

Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı ile Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of The Relationship Between Health Literacy and Risky Health Behaviors in Adolescents

 Kamil Koçak¹,  Lütfi Saltuk Demir²

ÖZET

Amaç: Ergenlik dönemi, yaşam biçimi ve davranışların şekillendiği bir süreçtir. Bu süreçte edinilen davranışlar, etkisini yaşam boyu sürdürmektedir. Olumlu davranışlar sağlığın korunup geliştirilmesine katkı sağlamakta, olumsuz davranışlar ise mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerini içinde barındıran sağlık okuryazarlığı kavramı ergenlik döneminde önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmanın amacı ergenlerde sağlık okuryazarlığı ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma 2018-2019 eğitim-öğretim yılında Konya'daki iki lisede toplamda 382 öğrenci ile yürütüldü. Çalışmanın bağımlı değişkeni riskli sağlık davranışları, temel bağımsız değişkeni sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Veri araştırmacı tarafından öğrencilere dağıtılıp toplanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve sosyodemografik özellikler anketi kullanılarak toplandı. Veri analizinde t Testi, One Way Anova Testi, Mann Whitney-U Testi, Kruskal-Wallis Testi ve Pearson Korelasyon Testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması 34,3±8,7 Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalaması ise 44,9±7,7 olarak bulundu. Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre riskli sağlık davranışları incelendiğinde mükemmel ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip öğrencilerin anlamlı olarak daha düşük riskli sağlık davranışlarına sahip olduğu tespit edildi (p<0,001).

Sonuç: Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan öğrencilerin riskli sağlık davranışlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Ergenlerde görülen riskli sağlık davranışlarını azaltmak için sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik, sağlık okuryazarlığı, riskli davranışlar, sağlıklı davranışlar

ABSTRACT

Aim: Adolescence is a period in which lifestyles and behaviors are shaped. The behaviors acquired in this period continue their effects throughout life. Positive behaviors contribute to the protection and development of health, while negative behaviors cause an increase in mortality and morbidity. The concept of health literacy, which includes the processes of accessing health-related information, understanding, evaluating and applying processes, has an important place in the adolescence period. The aim of this study is to examine the relationship between health literacy and risky health behaviors in adolescents.

Materials and Methods: The cross-sectional study was conducted with 382 students from two high schools in Konya, between 2018 and 2019. The dependent variable of the study is risky health behaviors, and the main independent variable is health literacy level. Data were collected using the Turkish Health Literacy Scale, Risky Health Behaviors Scale, and sociodemographic characteristics questionnaire, which were distributed and collected by the researcher. T Test, One Way Anova Test, Mann Whitney-U Test, Kruskal-Wallis Test and Pearson Correlation Test were used in data analysis.

Results: In the study, the mean score of the Health Literacy Scale was found to be 34.3±8.7 and the mean score of the Risky Health Behaviors Scale was found to be 44.9±7.7. When risky health behaviors were examined according to students' health literacy levels, it was found that students with excellent and sufficient health literacy had significantly lower risk health behaviors (p<0.001).

Conclusion: As a result of the study, it is seen that students with high health literacy levels have lower risky health behaviors. It is recommended to increase the level of health literacy in order to reduce risky health behaviors observed in adolescents.

Key words: Adolescence, health literacy, risky behaviors, healthy behaviors

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Makale Tarihleri/Article Dates:

Geliş Tarihi/Received: 18 Nisan 2022

Kabul Tarihi/Accepted: 12 Eylül 2022

Yayın Tarihi/Published Online:

14 Aralık 2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Kamil Koçak,
Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.
e mail: kamilkocak45@gmail.com

Açıklama/Disclosure: Yazarların hiçbiri, bu makalede bahsedilen herhangi bir ürün, aygıt veya ilaç ile ilgili maddi çıkar ilişkisine sahip değildir. Araştırma, herhangi bir dış organizasyon tarafından desteklenmedi. Yazarlar çalışmanın birincil verilerine tam erişim izni vermek ve derginin talep ettiği takdirde verileri incelemesine izin vermeyi kabul etmektedirler.

Atıf yapmak için/ Cite this article as: Koçak K, Demir LS. Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı ile Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mev Med Sci. 2022;2(3): 112-119



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Ergenlik dönemi, çocukluk döneminin bitmesiyle başlayıp yetişkinliğe ulaşmaya kadar devam eden bir süreçtir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre bu dönem 10 ile 19 yaşlarını kapsamaktadır ve dünya nüfusunun yaklaşık olarak %17'sini ergenlik dönemindeki bireyler oluşturmaktadır (2). Türkiye'de ise toplam nüfusun yaklaşık olarak % 16'sı ergenlik döneminde yer almaktadır (3).

Ergenlik dönemindeki bireylerde bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok değişim yaşanmaktadır. (4,5) Bu değişimlerle birlikte ergenler cinsel kimliğini kabullenme, kimlik edinme, toplumsallaşma ve geleceğini biçimlendirme gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (4). Ayrıca ergenler bu süreçte çocukluk dönemine göre daha bağımsız davranmakta, sürekli yeni deneyimlerin peşinde koşmakta ve bu deneyimlerin sonuçlarını düşünmeden hareket etmektedirler (4-7). Bu nedenlerle ergenler sık sık riskli sağlık davranışları sergileyebilmektedir (4,5). Ergenlerde en sık rastlanan riskli sağlık davranışları arasında şiddet ve şiddete bağlı sorunlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, ergen gebelikleri, alkol-tütün gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve yetersiz ya da dengesiz beslenme yer almaktadır (8). Ergenlik döneminde başlayan riskli sağlık davranışları sadece bu dönemle kalmayıp yaşamın gelecek dönemlerini de önemli ölçüde etkilemektedir (9).

Ergenlik dönemdeki bireylerde, yaşam boyu etkisini sürdüreceği olan davranışlar şekillenmektedir (4). Bu dönemde kazanılan fiziksel aktivitede bulunma, yeterli ve dengeli beslenme, hijyene önem verme, sağlık kontrollerine gitme gibi olumlu sağlık davranışları sağlığın korunup geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (10). Olumsuz sağlık davranışları ise bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı, yetersiz uyku, dengesiz beslenme gibi bireylerin sağlığını bozan davranışları içermekte ve mortalite ve morbiditede artışa sebep olmaktadır (4). Ayrıca araştırmalar, ergenler arasında olumsuz sağlık davranışları ve psikososyal sorunların ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (11). Günümüzdeki sağlık anlayışı toplumdaki tüm bireylerden sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde aktif olarak rol almasını beklemektedir. Bu beklentinin karşılanabilmesinde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi önemli bir role sahiptir (4,12). DSÖ'ne göre sağlık okuryazarlığı; sağlığı geliştirmek ve yaşam boyunca sağlıklı kalmak için, bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma yetenekleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmaktadır (13). Literatür, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme ve zararlı alışkanlıkların kullanımı ile ilişkili olduğunu işaret etmektedir (14-16). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması ile birlikte bireylerde olumlu sağlık davranışları ve yaşam kalitesi artmaktadır. Toplumsal düzeyde bakıldığında, koruyucu

sağlık hizmeti kullanımını artmakta ve sağlık maliyetleri azalmaktadır (16).

Türkiye'de Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU-47) ölçeği kullanılarak 2014 yılında yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasına göre toplumun yaklaşık olarak %65'i sorunlu ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bu bulgu başka bir ifadeyle Türk toplumun yalnızca üçte birinin mükemmel ya da yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Aynı araştırmaya göre Türkiye'de mükemmel sağlık okuryazarlığı %7,6, yeterli sağlık okuryazarlığı %27,8, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40.1 ve yetersiz sağlık okuryazarlığı %24,5 iken Avrupada mükemmel sağlık okuryazarlığı %16,5, yeterli sağlık okuryazarlığı %36.0 sorunlu sağlık okuryazarlığı %35,2 ve yetersiz sağlık okuryazarlığı %12,4 olarak belirtilmektedir (17). Literatürdeki çalışmalar yetersiz sağlık okuryazarlığının ciddi sağlık sorunlarına neden olduğunu belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu toplumlarda sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerini ve koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma oranı azalmaktadır. Ayrıca bu toplumlarda kronik hastalık görülme oranı, hatalı ilaç kullanım oranı ve mortalite artmaktadır. Dolayısı ile yaşam biçimi ve davranışların şekillendiği ergenlik döneminde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması riskli sağlık davranışlarını artırmaktadır (13, 17). Çalışma ergenlerde sağlık okuryazarlığı ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 2018-2019 eğitim- öğretim yılında Meram Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (MTAL) ve Kozağaç MTAL'de öğrenim görmekte olan öğrencilerde yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, kesitsel tiptedir. Araştırma 2018-2019 eğitim- öğretim yılında Konya ili Meram İlçesi'ndeki Meram Şifa Hatun Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (MTAL) ve Kozağaç MTAL'de öğrenim görmekte olan öğrencilerde gerçekleştirilmiştir. Şifa Hatun MTAL'de 2018-2019 eğitim- öğretim yılında 594 öğrenci eğitim görmektedir. Okulda sağlık hizmetleri alanı içerisinde hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı ve sağlık bakım teknisyenliği dalları bulunmaktadır. Kozağaç MTAL'de ise aynı dönemde 512 öğrenci eğitim görmektedir. Okulda makine teknolojisi, elektrik-elektronik teknolojisi, raylı sistemler teknolojisi ile itfaiyecilik ve yangın güvenliği alanı bulunmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Konya İli Meram İlçesinde yer alan Şifa Hatun MTAL ve Kozağaç MTAL'de öğrenim görmekte olan 15 yaş ve üstü 9'uncu, 10'uncu ve 11'inci sınıfta yer alan 854 öğrenci çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme Muslu ve Aygün (18)'ün yaptığı bir çalışmadaki Riskli

Sağlık Davranışları Ölçeği'nin puan ortalaması (58,9±6,6) kullanılarak belirlenmiştir (18). Muslu ve Aygün(18) tarafından bulunan ortalama ve standart sapmaya göre; Gpower 3.1.9.2 programı ile iki yönlü olarak %5 hata, %90 güç ve %5 fark ile örnek büyüklüğü 191 kişi, 2 okulda toplamda 382 kişi olarak bulunmuştur. Örneklem seçiminde basit rasgele örneklem seçim yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma sürecinde Şifa Hatun MTAL ya da Kozağaç MTAL'nde öğrenim görmeye devam eden, 15 yaş üstü ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir. 15 yaş altı, velisi çalışma izni vermeyen ve işletmelerde beceri eğitimine çıkan 12. sınıftaki öğrenciler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Veri Toplama

Veri toplama sürecinde önceden hazırlanan anket öğrencilere dağıtılıp kendi kendilerine yanıtladıktan sonra geri toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni riskli sağlık davranışlarıdır ve Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) ile belirlenmiştir. Temel bağımsız değişkeni sağlık

okuryazarlığı düzeyidir ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ile saptanmıştır. Diğer değişkenler sosyodemografik özelliklerdir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32), 15 yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla Okyay ve ark. (19) tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) temel alınarak geliştirilmiştir. TSOY-32, iki boyut (Tedavi ve hizmet-Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşene sahiptir. Ölçeğin madde sayısı 32, Cronbach Alfa değeri 0,92'dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, puan arttıkça SOY düzeyi de artmaktadır. SOY düzeyi, yetersiz SOY (0-25 puan), sorunlu/sınırlı SOY (>25-33 puan), yeterli SOY (>33-42 puan) ve mükemmel SOY (>42-50 puan) olmak üzere dört kategoriye ayrılmaktadır (19).

Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ), Çimen (20) tarafından 15-18 yaş grubu liseli gençlerin riskli sağlık

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	129	33,8
Erkek	253	66,2
Sınıf		
9. sınıf	118	30,9
10. sınıf	179	46,9
11. sınıf	85	22,3
Algılanan sosyoekonomik düzey		
Düşük	15	3,9
Orta	276	72,3
Yüksek	91	23,8
Anne eğitim durumu		
İlköğretim	224	58,6
Ortaöğretim	139	36,4
Lisans ve üzeri	19	5,0
Baba eğitim durumu		
İlköğretim	174	45,5
Ortaöğretim	145	38,0
Lisans ve üzeri	63	16,5
Aile tipi		
Çekirdek aile	316	66
Geniş aile	82,7	17,3
Eğitim aldığı alan		
Sağlık hizmetleri	156	40,8
Makine teknolojisi	39	10,2
Elektrik-elektronik teknolojisi	25	6,5
Raylı sistemler	24	6,3
İtfaiyecilik ve yangın	20	5,2
Henüz alan seçimi yapmayanlar	118	30,9
Kronik hastalık durumu		
Evet	37	9,7
Hayır	345	90,3

(n: Birey sayısı)

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Boyut	Puan (Ort±SS)	Yetersiz n(%)	Sınırlı n(%)	Yeterli n(%)	Mükemmel n(%)
Genel	34,3±8,7	50 (13,1)	108 (28,3)	146 (38,2)	77 (20,2)
Tedavi ve hizmet	35,2±8,8	48 (12,6)	96 (25,1)	142 (37,2)	95 (24,9)
Bilgiye ulaşma	37,1±10,2	55 (14,4)	39 (10,2)	174 (45,2)	112 (29,3)
Bilgiyi anlama	33,8±10,7	81 (21,2)	55 (14,4)	162 (42,4)	79 (20,7)
Bilgiyi değerlendirme	32,6±10,2	100 (26,2)	56 (14,7)	157 (41,1)	62 (16,2)
Bilgiyi kullanma/uygulama	37,5±10,2	60 (15,7)	24 (6,3)	169 (44,2)	126 (33,0)
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	33,3±9,9	86 (22,5)	97 (25,4)	113 (29,6)	81 (21,2)
Bilgiye ulaşma	33,9±11,3	95 (24,9)	31 (8,1)	159 (41,6)	87 (22,8)
Bilgiyi anlama	33,6±11,0	96 (25,1)	47 (12,3)	151 (39,5)	81 (21,2)
Bilgiyi değerlendirme	33,2±11,1	102 (26,7)	56 (14,7)	132 (34,6)	82 (21,5)
Bilgiyi kullanma/uygulama	32,5±11,9	123 (32,2)	40 (10,5)	130 (34,0)	83 (21,7)
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	35,4±9,5	60 (15,7)	63 (16,5)	162 (42,4)	95 (24,9)
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	33,7±9,6	76 (19,9)	85 (22,3)	144 (37,7)	74 (19,4)
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	32,9±9,4	83 (21,7)	89 (23,3)	139 (36,4)	139 (36,4)
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	35,0±9,5	64 (16,8)	82 (21,5)	146 (38,2)	87 (22,8)

(n: Birey sayısı, Ort±SS: Ortalama±Standart sapma)

davranışları seviyesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. RSDÖ'nün 5 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarıdır. Ölçeğin madde sayısı 35 ve Cronbach Alfa değeri 0,86'dır. Ölçeğin değerlendirilmesinde elde edilecek puan 20 ile 100 arasında değişmektedir. Puan arttıkça riskli sağlık davranışları da artmaktadır (20).

Sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket formunda; yaş, cinsiyet, okul, sınıf, algılanan sosyoekonomik düzey, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, aile tipi, alanı ve kronik hastalığa sahip olma durumunu sorgulayan 10 madde yer almaktadır.

Veri Analizi

Veri analizinde SPSS 16 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı veri yüzde dağılım, ortalama, standart sapma olarak sunuldu. Nedenselliği belirlemek için kategorik değişkenlerde Ki-kare Testi, ölçümle elde edilen değişkenlerde normal dağılımlarda t Testi ve One Way Anova Testi; normal dağılıma uymayanlarda Mann Whitney-U Testi ve Kruskal-Wallis Testi ile post-hoc olarak bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U Testi kullanıldı. Ölçeklerin arasındaki doğrusal ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanıldı. "p" değeri 0,05'ten küçük olduğunda sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmada, her iki liseden 191'er öğrenci olmak üzere toplamda 382 öğrenci yer aldı. Yaş ortalaması 16,0±0,7 olarak bulunan öğrencilerin büyük çoğunluğu (%46,9) 10. sınıfta okumaktaydı. Çalışma grubunun cinsiyet, okul, algılanan

sosyoekonomik düzey, anne-baba eğitim durumu, aile tipi, eğitim aldığı alan ve kronik hastalık durumu dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

TSOY-32 kullanılarak yapılan değerlendirmede çalışma grubundaki öğrencilerin SOY genel puanı ortalaması 34,3±8,7 olarak bulundu. SOY alt boyut ortalama puanları Tablo 2'de sunulmaktadır (Tablo 2). Çalışma grubundaki öğrencilerin SOY kategorilerine göre dağılımı incelendiğinde öğrencilerin %41,4' ünün yetersiz veya sınırlı, %58,4' ünün yeterli veya mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Çalışma grubundaki öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması 44,9±7,7 olarak tespit edildi. Sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu, bunu sırası ile beslenme, psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarının izlediği belirlendi (Tablo 3).

Öğrencilerin SOY düzeylerine göre riskli sağlık davranışları ortalama puanları arasında anlamlı fark saptandı (p<0,001). Post-hoc testlere göre mükemmel ve yeterli düzeyde sağlık

Tablo 3. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

Boyut	Puan (Ort±SS)
Genel	44,9±7,7
Psikososyal	48,5±13,0
Beslenme	52,7±9,5
Fiziksel aktivite	54,6±16,3
Hijyen	40,6±13,7
Madde Kullanımı	31,1±16,7

(Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma)

Tablo 4. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Riskli Sağlık Davranışları Puan Ortalamaları

SOY Düzeyi	N	RSDÖ Puan		p değeri	F değeri
		Ortalama ± SS	Ortanca(min-max)		
Yetersiz	50	50,9±7,4	48,8-53,0	<0,001	19,310
Sınırlı	108	46,0±7,5	44,5-47,4		
Yeterli	146	43,2±6,4	42,1-44,2		
Mükemmel	77	42,1±7,4	40,5-43,8		
Genel	381	44,8±7,6	44,0-45,5		

(SOY Sağlık Okuryazarlığı, RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği, n: Birey sayısı)

okuryazarlığına sahip öğrencilerin anlamlı olarak daha düşük riskli sağlık davranışlarına sahip olduğu belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 4).

Çalışma grubundaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre RSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkek öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması kız öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,008$). Sağlık davranışlarına ilişkin psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarında erkek öğrencilerin risk puan ortalamalarının kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p değerleri sırasıyla 0,001, 0,001, 0,001). Sağlık davranışlarına ilişkin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarında ise kız öğrencilerin risk puan ortalamalarının erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p değerleri sırasıyla 0,001, 0,001). Çalışmaya katılan öğrencilerin anne-baba eğitim durumları ve algılanan sosyoekonomik düzeyleri ile RSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (p değeri sırasıyla 0,766, 0,482, 0,909). Çalışmada sağlık alanında öğrenim görmekte olan öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması diğer alanlardaki öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p=0,048$). Çalışma grubundaki öğrencilerin TSOY-32 ve RSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında SOY

ile riskli sağlık davranışları arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu tespit edildi ($p=0,001$, $r=-0,335$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, öğrencilerin TSOY-32 puan ortalaması $34,3\pm 8,7$ olarak tespit edildi. Avrupa SOY Ölçeği Türkçe uyarlaması çalışmasında, 15 yaş üzerindeki bireylerin SOY ortalamasının $32,8\pm 7,3$ olduğu görülmektedir (19). Aynı yaş grubunda gerçekleştirilen Türkiye SOY Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında SOY puanının 29,5 (%95 GA:28,8-30,3) olduğu belirtilmektedir (19). Avrupa'da gerçekleştirilen SOY çalışmasında ise sekiz ülkenin SOY puanının $33,7\pm 7,9$ olduğu belirtilmektedir (21). Türkiye SOY Araştırmasında, 18-64 yaş grubundaki bireylerin SOY puan ortalamasının 30,4 (%95 GA:30,0-30,6) olduğu, Konya ilinin SOY puan ortalamasının ise $27,8\pm 0,8$ olduğu belirtilmiştir (17). Yaptığımız çalışma sonucu elde ettiğimiz SOY puan ortalaması literatürdeki bu çalışmalara göre daha yüksektir. Türkiye SOY Araştırmasında, SOY puan ortalamasının genç yaş gruplarında daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (19). Bu nedenle, bu farklılığın, çalışma grubundaki yaş ortalamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde SOY ile ilgili üniversite öğrencilerinde

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Riskli Sağlık Davranışları Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	TSOY-32	RSDÖ Psikolojik	RSDÖ Beslenme	RSDÖ Fiziksel Aktivite	RSDÖ Hijyen	RSDÖ Madde kullanımı
TSOY-32	-	$p=0,001$ $r=-0,335$	$p=0,001$ $r=-0,236$	$p=0,002$ $r=-0,161$	$p=0,001$ $r=-0,290$	$p=0,001$ $r=-0,215$
RSDÖ Psikolojik		-	$p=0,001$ $r=-0,273$	$p=0,152$ $r=0,073$	$p=0,001$ $r=0,289$	$p=0,001$ $r=0,484$
RSDÖ Beslenme			-	$p=0,001$ $r=0,382$	$p=0,001$ $r=0,206$	$p=0,006$ $r=0,141$
RSDÖ Fiziksel Aktivite				-	$p=0,020$ $r=0,119$	$p=0,038$ $r=0,106$
RSDÖ Hijyen					-	$p=0,001$ $r=0,198$

(TSOY-32: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, RSDÖ: Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği)

yapılan birkaç çalışma mevcuttur (22-24). Bu çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde SOY puan ortalaması yaptığımız çalışmaya göre daha yüksektir. Çalışma grubundaki eğitim seviyesinin farklılığa neden olduğu düşünülmektedir. Türkiye SOY Araştırmasında, eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte SOY puan ortalamasının da arttığı belirtilmektedir (17).

Bu çalışmada, öğrencilerin %58,4' ünün yeterli ya da mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu belirlendi. Çalışmada elde ettiğimiz yeterli ya da mükemmel SOY düzeyine sahip bireylerin oranı literatürde yer alan birçok çalışmaya göre yüksektir (19, 23, 25-27). Örneklem seçimi, eğitim durumu ve bölgesel farklılıklar gibi etmenlerin SOY düzeyinde farklılığa neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, öğrencilerin RSDÖ puan ortalaması $44,9 \pm 7,7$ olarak tespit edildi. Çalışmamızın bu bulgusu literatürde yer alan birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir (20, 28-31). Fakat literatürde çalışmamızdan farklı olarak RSDÖ puan ortalamasının yüksek olduğu çalışmalar da mevcuttur. RSDÖ puan ortalaması Semerci ve Aşlar (32) tarafından yapılan bir çalışmada $64,5 \pm 10,8$, Muslu ve Aygün (18) tarafından yapılan bir çalışmada ise 58,92 olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara göre RSDÖ puan ortalamaları farklılık gösterse de tüm çalışmalarda bu puanların yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu durum ergenlerin riskli sağlık davranışları açısından ciddi bir potansiyele sahip olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, literatürdeki araştırmalara benzer olarak, sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek risk puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu, bunu sırası ile beslenme, psikososyal, hijyen ve madde kullanımına ilişkin alt boyutların izlediği görülmektedir (28, 29). Bu bulgu ergenlerin fiziksel aktivite konusunda daha riskli sağlık davranışlarında bulduklarını göstermektedir. Bu duruma yaşam koşullarında ve teknolojiye meydana gelen değişimlerin neden olduğu düşünülmektedir. Ergenlere sağlıklı davranışlar kazandırmak için riskli davranışların yaygın olduğu fiziksel aktivite alt boyutu öncelikli olarak ele alınmalıdır. Bu çalışmada, literatürdeki araştırmalara benzer olarak, sağlık davranışlarına ilişkin en düşük risk puan ortalamasının madde kullanımı alt boyutundan alındığı görülmektedir (18, 20, 30, 32). Her ne kadar madde kullanımı riski düşük bulunsun da madde kullanımının ergenlik döneminde ve sonraki gelişim dönemlerinde oluşturacağı zararlı etkiler düşünülmeli ve ergenlere sağlıklı davranışlar kazandırılmalıdır.

Bu çalışmada, SOY düzeyi ile riskli sağlık davranışları karşılaştırıldığında, gruplar arası farklılık olduğu belirlendi. SOY yüksek olan öğrencilerde riskli sağlık davranışlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Literatüre bakıldığında, üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda benzer şekilde SOY düzeyi daha düşük olan öğrencilerde riskli sağlık davranışlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir

(33, 34). Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada ise yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerde beden kitle indeksinin daha yüksek olduğu görülmektedir (35). Bu sonuçlar doğrultusunda ergenlik döneminde SOY düzeyini yükseltici müdahalelerin riskli sağlık davranışlarını azaltmada etkili olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, erkek öğrenciler kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek riskli sağlık davranışları gösterme eğilimindeydi. Literatürde yapılan birçok araştırmanın da bu bulguyu destekler nitelikte olduğu görülmüştür (18, 20, 28, 30, 31, 36). Bu farklılığın toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülkemizde erkeklerin riskli sağlık davranışları toplum tarafından yargılanmamaktadır ve ergenlik dönemindeki erkekler kızlara göre daha özgür davranışlar sergileyebilmektedir (37, 38).

Bu çalışmada, literatürdeki araştırmalara benzer şekilde, sağlık davranışlarına ilişkin psikososyal, hijyen ve madde kullanımı alt boyutlarında erkek öğrencilerin, beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarında ise kız öğrencilerin daha riskli davranışlarda bulunduğu görülmektedir (28). Ülkemizde cinsiyete göre aile ve toplum beklentileri değişkenlik göstermektedir. Bu beklentiler, ergenlerin cinsiyetlerine göre davranışlarına yansımaktadır (39). Çalışmamızda da toplumun beklentileri nedeniyle kızların dış görünümüne önem verdiği, hijyene dikkat ettiği fakat yeterli fiziksel aktivitede bulunmadığı ve dengeli beslenmediği düşünülmektedir. Aynı nedenle erkeklerin daha fazla fiziksel aktivite yaptığı ve dengeli beslendiği fakat hijyene dikkat etmediği ve daha fazla bağımlılık yapıcı madde kullandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, sağlık alanında öğrenim görmekte olan öğrencilerin diğer alanlardaki öğrencilere göre daha az riskli sağlık davranışlarında buldukları belirlendi. Bu farklılığın sağlıkla ilgili derslerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Daha fazla sayıda sağlık dersi alan öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı, anladığı böylece riskli sağlık davranışlarından kaçındığı tahmin edilmektedir.

Bu çalışmaya benzer olarak aynı yaş grubunda yapılan bir araştırmada algılanan sosyoekonomik düzey ile riskli sağlık davranışları arasında anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmektedir (29). Aynı yaş grubunda gerçekleştirilen farklı bir çalışmada ise sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ergenlerin daha çok riskli davranışta bulunduğu belirtilmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireyler, sağlıklı kaynaklara ve sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireyler ise genellikle sağlıklı beslenmekte, daha az fiziksel aktivitede bulunmakta ve daha yüksek oranda bağımlılık yapıcı madde kullanmaktadır (18). Yapılan çalışmada sosyoekonomik düzeyin yükselmesi ile birlikte riskli sağlık davranışları açısından olumlu etkilerin yanında olumsuz etkilerin de

oluştugu düşünölmektedir.

Bu çalışmada, ebeveynlerin eğitim düzeyi ile riskli sağlık davranışları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Literatürdeki benzer bir çalışmada ise ebeveyni lise ya da üniversite mezunu olan ergenlerin, ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek riskli sağlık davranışlarına sahip olduğu belirtilmektedir (18). Ebeveynlerin eğitim seviyesinin yükselmesiyle riskli sağlıklı davranışlarının azalması beklenmektedir. Fakat eğitim seviyesi artan annelerin çalışma hayatına atılmaları, ergenlerin daha az denetlenmelerine ve riskli davranışlarda bulunmalarına neden olabilir. Bu nedenle çalışmada ebeveyn eğitim düzeyinin riskli sağlık davranışlarını etkilemediği düşünölmektedir.

Bu çalışma sonucunda, SOY düzeyi yüksek olan öğrencilerin riskli sağlık davranışlarının daha düşük olduğu görölmektedir. Dolayısı ile ergenlerdeki riskli sağlık davranışlarını azaltmak için SOY düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. Gelecekte toplumun yetişkin nüfusunu oluşturacak olan ergenlerin müfredatları SOY düzeyini geliştirecek şekilde düzenlenmelidir. Raylı sistemler alanı gibi SOY düzeyi düşük grupların belirlenmesi için farklı lise türlerinde çalışmalar yapılmalıdır. Riskli sağlık davranışlarının yüksek olduğu gruplara, sağlık sorumluluğunu artırıcı yönde müdahalelerin yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul: Bu çalışmada Ölçeklerin yazarlarından ölçek kullanım izni, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırma Etik Kurulu izni (Tarih: 7/12/2018 Sayı: 2018/1592) ve Meram Şifa Hatun MTAL ve Kozagaç MTAL'nin bağlı bulunduğu Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni (Tarih: 24/01/2019 Karar No:1717607) alındı. Ayrıca çalışmanın amacı açıklanıp çalışmaya katılan öğrencilerden ve velilerinden yazılı onam alındı.

Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir finansal çıkar çatışması yoktur.

Sorumlu Yazar: Kamil Koçak, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
e-mail: kamilkocak45@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Chen MY, Wang EK, Yang RJ, et al. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public Health Nursing* 2003;20:104-10.
2. World Health Organization. Department of Maternal, Newborn, Child And Adolescent Health (MCA). Available at: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/en/ Accessed June 28, 2019
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları 2018-2080. Erişim linki: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>. Erişim tarihi ve yılı: 16 Eylül 2018.
4. Özvarış ŞB. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Güler Ç, Akın L, ed. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları,

- Ankara, 2012: 1676-749.
5. Geçkil E, Yıldız S. Adolescent health behaviors and problems. *Journal of Hacettepe University School of Nursing* 2006;13:26-34.
6. Taşçı E, Atan ŞÜ, Durmaz N, et al. Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. *Bağımlılık Dergisi* 2005;6(3): 122-8.
7. Kürtüncü M, Uzun M, Ayoğlu FN. Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 2015;5(2): 187-95
8. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior survey data summary & trends report 2007–2017: 2020.
9. Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet* 2012;379(9826):1641-52.
10. Külcü DP, Öz FB, Aktaş D. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2019;29(1):72-8.
11. Fulkerson JA, Sherwood NE, Perry CL, et al. Depressive symptoms and adolescent eating and health behaviors: a multifaceted view in a population-based sample. *Prev Med* 2004;38(6):865-75.
12. Fertman, CI, Allensworth DD, Auld ME. Sağlığı geliştirme programlarının temelleri, Fertman, CI, Allensworth DD. ed. *Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe*. T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2012:3-21.
13. Apfel E, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: World Health Organization 2013; 3-26.
14. Wagner C, Knight K, Steptoe A, et al. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2007;61(12):1086-90.
15. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: The gap between physicians and patients. *American family physician* 2005;72(3):463-8.
16. Taş TA, Akış N. Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016;25(3):119-24.
17. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray FN, et al. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları* 2014;1:1-96.
18. Aygün O, Muslu G. Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2017;10 (4):242-50.
19. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *TC Sağlık Bakanlığı* 2016;43-60.
20. Çimen S. 15-18 yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeğinin geliştirilmesi. *İstanbul Üniversitesi*; 2003.
21. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin E, et al. Health Literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal Of Public Health* 2015; 25:1053-8.
22. Okur E, Evcimen H, Yağcı Şentürk A. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2021;30(1),18-24.
23. Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi* 2018;7:400-9.
24. Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2018;17(2):1-15.
25. Berberoğlu U, Öztürk O, Baran İnci M, et al. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018;8(3):575-81.
26. Ergün S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2017; 6:1-6.
27. Özen N, Bal Özkaptan B, Coşkun S, et al. Health literacy of nursing students and its effective factors. *Nursing Forum* 2019;1-7.
28. Geçkil E, Dündar Ö. Turkish adolescent health risk behaviors and

- self-esteem. *Social Behavior and Personality: An International Journal* 2011; 39: 219-27.
29. Tümer A, Şahin S. Ergenlerin riskli sağlık davranışları. *Sağlık ve Toplum* 2011;21(1):32-8.
 30. Kalkım A, Toraman AU. Göçmen ve göçmen olmayan ergenlerin riskli sağlık davranışlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014; 13(4).
 31. Hendekci A, Gök H. Ergenlik dönemi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve anne baba ergen ilişkilerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;10(2):134-46.
 32. Semerci M, Aşlar RH. Lise son sınıf öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve algılanan sosyal destek ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;9(3):232-44.
 33. Soykan H, Şengül H. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;10(4):691-704.
 34. Arıkan A. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri arasında bir araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2020.
 35. Soyler P, Ulaş Kadioğlu B. Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve obeziteyle ilişkili bazı davranışlarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2020; 10(2): 270-6.
 36. Canbulat N, Yıldız S. İstanbul'un Şişli İlçesi'nde gençlerin riskli sağlık davranışları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2011; 8 (1): 46-52.
 37. Başar F. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017;(3):131-7.
 38. Yıldız E, Behice E. Anne baba tutumları ile adölesan saldırganlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2011;1(3):6-11.
 39. Cetinkaya SK. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Nesne-Psikoloji Dergisi* 2013;(2):21-43.