilerinin Akademik Sahtekârlık Eğilimlerinin Ölçülmesine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Eroğlu, N. ve Oflaz, N. K. (2017). *Türkiye’de Yerleşik Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Genel Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi*. International Journal of Finance & Banking Studies (2147-4486).;6(2):44-59
- Filiz, E. (2015). *Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Floyd, F. J. and Widaman, K. F. (1995). *Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments*. Psychological Assessment, 7(3), 286-299.

- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M. and Wallston, K. A. (2009). *Public Health Literacy Defined*. American Journal of Preventive Medicine, 36(5):446-451.
- Gillis, D. and Quigley, A. (2004). *Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project 2004*. St. Francis Xavier University, Antigonish, P 3-11.
- Gökkoca, F.Z.U. (2001). *Sağlık Eğitimi Açısından Yetişkin Eğitimi*. Sted Dergisi, 10(11):412-4.
- Gökkoca, Z. (2001) *Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10(10):371-4.
- Güneş, F. (1994). *Okur-Yazarlık Kavramı ve Düzeyleri*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 27(2):499-507.
- Güneş, F. (1992). *Yetişkinlere Okuma-Yazma Öğretimi*. Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü Yayınları. Yaygın Eğt. Ens. Matbaası. Ankara.
- Gürdal, O. (1998). *Yaşam Boyu Öğrenme Etkinliği: Enformasyon Okuryazarlığı*. 18. Genel Kurul ve II. Kütüphane Konferansı. 10-12 Eylül 1998.
- Hancock, V. E. (1993). *Information Literacy for Lifelong Learning*. ERIC Digest CD-ROM Fulltext. Syracuse. New York: ERIC Clearinghouse on Information Resources.
- Hasta Hakları Yönetmeliği* (1998). T.C. Resmî Gazete, 23420, 01.08.1998.
- Hoc, A. (1999). *Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association*. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Jama, 281(6):552-7.

- Hooper, D., Coughlan J., and Mulle M. R. (2008), *Structural Equation Modelling: Guide Lines for Determining Model Fit*. Electronic Journal of Business Research Methods; 6(1): 53-60.
- Ilgaz, A. ve Gözüm, S. (2016). *Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(2).
- İlhan, M.N. (2016). *Sağlıkta Bilgi Kirliliği Kaynakları ve Sağlık Okuryazarlığı*, SASAM Enstitüsü, Ankara.
- İnkaya B. ve Tüzer H. (2018). *Bir Üniversitenin Sosyal ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi*, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.
- Jöreskog, K. G, and Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural Equation Modeling with the Simplis Command Language*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G. Sörbom, D. Du Toit, S. H. C. and Du Toit, M. (2001). *LISREL 8: New Statistical Features (Third Printing with Revisions)*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Karadağ, R. (2012). *Türkçe Öğretmeni Adaylarının Öğretmenlik Mesleğine İlişkin Tutumları ve Öğretmenlik Mesleğini Tercih Nedenleri*. E-Journal of New World Sciences Academy, 7 (2), 44-66.
- Karasar, N. (2008), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti., 18. Baskı, Ankara, 76- 77s.
- Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik*.

- Kanj, M. ve Mitic, W. (2009). *Health Literacy and Health Behaviour*. World Health Organization.
- Kanj, M. ve Mitic, W. (2009). Working Document: *7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development*. Closing the Implementation Gap Nairobi, Kenya, 26-30.
- Kass, R. A. and Tinsley, H. E. A. (1979). *Factor Analysis*. *Journal of Leisure Research*. 11, 120-138.
- Kellner, D. (2001). *New Technologies/New Literacies: Reconstructing Education for the New Millennium*. *International Journal of Technology and Design Education*, 11(1):67-81.
- Kickbusch, I., Wait, S. and Maag, D. (2005). *Navigating Health: The Role of Health Literacy: Alliance for Health and the Future*. International Longevity Centre-UK.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd Ed.). New York: Guilford. 366 Pp., \$40.50 Paperback, ISBN 978-1-57230-690-5
- Kline, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd.Ed.). New York: Guilfordpress.
- Kress, G. (2003). *Literacy in the New Media Age*, Psychology Press.
- Maruyana, G. M. (1998). *Basics of Structural Equation Modeling*. California: Sage Publication.
- National Action Plan to Improve Health Literacy*. (2010). Washington.
- Norusis, M. J. (1990), *SPSS Base Systemuser's Guide*. II: SPSS Inc.
- Nunnally, J. C. (1978), *Psychometrictheory*, Newyork: Mcgrawhill.

- Nutbeam, D. (2000). *Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century*. Health Promotion International, 15(3):259-67.
- Nutbeam, D., (2008). *The Evolving Concept of Health Literacy*, Social Science & Medicine 67.
- Nutbeam, D. (2008). *The Evolving Concept of Health Literacy*, Social Science & Medicine, 67(12):2072-8.
- Okyay, P. ve Abacıgil, F. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*.
- Özdamar Kazım, (2002): *Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi- 2 (Çok Değişkenli Analizler)*, Kaan Kitapevi Eskişehir.
- Özvarış, Ş. B. (2011). *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Parker, R. M. and Kindig, D. A. (2006). *Beyond The Institute of Medicine Health Literacy Report: Are the Recommendations Being Taken Seriously?* Journal of General Internal Medicine, 21(8):891-2.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C. and Lurie, N. (2003). *Health Literacy: A Policy Challenge for Advancing High-Quality Health Care*. Health Affairs, 22(4):147-53.
- People, H. (2000). *Understanding and Improving Health*.
- Raykov, T. and Marcoulides, G. A. (2008). *An Introduction to Applied Multivariate Analysis (First Edition)*. Ny: Taylor & Francis Group.
- Rennie, K. M. (1997), "Exploratory and Confirmatory Rotation Strategiesin Exploratory Factor Analysis". Paper Presented at The Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association (Austin, January).

- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S. and Goldstein. R. (2013). *Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individuals with COPD*. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 10(1):72-8.
- Sağlık Bakanlığı, (2016). *Faaliyet Raporu* P. 32.
- Schermelleh-Engel, K. and Moosbrugger, H., (2003). *Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-Of-Fit Measures*. Methods of Psychological Research Online, Vol. 8, No: 2, 23-74.
- Schumacker, R. E. and Lomax R. G. (1996), *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. New York: Taylor & Francis Group; P.85-90.
- Sezgin, D. (2011), *Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*, İstanbul, Ayrıntı.
- Sezgin, D. (2013). *Sağlık Okuryazarlığını Anlamak*, 73-92.
- Snavey, L. and Cooper, N. (1997). *The Information Literacy Debate*. The Journal of Academic Librarianship, 23(1): 9-13.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Et Al. (2015). *Health Literacy in Europe: Comparative Results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU)*. European Journal of Public Health, 25(6):1053-8.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. and Et Al. (2012). *Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models*. BMC Public Health, 12(1):80.
- Sümer, N. (2000). *Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar*. Türk Psikoloji Yazıları, 3(6), 49-74.

- Stevens, R. D. and Edwards, A. D. N. (1996). *An Approach to the Evaluation of Assistive Technology*. In Proceedings of Assets '96,(Vancouver), Acm. Pp. 64–71.
- Stapleton, C. D. (1997). *Basic Concepts and Procedures of Confirmatory Factor Analysis*. Austin: The Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association.
- Şimşek, Z. (2013). *Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlık Geliştirme Stratejileri*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3).
- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Ekinoks
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2001), *Using Multivariate Statistics (Fourth Edition)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Talbot, L. and Verrinder, G. (2010). *Promoting Health: The Primary Healthcare Approach (4 The)*, Churchill Livingstone, Reed International Books Australia Pty Ltd, 198-199.
- Tanrıöver, M., Yıldırım, H., Ready, N., Çakır, B. ve Akalın, E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Sağlık-Sen Yayınları.
- Taş, T. A. ve Akış, N. (2016). *Sağlık Okuryazarlığı*. Sted, 25 (3), 119-24.
- Tavşancıl, E. (2005), *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Nobel Yayıncılık, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Anıl Matbaacılık 1. Baskı, Ankara.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis: Understanding Concepts and Applications. (First Edition)*. Washington: American Psychological Association.

- Tözün, M. ve Sözmen, M. K., (2014). *Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı*, Smyrna Tıp Dergisi, Sayı: 2, Ss. 48-54.
- Tunalı Çokluk, S. (2018). *Sağlık Okur-Yazarlığı Müdahale Çalışması: Eczacılık ve Eğitim Fakültesi Örneği*, Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
- TÜİK. (2011). *Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*.
- TÜİK. (2014). *Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması*.
- Uğurlu, Z., (2011). *Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi*.
- UNESCO. (2006). *Understandings of Literacy*.
- UNESCO. (2008). *The Globalliteracy Challenge, A Profile of Youth and Adult Literacy at the Mid-Point of the United Nations Literacy Decade 2003 – 2012*.
- Watkins, K. (2007). *United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008*, New York, P 269.
- WHO. (2008). *Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health Final Report*, WHO Press, Geneva, P 1-5.
- WHO. (2013). *Health Literacy, The Solid Facts*.
- WHO. (2013). *Obesity and Overweight Fact Sheet*, March Y
- Yılmazel, G., Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M. and Wallston, K. A., (2009). *Public Health Literacy Defined*, Am Jpren Med.

Yılmaz K. ve Çelik M. (2009) *Öğretmenlerin Mesleki Profesyonelliği ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişki*, Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi; 2015; (30): 102-131

Zarcadoolas, Christina Vd. (2006), *Advancing Health Literacy*, USA, John Wiley And Sons.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D. S. (2005). *Understanding Health Literacy: An Expanded Model*. Health Promotion International, 20(2):195-203.



## Ek 1

### SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TUTUM ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı,

Bu ölçek formu "Sağlık Okur-yazarlığına Karşı Tutumunuza" ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu maddeleri tek tek okuyup sizin yaşamınızdaki anlam, inanç ve önemine göre karşısındaki puanlama cetvelinden duygu, inanç ve düşüncenizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz puanı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir ifadeyi cevapsız bırakmayınız. Çalışmamıza sağladığınız katkı için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
2. Yaşınız: .....
3. Medeni durumunuz:  Evli  Bekar  Ayrılmış/boşanmış  Bilmiyor/kabul etmedi
4. Aile tipi:  Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk)  Geniş aile (anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar)  
 Parçalanmış aile (anne ve baba ayrı yaşıyor)
5. Hanede yaşayan kişi sayısı .....
6. Oturduğunuz ev:  Kira  Kendi evi  Diğer.....
7. Ev özellikleri:  Apartman  Gecekondu  Müstakil  Diğer.....
8. Haftada kaç gazete okursunuz? .....
9. Bir yılda kaç kitap okursunuz? .....
10. Mesleğiniz ve İşiniz (yazınız)  
.....
11. Eğitim durumunuz:  Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul  İlköğretim/Ortaokul  Lise  Ön lisans  
 Lisans  Yüksek Lisans/Doktora
12. Doktor masraflarınızı karşılayabiliyor musunuz?  Çok kolay  Kısmen kolay  Kısmen Zor  Çok zor  
 Cevap yok/Bilmiyor/kabul etmedi
13. Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız?  
 Doktora giderim  Evdeki ilaçları kullanırım  Çevremdekilere danışırım  Eczaneme danışırım  
 Hastaneye giderim  Acile giderim  Bir şey yapmam  Diğer.....
14. Size en yakın erişkin kişi (eşiniz, anne-babanız vb) hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız?  
 Doktora götürürüm  Evdeki ilaçlardan veririm  Çevremdekilere danışırım  Eczaneme danışırım  
 Hastaneye giderim  Acile giderim  Bir şey yapmam  Diğer.....
15. Çocuğunuz hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız? (çocuğu olanlara için)  
 Doktora götürürüm  Evdeki ilaçlardan veririm  Çevremdekilere danışırım  Eczaneme danışırım  
 Hastaneye giderim  Acile giderim  Bir şey yapmam  Diğer.....
16. Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?  
 Aile Hekimliği  Devlet Hastanesi  Üniversite Hastanesi  Özel Hastane  Muayenehane  Diğer
17. Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına (sağlık hizmetlerine) en sık başvuru nedeniniz nedir?  
 İlaç yazdırmak  Kronik hastalıkların takibi  Koruyucu sağlık hizmetleri  Akut durumlar  
 Diğer.....
18. Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?  
 Televizyon  Radyo  Gazete, Dergi  İnternet  Doktor  Hemşire  Eczacı  Diğer sağlık çalışanları  
 Diğer.....
19. Hekim seçme hakkınızın olduğunu biliyor musunuz?  Evet  Hayır (10. soruya geçiniz)
20. Hastalığınızla ilgili ikinci bir görüş alma ihtiyacı hisseder misiniz?  Evet  Hayır  Bazen
21. Hangi sebep ya da sebeplerden dolayı ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissedersiniz?(Hastalığıyla ilgili ikinci görüş alma ihtiyacı hissederseniz cevaplandırılacaktır)  Doktoru anlamadığım için  Doktor yeterince bilgi vermediği için  
 Doktora güven duymadığım için  Doktorun teşhisini ikinci bir doktor tarafından onaylatmak için  
 Çevrem başka bir doktoru önerdiği için  Diğer.....
22. Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarından aldığınız sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?  Hiç memnun değilim  Memnun değilim  Kısmen memnunum  Memnunum  Çok memnunum
23. Genel olarak sağlık çalışanlarından memnun musunuz?  Hiç memnun değilim  Memnun değilim  Kısmen memnunum  Memnunum  Çok memnunum

Maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Sık sık	Her zaman
1 Sağlıkla ilgili gazete ve dergilerde yayımlanan yazılar ilgimi çekmez					
2 Sağlıkla ilgili Tv programlarını takip ederim					
3 Bulaşıcı olan bir hastalığa yakalandığımda normal yaşantıma devam ederim					
4 İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat etmem					
5 Hastalandığımda tavsiye üzerine ilaç kullanırım					

6	Günü geçmiş yiyeceklerin sağlığını olumsuz etkileyeceğine inanırım					
7	Katı yağların vücudumuza zararlı olduğunu düşünür ve tüketmemeye çalışırım					
8	GDO'lu besinlerin sağlığıma zarar verdiğine inanırım ve organik beslenmeye çalışırım					
9	Obezitenin tüm vücut fonksiyonlarımı etkilediğini düşünürüm ve beden kitle endeksini normal sınırlar içinde tutmaya çalışırım					
10	Spor yapmanın sağlığımı üzerinde olumlu etkisi olduğuna inanmam ve spor aktivitelerine katılmam					
11	Hayatımdaki stres faktörlerinin sağlığımı olumsuz etkilediğini düşünür ve kendimi rahatlama yolları ararım					
12	Yaşadığım yerin sağlığımı etkilediğine inanmam ve her yerde yaşayabilirim					
13	Sağlığımı olumlu yönde etkileyecek aktivitelere katılırım					
14	Sağlığımı iyileştirecek kararlar almayı tercih etmem					
15	Düzenli günlük davranışlarımın sağlığımla ilgili olduğuna inanmam					
16	Medya'da daha sağlıklı olmak için gerekli bilgileri hayatımda uygulamaya çalışırım					
17	Ailemin ve arkadaşlarımın sağlık konusundaki tavsiyelerini dikkate almam					
18	Yaşadığım çevreyi daha sağlıklı olabilecek şekilde düzenlemeye çalışırım					
19	İlaç prespektüslerini genellikle okumam					
20	İlaç prespektüslerini okuduğumda pek bir şey anlamam					
21	Hastalandığımda tavsiye üzerine ilaç kullanırım					
22	Hekimlerin reçete ettikleri ilaçları ne için kullanıldığını merak eder araştırırım					
23	Her hangi bir hastalım sürecinde hekimin açıklamalarını yeterince anladığıma inanmam					
24	Reçete edilen ilaçları kullanmada sıkıntı yaşarım					
25	Reçete edilen ilaçları kullanmada sıkıntı yaşadığımda doktoruma yada eczaneye başvururum					
26	Benim hastalığım nedir? Ne yapmam gerekiyor? gibi sorular zihnimde oluşuyorsa araştırıp öğrenmeye çalışırım					
27	Vücudumda normalin dışında bir durumla karşılaştığımda hemen hastaneye gitmeyi tercih ederim					
28	Medyada sağlık konusundaki bilgilerin güvenilirliğini sorgularım					
29	Acil bir durumda ambulans çağırmak aklıma gelmez					
30	Beni ilgilendiren hastalıkların belirtileri ve tedavileriyle ilgili bilgi sahibi olurum					
31	Akil sağlığı sorunlarıyla ve tedavisiyle ilgili araştırma yaparım					
32	Aşılara neden ihtiyacımız olduğunu anlamaya çalışırım					
33	Fazla kilolu olmaktan beni kaygılandırmaz					
34	Sigara ve alkol gibi davranışlar konusunda yapılan uyarıları dikkate almam					
35	Medya'da sağlık riskleri konusundaki bilgileri güvenilir bulmam					
36	Ailemin ve arkadaşlarımın hastalıklarda kendilerini nasıl koruyabileceklerine yönelik kararlar vermesine yardımcı olurum					
37	Medya'daki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunabileceğime karar vermem					
38	Uyku düzenime dikkat ederim					
39	Yeme alışkanlıklarına dikkat etmem					
40	Sağlıkla ilgili bitkisel tedavi yöntemlerine inanmam					
41	Henüz hasta olmadan koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmam					
42	Sigara ve alkol gibi davranışların sağlığımı olumsuz yönde etkilediğine inanarak bu alışkanlıklardan kurtulmaya çalışırım					
43	Çevremdeki olumsuz şartların (gürültü, kirli atıklar) sağlığımı etkilediğine inanırım					
44	Çöplerin hastalığın oluşmasına ortam hazırladığına inanır ve gerekli tedbirleri alırım					

## Ek 2

### SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TUTUM ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı,

Bu ölçek formu “Sağlık Okur-yazarlığına Karşı Tutumunuzu” ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen bu maddeleri tek tek okuyup sizin yaşamınızdaki anlam, inanç ve önemine göre karşısındaki puanlama cetvelinden duygu, inanç ve düşüncenizi en iyi yansıttığını düşündüğünüz puanı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir ifadeyi cevapsız bırakmayınız. Çalışmamıza sağladığınız katkı için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
2. Yaşınız: .....
3. Medeni durumunuz:  Evli  Bekar  Ayrılmış/boşanmış  Bilmiyor/kabul etmedi
4. Aile tipi:  Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk)  Geniş aile (anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar)  
 Parçalanmış aile (anne ve baba ayrı yaşıyor)
5. Hanede yaşayan kişi sayısı .....
6. Oturduğunuz ev:  Kira  Kendi evi  Diğer.....
7. Ev özellikleri:  Apartman  Gecekondu  Müstakil  Diğer.....
8. Haftada kaç gazete okursunuz? .....
9. Bir yılda kaç kitap okursunuz? .....
10. Mesleğiniz ve İşiniz (yazınız)  
...../.....
11. Eğitim durumunuz:  Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul  İlköğretim/Ortaokul  Lise  Ön lisans  
 Lisans  Yüksek Lisans/Doktora
12. Doktor masraflarınızı karşılayabiliyor musunuz?  Çok kolay  Kısmen kolay  Kısmen Zor  Çok zor  
 Cevap yok/Bilmiyor/kabul etmedi
13. Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız?  
 Doktora giderim  Evdeki ilaçları kullanırım  Çevremdekilere danışırım  Eczaneme danışırım  
 Hastaneye giderim  Acile giderim  Bir şey yapmam  Diğer.....
14. Size en yakın erişkin kişi (eşiniz, anne-babanız vb) hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız?  
 Doktora götürürüm  Evdeki ilaçlardan veririm  Çevremdekilere danışırım  Eczaneme danışırım  
 Hastaneye giderim  Acile giderim  Bir şey yapmam  Diğer.....
15. Çocuğunuz hastalandığında ilk olarak ne yaparsınız? (çocuğu olanlara için)  
 Doktora götürürüm  Evdeki ilaçlardan veririm  Çevremdekilere danışırım  Eczaneme danışırım  
 Hastaneye giderim  Acile giderim  Bir şey yapmam  Diğer.....
16. Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?  
 Aile Hekimliği  Devlet Hastanesi  Üniversite Hastanesi  Özel Hastane  Muayenehane  Diğer
17. Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına (sağlık hizmetlerine) en sık başvuru nedeniniz nedir?  
 İlaç yazdırmak  Kronik hastalıkların takibi  Koruyucu sağlık hizmetleri  Akut durumlar  
 Diğer.....
18. Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?  
 Televizyon  Radyo  Gazete, Dergi  İnternet  Doktor  Hemşire  Eczacı  Diğer sağlık çalışanları  
 Diğer.....
19. Hekim seçme hakkınızın olduğunu biliyor musunuz?  Evet  Hayır (10. soruya geçiniz)
20. Hastalığınızla ilgili ikinci bir görüş alma ihtiyacı hisseder misiniz?  Evet  Hayır  Bazen
21. Hangi sebep ya da sebeplerden dolayı ikinci bir görüş alma ihtiyacı hissedersiniz?(Hastalığıyla ilgili ikinci görüş alma ihtiyacı hissedenler cevaplandıracaktır)  Doktoru anlamadığım için  Doktor yeterince bilgi vermediği için  
 Doktora güven duymadığım için  Doktorun teşhisini ikinci bir doktor tarafından onaylatmak için  
 Çevrem başka bir doktoru önerdiği için  Diğer.....
22. Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarından aldığımız sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?  Hiç memnun değilim  Memnun değilim  Kısmen memnunum  Memnunum  Çok memnunum
23. Genel olarak sağlık çalışanlarından memnun musunuz?  Hiç memnun değilim  Memnun değilim  Kısmen memnunum  Memnunum  Çok memnunum

Maddeler	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Sık sık	Her zaman
6 Günü geçmiş yiyeceklerin sağlığını olumsuz etkileyeceğine inanırım					
10 Spor yapmanın sağlığım üzerinde olumlu etkisi olduğuna inanmam ve spor aktivitelerine katılmam					
13 Sağlığımı olumlu yönde etkileyecek aktivitelere katılırım					
14 Sağlığımı iyileştirecek kararlar almayı tercih etmem					
15 Düzenli günlük davranışlarımın sağlığımla ilgili olduğuna inanmam					

19 İlaç prespektüslerini genellikle okumam					
20 İlaç prespektüslerini okuduğumda pek bir şey anlamam					
21 Hastalandığımda tavsiye üzerine ilaç kullanırım					
22 Hekimlerin reçete ettikleri ilaçları ne için kullandığını merak eder araştırırım					
23 Her hangi bir hastalım sürecinde hekimin açıklamalarını yeterince anladığıma inanmam					
25 Reçete edilen ilaçları kullanmada sıkıntı yaşadığımda doktoruma yada eczaneye başvururum					
26 Benim hastalığım nedir? Ne yapmam gerekiyor? gibi sorular zihnimde oluşuyorsa araştırıp öğrenmeye çalışırım					
30 Beni ilgilendiren hastalıkların belirtileri ve tedavileriyle ilgili bilgi sahibi olurum					
31 Akıl sağlığı sorunlarıyla ve tedavisiyle ilgili araştırma yaparım					
32 Aşılarla neden ihtiyacımız olduğunu anlamaya çalışırım					
42 Sigara ve alkol gibi davranışların sağlığımla olumsuz yönde etkilediğine inanarak bu alışkanlıklardan kurtulmaya çalışırım					
43 Çevremdeki olumsuz şartların (gürültü, kirli atıklar) sağlığımla etkilediğine inanırım					
44 Çöplerin hastalığın oluşmasına ortam hazırladığına inanır ve gerekli tedbirleri alırım					



**T.C.**  
**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**



### Özgeçmiş

Adı Soyadı:	Zehra AYVAZ KULOĞLU	İmza:		
Doğum Yeri:	İlgın/KONYA			
Doğum Tarihi:	01.03.1989			
Medeni Durumu:	Evli			
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Derece	Okulun Adı	Program	Yer	Yıl
İlköğretim	Atatürk İ.Ö.O.		İlgın	2000
Ortaöğretim	Atatürk İ.Ö.O.		İlgın	2003
Lise	İlgın Lisesi		İlgın	2006
Lisans	Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelik	Konya	2011
Yüksek Lisans				
İlgi Alanları:	-Edebiyat			
İş Deneyimi:	Konya Meram Eğitim ve Araştırması Hastanesi Hemşire 2011-Halen			
Hakkımda bilgi almak için önerebileceğim şahıslar:	Doç. Dr. Hakan KURT			
Tel:	0506 624 34 60			
Adres	Küçük Kovanağzı Mah. Balaban Cad. No:26/20 Karbeyaz Konutları A Blok Kat 10 No:26 Meram/KONYA			