T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ YAŞAM KALİTESİ VE İLAÇ UYUMU İLE İLİŞKİSİ

Arş. Gör. Dr. İdeal Beraa YILMAZ KARTAL

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 27.06.2019 tarih ve E.1900189608 sayılı yazınız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi **Arş. Gör. Dr. İdeal Beraa YILMAZ KARTAL'ın "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu İle İlişkisi"** konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimizin ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, **28.06.2019** tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince **oy birliği ile kabul edilmiştir.**

Bilgilerinize arz ederiz.

Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Canan TUZ
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D Öğretim Üyesi
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ ..... **iii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **iv**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
ÖZET ..... **vii**
ABSTRACT ..... **ix**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Sağlık Okuryazarlığı 3
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı 3
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Önemi 4
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenler ve Sonuçları 14
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi 18
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler 21
2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Belirleme Çalışmaları 25
2.1.7. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı 28
2.1.8. Sağlık Okuryazarlığı'nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi. 29
2.1.9. Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkili Kavramlar 30
2.2. Kronik Hastaliklar ve Sağlık Okuryazarliği 31
2.3. Yaşam Kalitesi 35
2.4. İlaç Uyumu 37
3. GEREÇ VE YÖNTEM **39**
3.1. Araştırma Tasarımı 39
3.2. Ortam ve Evren 39
3.3. Örneklem Seçimi 39
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 40
3.3.2. Çalışmadan Hariç Bırakma Kriterleri 40
3.4. Etik Kurul ve İzinler 40
3.5. Araştırma Protokolü 41
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 41

3.6.1. Bireysel Görüşme Formu 41
3.6.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) 41
3.6.3. SF12 (Short Form-12, Kısa Form-12) Kısa Sağlık Ölçeği 43
3.6.4. Modifiye Morisky Ölçeği 44
3.7. İstatistiksel Analiz 45
4. BULGULAR 46
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri 46
4.2. Katılımcıların ASOY Sonuçlarının Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi 49
5. TARTIŞMA 57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 63
7. KAYNAKLAR 65
8. EKLER 82
EK- 1. ETİK KURUL 82
EK-2. ARAŞTIRMA İZİN TALEBİ 84
EK-3. BİREYSEL GÖRÜŞME FORMU 85
EK-4. AVRUPA SAĞLIK OKUR-YAZARLIK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE UYARLAMASI (ASOY-TR) 86
EK-5. SAĞLIK ÖLÇEĞİ FORMU (TÜRKÇE SF-12) 88
EK-6. MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ ANKET SORULARI 90

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri..... 47
Tablo 2. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları 48
Tablo 3. Katılımcıların diğer özellikleri..... 49
Tablo 4. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması..... 50
Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması..... 50
Tablo 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre ASOY puanlarının karşılaştırılması..... 51
Tablo 7. Katılımcıların mesleklerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması..... 52
Tablo 8. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması..... 53
Tablo 9. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması..... 54
Tablo 10. Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması 55
Tablo 11. Katılımcıların görme ve işitme sorunlarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması 55
Tablo 12. Katılımcıların Morisky puanlarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması 56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması 50
Şekil 2. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması 51
Şekil 3. Katılımcıların medeni durumlarına göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması 51
Şekil 4. Katılımcıların mesleklerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması 52
Şekil 5. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması 53
Şekil 6. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması 54

KISALTMALAR DİZİNİ

AMA : Amerikan Tıp Birliği

ASOY : Avrupa sağlık kuryazarlığı ölçeği

SOY : Sağlık okuryazarlığı

AB : Avrupa Birliği

AP : Avrupa Parlamentosu

AÜTF : Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

BM : Birleşmiş Milletler

DM : Diyabetus Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EASM : Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi

HT : Hipertansiyon

RA : Romatoid artrit

KOAH : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

SB : Sağlık Bakanlığı

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

SS : Standart Sapma

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : World Health Organization

TEŞEKKÜR

"Bildim ve anladım ki hiçbirşey bilinmemiş ve hiçbir şey anlaşılmamıştır.''

İbni Sina

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışmaktan her zaman mutluluk ve onur duyduğum, göreve başladığım günden beri donanımlı ve bilgili bir aile hekimi uzmanı olmam için çaba ve yol gösteren, yaptığım tez çalışmam sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarını esirgemeyen, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

3 yıllık uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan, mesleki bilgi ve birikimlerini her zaman paylaşan, pozitif enerjisiyle motivasyonumu arttıran, hayatta belki de hiç kazanamayacağımız bakış açılarını bize sunan, Dr. Öğr. Üyesi Kenan TAŞTAN'a,

Bilgi ve tecrübeleriyle ihtisas eğititmim boyunca yol gösteren ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR ve Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN'a, engin bilgi ve akademik vizyonlarından faydalandığım Prof. Dr. Mükerrem KAYA ve Prof. Dr. Güzin KABAN'a,

Eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum ve yardımlarıyla bu zorlu süreci tamamlamama katkıda bulunan Dr. Meryem BETOS KOÇAK ve Dr. Mehmet Akif NAS'a ve bölüm hemşiremiz Nilgün PALA'ya,

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı paylaştığım aile hekimliği anabilimdalı ve rotasyon yaptığım bölümlerdeki tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde verdiğim tüm kararlarımda yanımda olan, fedakârlıkları ve sevgileriyle büyüdüğüm, bana iyi bir hekim olmanın yanında iyi bir insan olmanın da önemini aşılayan değerli babam Adnan YILMAZ'a, kıymetli annem Dilek YILMAZ'a, birlikte çıktığımız hayat yolundaki iyi ve kötü günlerimde her zaman yanımda olan yol arkadaşım, eşim Murat KARTAL'a, desteğini ve varlığını en yakın şekilde hissettiğim kardeşim Zeynep feyza YILMAZ ORAL'a, eğitimim boyunca en değerli varlığımla ilgilenerek rahatça çalışmamı sağlayan oğlumun babaannesi Aliye KARTAL'a ve dünyadaki en güzel ve değerli ünvanı almamı sağlayan, varlığını kalbimin en özel yerinde sakladığım canım oğlum Ahmet Selim KARTAL'a,

Eğititm hayatımın bu gününe gelene kadar üzerimde emeği olan herkese sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. İdeal Beraa YILMAZ KARTAL

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu İle İlişkisi

Giriş ve Amaç: Hastalar, sağlık sisteminin temel öğesi olup, hastalıkları hakkında aldıkları kararlar, sağlık sonuçları ile verilen sağlık hizmetinin etkinliğini ve kalitesini önemli bir düzeyde etkilemektedir. Hastalar tarafından alınan kararlar ise daha çok sağlıkla ilgili becerileri, kapasiteleri ve bilgileri neticesinde oluşmaktadır. Bu durum literatürde ‘’sağlık okur-yazarlığı’’ olarak adlandırılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin iyileştirilmesi, bireylerin sağlığı hakkında; bilgi arama, anlama ve onay verme, riskleri anlama gibi yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu artırmada önemli bir unsur olarak öngörülebilir. Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’na bağlı hizmet veren beş adet Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı ve en az bir kronik hastalığı (diyabet, kronik akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalıkları vb.) olan hastalar (n=545) arasında yapıldı. Bu kişilerden en az bir kronik hastalığı olma, çalışmamıza katılmaya gönüllü olma gibi dahil edilme kriterlerini karşılayan 150 kişi çalışmaya alınmıştır. Önce bu kişilerin sosyodemografik ve klinik özelliklerine dair tanımlayıcı bilgileri almaya yönelik 17 soruluk veri toplama formu kullanılmıştır. Daha sonra sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için 47 sorudan oluşan ASOY, yaşam kalitesi düzeyini ölçmek için SF-36’nın farklı 8 alt başlığından 12 farklı madde alınarak daha kısa bir form olan SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği ve ilaç uyumu düzeyini ölçmek için 6 maddeden oluşan Modifiye Morisky Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın verileri SPSS 23.0.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ± standart sapma ve n (%) olarak verildi. Gruplar arasında numerik verilerin farkının belirlenmesinde Student-t testi kullanıldı. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanıldı.

Korelasyon analizi için ise Pearson Korelasyon analizi testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 150 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 56 ±13,3 yıl idi. Katılımcıların ortalama ASOY puanı 28,7±7,09 idi. Çalışmamızın sonuçlarına göre; 65 yaş üstündeki katılımcıların 65 yaş altındaki katılımcılara göre; işçilerin diğer meslek gruplarına göre; morisky bilgi düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre;morisky motivasyon düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre istatistiki açıdan daha yüksek puanlı ASOY değerlerine sahip oldukları görülmüştür (p<0,05). Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerin ASOY puanları ile Morisky arasında (Pearson korelasyon değeri=0,266, p<0,01)ve SF-12'nin 8 alt boyutu arasında genel sağlık algısı (Pearson korelasyon değeri=0,555), fiziksel fonksiyon (Pearson korelasyon değeri=0,329), fiziksel rol (Pearson korelasyon değeri=0,376), emosyonel rol (Pearson korelasyon değeri=0,396), ağrı (Pearson korelasyon değeri=0,446), sosyal işlevsellik (Pearson korelasyon değeri=0,362), ruhsal sağlık (Pearson korelasyon değeri=0,475) ve vitalite (Pearson korelasyon değeri=0,467) arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon tespit edildi (p<0,05).Kronik hastalık varlığının, son bir yıl içinde hastanede yatmanın ve cinsiyetin ise sağlık okuryazarlığı üzerine bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda yaş, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi gibi parametrelerin kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığını etkilediği gösterilmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak sağlık okuryazarlığı hakkında toplumda farkındalık oluşturulmalı, riskli gruplar öncelikli olmak üzere toplumun sağlık okuryazarlık düzeyi değerlendirilmelidir. Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerle, yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi hem bireylerin kendi sağlık yönetimlerini gerçekleştirmede bireylere katkı sağlayacak hem de sağlık kuruluşlarının ve özellikle acil servislerindeki yoğunluk ve iş yükünün azaltılmasında pozitif yönde etki ederek daha kaliteli hizmet verilmesine imkân sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: kronik hastalıklar, yaşam kalitesi, ilaç uyumu, ASOY

ABSTRACT

Relationship of Health Literacy Wıth Quality of Life and Drug Complıance in Individuals With Chronic Disease

Introduction and aim: Patients are the basic elements of the health system and their decisions about their diseases affect the health outcomes and the effectiveness and quality of the health service provided. The decisions made by the patients are mostly based on their health-related skills, capacities and knowledge. This situation is called 'health literacy' in the literature. The level of health literacy, improving the health of individuals about; information can be envisaged as an important element in improving the quality of life and its adaptation to treatment, such as searching, understanding and giving consent, understanding risks. In this study, it is aimed to examine the relationship of health literacy with quality of life and drug compliance in individuals with chronic disease.

Methods: The study was conducted between the patients who has at least one chronic disease (diabetes, chronic lung disease, cardiovascular disease, musculoskeletal diseases, etc.). (n=545) and enrolled in the Family Health Center of Five Education units in the department of family medicıne of Atatürk University Faculty of Medicine between January-April 2018. At least 150 people who meet the criteria of inclusion as being a chronic disease and volunteering to participate in our study were included in the study. First, descriptive information about the sociodemographic and clinical characteristics of these individuals to get 11 questions for the data collection form was used. Then, In order to measure the level of quality of life, ASO had 47 questions, SF-36 was taken from 12 different sub-headings, and SF-12 short-term health scale, a shorter form, and 6 items were applied to measure the level of drug compliance. Data were analyzed using SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences). Descriptive statistics were used to evaluate the data. Descriptive statistics were expressed as mean ± standard deviation and N (%). The student's t-test was used to determine the difference between the groups. Chi-square test was used to compare categorical data between groups. Pearson correlation test

was used for correlation analysis. The level of statistical significance $p<0.05$ was accepted.

Findings: A total of 150 people participated in the study. The mean age of the participants was 56 ±13.3 years. The average Aso score of the participants was 28.7±7.09.According to the results of our study, participants over 65 years of age compared to participants under 65 years of age ; workers compared to other occupational groups ;those with high morisky knowledge level;those with high morisky motivation level have higher scores than those with higher scores ($p<0.05$). ASOY also individuals with chronic diseases between Morisky scores (Pearson correlation value=0,266, $p<0.01$)and SF-12 general health perception between 8 child size (Pearson correlation value=0,555), physical function (Pearson's correlation value=0,329), role physical (Pearson correlation value=0,376), role emotional (Pearson correlation value=0,396), pain (Pearson correlation value=0,446), social functioning (Pearson correlation value=0,362), there was a significant positive correlation between mental health (Pearson correlation value=0,475) and vitality (Pearson correlation value=0,467) ($p<0.05$).It was found that the presence of chronic disease had no effect on the health literacy of hospitalization and sex in the last year ($p>0.05$).

Conclusion: in our study, parameters such as age, drug compliance and quality of life affect the health literacy of individuals with chronic disease. Based on these results, awareness of health literacy should be established in the society and the level of health literacy of the society should be evaluated, especially in risky groups. Improving the health literacy levels of individuals with chronic disease, elderly and chronic diseases will contribute to individuals in realizing their own health management, and will also positively influence health organizations and especially in reducing the intensity and workload of emergency services and provide better quality service.

Key Words: Chronic diseases, drug compliance, quality of life, ASOY

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hastalar, sağlık sisteminin temel öğesi olup, bireylerin hastalıkları hakkında aldıkları kararlar, sağlık sonuçları ile verilen sağlık hizmetinin etkinliğini ve kalitesini önemli bir düzeyde etkilemektedir. Hastalar tarafından alınan kararlar ise daha çok sağlıkla ilgili becerileri, kapasiteleri ve bilgileri neticesinde oluşmaktadır. Bu durum literatürde ‘’sağlık okur-yazarlığı’’ olarak adlandırılmaktadır (1).

Sağlık okuryazarlığı bir terim olarak ilk kez Simonds tarafından 1974 yılında bir makalede yer almıştır. Ancak literatürde yaygın şekilde kullanımı, Amerika’da 2003 yılında gerçekleştirilen ‘Yetişkin Okur-Yazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi’ isimli çalışmadan sonra başlamıştır. Kavram günümüzde halen sağlık araştırmacılarının, kanun yapıcıların ve klinisyenlerin ciddi anlamda dikkatini çeken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (2).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığı hakkında; bilgi arama, anlama ve onay verme, riskleri anlama yeteneğidir (3). Sağlık okuryazarlığı ‘insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterliliktir’ şeklinde de tanımlanmıştır (4). Ülkemizde Avrupa Okuryazarlık Ölçeği kullanarak yapılan bir saha çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi katılımcıların yalnızca %32,9’unda yeterli düzeyde bulunmuştur (5).

Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA 2013) verilerine göre ülkemizde nüfusun %8’ini oluşturan 65 yaş üstü bireylerin %25’inin en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır (6). Hastaya önemli ve karmaşık bir yük getiren, kronik hastalığın yönetiminde hastanın sağlık okuryazarlığı büyük bir öneme sahiptir (7). Hastalık ve yetersizliğin olumsuz algılanması olarak tanımlanabilen düşük sağlık durumunun düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (8). Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağkalım oranları ve hastaneye başvuru sürelerinin azaldığı belirtilmiştir (9). Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile diyabet komplikasyonları arasında önemli bir ilişki olduğu daha önceki çalışmalarda

belirtilmiştir (7). Astımın yönetiminde hastaların okuryazarlık düzeyinin inhaler kullanımında güçlü bir belirleyici olduğu belirtilmiştir (10). Başka bir çalışmada hipertansiyonu olan hastalarda bilişsel yetenek, sağlık okuryazarlığı puanlarının varyansını %24 oranında etkilemiştir (11). Sağlık okuryazarlığının düşük olmasının da ilaç uyumunu azaltarak polifarmasi ile ilgili sorunları artırdığı bildirilmiştir (12). Randomize kontrollü yürütülen çalışmalarda sağlık okuryazarlığının düşüklüğünün; hastaneye ve acil servise başvurularda artışa, hastalıklardan korunmaya yönelik sağlık hizmetinin az kullanımına, kötü ilaç uyumuna, sağlık mesajlarını yorumlama yeteneğinin bozulmasına neden olduğu sonucuna varılmıştır (13). Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

İnsanlık tarihinin başlangıcından bugüne kadar her alanda olduğu gibi tıp alanında da ihtiyaçlar doğrultusunda çeşitli gelişmeler yaşanmıştır. Gelişen dünya ile birlikte varolan veya yeni ortaya çıkan birçok hastalığın tedavisi bulunmuş, birçoğunun ilerleyişinin önüne geçilmiş, ya da ilerleyişi yavaşlatılmıştır. Bireylerin, yaşamlarını sağlıklı ve kaliteli bir şekilde sürdürebilmeleri için gerektiğinde uygun şekilde sağlık bilgisine ulaşmaları, ulaştıkları bilgileri anlamaları ve bu bilgiye uygun davranış kazanmaları önem kazanmış, bu amaçla yapılan çalışmalar sonucunda Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır.

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve nesilden nesile aktarmalarıdır (14-15).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını; “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanımda; “bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır” şeklinde ifade edilmiştir (16).

Sağlık okuryazarlığı Amerikan Tıp Birliği’ne (AMA) göre ise; “sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi” şeklinde tanımlanmıştır (17).

1970'li yıllarda literatürde yer almaya başlamış olmasına rağmen, önemi son yıllarda daha da artan bu kavram, en basit ifadeyle; bir hastaya tıbbi bir bilgi vermek

istendiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi olarak tanımlanabilir.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sadece eline verilen bir broşürü okuması ve anlaması ile sınırlı olmayıp, hastalığını bilmesi, kendi sağlığını tanımlayabilmesi, sağlığı ile ilgili uygun kararlar alabilmesi, mevcut sağlık sistemini nasıl kullanabileceğini ve bu sistemden nasıl yararlanacağını da bilmesini gerektiren geniş bir alan olarak görülmektedir (18).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında Scott Simonds tarafından oluşturulan "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" adlı makalede kullanılmış olup, bu tanım zaman içerisinde değişiklikler göstermiştir (19). 1986 yılında ise Ottawa şehrinde "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı" yapılmıştır. Bu konferansta, sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılabilir bir şekilde düzenlenmesi gerektiği ve toplumun buna uygun davranış geliştirmesi gerektiği vurgulanmış ve ''Sağlık okuryazarlığı'' kavramı ortaya çıkmıştır (20) .

İlk zamanlarda Sağlık okuryazarlığı kavramı; sağlık kullanıcılarının sağlığa yönelik materyal okuma ve yazma, sağlık ihtiyacına yönelik gerekleri yerine getirme olarak tanımlanmaktaydı. Sonrasında yapılan çalışmalar sonucunda sağlık okuryazarlığı yeniden tanımlanmış; bireylerin kendi sağlık durumlarıyla beraber toplum sağlığı ve sağlığa yönelik karar verme sürecini de ilgilendiren konulara yönelik iletişim becerilerini kullanması ile birlikte gerekli bilgi ve güven düzeyine ulaşması olarak ifade edilmiştir (20,21) .

Başka bir çalışmaya göre ise Sağlık okuryazarlığı, bireylerin her an karşı karşıya kalabildiği; randevulara yönelik bilgileri, ilaç prospektüslerinde yer alan talimatları,, doktor açıklamalarını anlayabilme; hastalık durumunda uygun sağlık bölümüne başvurabilme, bulunulan ortamda olası sağlık risklerini öngörerek gerekli önlemleri alabilme, tedavi süreçlerini her yönüyle analiz edebilmeye yönelik yetenekleri içermektedir (21).

İlgili literatür incelendiğinde; sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasından bu yana uzun bir süre geçmemesine rağmen, kavrama yönelik çokça tanımlama yapıldığı ve farklı bakış açılarının geliştiği görülmektedir (22). Peerson ve arkadaşlarının çalışmalarına göre göre soy; kişinin sağlığıyla ilgili bilgileri anlama, tavsiyeleri etkin kullanma ve sistemden yararlanma yeteneği olarak tanımlanmıştır (14).

Sağlık okuryazarlığı okuma-yazma becerilerinin ötesinde sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru kullanımı, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, özbakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilmek, bakım veren rolünü üstelenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır (23).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin doğru sağlık kararları verebilmek için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini sağlama, işleme ve anlama kapasitelerinin düzeyi ile değerlendirilebilmektedir (24). Sağlık okuryazarlığı, reçete edilen ilaç şişelerindeki talimatları, randevu fişlerini, tıbbi eğitim broşürlerini, doktorların açıklamalarını ve izin formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneğini içerir (25).

Konunun önem kazanmaya başladığı ilk dönemde en yalın halde "sağlığı için bireyin yetenekleri" tanımlaması yapılırken, 1993 yılında bugünkü tanımlamaların temelini oluşturan Nutbeam ve Wise tarafından bilgiye ulaşım, anlamlandırma ve davranış üzerinde durularak, "Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" tanımlaması yapılmıştır. Bu gelişmeler sonrasında, 1998 yılında Nutbeam'in Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına hazırladığı "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü"nde (Health Promotion Glossary) SOY tanımı daha da genişletilerek, "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde yerini almıştır (18) .

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'ndeki tanıma göre soy; "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" (16).

Bununla beraber sağlık okuryazarlığı; hasta ile hekim arasındaki ilişki konusunda önemli görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı konusunda düşük seviyede olan hastalar, iletişim konusunda zorluklarla karşılaşmaktadır (22).

SOY tanımı, 2013 yılında, genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yapılarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından yenilemiştir: Yeni tanımda; SOY için, "insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda; kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, insanların sağlıklarını korumak, sürdürmek, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir" denilmektedi r (26).

SOY, okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme ve hayata uy arlama alanlarını kapsar. SOY'un iki ana bileşeni vardır: 1. Bireysel SOY; yetenek ve bilgi, isteme kapasitesi, erişim ve anlama, bilgiyi uygulama ve anlama, sağlık ve sağlık hizmeti içinde eyleme ve karara katılım konularını içermektedir. 2. Çevresel SOY ise;
yapısal politikalar ve işlemler ile sağlık sistemi içinde; iletişimi, kişilere erişimi, onla rı anlayabilmeyi ve sağlıkla ilgili bilgileri sunabilmeyi içermektedir (27).

Ancak yapılan tüm değerlendirmelere bakıldığı zaman sağlık okuryazarlığının bireyler adına; bireyin sağlığına yönelik karar alma süreçlerine doğru şekilde dâhil olması (28), sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyecek riskleri öngörerek gerekli önlemleri alabilmesi (21), hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkilemesi adına önemli olduğu (20) görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlık bakımı konusunda kendi üzerine düşeni bilerek gerektiği şekilde uygulayabilmesi, sağlık çalışanıyla sağlıklı iletişim kurabilmesi, sağlık durumunun düzelmesi konusunda yapması ve yapmaması gerekenleri öngörebilmesi adına önemlidir. Bu anlamda hastaların kendi sağlıklarından büyük oranda sorumlu olmaları ve yine sağlık durumlarına yönelik olarak karar alma süreçlerine aktif katılmaları beklenmektedir. Hastanın kendi sağlığı konusunda karar süreçlerine katılımının etik olarak uygulanmasının gerekliliği ve hastanın bu konudaki katılımının; hasta bilgi düzeyini ve hasta memnuniyetini artırması, hasta anksiyete düzeyini hafifletmesi, tedavi sürecini olumlu etkilemesi gibi birçok yönden fayda sağladığına yönelik ortaya konan araştırma sonuçlarıdır (28).

Bununla beraber sağlık okuryazarlığı; hasta ile hekim arasındaki ilişki konusunda önemli görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı konusunda düşük seviyede olan hastalar, iletişim konusunda zorluklarla karşılaşmaktadır (20). Hasta ile olan iletişim geliştikçe bireylerin sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalıkları artacaktır. Bireylerin bu konuda bilinçlenmesi tedaviye uyumu ile birlikte sağlık çalışanlarının hasta ile olan iletişimden kaynaklı iş yükünü de hafifletecektir. Bunlara ek olarak hastalar için hazırlanacak materyallerin farklı sağlık okuryazarlık düzeylerine göre hazırlanması gerektiği de unutulmamalıdır. Bu anlamda sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesinin toplumsal kazanımı da yüksek olacaktır.

SOY, tanımlanmasından yola çıkarak bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlaması için önemlidir. Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyine sahip bireylere göre değerlendirildiğinde, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, bilinmektedir. Ayrıca, bu bireylerin gereksiz acil servis kullanımlarının da arttığı görülmektedir. Tüm bu nedenler, gereksiz işgücü kayıplarına ve bununla birlikte artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır (27) .

Düşük SOY düzeyi, bireylerin yazılı materyali okuyup, anlayıp, buna uygun davranış oluşturmasını engellemektedir. Bu noktada hazırlanan yazılı materyallerin,

bireylerin SOY düzeyine göre düzenlenmesi veya toplumun SOY düzeyini yükseltecek girişimlerin yapılması gündeme gelmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak, sağlıkla ilgili bilgilerin yanlış anlaşılması, tedavinin aksaması gibi birey sağlığı açısından risk teşkil edecek önemli sonuçlara neden olması kadar, sağlığa ayrılan kaynakların etkin kullanılmaması, tedavi maliyetlerinin artması gibi çok önemli bir konuyu da içermektedir (26).

SOY bireylerin sağlıkla ilgili enformasyonları anlamaları kadar, edindikleri enformasyonları değerlendirme, kendilerine verilen tedavileri uygulama, sağlık sistemini anlama gibi birçok önemli konuyu kapsamaktadır.

Yetersiz SOY seviyesine sahip olmak, sağlıkla ilgili enformasyonların yanlış anlaşılması, tedavinin aksaması gibi birey sağlığı açısından risk teşkil edecek önemli sonuçlara neden olması kadar, sağlığa ayrılan kaynakların etkin kullanılmaması, tedavi maliyetlerinin artması gibiçok önemli bir konuyu da içermektedir. Bireyin, dolayısıyla toplumun SOY yükselmesinin toplumsal ve ekonomik katkıları büyüktür. SOY üzerine yapılacak çalışmalarda enformasyona erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi uygulama konularına önem ve öncelik verilmelidir. SOY ile ilgili yapılacak çalışmalarda öncelikle, sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz bireyler arasında sağlık enformasyonuna olan fiziksel erişimin eksikliğine daha fazla dikkat edilmesi gerektiği söylenebilir. Hedef olarak sadece SOY seviyesi yetersiz bireylere değil aynı zamanda sağlık enformasyonları ile yakından ilgilenen, araştıran, yüksek SOY seviyesi olan bireylere de odaklanılmalıdır.

Yeni buluşlar, gelişmeler, tedavi biçimleri nedeniyle “yaşam boyu öğrenme” kavramı, sağlık için geçerliliğini her zaman korumaktadır. SOY’nın geliştirilmesi için halkla ilişkiler stratejileri büyük önem taşımaktadır. SOY seviyesinin gelişmesi, aynı zamanda sağlık kültürünün gelişmesini, kaynakların doğru kullanılmasını ve bireyin hem kendi sağlığı hem de toplum sağlığı, konusunda belirleyici olmasını sağlayacaktır.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık enformasyonlarına kolay bir şekilde ulaşmalarını sağlamak ve bu enformasyonları etkili biçimde kullanma kapasitelerini

geliştirmek amacıyla, bireyi güçlendirmek adına büyük önem taşımaktadır (25). Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti alımı sırasında belli girişimleri yapma yeterliliğidir. Bu durumda hem bireyin hem de sağlık hizmeti sisteminin özelliklerinin göz önüne alınması gerekir. Sağlık okuryazarlığı içerisinde sigorta kapsamında hangi hizmetlerin alınabileceğinden, hastanelerdeki muayene ve test için başvuru işlemleri, sağlık personeli ile kurulacak iletişim, eczaneden ilaç alınması ve ilaçların kullanılmasına kadar pek çok işlev bulunmaktadır (29). Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru bir şekilde alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlamasını gerekli kılmaktadır. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireylerin, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerle kıyaslandığında, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca, bu bireylerin gereksiz acil servis kullanımlarının da arttığı görülmektedir. Tüm bu nedenler, gereksiz işgücü kayıplarına ve bununla birlikte artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır (30). Sağlık okuryazarlık seviyesi bireylerin sağlıklarıyla ilgili alacağı kararları etkileyebileceğinden bireysel anlamda önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu durumla ilgili şu yorumlar yapılabilir. Bireylerin sağlık hizmeti alım sürecinde sağlık personeliyle iletişiminin başarılı olması ve tedavi durumunda neler yapılması gerekliliğinin bilinmesi doğru bir hizmet akışının sürdürülebilmesine imkân sağlayacaktır. Bu durum gereksiz işlemlerin ve harcamaların önüne geçebilecektir. Ayrıca bireylerde sağlık okuryazarlığının yüksek seviyede olması, araştırılan kaynakların güvenilirliğinin sorgulanması noktasında da önemlidir. Güvenilir bilgilere ulaşan bireyler sağlık durumlarıyla alakalı yerinde kararlar alabileceklerdir.

Temel insanlık hakkı olan bir konuda bilgi edinme, edinilen bilgiyi kullanma hakkına dayanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, alınan hizmetleri kullanabilme yeteneğini, kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde destekleyici bir araçtır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılması ile insanların yaşam kaliteleri, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmaları ve sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılabilir. Sağlık okuryazarlığı, kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite

koşullarının oluşturulmasının, bireyin kendi sağlığını ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını güçlendirir. Sağlık okuryazarlığı, doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini geliştirirken, aynı zamanda bu hizmeti kullanabilme yeteneğini de destekler. Sağlık okuryazarlığı, sağlık profesyoneller için; iletişim ve klinik becerileri kazanmasında, sağlık hizmeti alanlar içinde; anlaşılır olabilmesinde ve karar mekanizmasına dahil olabilmesi için son derece önemli bir kavramdır. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi, yetersiz sağlık bilgisini artırır, hastalanma riski yükseltir, tedavi yöntemlerini anlama düzeyini düşürür ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinde ise, yaşam kalitesini yükseltir, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilme düzeyi geliştirir, sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltır, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir (31). Sağlık okuryazarlığının düşük olması aynı zamanda hasta-doktor iletişimini de olumsuz etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar genellikle doktorlarıyla pasif iletişim tarzını benimsemekte, karar alma sürecine katılmamakta ve hekimleri ile etkileşimlerinin tedavileri için yararlı olmadığını belirtmektedirler (32).

Kanj & Mitic (33) sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel temayı şu şekilde tanımlamışlardır:

I. *Etkilediği insan sayısı:* Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de yaygındır (33,34,35,36,37). Kadınların büyük çoğunluğunun ise temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirlenmiştir (33,38). Bu durumun kadınların hasta haklarını ne derece bildikleri ve bu haklarını ne derece kullandıkları noktasında bir soru işareti oluşturmaktadır.
II. *Olumsuz sağlık sonuçları:* Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile yüksek mortalite oranları arasında bir ilişkinin var olduğu ileri sürülmek (33, 39).
III. *Kronik hastalık oranlarında artış:* Kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır (33, 40,41).
IV. *Sağlık bakım maliyetleri:* Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına ek maliyet getirmektedir (33, 30, 42).

V. *Sağlık bilgisi talepleri:* Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Teknik terimlerin ve mesleki dilin kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır (33).

VI. *Eşitlikçilik:* Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araç olarak görülmektedir (43,33). Birey tarafından gerçekleştirilen çoğu davranış veya faaliyetin sağlık durumu üzerinde bir etkisi olduğu söylenebilir. Kişilerin aldıkları sağlık enformasyonları sonucunda eyleme geçirdikleri her davranış sağlık okuryazarlık seviyesi bağlamında bireyin uygun sağlık davranışını sergileyip sağlığını koruyabileceği anlamına gelebilir. Nitekim sağlık okuryazarlık düzeyinin, sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşan araştırmalar yapılmıştır. Berens ve arkadaşları tarafından (44) Almanya'da yapılan bir araştırmaya göre sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin sağlık kurumlarına daha fazla başvuruda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. İngiltere'de yapılan başka bir araştırmaya göre sağlık okuryazarlık düzeyinin kanser tarama programlarına katılımda etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (45).

Portekiz'de yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin hasta ve hekim iletişiminde önemli bir etken olduğu sonucuna ulaşılmıştır (46). İngiltere' de yapılan diğer çalışmalarda ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile beslenme alışkanlığı arasındaki ilişkiye dikkat çekilmekte ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklarına daha fazla dikkat ettiği görülmüştür. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sonuçları Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade etmektedir (33). Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde genellikle çeşitli problemler oluşmaktadır. Bu bireylerin yaşadığı sorunlar bireysel ve toplumsal

problemlere sebep olmaktadır. Bireylerin yetersiz sağlık okuryazarı olması koruyucu bakım hizmetlerini kullanmama, öz bakımın düşük olması, yanlış ilaç kullanımı, artan hastane yatışları ve bu nedenlerden dolayı artan ölüm oranlarını beraberinde getirmektedir (47).

Mancusa ve ekibinin araştırmasına göre (9), sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin;

- Sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde yetersizlik;
- Kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetmede yetersizlik;
- Sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik;
- Sağlık bakım maliyetlerinde, ilaç hatalarında ve mortalite oranlarında artma ve
- Sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir.

Başka bir araştırmada ise (48) sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin;

- Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada yetersiz kaldıkları;
- Tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersiz kaldıkları;
- Hastanede yatma yönünden daha büyük risk taşıdıkları;
- Acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarının arttığı ve
- Düşük sağlık durumunu anlama ve refleks geliştirme noktasında yetersiz oldukları vurgulanmaktadır.

Chew ve arkadaşları (49) ise, yetersiz sağlık okuryazarlığının ameliyatlar üzerinde de olumsuz bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadırlar. Kişinin tedavi sürecinde ilaç talimatlarına uymaması, beraberinde rahatsızlığının şiddetlenmesine neden olmaktadır. Bu da ertelenebilir ve önlenebilir cerrahi müdahaleleri iptal edebildiği için ameliyathaneyi gereksiz işgal edip ek hastane masraflarını

beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda yetersiz sağlık okuryazarlığının tıbbi koşulları ve hastayı anlamayı zorlaştırdığı ve cerrahi işlemler hakkında endişe uyandırdığı da belirtilmiştir.

Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının sonuçları birçok çalışmada gösterilmiştir:

- Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır (50, 51).
- Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin acil servisleri kullanımları daha fazladır (52).
- Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin, sağlık algısı da düşüktür (53, 54; 55).
- Sağlık okuryazarlığı düşük birey kan şekeri test sonuçlarını daha az kaydetmektedir (56).
- Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerde ilaç etiketi/reçetedeki bilgileri anlamada yetersizlikleri ve ilaç uygulama hataları daha fazla görülmektedir (57; 58)
- Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlık hizmetlerinin kullanımı yönünden önemli bir engeldir (39).
- Tip 2 diyabeti olan hastalarda yetersiz glisemik kontrol, hastalık hakkında yetersiz bilgi ve diyabet komplikasyonlarının sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi gösterilmiştir (59,60,61).
- Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerin fiziksel ve mental fonksiyonlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir (62,55).
- Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük anneler bebeklerini daha kısa süre emzirmektedir (63).
- Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin hastanede yatma sıklıklarının kısa olduğu ve hastanede kalış sürelerinin uzun olduğu belirtilmektedir (30, 64,65,66).

Tüm bu araştırmalara ve verilere dayanarak sağlık okuryazarlığının diğer yararlarını şöyle özetleyebiliriz:

- Kronik hastalıkların takip ve tedavileri kolaylaşır.
- Hasta güvenliği ve sağlık hizmetinin kalitesi artar.
- Sağlık hizmetine erişim kolaylaşır.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselir.
- Sağlık harcamalarında azalma sağlanır.

Sağlık okuryazarlığı; sağlık bakımı konusunda kendi üzerine düşeni bilerek gerektiği şekilde uygulayabilmesi, bireyin sağlık çalışanıyla sağlıklı iletişim kurabilmesi, sağlık durumunun düzelmesi konusunda yapması ve yapmaması gerekenleri öngörebilmesi adına önemlidir.

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenler ve Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı esas itibariyle; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum (20, 28), sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve sağlık sisteminin karmaşıklığı (22), hastalık süreleri (22, 20) gibi birçok faktörle ilişkilidir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı cinsiyet açısından incelendiğinde; erkek hastalarda sağlık okuryazarlık seviyesi daha yüksek iken (22), kadın hastalarda medikal karar alma süreçlerine katılımın (28) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Genç yaşlarda bulunan hastalarda, eğitim düzeyi yüksek bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyi (22) ve medikal karar alma düzeyi medikal karar alma süreçlerine dahil olma düzeyi (28); kronik hastalığa sahip olan ve genellikle diğer hastalıkları da bünyesinde barındıran yaşlı bireylere (67) ve eğitim düzeyi düşük bireylere oranla daha yüksektir.

Sağlık okuryazarlığı karmaşık bir kavram olarak birçok faktöre bağlıdır; bu faktörler arasında “sağlık sistemleri tasarımı’’, “bireyin iletişim kurma becerisi’’ ve “toplum tarafından bireylere dayatılan talepler’’ yer almaktadır (68).

SOY hem bireysel hem de sistematik faktörlere bağlıdır. Bu faktörler arasında şunlar yer almaktadır;

- Sıradan vatandaşların ve profesyonellerin iletişim becerileri
- Durum / bağlam talepleri
- Sıradan vatandaşların ve profesyonellerin sağlık ile ilgili konularda bilgileri
- Kültür
- Sağlık talepleri ve halk sağlığı sistemleri (69).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması; hastanın sağlık durumu, tedavi süreçleri ve tedavi sonrası süreçler açısından birçok olumsuzluğa sebep olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan birey; hekimle ve diğer sağlık çalışanlarıyla sağlıklı iletişim kurmakta zorluk yaşamaktadır (20), sağlık bilgisini yeterli düzeyde olmaması sebebiyle hastalanma riski yüksektir (21, 22).

Konu ile ilgili birçok çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin pap smear, mamografi yaptırma, diş kontrollerine gitme, aşılarını takip etme gibi koruyucu sağlık davranışlarını daha az sergilediği, gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarını arttırdığı belirlenmiştir (50,65,70,71,72,73). Bir diğer çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük olan kadınların doğru egzersiz ve beslenme bilgilerini bilmediği, var olan bilgilerinin da karışık olduğu saptanmıştır (74). Tüm bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık davranışlarını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile bireylerin sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı, tedavi sürecine uyumda artış, sağlığı geliştirici davranışlarda artış sağlanabilir (18).

Literatürde yetersiz sağlık okuryazarlığının yüksek sağlık bakım maliyetlerine neden olduğu görünmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı sonucunda, sağlıkla ilgili verilen talimatları anlamakta zorlanmak, önemli bir sağlık sorunuyla ilgili dönemi yönetmekte zorlanmak, ilaçları önerilen şekilde kullanmamak ve kişinin kendi sağlığına zarar verebilmesi gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır (11,75,76,77).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) yapılan araştırma sonucunda, genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı

olduğu ortaya çıkmıştır. Yakın zamanda göç etmiş olan kişilerde, genel gelir ve eğitim seviyesi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, genel sağlık düzeyi düşük olan bireylerde, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlı olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (78).

Dünyada sağlık okuryazarlığı durumuna bakıldığında, gelişmiş ülkelerden biri olan Amerika'da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre yetişkin nüfusun %53'ünün sağlık okuryazarlığının orta düzeyde, %36'sının yetersiz, %22'sinin temel düzeyde olduğu belirlenmiştir (79). Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında ülkeler alınan puanlara göre dört grup şeklinde değerlendirilmiştir (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi).

Ülkelerin %2 ve %27 arasında değişen oranlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı puanı aldığı saptanmıştır. 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 Bulgaristan (%37) ve İspanyadır (%42) (80). Türkiye'de ise sağlık okuryazarlığı araştırması 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılarak Türkiye'yi temsil eden 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilen 4924 erişkin kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir . Araştırma sonucuna göre Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30.4 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı kategorileri için Türkiye ve Avrupa ortalamaları karşılaştırıldığında Türkiye'de yetersiz sağlık okuryazarlığı %24.5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40.1, yeterli sağlık okuryazarlığı %27.8 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %7.6 iken Avrupa toplumlarında ise yetersiz sağlık okuryazarlığı %12.4, sorunlu sağlık okuryazarlığı %35.2, yeterli sağlık okuryazarlığı %36 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %16.5'dir (81).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarına göre, sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık

okuryazarlığının sebepleri olarak ön plana çıkmaktadır. Yaş düzeyi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir, ancak değiştirilemeyen faktör olup, sınırlı sağlık okuryazarlığı riski yüksek düzeyde olan topluluğun tanımlanması, eğitim ve sağlıkla ilgili hizmetlerin sunumundaki stratejilerin ve politikaların belirlenmesinde dikkate alınmalıdır (81).

Sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarını üç kritik noktada etkilemektedir. 1) Sağlık hizmetlerine erişim, 2) hasta ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki etkileşim ve 3) öz bakım (10). Okuryazarlık düzeyi düşük bireyler çalışma ortamlarındaki veya toplumdaki fonksiyonlarını yerine getirmede güçlükle karşılaştığı gibi aynı zamanda kendi sağlığının yönetimi konusunda da sorun yaşamaktadır. Ayrıca bu bireyler sağlıkla ilgili bilgilere ve sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı çekmektedir (82,). Sağlık çalışanları genellikle hasta ile iletişimlerinde hastanın okuryazarlık düzeyini göz önünde bulundurmamaktadır (8). Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının sağlık davranışına ve sağlık sonuçlarına etkisi birçok çalışmada gösterilmiştir.

Eğitim ve gelir, sağlığın belirlenmesinde anahtar faktörlerdir (84). Kronik hastalıklar ve düşük yaşam beklentileri yaş, cinsiyet, ırk ve coğrafi konumdan bağımsız olarak düşük gelirli toplumlarda daha yaygındır (85). Ayrıca, düşük gelirli nüfuslarda sağlık hizmetlerine erişim daha kısıtlıdır (86). Ek olarak, düşük eğitim seviyeleri daha kötü sağlık, daha fazla stres ve düşük öz-yeterlilik ile ilişkilidir. Daha da önemlisi, düşük eğitim, genel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı seviyelerini azaltma eğilimindedir ve bu da özyönetim becerilerini olumsuz etkilemektedir (84). Çalışmada, sağlık okur-yazarlığı puan ortalamaları ile eğitim durumu incelendiğinde, eğitim seviyesi azaldıkça sağlık okur-yazarlığı puan ortalamalarının da paralel olarak anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Yapılan benzer çalışmalarda da, eğitimi seviyesi düşük olan kadınlarda sağlık okuryazarlığı puanının daha düşük olduğu belirtilmektedir (29). Düşük gelir ve düşük sağlık okuryazarlığı, hem daha kötü sağlık sonuçları hem de daha yüksek kronik hastalık oranları ile ilişkilidir. Kadınların sağlık okur-yazarlığı puan ortalamaları ile ekonomik durum değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında, geliri giderden fazla olanların puan ortalamalarının geliri giderine denk ve geliri giderden az olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu

görülmüştür. Küresel olarak artan kronik hastalıkların önlenmesi, sağlık giderlerinin azaltılmasında ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir stratejidir (84) .

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kronik hastalıkların yönetiminde ve ilaç uyumunda önemlidir. Özellikle, yaşlı ve düşük sosyoekonomik düzeyi olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düşüktür ve bu bireylerinde ilaç uyumunda zorluk yaşanmaktadır (86) .

Sağlık okuryazarlığı düşük olan yetişkinlerin, yüksek riskli sağlık davranışlar yapma olasılıkları daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır, bu durum ise gereksiz hastane başvurularına sebep olarak sağlık harcamalarının artışına sebep olmaktadır (87,88) .

2.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi

İlk tanımlandığı günden, 2000'li yıllara kadar SOY'un kavramsal modeliyle ilgili birçok öneri ortaya atılmıştır ve bunların çoğu, tanım ile örtüşmemektedir. Üç düzeyli bir model geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığını; fonksiyonel okuryazarlık, interaktif okuryazarlık ve kritik okuryazarlık olarak derecelendirmiştir. Fonksiyonel okuryazarlık; bireyin sağlıkla ilgili temel okuma-yazma becerilerini içerir. İnteraktif okuryazarlık; gelişmiş bilişsel okuryazarlık ve sosyal yetenekleri kapsamaktadır. Kritik okuryazarlık ise; üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içine alır.

Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması (25), sağlık okuryazarlığını "Temel/İşlevsel, İnteraktif/iletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı" olmak üzere üç şekilde sınıflandırmıştır (25). Temel/İşlevsel sağlık okuryazarlığı bireylerin okuma ve yazmadaki becerilerini etkin olarak kullanabilmesi durumudur. Sağlık riskleri ya da sağlık sistemini nasıl kullanacağı, okuma yeteneğini aktif olarak nasıl gerçekleştirileceğini göstermektedir. İnteraktif/iletişimsel sağlık okuryazarlığı ileri düzeyde gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve kullanabilmeyi, farklı iletişim yollarından anlam çıkarma ve bu bilgileri yeni duruma uygulayabilmeyi içermektedir. Kişilerin iyi bir iletişim kurabilmesi ve daha ileri düzeydeki okuryazarlık için bilişsel ve sosyal becerilerin

önemini ortaya koymaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilginin kritik olarak analiz edilmesinde, sağlık kararlarının uygulamaya geçirilmesinde kullanılacak ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri kapsamaktadır. En ileri düzey olarak bilinen eleştirel sağlık okuryazarlığı ise, sağlıklı ilgili olan bilgilerin eleştirel olarak değerlendirilmesini ve kullanılmasını sağlamaktadır (25). Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlıkla ilgili normal değerler ile yaşamsal değerlerin anlamını bilirler ve normalden sapma durumunda davranışlarında değişikliğe giderler (89).

Zarcadoolas ve ark. (90) sağlık okuryazarlığını, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için kişilerin bilinçli tercihler yapmalarını sağlayacak olan sağlık bilgisini, arayıp bulma, kavrama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini kapsayan geniş beceriler topluluğu olarak tanımlamışlar ve toplumun sağlık okuryazarlığını anlama ve geliştirmede çok boyutlu bir model önermişlerdir. Bu modelin 4 temel bileşeni;

1) Temel okuryazarlık: Okuma, yazma, konuşma ve hesaplama becerilerine yönelik stratejileri içerir.
2) Bilim okuryazarlığı: Bilim ve teknolojiye yönelik yeterlilik düzeyine işaret eder (temel bilimsel kavramları bilme, bilimsel bilginin hızla ve bilimde kesinlik olmadığını bilme gibi).
3) Sivil okuryazarlık: Vatandaşların kamusal konuların farkında olmaları ve karar verme süreçlerine katılmaları (medya okuryazarı olma, bireysel sağlık kararlarının halk sağlığını etkilediğinin farkında olma).
4) Kültürel okuryazarlık: Sağlık bilgisi konusunda yorumlama ve davranış sergilemek amacıyla toplumsal inançlar, gelenekler, dünya görüşü ve sosyal kimliği tanıma ve kullanma yeterliliğidir (90).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'ne göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder. Bireyin hayat tarzını ve yaşama şartlarını değiştirerek onu hem birey, hem de toplum sağlığını iyileştirecek olan davranışa sevk edecek olan bilgi,

bireysel beceri ve özgüven düzeyi sağlık okuryazarlığı ile elde edilebilir. Sağlık okuryazarlığı büyük oranda genel okuryazarlık düzeyine de bağlıdır. Okuryazarlık düzeyinin düşük olması, bireylerin kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini doğrudan sınırlayarak ve aynı zamanda sağlık okuryazarlığının gelişmesini de engelleyerek sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (91). Sorensen ve ark. literatürde yer alan sağlık okuryazarlığı tanımlarının içerik analizini yapmıştır. Bu analize göre sağlık okuryazarlığı, "okuryazarlıkla bağlantılı, kişilerin sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik" olarak tanımlanmıştır (4). Sağlık okuryazarlığı doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerisini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, sağlık profesyonelleri tarafından verilen talimatları doğru okuyup anlamayı geliştirir (92).

Kaliteli ve etkili sağlık hizmeti almak isteyen bireyler sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması ile rahatsızlıklarını doğru ifade edebilir, sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurabilir, tıbbı öneri ve tedavi yönergelerini anlayıp uygulayabilirler (93). Bireylerin sağlık profesyonellerine karşı daha anlaşılır olabilmek, sağlık kararlarına katılımda daha aktif rol alabilmek, daha kaliteli sağlık hizmetinden yararlanabilmek için sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması gerekir. Sağlıkla ilgili konularda ilk ve en güvenilir kaynak olan sağlık profesyonellerin sağlık eğitimi yapacak kadar vakitlerinin olmaması bireyleri internet, televizyon ve gazete gibi güvenilir olmayan kaynaklara yönlendirmektedir. Sosyal paylaşım sitelerinden, televizyon ve gazetelerde alanında uzman olmayan ve bir ürün pazarlayan kişiler yanlış yönlendirmeler yapabilirler. Güvenilir olmayan bu kaynakların kullanımının artması bireylerin sağlığı konusunda doğru olmayan kararlar almasına neden olabilir.

Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması aşağıdaki gibi yapılabilir;

Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini gösterir. Sağlık riskleri veya sağlık sistemini nasıl kullanacağını bilmesi, temel sağlık eğitim materyallerini okuma yeteneği fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kapsamındadır (94). Parker ve arkadaşlarına (1995) göre;

randevu alma, reçete ve ilaç etiketlerini okuma gibi sağlıkla ilgili konulardaki beceriler fonksiyonel sağlık okuryazarlığına örnek verilebilir (95).

İnteraktif (Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı: Gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulama (94). Okul sağlığı eğitimi programları, farklı gruplara spesifik ihtiyaçları ile ilgili sağlık iletişiminin sağlanması interaktif sağlık okuryazarlığını geliştirmeye örnek verilebilir (25).

Kritik (Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı: Bir üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir. Sağlık enformasyonunu kritik olarak analiz edebilme, kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme, sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilme (94). Toplum sağlığını desteklemek için teknik destek sağlanması eleştirel sağlık okuryazarlığını geliştirmeye örnek verilebilir (25).

Sağlık okuryazarlığını yükseltmek için sağlık okur-yazarlığı eğitimi erken çocukluk döneminden itibaren yapılmalıdır. Sağlığın geliştirilmesi kavramı, okul eğitimi sırasında ve yetişkin dönemindeki eğitimde olası engellerle baş etme yolları geliştirilmelidir. Bireylerin özelliklerine ve kapasitelerine uygun çok yönlü programlar yapılmalıdır. Katılımcı eğitim yöntemleri kullanılmalıdır. Sağlıklı olmak ve iyilik hali için yeni yöntemler geliştirilmelidir (3). Westra ve arkadaşlarına (2014) göre, sağlık okuryazarlığı geliştirmek için iki koşul vardır. Birincisi güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirme ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda bilgi kaynağı hakkında eleştirel düşünmeyi sağlamaktır. İkincisi ise, hastaların seviyelerine uygun bilgi oluşturmak ve onlara sunmak gerekir (92).

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Hastalar, sağlık sistemi içinde karmaşık bilgi ve tedavi süreçleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. SOY düzeyinin sınırlı olması, tanı ve tedavileri olumsuz etkilemekte, hastane yatışlarının artmasına ve yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır. Bunun yanında, acil servisin uygunsuz kullanılmasına neden olmakta ve

sağlık sistemine ek yükler getirmektedir. Başlangıçta soyut bir kavram gibi görünen SOY düzeyinin ölçümü için farklı yöntemlerle uygulanan birçok ölçek geliştirilmiştir. Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan "Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa son vermek için Yönerge" (Health Literacy: Prescription to End Confusion) de, bu kavramla ilgili tüm ölçekler değerlendirilmiş ve 4 ana grupta toplanmıştır. Bunlar; Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA-Test of Functional Health Literacy in Adults), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS-Health Activities Literacy Scale), NVS (Newest Vital Sign). Bu alanda öncelikle yapılması gereken, hızlı uygulanabilir, güvenilir bir ölçek geliştirilmesinin öncelik kazanmasıdır. Bunun ardından, sağlık personeli eğitimleri ile, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin engelleri belirlenerek, bunlara yönelik bazı müdahalelerde bulunularak toplumun sağlık okuryazarlık düzeyi artırılabilir.

Sağlık okuryazarlığın değerlendirilmeye başlandığı ilk dönemlerde, "Size bir sağlık materyali verildiğinde anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorularla, hastanın beyanına göre SOY düzeyi belirlenmeye çalışılmıştır (26) . Giderek önem kazanan bu konu üzerinde artan ilgiyle birlikte, ölçek geliştirme çalışmaları başlamıştır. Bu ölçeklerden, SOY düzeyini ölçmek için kullanılan ilk ölçek, National Assesment of Adult Literacy (NAAL-Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi) olup, Amerikan sağlık eğitimini yansıtan bir ölçek olarak kullanılmış ve geribildirimler toplanmıştır. Bu geribildirimlere göre, elde edilen sonuçlar ile yetişkinlerin sağlık alanındaki yeteneklerinin birbiriyle uyuşmadığı gösterilmiştir (96).

Başlangıçta, soyut bir kavram gibi görünen SOY düzeyini ölçmek için, zamanla farklı yöntemlerle uygulanan birçok ölçek geliştirilmiştir. Buna bağlı olarak, artık gündemde hangi ölçeğin kullanmasının daha doğru sonuç vereceğine dair tartışmalar yer almaktadır. Geliştirilen ölçeklerden bazıları, genel sağlık okuryazarlığının farklı alanlarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bunlar arasında Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS-Health Activities Literacy Scale), En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS-Newest Vital Sign), Beslenme

Okuryazarlığı Ölçeği (NLS-Nutritional Literacy Scale), Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS- Single Item Literacy Scanner), Slosson Sözlü Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test), Yetişkin Basit Eğitimi Testi (TABE-Test of Adult Basic Education), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA-Test of Functional Health Literacy in Adults), Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT-Wide Range Achievement Test), Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirmesi (ABLE-Adult Basic Learning Examination) sayılabilir. Ayrıca alınan sağlık hizmetlerine özel ölçekler de yer almaktadır. Bunlara örnek olarak, Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD-Literacy Assesment for Diabetes) gibi hastalıklara özel olanlar ya da, Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD-Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), Revize Edilmiş Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-R-Rapid Estimate of Adult Literacy in MedicineRevised) sayılabilir.Tıp Enstitüsü tarafından 2004 yılında yayınlanan "Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa son vermek için Yönerge (Health Literacy: Prescription to End Confusion)"'de bu kavramla ilgili tüm ölçekler değerlendirilmiştir. Geliştirilmiş olan her ölçeğin değerlendirme özellikleri farklı olup, güçlü yönleri ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Mevcut ölçekler dört ana başlıkta toplanmıştır (97);

Yetişkinlerde, Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA): Ölçeğin uygulanması yaklaşık 22-26 dakika sürmekte olup iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, bireylere bilgi verilip bu bilgilere yönelik sorular sorulurken, ikinci bölümde, bireylerin tıbbi konularda verilen paragraflara uygun kelimeleri seçeneklerden seçmesi istenmektedir. TOFHLA ölçeğinin güçlü yönü, bireyin sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasının ölçülmesidir. Buna karşılık uygulama süresi uzun olması ve okuma yeteneğine dayanması gibi kısıtlılıkları mevcuttur.

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM): Ölçekle artan zorluk derecesine göre yazılmış 66 tıbbi kelimenin tanınması ve telaffuzun değerlendirilmesidir. Uygulama süresinin 3-6 dakika olması araştırmalarda zaman

tasarrufu açısından avantaj oluşturmaktadır. Ancak, REALM ölçeği anlama ve sayısal beceriyi ölçmemektedir.

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS): Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve gerekli hizmetlere erişim şeklinde isimlendirilen bölümden oluşmaktadır. Bu ölçek düz yazı, sayısal ve belge okuryazarlığını değerlendiren maddeleri içermektedir ve uygulaması yaklaşık 3-40 dakika sürmektedir. SOY düzeyini birçok açıdan değerlendiren bir ölçek olmasına rağmen, uygulamasının çok uzun olması pratikte kullanımını zorlaştırmaktadır (18).

En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS): Altı sorudan oluşur ve bireyin bir besin etiketini okuma ve anlamasını ölçer. Hem hesap, hem okuma, hem de kavrama yönlerini ölçmesi ve REALM gibi 3-6 dakika uygulama süresi olması ile avantajlıdır. Diğer yandan, iyi ve sınırda SOY düzeyini ayırt edememesi kısıtlılığıdır.

Geliştirilen bu ölçeklerden REALM ve NVS 2009 yılında Özdemir ve ark.'ları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve 46 hastanın sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenerek sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılmıştır. İki testin okuryazarlık değerlendirmeleri arasında farklılık olduğunu ve hastaların REALM testinde NVS'ye göre daha yüksek okuryazarlık düzeyi gösterdiklerini belirlemişlerdir. İlkokul mezunu, düşük ekonomik gelir düzeyli kadın hastalar her iki testten en düşük puanı alan grup olmuşlardır (98) .

Diğer bir açıdan, bireylerin SOY düzeyi ile sağlık yönetimleri arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman, yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyi olan bireylere göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Bu bireylerin, mortalite ve morbidite oranları da daha yüksektir (99) . Kronik hastalıklarla SOY ilişkisi irdelendiğinde, böbrek hastalıkları, astım ve KOAH, Tip 2 Diyabet, romatoid artrit ve depresyon nedeniyle izlenen bireylerde, düşük SOY nedeniyle bariyerlerin oluştuğu ve bunların aşılmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (100-101).

Koruyucu sağlık hizmetleri yönünden SOY ilişkisi değerlendiğinde, düşük SOY düzeyinin tarama testlerinin uygulanması açısından önemli bir engel olduğu görülmektedir. Örneğin, İngiltere'de kolon kanseri tarama programında, bireylerle ilk iletişim yolu olarak evlerine tarama hakkında bilgi içeren yazılı bir materyal gönderilmektedir. Buna karşın bireylerin bazılarının yine de tarama yaptırmaması, sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine bağlanmaktadır(45) . Bunun gibi, meme kanseri tarama davranışlarından kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yaptırmamanın da düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (102).

2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Belirleme Çalışmaları

Nutbeam'ın sağlık okuryazarlığı modelindeki "klinik risk" yaklaşımı sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireyleri tanımlamayı ve bu konuda iyileştirici girişimlerde bulunmayı önerir. Sağlık çalışanları, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin farkına vararak onların sağlığını geliştirmede etkin rol alabilirler. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmede bazı ipuçları sağlık çalışanlarına yardımcı olabilir. Örneğin hastanın kendisine verilen formları dolduramaması, ilaç tedavisini tamamlamaması, ilaçlarını yanlış yoldan kullanması, randevularına gelmemesi gibi durumlar sağlık okuryazarlığının düşük seviyede olduğunu gösterebilir (103). Bu ipuçlarının olmadığı zamanlarda hastanın sağlıkla ilgili konuları anlama derecesini tahmin etmek zordur. Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla bazı anket ve ölçekler geliştirilmiştir (104, 95, 105, 57, 106, 107). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçeklerde genellikle sağlık kuruluşuna başvuru ve kuruluştaki yönlendirmeleri anlama, tıbbi formları okuma, anlama ve doldurma, ilaçlarla ilgili talimatları ve sağlık çalışanlarını anlama ile kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama gibi hususlar sorgulanmaktadır (49). Bu ölçeklerden her birinin farklı sınırlılıkları bulunmaktadır ve sağlık okuryazarlık düzeyini tanımlayacak kapsamlı ve uygulanabilir geçerli ölçümlere gereksinim duyulmaktadır (9). Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş testlerden bazıları şunlardır:

1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised (REALM-R)

3. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
4. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)
5. Newest Vital Sign (NVS)
6. Single Item Literacy Screen
7. Brief Estimate of Health Knowledge and Action – HIV Version
8. How confident are you filling out medical forms by yourself?
9. Wide Range Achievement Test (WRAT)
10. Public Health Literacy Scale
11. SOS Mnemonic
12. HLSQMs
13. eHealth Literacy Scale (eHEALS)
14. Medical Term Recognition Test (METER)
15. Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50)
16. Adult Basic Learning Examination (ABLE)
17. Literacy Assessment for Diabetes (LAD)
18. Nutritional Literacy Scale (NLS)
19. Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD)
20. Slosson Oral Reading Test
21. Test of Adult Basic Education (TABE)
22. Health Activities Literacy Scale (HALS)
23. Health Literacy Skills Instrument
24. Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)
25. European Health Literacy Survey (HLS.EU.Q)

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM): Zorluk sırasına göre sıralanmış sağlıkla ilgili 66 maddelik kelime tanıma ve telaffuz testidir. Bireylerin okuma düzeylerini test eder. Anlama ve sayısal becerileri ölçmez. Uygulama süresi ortalama 3-6 dakikadır. Bu testin başka bir versiyonunda kelime sayısı azaltılmış ve uygulama süresi de 2 dakikaya düşmüştür (REALM_R) (104,57).

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA): Literatürde en çok yer alan ölçüm araçlarından

biri olan TOFHLA Parker ve ark (1995) tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıkla ilgili metinleri ve sayısal bilgileri okuma ve anlama yeteneğini gösterir. Değerlendirme iki bölümden oluşmaktadır. Elli sorudan oluşan sözel bölümde birey kendisine verilen kısa metinleri okur ve bu bilgileri anlayıp anlamadığını test eden soruları cevaplar. Bu bölüm boşluk doldurma (cloze) yöntemine dayanır. Cümlelerde bulunan eksik kelimeyi kendisine verilen seçeneklerden belirleyerek cümleyi tamamlar. On yedi sorudan oluşan "matematiksel beceri" bölümüyle, bireyin gerçek hastane belgelerini, randevu fişlerini ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama kapasitelerini ölçer. Uygulama süresi 22-25 dakikadır. TOFHLA"nın kısa versiyonu da bulunmaktadır. Burada sayısal beceriler test edilmez, sadece bireyin okuma ve anlama becerilerine bakılır (95, 96,108).

Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (Newest Vital Sign, NVS): Weiss ve ark (2005) tarafından geliştirilen NVS ölçeğinde bir dondurma besin etiketi SOY ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. NVS testi hem metni okumayı hem de anlamayı test etmektedir. Hastalara bir besin etiketinin bir kopyası verilir ve altı soru sorulur. Bu sorulardan dördü hesaplama gerektirir. Örneğin sorulardan biri şöyledir "Kaptaki tüm dondurmayı yerseniz kaç kalori almış olursunuz?" şeklindedir. Bu soruya doğru cevap vermek için cevaplayıcı etiketteki bilgilerden tüm kapta dört porsiyon olduğunu, her bir porsiyonun 250 kalori içerdiğini fark etmeli ve sonra 1000 kalori olan doğru cevaba ulaşmak için 250"yi 4"le çarpması gerektiğini anlamalıdırlar. Son iki soru sayısal beceri gerektirmez. NVS ölçeği özellikle birinci basamak sağlık hizmeti verilen yerlerde düşük sağlık okuryazarlık düzeyini hızlı tarayabilen bir araçtır. Uygulanması ortalama 3 dakika sürmektedir. Ölçek altı sorudan oluşmaktadır. İlk dört soru hesaplama ve sayısal beceri gerektirir. Diğer iki soru etiketteki uygun bilgi parçasını bulma becerisine yöneliktir (105).

Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması (Single Item Literacy Screen, SILS): Kişilerin basılı sağlık okuryazarlığı gereksinimini belirlemeye yönelik tek maddelik bir sorudur. "Doktorunuz veya eczaneden verilen sağlık talimatları, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?" sorusu "1Asla 2-Nadiren 3-Bazen 4-Sıklıkla 5-Her zaman" Şeklinde değerlendirilir. İkiden fazla puan alanların sağlıkla ilgili belgeleri okumada zorlandığı düşünülür.

Kısa olduğu için klinikte hemen uygulanabilir. Beceriyi ölçmekten ziyade doğrudan ihtiyacı ölçer (109).

Chew ve ark (2008) Sağlık Okuryazarlığı düzeyini belirlemek için sorulan üç sorudan (1. Yazılı bilgileri anlamakta zorlandığınız için sağlık durumunuzu öğrenmede ne sıklıkla problem yaşarsınız? 2. Hastaneden aldığınız materyalleri okuması için ne sıklıkla birilerinden yardım alırsınız? 3. Tıbbi formları kendi kendinize ne kadar iyi doldurabilirsiniz?) sadece biri ile değerlendirme yapılabileceğini belirlemiştir. Beceriden çok ihtiyacı ölçen bu soru klinikte kolaylıkla uygulanabilmektedir (110).

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği (Health Activities Literacy Scale HALS): HALS sağlıkla ilişkili beş alanda düzyazı, sayısal ve metin maddeleri ile ilgili sorulardan oluşur. Bu alanlar; sağlığın teşviki, sağlık korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmeti ve idamesi ve sistem yönlendirmesidir. Uygulama yaklaşık bir saat sürer (68).

Public Health Literacy Scale: Halk sağlığını ilgilendiren temel konuların yer aldığı 17 maddeden oluÇan bir ölçektir (Pleasant ve Kuruvilla 2008). Doğru cevaplanan her maddeye 1 puan verilir ve toplam 17 puan üzerinden değerlendirme yapılır.

2.1.7. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı konusuna, son yıllarda ülkemizde de ilgi artmıştır ve çeşitli faaliyetler yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 26 Aralık 2012 tarihinde "Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı" düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır (111-112).

2009-2012 yılları arasında, 12 bölge 23 farklı il'de 4924 kişide, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle, Tanrıöver ve ark.'ları tarafından

Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Değerlendirme sonucunda, toplumun %24'nin yetersiz, %40,1'inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Yani, yaklaşık 3 milyon birey yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyindedir (113). Bireylerin SOY düzeyini ölçmek için, Sezer ve ark.'ları tarafından geliştirilmiş "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" Türkçe literatürde önemli bir örnektir (98).

Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) ise Okyay ve ark. tarafından Mayıs 2016 yılında yapılmıştır. Ölçek 47 maddeden oluşmaktadır.

2.1.8. Sağlık Okuryazarlığı'nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi

WONCA Avrupa kurulunun 2002 yılında yaptığı tanımlamaya göre, aile hekimleri yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin her bireye bakmakla yükümlüdür. Bu bakımın verilmesinde, aile hekimlerinin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikler, birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım olarak tanımlanmıştır (114). Aile hekimlerinin, bireylerin her türlü sağlık hizmeti alımı açısından, sıklıkla sağlık sistemine ilk giriş noktası olması izledikleri ailelerin sağlık bakım hizmetlerinin etkin kullanımı noktasında da önemlidir. Uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim, sağlık bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmelerin bireylere sağlanması noktasında, aile hekimlerinin SOY konusunda hem farkındalık, hem de yetkinlik sahibi olması önemlidir. Aile hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle, bireylerin SOY düzeylerini belirleyerek, SOY düzeyine uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde SOY'un önemini vurgulamak üzere, Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajans'sı (Agency for Healthcare Research and Quality) Evrensel SOY Tedbirlerini Uygulama Rehberi'nin (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) ikinci versiyonunu

birinci basamak hizmetlerine yönelik hazırlayarak yayınlamıştır. Bu rehberde, SOY düzeyi düşük bireylerin farkına varma, bu bireyler için materyal hazırlama, bu kişilerle iletişim kurma gibi konulara değinilmiştir. Bireylere, kanıta dayalı yol gösteren bu rehberde, sözlü iletişim, yazılı iletişim, özyönetim, güçlendirme ve destekleyici sistem gibi alt başlıklar yer almaktadır. Buna ek olarak, zor hasta grupları için pratik yöntemler ve sağlık sistemi içinde, yol alma gibi anlatımı yaklaşık 30-45 dakika sürecek sunumları da içermektedir (115).

2.1.9. Sağlık Okuryazarlığı ile ilişkili Kavramlar

Sağlık okuryazarlığı sağlık eğitimi ve bireyi güçlendirme yaklaşımını ifade eden bir kavram olarak ele alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütünün sağlığı geliştirme sözlüğünde bu kavramlar ayrı ayrı ele alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile yakın ilişkisi bulunduğu düşünülen bazı kavramlar şunlardır;

- Sağlığın Teşviki/Geliştirilmesi (Health Promotion); "İnsanların sağlıklarını geliştirme ve sağlıkları konusunda kontrollerini arttırmalarını kolaylaştırma süreci" olarak ifade edilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil eder, yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir (116).

- Sağlık Eğitimi (Health Education); Sağlık eğitimi, öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Bilginin artırılması ve birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış bir iletişim şeklini içerir. Sağlık eğitimi yalnızca bilginin paylaşımı ile değil aynı zamanda sağlığı iyileştirmek için gerekli motivasyon, beceri ve güvenin (öz-fayda) teşvik edilmesi ile de ilgilidir. Sağlık eğitimi, sağlığı etkileyen temel sosyal, ekonomik ve çevre koşullarına, bireysel risk faktörleri ve risk davranışlarına ve sağlık hizmetleri sisteminin kullanımına ilişkin

bilginin paylaşılmasını içerir. Geçmişte sağlık eğitimi, sosyal mobilizasyon ve desteği içeren daha geniş çapta eylemi kapsayacak şekilde kullanılmıştır. Bu metotlar sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi teriminin içinde yer almakta ve sağlık eğitimi ile arasındaki ayrımı vurgulama adına sağlık eğitiminin daha dar bir tanımı önerilmektedir (116).

- Sağlık İletişimi (Health Communication); Sağlık iletişimi, halkı sağlık endişeleri hakkında bilgilendirmek ve önemli sağlık konularını kamunun gündeminde tutmak için kilit bir stratejidir. Halka yararlı sağlık bilgilerinin yayılması için kitle iletişim ve multi-medya araçlarının ve diğer teknolojik yeniliklerin kullanılması, bireysel ve toplum sağlığın belli konuları ve sağlık gelişiminin önemi hakkındaki farkındalığı artırır. Sağlık iletişimi, bireylerin ve nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeyi hedefler. Sağlık iletişimi, eğitici eğlenme (edutainment) veya eğlenceli eğitim (entereducation), sağlık gazeteciliği, kişiler arası iletişim, medya desteği, kurumsal iletişim, risk iletişimi, sosyal iletişim ve sosyal pazarlama dâhil birçok alanı kapsamaktadır (116).

- Sosyal Pazarlama (Social Marketing); Sosyal pazarlama teorisi ile ticari pazarlamada yer alan pazar analizi, planlama ve kontrol tekniklerindeki başarılı ve etkin deneyimlerin sosyal olaylara da başarıyla uygulanabileceği yaklaşımı ele alınır. Sosyal pazarlamada amaç geleneksel pazarlama yöntemlerini kullanarak toplum yararına ve toplumun gerçek ihtiyaçlarına yönelik hizmet sunmaktır. Günümüzde sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programlarının planlanması sosyal pazarlama araştırmasını gerekli kılmaktadır. Pek çok ülkede beslenme eğitimi, aile planlaması, aşı kampanyaları ve diğer sağlık eğitim kampanyalarında sosyal pazarlama yöntemleri uygulanmaktadır (117).

2.2. Kronik Hastaliklar ve Sağlık Okuryazarliği

Kronik hastalıklar ile yaşamak hasta, sağlık sistemi ve hizmet verenler arasında işbirliğini bir dizi öz-bakım becerilerini gerektirir. Diyabet gibi kronik hastalıkları olan kişilerden, metabolik kontrolü sağlamak, ciddi ve müzmin olumsuzlukları önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için kendi öz-bakımlarını

yönetmeleri beklenmektedir. Hastalar bakım konusunda aktif rol almakla birlikte bakım sağlayıcıları ile etkileşimli ortaklıklar geliştirmektedir. Hastalık boyunca olumlu sonuçları almak büyük oranda hastalığın tedavisiyle bağlantılı etkili iletişimle gerçekleşmektedir (60).

Geçmişte toplu ölümlere yol açan bulaşıcı hastalıkların yerini hipertansiyon, obezite, diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimine bağlı hastalıklar almıştır. DSÖ'nün tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesinde ana etmen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarıdır (118). Bu yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini arttıran sağlığı geliştirici davranışları göstermeyi içermelidir. Sağlıklı bir yaşam biçimi sağlık bakım hizmetlerinden nasıl yararlanacağını ve sağlığı koruyucu bilgileri bilme, anlama ve kullanmayı gerektirir. Bu sağlık bilgilerine ulaşma, anlama ve kullanma süreci için gerekli yetenek sağlık okuryazarlığıdır.

Kronik ve dejeneratif hastalıkların oluşumunda kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarının önemi büyüktür. Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigara içmemek olarak özetlenebilecek sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranılmaması çeşitlihastalıkların gelişmesi bakımından risk oluşturur. Sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranış geliştirmek için kişilere bu konuların önemi anlatılmalıdır. SOY terimi ile gün geçtikçe, özellikle kronik hastalıklarda tedavi sürecinde daha da sık karşılaşmaktayız. SOY terimi, kronik hastalıklar alanında, kişinin sağlığıyla ilgili bilgileri anlama, tavsiyeleri etkin kullanma, iyi sağlık düzeyini sağlama, sağlığı koruyacak bilgilere ve hizmetlere ulaşma yolunu bulma ve kullanabilme becerilerini geliştiren, destekleyen bir kültür oluşturma ve sistemden yararlanma yeteneğidir (3) .

Örneğin hipertansiyon, diyabetveya kalp hastalığının nasıl bir hastalık olduğu, nedenleri, korunma ve önleme için yapılması gerekenler, hasta olanların bulunması ve uygun tedavisi ile izlenmesi konularında topluma bilgiler ulaştırılmalıdır. Toplumdaki bireylerin de bu bilgilere ulaşabilmesi, onları kavraması, önemini algılaması ve uygun davranış geliştirmesi beklenir. Çeşitli aşamaları olan bu

konu sağlık okuryazarlığı olarak adlandırılmaktadır (27). SOY ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (ASOYA) bazı sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı araştırılmış olup, üç ve daha çok kez hastaneye yatış, 3 ve daha çok kez acil servis başvurusu ve 6 ve daha çok kez doktor muayenesi sorgulanmıştır. Çalışma sonucunda, genel olarak SOY'nın düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır (119).

ASOYA'ya göre sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerin genel sağlık düzeyi de düşüktür. Bu kişiler daha çok hastalanmakta ve daha çok hastane tedavisi görmekte, hastalıkların tedavisinde de yeterli başarı sağlanamamaktadır. Bu araştırmaya göre "3 ve daha çok kez hastaneye yatış", "3 veya daha çok kez acil servis başvurusu", "6 ve daha çok kez doktor muayenesi" oranları, SOY puanın az olduğu toplumlarda anlamlı bir şekilde yüksektir.

Sağlık okur-yazarlığı insanların kendi sağlıklarını yönetebilmeleri için hayati önem taşımaktadır. Hatta konu üzerinde önemli çalışmalarda bulunan Weiss ve ark. kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin, sağlık çalışanlarınca yeni bir vital bulgu olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Yani sağlık hizmeti sunucuları hastalarının ateşini, tansiyonunu, solunum sayısını ve nabzını ölçtükten sonra mutlaka kişilerin hastalıkları hakkında ne derece bilgi sahibi oldukları konusunda da geri bildirimler almalıdırlar. Sağlık-okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi, hem bireylerin sağlık bilgi düzeylerini ve hastalıklarıyla baş etme kabiliyetlerini arttırmak hem daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmalarını sağlamak açısından gereklilik arz etmektedir (105).

Sağlık okur-yazarlığı düzeyini belirlemek ve değerlendirmek için birtakım araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlar gelişim, yapı, ölçüm, kapsam ve ölçüm özellikleri konusunda farklılıklar göstermekte olsa da, genellikle sağlık okur-yazarlık düzeyini; düşük (yetersiz), orta (marjinal) ve yüksek (yeterli) olmak üzere üç düzeyde belirlemektedirler (119)

Söz konusu bu araçlar ile yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, her dört kişiden birinin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük (yetersiz) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (10). Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı seviyesinin, lise eğitimini tamamlamayanlarda, yaşlılarda, kadınlarda, göçmen ya da azınlıklarda, sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişilerde ve kronik hastalığı olanlarda daha düşük olduğu saptanmıştır (120).

Düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık bilgisinin daha az olduğu, hastalık ve tıbbi bakım yönergelerini anlamada zorluklar yaşadığı, kronik hastalıkların bakım ve yönetiminde ise yetersiz kaldıkları bilinmektedir. Bunun yanı sıra bu kişilerin rutin sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, buna karşın tıbbi maliyet, hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artma görüldüğü belirtilmektedir (33).

Düşük düzeyde sağlık okur-yazarlığı kanser, kardiovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklarda daha fazla önem taşımaktadır. Özellikle diyabet hastalarının ilaç alma, sağlıklı gıda tüketme, glikoz düzeyini izleme ve riskleri azaltma gibi yapmaları gereken bir takım aktiviteler vardır. Ancak düşük sağlık okur-yazarlığı söz konusu olduğunda diyabetli bireyler, tedaviye ve diyete uyum, glikoz kontrolü ve risk belirtilerini takip gibi bu tip faaliyetler ile baş edemezler. Ayrıca diyabet hastalarında çoklu komplikasyonlar ve tekrarlanan hastane yatışları da genellikle düşük sağlık okuryazarlığı neticesinde meydana gelmektedir (121).

Buna karşın diyabet hastalarının yarısından fazlasının yetersiz sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu ve hastalıkları hakkında bilgi edinemedikleri ya da yanlış bilgi edindikleri görülmektedir (122). Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip diyabet hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, bu hastaların sadece yarısının diyabetin en önemli semptomlarından biri olan kandaki şeker seviyesinin düşmesi (hipoglikoz) belirtilerini tanımlayabildiği ve yaklaşık üçte birinin kanda şeker düzeyi düştüğünde bir şeyler yemesi gerektiğinin bilincinde olduğu saptanmıştır (11). Söz konusu nedenlerden dolayı, diyabetli hastaların, hastalıkları ve hastalıkları süresince karşılaşabilecekleri semptomlar ve komplikasyonlar hakkında

bilgi sahibi olması, yani sağlık okur-yazarlık düzeylerinin arttırılması gerekmektedir (123).

2.3. Yaşam Kalitesi

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir (124).

Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılmıştır (125). Ancak yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olan yaşam memnuniyeti bireyseldir. Yaşam kalitesi daha geniş bir kavramdır (126).

Yaşam kalitesi kavramının boyutları, çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Mc Sweeney; yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence; Linn ve Linn; depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumu; Nordenfelt ise sadece mutluluk olarak tanımlamaktadır (124, 126, 127). Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero ise bu tanımı bağımsızlık, sevme ve esenlik olmak üzere temellendirmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (124).

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak da kullanılabilen, kişinin fiziksel

sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır (128). "Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SYK)" ise bir birey ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır ve bir bütün olarak yaşam kalitesi ve onun belirleyicilerinin gerek bedensel, gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıkça gösterilmiş olan yönlerini içerir. Esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (128). Hasta-hekim ilişkisine yaşam kalitesi ölçütlerinin entegre edilmesiyle, daha bütüncül bir yaklaşım elde edilmiş, hastanın beklentilerine daha da yaklaşılmış, hasta ile hekim ortak bir zeminde buluşmuş olacaktır (129).

Yaşam kalitesi ölçütleri, kişinin günlük yaşamındaki hastalık sürecini ve tedavi alıp almadığını araştırmaya, hastanın bakış açısından hastalık ve tedavinin etkinliğini belirlemeye ve hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını saptamaya yardımcıdır (130). Pek çok araştırmada ilerleyen yaşlarda ve çeşitli kronik hastalıklarda daha çok artış gösteren bu ihtiyaçların yaşam kalitesi ölçütleri yardımıyla ortaya konulduğu görülmektedir (125,131). Pek çok epidemiyolojik araştırma hipertansiyon tedavisi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelerken (132,133), toplum tabanlı çalışmalarda hipertansiyonu olanların yaşam kalitelerinin normal toplum popülasyonuna göre daha düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur (134,135). Bunun yanında hipertansiyon ile birliktelik gösterebilen diyabetes mellitus, kalp yetmezliği, astım, inme gibi varlığının da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği de gösterilmiştir (136-142). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçüm araçları "genel amaçlı" ve "özel amaçlı" ölçekler olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Genel amaçlı ölçütler, genel bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içerir. Sıklıkla kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) ve Notthingham Sağlık Profili bu gruba örnek olarak verilebilir (128). Kısa form 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (143). Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 madde içermekte, fiziksel ve mental komponentlerden oluşmaktadır. Fiziksel komponent genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı,

vücut ağrısı alt skalalarından, mental komponent ise mental sağlık, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, canlılık/ vitalite/enerji, sosyal fonksiyon alt skalalarından oluşmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve "0" kötü sağlık durumunu gösterir. Ölçekte son dört hafta ve son bir hafta içinde sağlıktaki değişim algısını içeren maddeler bulunmaktadır. SF-36 Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (144).

2.4. İlaç Uyumu

Hastaların tedaviye uyum sağlayamamaları kronik hastalıkların yönetiminde en sık rastlanan sorunlardan birisidir. Tedaviye uyumsuzluk; artan sağlık harcamalarına, yüksek hastaneye yatış oranlarına, morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Uyumsuzluk oranlarının kronik hastalıklar ve tedavilerde %50'lere kadar ulaşabildiği çalışmalarca gösterilmiştir (145, 146). Tedaviye uyumun düşük olması hastanın hayat kalitesinin düşmesine, ilaca direnç gelişmesi olasılığının artmasına ve sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına neden olmaktadır (147). Tedavi uyumsuzluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan doğrudan ve dolaylı yöntemler mevcuttur. Doğrudan yöntemler arasında ilacın kendisinin, metabolitlerinin veya kan, idrar ya da diğer vücut sıvılarında diğer belirteçlerin varlığının araştırıldığı yöntemler vardır; yüksek maliyet nedeniyle pek tercih edilmezler. Elektronik ilaç takibi, ilaç sayımı, tıbbi kayıtlar, doğrudan gözetimli tedavi, klinisyen değerlendirmeleri ve kişisel bildirimler ise dolaylı yöntemlerdendir. Dolaylı yöntemler içinde altın standart bir yöntem henüz mevcut olmasa da, kişisel bildirimlerin, diğer yöntemlere kıyasla; hız, maliyet, tedaviye yön verebilme gibi bazı avantajları vardır. Bu nedenle hastaların ilaç uyumunu ölçmek amacıyla çeşitli ölçekler kullanılmaktadır; Hill-Bone Ölçeği ve Morisky İlaç Uyum Ölçeği bunlardan bazılarıdır (145).

Hastalıkların farklı nitelikleri nedeniyle, ilaç bağlılığını ölçmek için altın standart bir ölçek yoktur. Literatürde en çok kullanılan yöntem ise Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ilaç uyum ölçeği olan Morisky İlaç Uyum ölçeğidir (148).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırma Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren beş adet Eğitim Tipi Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) yapılmıştır. Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışma olarak tasarlandı.

3.2. Ortam ve Evren

Bu araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne (EASM) Ocak-Nisan 2018 tarihleri başvuran ve en az bir kronik hastalığı (diyabet, kronik akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalıkları vb.) olan hastalar oluşturmuştur. 545 hasta oluşturdu. Araştırmanın yapıldığı dönemde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne (EASM) kayıtlı toplam 545 hastada en az bir kronik hastalık mevcuttu. Dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 150 hasta çalışmaya alındı.

3.3. Örneklem Seçimi

Çalışmada katılımcılar Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne (EASM) başvuru yapmış en az bir kronik hastalığı (diyabet, kronik akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalıkları vb.) olan hastalardan oluşturacaktır. Çalışmanın güç hesabı için G-power® programı kullanıldı. %95 güven düzeyinde %80 güçte alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü 130 olarak alınmıştır.

Çalışma dönemi boyunca başvuran en az bir kronik hastalığı (diyabet, kronik akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalıkları vb.) olan 545 hastadan çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan toplam 150 hasta çalışmaya alındı. Katılımcılara önce tanımlayıcı bilgileri içeren veri toplama formu, daha sonra ise SOY düzeyini ölçmek üzere ASOY-TR, yaşam

kalitesini ölçmek üzere SF-12 ve ilaç uyumunu ölçmek üzere Morisky ölçeği uygulandı. Tüm bu veriler katılımcılarla araştırmanın yürütücüsü tarafından yüz yüze görüşme yapılarak toplandı.

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- 18 yaş üstünde olmak
- Okur-yazar olmak
- En az bir kronik hastalığı olmak (diyabet, kronik akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalıkları vb.)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve onam vermek

3.3.2. Çalışmadan Hariç Bırakma Kriterleri

Çalışmadan hariç bırakma kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

-18 yaş altı olmak
-Okur-yazar olmamak
-Türkçe bilmemek
-Sağlık çalışanı olmak yada sağlıkla ilgili bir okulda öğrenci olmak
-Kognitif ve psikiyatrik bozukluğu olmak

3.4. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez çalışmasına başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/269-Tarih: 04.10.2018) (Ek-1). Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara çalışmanın amacı anlatıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alındı.

Çalışmanın Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılmış olması sebebiyle Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden de gerekli izin alındı (Ek-2).

3.5. Araştırma Protokolü

Tüm katılımcılara bireysel ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen bireysel görüşme formu ile sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR), yaşam kalitesini ölçmek üzere Türkçe SF-12 ve ilaç uyumunu ölçmek üzere modifiye morisky ölçekleri uygulandı (EK-3,4,5,6). Hastaların ASOY-TR skorları ile SF-12 ve morisky skorları ile bireysel ve klinik özellikleri karşılaştırıldı.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada, hastaların bireysel ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen 'Bireysel Görüşme Formu' (Ek-3), sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) (Ek-4), yaşam kalitesini ölçmek üzere Türkçe SF-12 (Ek-5) ve ilaç uyumunu ölçmek üzere modifiye morisky ölçekleri (Ek-6) uygulandı.

3.6.1. Bireysel Görüşme Formu

Hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, eğitim düzeyi, mevcut kronik hastalığı, düzenli olarak kullandığı ilaç veya ilaçlar, son bir yıl içinde EASM başvuru sayısı, son bir yıl içinde hastaneye başvuru sayısı, son bir yıl içerisinde hastaneye yatışının olup olmadığı ve son bir yıl içerisinde acil servis başvurusu olup olmadığı soruldu. (Ek-3).

3.6.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR)

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı işbirliğiyle gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığının

değerlendirilmesine yönelik yeni bir ölçek geliştirme süreci, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmasının gerekliliğini ön plana çıkarmıştır.. Bu gereklilik doğrultusunda, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması gerçekleştirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmasında grup çevirisi (dil geçerliliği) ve uzman görüşü yöntemleri kullanılmıştır. Dil geçerliliği için çeviri-tersine çeviri (Brislin, 1980) yöntemi kullanılmıştır. Bu aşama için ölçek maddeleri, ikisi İngilizce okutmanı olan üç kişi tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra bu metinler yine ikisi İngilizce okutmanı olan üç farklı kişi tarafından ayrı ayrı olmak üzere tekrar İngilizceye çevrilmiştir. En sonunda, ölçme araçlarının çevirilerinde grupla çalışmanın yararlı olduğu yönündeki önerilere (Vijver ve Hambleton, 1996) uygun olarak bu çeviriler hem İngilizceye hem de ölçülen kavrama hâkim iki araştırmacı tarafından karşılaştırılarak tek bir çeviri metin oluşturulmuştur. Çeviri metnin görünüm geçerliliğini sağlamak üzere, psikoloji ve halk sağlığı kökenli üç araştırmacı tarafından Türkçeye Uyarlanmış Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR) ASOY-TR, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış halidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir (HLS-EU CONSORTIUM, 2012). Ölçek, 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Okyay ve ark. tarafından 2016 yılında yapılmıştır. 47 maddelik ölçeğin kavramsal çerçevesi 12 boyuttan oluşmaktadır. . Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. “Bilmiyorum” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek 23 toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir.

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]
İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks
Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Hesaplanan formül yardımıyla dört boyut (genel, tedavi, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre 4 kategoride değerlendirilmiştir;

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

>25-33 puan: sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı

>33-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

>42-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı

Uyarlama çalışmasında, Avrupa çalışması ile karşılaştırılabilir olması amacıyla 50'lik indeks ve aynı kesme noktaları kullanılmıştır. Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar için yapılmıştır (EK-4)

3.6.3. SF12 (Short Form-12, Kısa Form-12) Kısa Sağlık Ölçeği

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler genel ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Genel ölçekler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. Hastalığa özgü ölçekler ise sadece o hastalık grubunda kullanılan ölçeklerdir. Kısa Form-36 sık kullanılan genel ölçeklerdendir (78,79) . Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36 Short Health Survey) Kısa Sağlık Ölçeği; yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve ark. tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur(80). Genel sağlık kavramlarını

içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (78). Sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilir. Otuz altı maddeden oluşur ve sekiz boyutta ölçüm sağlamaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (4 madde), ağrı (2 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), mental sağlık (5 19 madde), emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (3 madde), enerji (4 madde) ve genel sağlık anlayışıdır (5 madde). Değerlendirme, bazı maddeler dışında Likert tipi ile yapılmakta ve son dört hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (81). Bu alt ölçeklerin, bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır(82) . SF-36'nın farklı 8 alt başlığından 12 farklı madde alınarak daha kısa bir form olan SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği oluşturulmuştur (Ek-5).

3.6.4. Modifiye Morisky Ölçeği

1980'lerin ortalarında Morisky ve arkadaşları antihipertansif ilaç tedavisine uyumu değerlendirmede aile hekimlerine yardımcı olmak üzere dört soruluk bir anket geliştirmişlerdir. Sonrasında, bu anketle ilgili pek çok geçerlilik çalışması yapılmış ve iyi psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Bağımsız araştırmacılar bu anketi Diyabet, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Human Immunodeficieny Virus (HIV) enfeksiyonu gibi kronik hastalıklar içinde uygulamışlardır. Case Management Adherence Guideline-1 (CMAG-1) kılavuzuna göre orijinal Morisky ölçeğinin uygulamaları sırasında bazı eksiklikler saptanmıştır. Özellikle orijinal Morisky ölçeği ilaç kullanma alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi vermesine rağmen kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri sırasında ilaç kullanımının sürekliliği hakkında yetersiz görülmüştür. Ek olarak ölçek hastaların bilgi ve motivasyon düzeylerini sınıflandırmak üzere düzenlenmemiştir. Sonuç olarak iki yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky Ölçeği geliştirilmiştir. 2012 yılında Vural ve arkadaşları tarafından Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. Her soru "evet" ya da "hayır" olarak cevaplanmaktadır. Değerlendirmede; 2 ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1., 2. ve 6. sorulardan

hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3.,4. ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (48). Ayrıca ölçekten 4 ve üzeri puan alan hastalar ilaç uyumu yüksek olarak değerlendirilirken; 3 ve altında puan alanlar ise uyumsuz olarak değerlendirilmektedir (Ek-6).

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri SPSS 23.0.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ± standart sapma ve n (%) olarak verildi. Gruplar arasında numerik verilerin farkının belirlenmesinde Student-t testi kullanıldı. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanıldı. Korelasyon analizi için ise Pearson Korelasyon analizi testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya 150 kişi katıldı. Bu kişilerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve meslek) Tablo 1'de sunulmuştur. Tablodan da görüldüğü üzere araştırmaya dahil edilen kişilerin kişilerin 69'u (%46) erkek, 81'i (%54) kadındı. Yaş ortalaması ise 56 ±13,3 yıl idi. Araştırmaya katılan kişilerden 111'i (%73,3) 65 yaş altı, 39'u (%26,7) 65 yaş üstü idi (Tablo 1). Katılımcıların %85,3'ü (n=128) evli, bekar olanların %14,7'si ise (n=22) bekar idi.

Eğitim düzeyi ilkokul seviyesinden doktora derecesine kadar altı farklı seviyede ele alındı. Araştırmaya dahil edilen 150 kişiden 32 kişi ilkokul (%21,3), 10 kişi ortaokul (%6,7), 18 kişi lise (%12), 47 kişi üniversite (%31,3) mezunu idi. Yüksek lisans eğitimi alan kişi sayısı 5 (%3,3), doktora eğitimini tamamlayan kişi sayısı ise 38 (%25,3) idi. Buna göre her üç kişiden yaklaşık biri üniversite mezunu idi. Araştırmaya katılan her beş kişiden yaklaşık biri ise ilkokul mezunu idi.

Araştırmaya katılan kişiler meslek açısından değerlendirildiğinde katılımcıların 44'ü (%29,3) akademisyen, 43'ü (%28,7) ev hanımı, 28'i (%18,7) öğretmen,14'ü (%9,3) memur, 12'si (%8) diğer mesleklerden, 9'u (%6) ise işçi idi (Tablo 1). Katılımcıların ortalama aylık geliri 4557±3380 TL idi.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=150)

	n	**%**
Yaş		
65 yaş altı	111	73.3
65 yaş üstü	39	26.7
Cinsiyet		
Kadın	81	54,0
Erkek	69	46,0
Medeni Durum		
Bekar	22	14,7
Evli	128	85,3
Eğitim Seviyesi		
İlkokul mezunu	32	21,3
Ortaokul mezunu	10	6,7
Lise mezunu	18	12
Üniversite mezunu	47	31,3
Yüksek lisans	5	3,3
Doktora	38	25,3
MESLEK		
Ev Hanımı	43	28,7
İşçi	9	6,0
Memur	14	9,3
Akademisyen	44	29,3
Öğretmen	28	18,7
Diğer	12	8,0

Araştırmaya katılan kişilerin 39'unda (%26) hipertansiyon (HT), 41'inde (%27,3) diyabetes mellitus, 35'inde (%23,3) KOAH, 33'ünde (%22) osteoporoz ve 8'inde (%5,3) romatoid artrit vardı (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları

	n	**%**
Tip 2 Diyabet		
Var	41	27,3
Yok	109	72,7
Hipertansiyon		
Var	39	26,0
Yok	111	74,0
KOAH		
Var	35	23,3
Yok	115	76,7
Osteoporoz		
Var	33	22,0
Yok	117	78,0
Romatoid artrit		
Var	8	5,3
Yok	142	94,7

Çalışmamızda bireysel görüşme formundaki sorulardan biri olan "Okumanızı engelleyecek düzeyde görme sorununuz var mı?" sorusuna 121 kişi (%80,7) hayır cevabını verdi. Evet cevabını veren kişi sayısı ise 29 (%19,3) idi. Formda yer alan diğer bir soru ise "Size söylenenleri duymanızı engelleyecek işitme sorununuz var mı?'' sorusu idi. Bu soruya hayır cevabını verenlerin sayısı 126 kişi (%84) idi. Evet cevabı veren kişi sayısı ise 24 (%16) idi (Tablo 3).

Bireysel görüşme formunda katılımcılara sorulan "Son 1 yıl içerisinde kronik hastalığınızdan dolayı hastaneye başvurdunuz mu?" soruya evet cevabını verenlerin oranı %83,3 (n=125) idi. Bu soruya hayır cevabı verenlerin oranı ise %16,7 (n=25) idi. Formda yer alan diğer bir soru olan "Son 1 yıl içerisinde kronik hastalığınızdan dolayı herhangi bir hastanenin acil servisine başvurdunuz mu?" sorusuna evet cevabı verenlerin sayısı 77 (%51,3) iken, hayır cevabını verenlerin sayısı 73 (%48,7) idi. "Son 1 yıl içerisinde Hastaneye başvurduğunuzda serviste yatış yaptınız mı ?" sorusuna evet cevabını verenlerin sayısı ise 27 (%18), hayır cevabını verenlerin sayısı 123 (%82) idi (Tablo 3).

Katılımcıların kronik hastalıklarından dolayı hastaneye başvurduklarında serviste yatış yaptıkları gün sayısı ortalama 1,13±2,44 olarak tespit edildi. En uzun yatış süresinin 10 gün olduğu tespit edildi. Diğer taraftan acil başvuru sayılarının ortalama değeri ise 0,76±0,87 idi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların diğer özellikleri

	n	**%**
Görme Sorunu		
Evet	29	19,3
Hayır	121	80,7
İşitme Sorunu		
Evet	24	16,0
Hayır	126	84,0
Hastaneye Başvuru		
Evet	125	83,3
Hayır	25	16,7
Acil Servise Başvuru		
Evet	77	51,3
Hayır	73	48,7
Yatarak Tedavi		
Evet	27	18,0
Hayır	123	82,0

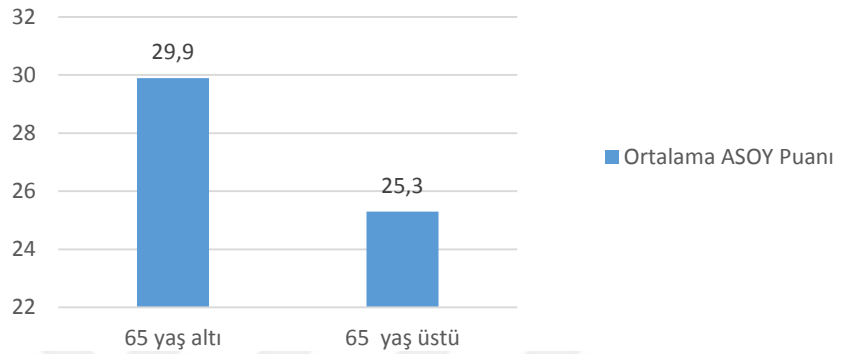
4.2. Katılımcıların ASOY Sonuçlarının Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi

Katılımcıların ortalama ASOY puanı 28,7±7,09 olarak belirlendi. En az alınan puan 10,6, en fazla alınan puan ise 45,3 idi. Araştırmaya katılan kişilerin yaş sınıflaması ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması Tablo 4'de görülmektedir. 65 yaş altı kişilerin ortalama ASOY puanı 29,9±6,4, 65 yaş üstü kişilerin ortalama ASOY puanı 25,3±7,7 idi. Yaş sınıflamasına göre yapılan analizlerde ortalama ASOY puanının 65 yaş üstünde anlamlı derecede düştüğü görüldü ($p<0,001$) (Tablo 4) (Şekil 1).

Tablo 4. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Yaş Sınıflaması	Ortalama ASOY puanı±SS
65 yaş altı	29,9±6,4
65 yaş üstü	25,3±7,7

SS: Standart sapma, p<0,001



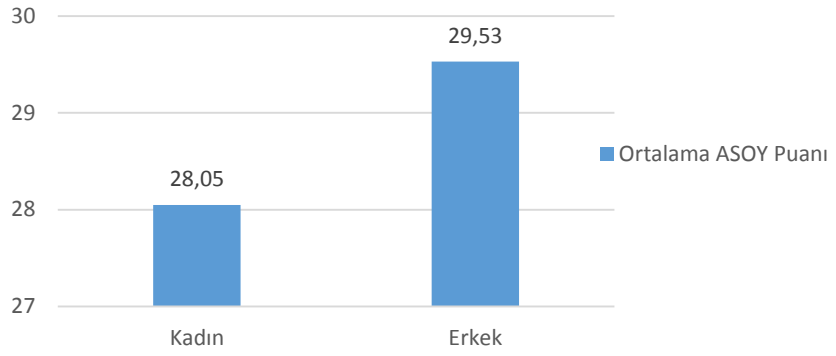
Şekil 1. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyetleri ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması Tablo 5'de verildi. Kadınların ortalama ASOY puanı 28,05±7,4 iken, erkeklerin ortalama ASOY puanı 29,53±6,6 idi. Tablo 5'den de görüldüğü üzere cinsiyet sınıflamasına göre yapılan analizlerde, ortalama ASOY puanı açısından erkekler ile kadınlar arasında istatistiki açıdan bir farklılık görülmedi (p=0,311) (Tablo 5) (Şekil 2).

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	Ortalama ASOY puanı±SS
Kadın	28,05±7,4
Erkek	29,53±6,6

SS: Standart sapma, p>0,05



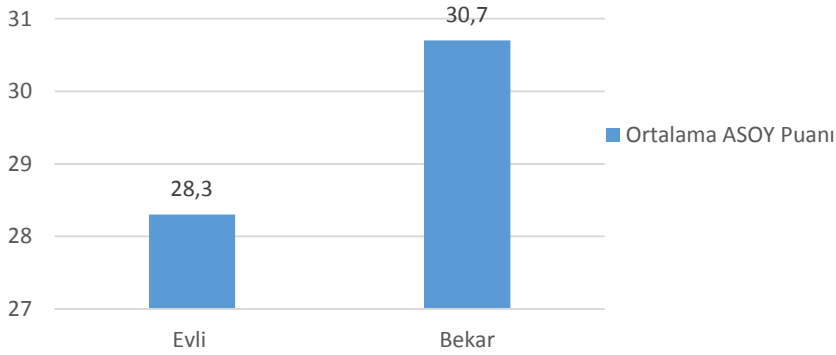
Şekil 2. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin ortalama ASOY puanları ile medeni durumlarının karşılaştırılması Tablo 6'da gösterildi. Evli olanların ortalama ASOY puanı 28,3±6,8 iken, bekar olanda bu oran 30,7±8,2 idi . Bekar olanların ortalama ASOY değerleri ile evli olanların ortalama ASOY puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmedi (p=0,156) (Tablo 6) (Şekil 3).

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre ASOY puanlarının karşılaştırılması

Medeni Durum	**Ortalama ASOY puanı±SS**
Evli	28,3±6,8
Bekar	30,7±8,2

SS: Standart sapma, p>0,05



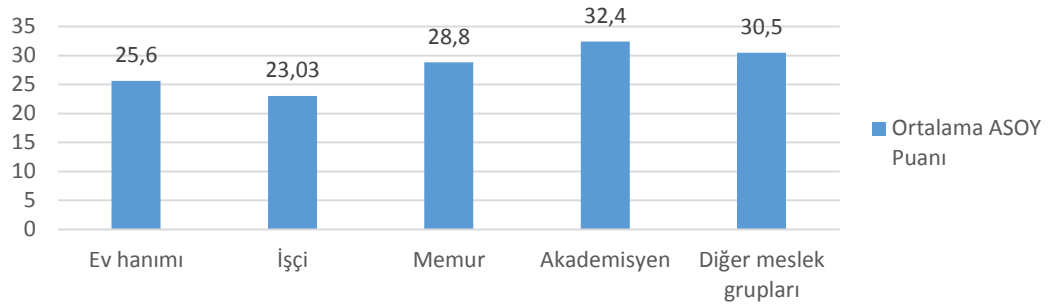
Şekil 3. Katılımcıların medeni durumlarına göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin ortalama ASOY puanları ile meslekleri karşılaştırıldığında ev hanımlarının ortalama ASOY puanının 25,6±6,1, işçilerin 23,0±7,8, memurların 28,8±5,6, akademisyenlerin 32,4±6,3, öğretmenlerin 28,6±6,8 ve diğer meslek gruplarının ise 30,5±7,3 idi (Tablo 7) (Şekil 4). Varyans analizi sonucunda meslek faktörü önemli ($p<0,001$) bulundu ve Tukey çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre elde edilen ortalamalar Tablo 7'de sunuldu. Buna göre işçilere ait ortalama ASOY puanı akademisyen ve diğer meslek gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdi.

Tablo 7. Katılımcıların mesleklerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Meslek Grubu	**Ortalama ASOY Puanı±SS**
Ev hanımı	25,6±6,1
İşçi	23,0±7,8
Memur	28,8±5,6
Öğretmen	28,6±6,8
Akademisyen	32,4±6,3
Diğer meslek grupları	30,5±7,3

SS: Standart sapma



Şekil 4. Katılımcıların mesleklerine göre ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

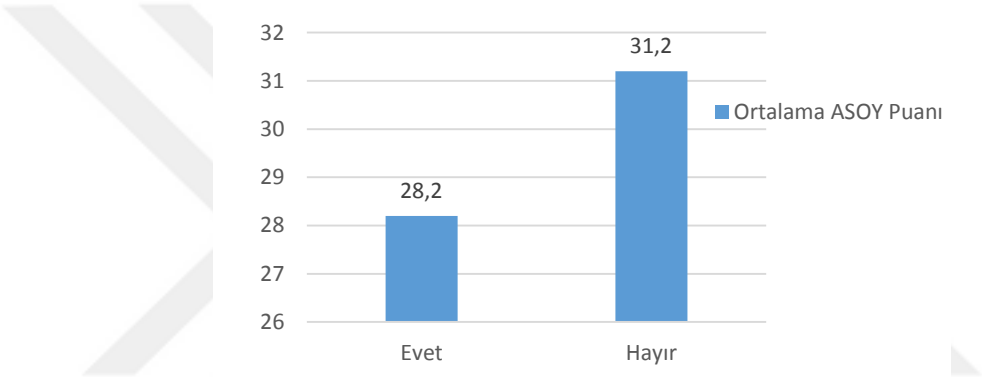
Araştırmaya katılan kişilerin son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması Tablo 5'de görülmektedir. Son bir yıl içerisinde hastanede yatanların ortalama ASOY puanı 28,2±6,8 iken, hastanede yatmayanların ASOY puanı ise 31,2±7,7 idi. Bu sonuca göre son bir yıl

içerisinde hastaneye başvuranlarla, başvurmayanların ortalama ASOY puanına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 8) (p=0,055).

Tablo 8. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması

Başvuru Durumu	**Ortalama ASOY Puanı±SS**
Evet	28,2±6,8
Hayır	31,2±7,7

SS: Standart sapma, p>0,05



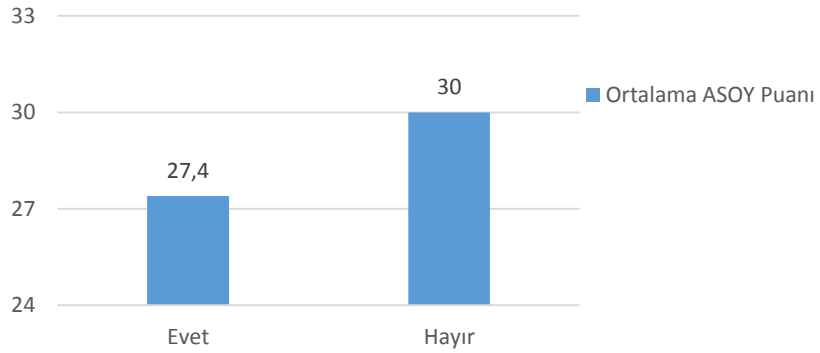
Şekil 5. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin son bir yıl içerisinde acil servise başvuru durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması Tablo 9'da görülmektedir. Son bir yıl içerisinde acil servise başvuranların ortalama ASOY puanı 27,4±7,1 iken, acil servise başvurmayanların ortalama ASOY puanı ise 30,0±6,7 idi. Araştırmaya katılan kişilerin acil servise başvurularıyla ortalama ASOY puanı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p<0,05) (Tablo 9) (Şekil 6).

Tablo 9. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması

Acil Servise Başvuru Durumu	Ortalama ASOY Puanı±SS
Evet	27,4±7,1
Hayır	30,0±6,7

SS: Standart sapma, p<0,05



Şekil 6. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde hastaneye başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalıkları ve ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması Tablo 10'da görülmektedir. Hipertansiyonu olanların ortalama ASOY puanı 29,5±8,1 iken; olmayanların ortalama ASOY puanı 28,4±6,6 idi (p=0,434). Diyabetes mellitus hastalarının ortalama ASOY puanı 30,3±5,5 olup, diyabet olmayanların ortalama ASOY puanı ise 28,1±7,5 idi (p=0,093). KOAH olanların ortalama ASOY puanı 27,1±7,3 iken olmayanların ortalama ASOY puanı 29,2±6,9 idi (p=0,127). Osteoporozu olanların ortalama ASOY puanı 26,9±6,6 iken olmayanların ortalama ASOY puanı 29,2±7,1 idi (p=0,107). Romatoid artriti olanların ortalama ASOY puanı 32,9±5,3 iken olmayanların ortalama ASOY puanı 28,4±7,1 idi (p=0,083). Araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalıklarının olup olmamasıyla ortalama ASOY puanı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 10. Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Kronik Hastalık	Ortalama ASOY Puanı±SS	p değeri
Hipertansiyon		
Var	30,3±5,5	0,434
Yok	28,4±6,6	
Diyabetes mellitus		
Var	30,3±5,5	0,093
Yok	28,1±7,5	
KOAH		
Var	27,1±7,3	0,127
Yok	29,2±6,9	
Osteoporoz		
Var	26,9±6,6	0,107
Yok	29,2±7,1	
Romatoid artrit		
Var	32,9±5,3	0,083
Yok	28,4±7,1	

SS: Standart sapma, p>0,05

Araştırmaya katılan kişilerin görme ve işitme sorunları ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması Tablo 11'de verildi. Görme sorunu olanların ortalama ASOY puanı 24,6±6,9 iken olmayanların ortalama ASOY puanı ise 29,7±6,8 idi (p<0,001). İşitme sorunu olanların ortalama ASOY puanı 24,8±7,2 iken işitme sorunu olmayanların ortalama ASOY puanı 29,4±6,8 idi (p<0,01).

Tablo 11. Katılımcıların görme ve işitme sorunlarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

Görme ve işitme sorunu	Ortalama ASOY Puanı±SS	p değeri
Görme sorunu		
Var	30,3±5,5	<0,001
Yok	28,4±6,6	
İşitme sorunu		
Var	30,3±5,5	<0,01
Yok	28,1±7,5	

Araştırmaya katılan kişilerin Morisky puanı ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması Tablo 12'de gösterildi. Morisky'e göre düşük bilgi düzeyi olanların ortalama ASOY puanı 27,4±6,5 idi. Buna karşın yüksek bilgi düzeyi olanların

ortalama ASOY puanı ise 29,8±7,4 idi. Bu iki ortalama arasındaki fark ise istatistiki açıdan önemli bulundu (p<0,05).

Morisky düşük motivasyon düzeyi olanların ortalama ASOY puanı 27,8±6,5 olup, yüksek motivasyon düzeyi olanların ortalama ASOY puanı 30,06±7,6 idi. Morisky bilgi düzeyi parametresinde olduğu gibi morisky motivasyon parametresinde de ortalamalara arasında istatistiki açıdan önemli farklılık belirlendi ve en düşük ortalama değer yüksek motivasyon seviyesinde saptandı (p<0,05).

Tablo 12. Katılımcıların Morisky puanlarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması

MORİSKY	**n**	**Ort. ASOY Puanı±SS**	**p değeri**
Bilgi			
Düşük	71	27,4±6,5	<0,05
Yüksek	79	29,8±7,4	
Motivasyon			
Düşük	94	27,6±6,5	<0,05
Yüksek	56	30,6±7,67	

Araştırmaya katılan 150 bireyin ortalama ASOY puanları ve Morisky puanlarının karşılaştırıldı. Kronik hastalığı olan bireylerin ASOY puanları ile Morisky arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur (Pearson korelasyon değeri=0,266, p<0,01).

Kronik hastalığı olan bireylerin ASOY puanları ile SF-12'nin 8 alt boyutu arasında genel sağlık algısı (Pearson korelasyon değeri=0,555), fiziksel fonksiyon (Pearson korelasyon değeri=0,329), fiziksel rol (Pearson korelasyon değeri=0,376), emosyonel rol (Pearson korelasyon değeri=0,396), ağrı (Pearson korelasyon değeri=0,446), sosyal işlevsellik (Pearson korelasyon değeri=0,362), ruhsal sağlık (Pearson korelasyon değeri=0,475) ve vitalite (Pearson korelasyon değeri=0,467) arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon tespit edildi (p<0,05).

5. TARTIŞMA

Çalışmada katılımcıların ASOY puanları ile ruhsal sağlık durumları arasında çok önemli bir korelasyon tespit edilmiştir. Buna göre ASOY puanı ile ruhsal sağlık durumu arasında pozitif bir ilişki söz konusu olup, bu bulgu literatür bulgularıyla örtüşmektedir. Konuyla ilgili bir araştırmada bireyin kendi ruhsal durumunda meydana gelebilecek bir problemi tanıması, bu sorun için yardım arama davranışına girebilmesi için bireyin profesyonel yardım ve kanıta dayalı tedaviler hakkında bilgilendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir (149). Ancak konuyla ilgili diğer bir araştırma da gençler ile yetişkinlerin %70 ile %80'inin ihtiyaç duydukları ruh sağlığına ilişkin sağlık okuryazarlığı hakkında bilgilendirilme hizmeti almadıklarını ortaya koymuştur (150). Öte yandan adölesanlarda ve genç erişkinlerde tedavi edilmeyen ruh sağlığı sorunları ve bozukluklarının, mesleki başarıları, kişilerarası ilişkileri ve aile işlevlerinde sorunlara yol açmanın yanı sıra diyabet, kalp hastalıkları ve inme, solunum rahatsızlıkları gibi sağlık sorunlarından kaynaklanan yaşam süresini de önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir (151), (152), (153), (154). Genç bireylerin yanı sıra ailenin de, ruhsal bozukluklar nedeniyle ortaya çıkan erken belirtileri tanıması, en iyi yardım seçeneklerini bulması ve bu yardıma nasıl erişileceği konusunda bilgi sahibi da oldukça önem arz etmektedir (149), (155), (156), (157). Diğer bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin ruhsal sağlık durumlarının iyileşmesine önemli katkıda bulunacağı bildirilmektedir. Sonuç olarak bu konudaki bilgilendirmenin sağlık okuryazarlığının yüksek olmasına ve dolayısıyla bireylerin sağlık gelişimlerinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Sosyal işlevsellik insan sağlığı üzerinde önemli rol oynayan bir parametredir. Mevcut çalışmada ASOY ile sosyal işlevsellik arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu araştırma sonucu da literatürle uygunluk göstermektedir. Adölesanların sağlık okuryazarlığının incelendiği bir çalışmada, Avustralya'da 200 adölesan ile çalışılmış ve düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip adölesanlarda sigara ve alkol tüketiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (158). Amerika'da 350 adölesan ile yapılan diğer bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığı olan çocukların silah taşıma ve akran zorbalığı gibi olumsuz davranışlar sergilediği görülmüştür (27). Diğer yandan düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin beden kitle

indeksini çocuğun yaşı, cinsiyeti, yeme alışkanlıklarından sonra belirleyen faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (159).

Çalışmamızda ASOY ile emosyonel rol arasında sağlık okuryazarlığı ve ruhsal sağlık parametrelerinde olduğu gibi pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Konuyla ilgili bir araştırmada kronik hastalıkların bireylerin yaşamdan aldıkları doyumu azalttığı, sosyal ve fiziksel işlevselliklerini negatif açıdan etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü rapor edilmiştir. Yine hastalık ve tedavi boyunca yükseldiği bilinen depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken tüm sağlık çalışanlarının hastalarda depresyona sebep olacak fiziksel ve psikososyal gereksinimleri bilmelerinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir (160).

Çalışmada katılımcıların ASOY ile fiziksel rolleri ve fiziksel fonksiyonları arasında pozitif yönde korelasyonlar tespit edilmiştir. Her iki bulgu da konuyla ilgili diğer araştırma bulgularıyla örtüşmektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin fiziksel sağlık ve mental fonksiyonlarının daha kötü olduğu ifade edilmektedir (161), (162). Yine sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde kronik hastalık görülme oranının da daha yüksek olduğu bildirilmektedir (162). Bir başka araştırmada ise bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça, dengeli beslenme, fiziksel aktiviteler yapma, stresten kaçınma gibi konulardaki eğilimlerinin de olumlu yönde arttığı ifade edilmiştir (163). Mevcut bu araştırmada da yukarıda belirtildiği gibi ASOY puanlarının arttıkça fiziksel rol ve fonksiyon değerleri de artmaktadır.

Çalışmamızda ASOY ile genel sağlık algıları arasında da pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir. Burada tespit edilen Pearson korelasyon katsayısı diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili olarak yürütülen bir araştırmada sağlık okuryazarlığı puanları düşük olan bireylerin üç veya daha fazla hastaneye/acile başvuru yaptığı, altı veya daha fazla doktor muayenesi olduğu saptanmıştır. Buna karşın aynı araştırmada sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin hastane ve acil servis başvurularının daha düşük düzeyde olduğu, doktor muayenelerinin ise daha seyrek düzeyde bulunduğu rapor edilmiştir (80). Bu kapsamda yürütülen diğer bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin,

sağlık algısının da düşük olduğu ifade edilmektedir (164), (165), (162). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı üzerine sürdürülen araştırmalar neticesinde ise sağlığını iyi ve çok iyi algılayan, yaşam kalitesini iyi ve çok iyi olarak değerlendiren, sağlık hizmetlerine erişmede hiç zorluk yaşamayan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanının da daha yüksek olduğu kanaatine varılmıştır (166). Nitekim araştırmamızda yapılan korelasyon analizi sonucunda ASOY ile genel sağlık algısı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Buna göre kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça genel sağlık algılarında da iyileşme görüleceği söylenebilir.

ASOY ve yaş değişkeninde kişilerin yaşları yükseldikçe hastalıkları kabullenme ve kötüleştiğini algılamada güçlük çektikleri literatürde yaygın bir görüştür (9), (48). Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerde düşük okuryazarlık oranının etkili olduğu ve bundan dolayı bu bireylerin hastaneye yatış ve acile başvuru tutumlarının artış gösterdiği de konuyla ilgili diğer bir araştırmada gözlemlenmiştir (167). Diğer taraftan kronik hastalığa sahip bireylerin tavsiye edilen tedavi şekillerini uygulayamadıkları, bu durumlarının düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinden kaynaklandığı ve dolayısıyla söz konusu bireylerin hastaneye ve acile başvurma düzeylerinde artış görüldüğü belirtilmektedir (168), (169).

Yaş faktörü, sağlık okuryazarlığını etkileyen öncü faktörlerden biridir. Yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin en düşük seviyede sağlık okuryazarlığına sahip oldukları ifade edilmiştir (25),(170). Çalışmamızda da 65 yaş üstü bireylerde SOY düzeyi 65 yaş üstü bireylere göre anlamlı derecede düşüktü.

Araştırmada katılımcıların ilaç kullanımındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla Modifiye Morisky ölçeğinden yararlanılmıştır . Araştırma sonunda bu ölçeğin ilaç kullanma alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi vermesine rağmen kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri sırasında ilaç kullanımının sürekliliği hakkında bilgi sağlanmasında yetersiz olduğu kanaatine varılmıştır. Konuyla ilgili bir çalışmada kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaç gerekliliğinin ilaç uyumu üzerinde pozitif, aşırı kullanımının ise negatif yönde etkili olduğu belirlenmiştir (171). Yine hastalık ve ilaç uyumu üzerine yürütülen araştırmalar sonucunda kişilerin

hastalığı reddetme halinin ilaç uyumunu yüksek seviyede azalttığı saptanmıştır (172). Diğer yandan ilaç uyumuna ilişkin yürütülen diğer araştırmalarda ilaçların gerekliliğine hissedilen inancın yüksekliğinin ilaç uyumunu pozitif yönde etkilediği ifade edilmektedir (173),(174),(175),(176),(177). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığının daha az mamografi taramaları ve influenza aşısı, uygunsuz ilaç kullanımı ve ilaç etiketlerini anlayamama, acil servislere daha fazla başvuru ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (82). Bunun yanı sıra yeterli olmayan sağlık okuryazarlık düzeyi ile yanlış hastalık bilgisi ve inhaler astım ilaçlarının hatalı kullanımında kuvvetli bir ilişki gözlemlenmektedir (59). Literatürde ilaç kullanımına ilişkin bulgularla mevcut bu çalışmada elde edilen morisky bilgi ve morisky motivasyon bulguları örtüşmektedir. Çalışmamızda kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleriyle ilaç uyumu arasında yakın bir ilişki saptanmıştır. Buna göre sağlık okuyazarlığı yüksek olan bireylerde ilaç uyumunun da yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde algılanan sağlık düzeyinin yüksek olduğu kişilerin sağlık okuryazarlığının da yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ancak bu durum yaşlı bireyler için farklılık göstermektedir. Yaşlıların kronik hastalık düzeyleriyle sağlık okuryazarlıkları arasında etkileşim gözlenmemektedir. Yaş gurubu, cinsiyet ve meslek değişkenlerine göre sağlık hizmetlerine erişme imkanı sağlık okuryazarlığını etkileyen öncü değişkenler arasında yer almaktadır (166).

Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kişilerin kronik hastalıklarda hastalığa ilişkin dönemleri etkin biçimde yönetme kabiliyetlerinin düşüklüğü sebebiyle acile gitme ve hastane yatış sürelerinin fazla olduğu ifade edilmektedir (65). Bir çalışmada ise bireylerin %10'u aç karnına ilaç almaları gerektiğini anlamamış, %26'sı bir sonraki randevu tarihini, %59'u ilaç alma sıklığını, %5'i ise standart onam formunu kavrayamadığı tespit edilmiştir (95). Astımlı çocuğu olan düşük sağlık okuryazarı ebeveynlerin daha sık hastaneye ve acil servise gittiği ise diğer bir çalışmada belirlenmiştir (71). Başka bir çalışmada da düşük sağlık okuryazarlığına sahip annelerin bebeklerinin sıvı ilaç dozlarını ayarlamada daha fazla hata yaptıkları ortaya konulmuştur (178). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının düşük olmasının hem bireye hem de ülkelere ciddi sorunlar getirdiği sonucuna

varılmıştır (24). Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında ise bireylerin ilaç talimatları, onay formları, tıbbi terimler gibi sağlıkla ilgili terimleri okumakta zorlandığı, bunun nedenin ise çok fazla tıbbi terim kullanılması olduğu, ancak bireylerin anlamadıkları konuları sıklıkla sormaktan çekindikleri belirtilmiştir (72). Çalışmamızda da son bir yıl içinde acil başvurusu olan hastaların SOY düzeylerinin belirgin seviyede düşük olduğu görülmüştür. Bu durum sağlık okuryazarlık düzeyi ile acile başvuru arasında yakın ilişki olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşlılarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, yoksullarda, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi kullanamayanlarda daha düşük olduğu belirtilmektedir (179). Sağlık okuryazarlığına ilişkin yürütülen diğer çalışmalarda da düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin daha fazla hastaneye yattıklarını ifade edilmektedir (82). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanan, yaşam kalitesinin ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurken; yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin; yetersiz sağlık bilgisine sahip olmalarından dolayı, hastalanma riskleri yüksek, tedavi yöntemlerini anlama düzeyleri düşük, hastaneye yatma sıklığı yüksek bireyler olduğu ve bundan dolayı sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesine neden olduğu belirtilmektedir (33) (180). Fakat araştırmamızda ASOY ile hastaneye yatış arasında bir ilişki saptanmamıştır. Daha geniş örneklem grubunda yapılacak çalışmalarla bu konuda daha fazla veri elde edilebilecektir.

Düşük sağlık okuryazarlığı ile bireylerin kendini hasta ve yetersiz hissetme algısı arasında doğrudan ilişki olduğu literatürde belirtilmektedir (9), (48). Diğer taraftan konuyla ilgili bir çalışmada kronik hastalığa sahip ve sağlık algısı düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de düşük olduğu belirtilmektedir (4). Sağlık okuryazarlık oranı düşük bireylerin genel sağlık durumlarını kötü, sağlık okuryazarlık oranı yüksek bireylerin ise genel sağlık durumlarını mükemmel olarak tanımladıkları diğer bir çalışmada gözlenmiştir (6). Sağlık algısı üzerine yürütülen diğer çalışmalarda ilgili değişkenler incelenmiş ve sağlık personellerinin toplumun sağlık algılarını bilmelerinin bireylerin genel sağlık düzeylerini olumlu yönden etkilediği bulgusuna erişilmiştir (181). Ayrıca yapılan diğer araştırmalarda sağlık

algılama düzeyiyle ilgili bulgular arasında ruhsal ve toplumsal boyutların sağlık durumlarını doğrudan etkilediği ifade edilmektedir (171). Nitekim bizim araştırmada da hastaların yaşam kalitesi algısı ile ASOY puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Buna göre kronik hastalığa sahip bireylerin genel sağlık hallerinin ve yaşam kailtelerinin sağlık okuryazarlığıyla doğrudan ilişkili olduğu söylenebilir.

Kronik hastalığa sahip bireylerin karmaşık ve ciddi yükler taşımaları sebebiyle hastalıklarının yönetiminde sağlık okuryazarlığının bireye olumlu yönde etki ettiği ifade edilmektedir (8). Ayrıca yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığının hastaların kronik hastalıklar konusundaki eğitimlerine ciddi bir engel olduğu belirtilmektedir (11). Sağlık okuryazarlığı, hastaneye başvurma ve mortalite oranı üzerine yürütülen araştırmalarda, sağlık okuryazarlık oranının artmasıyla bireylerin mortalite oranlarının düştüğü ve hastaneye başvurma tutumlarında azalma gözlendiği ortaya konulmuştur (10,9,48). Öte yandan bir başka araştırmada yeterli düzeyde olmayan sağlık okuryazarlık düzeyinin diyabetik hastalarda daha yüksek hemoglobin A1C düzeyleri, daha kötü glisemik kontrole sebep olduğu belirlenmiştir (182). Türkiye'de ise konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, acile başvurma düzeyinin Avrupa ülkelerinden daha fazla olduğu ve bu sonucun düşük sağlık okuryazarlığından ileri geldiği rapor edilmiştir. (183).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut bu araştırma sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre; 65 yaş üstündeki katılımcıların 65 yaş altındaki katılımcılara göre; işçilerin diğer meslek gruplarına göre; morisky bilgi düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre; morisky motivasyon düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre istatistiki açıdan daha yüksek ASOY puanlarına değerlerine sahip oldukları görülmüştür.

Kronik hastalığı olan bireylerin ASOY puanları ile SF-12'nin 8 alt boyutu (genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, ağrı, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık ve vitalite) arasında pozitif korelasyon görülmüştür. Araştırmaya katılan 150 bireyin ASOY puanları ile morisky arasında ise yine pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir.

Kronik hastalıkların uzun süreli tedavisinde yetersiz uyum ilaçların hastalara sağlayabileceği faydanın elde edilememesinin en önemli nedenlerindendir. Bu durum hastalığın tıbbi ve psikososyal komplikasyonlarına yol açmakta, hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, ilaca karşı direnç geliştirme ihtimalini artırmakta ve sağlık için ayrılan kaynakların boşa harcanmasına neden olmaktadır. Öte yandan hastalıklarını yönetebilen ve bu konuda bilgi sahibi olan bireyler bir diğer deyişle sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan kronik hastalığa sahip bireylerin ilaç uyumuna ilişkin düzeyleri ve iyileşme oranları yükselmekte ve dolayısıyla yaşam kaliteleri iyileşmektedir.

Araştırmada ASOY ölçeği kullanılmış böylelikle kronik hastalığı olan kişilerin genel iyilik hallerini pozitif yönlendirecek, bilgiye ulaşma, bilgiyi kavrama ve bilgiden yararlanmalarında motivasyonlarını yönlendiren bilişsel ve sosyal becerilerine ilişkin bilgilerin sağlanması amaçlanmıştır.

Çalışmada yaşam kalitesi düzeyini araştırma maksadıyla ruhsal sağlık, genel sağlık algısı, emosyonel rol, ağrı durumu, fiziksel rol, fiziksel fonksiyon, vitalite

değişkenlerinden faydalanılmış ve hastanın yaşam kalitesi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmaya ilişkin örneklem sayısının fazla ve geniş kapsamlı olmamasından dolayı elde edilen bulguları genellemek mümkün olmamaktadır. Bunu araştırmamızın kısıtlılığı olarak kabul edebiliriz. Sonuç olarak, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleriyle yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ile olan ilişkileri arasında pozitif ve eş doğrultuda ilişki olduğu kanısına varılmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça iyileşme eğilimlerinde ve ilaçların etkili olacağı inançlarında artış gözlemlenmektedir.

Mevcut çalışmamızın sonuçlarına dayanarak sağlık okuryazarlığı hakkında toplumda farkındalık oluşturulmalı, riskli gruplar öncelikli olmak üzere toplumun sağlık okuryazarlık düzeyi değerlendirilmelidir. Sağlık okuryazarlığı konusu ilköğretim, lise ve üniversite müfredatında yer almalıdır. Ülkemizde sağlık okuryazarlığının ciddiye alınması ve bu konuda farkındalık oluşturulması sağlık alanındaki eşitsizlikleri minimize ederek bireylerin sağlık düzeylerini iyileşmesine ve daha kaliteli hayata kavuşmasına imkan sunacaktır.Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerle, yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi hem bireylerin kendi sağlık yönetimlerini gerçekleştirmede bireylere katkı sağlayacak hem de sağlık kuruluşlarının ve özellikle acil servislerindeki yoğunluk ve iş yükünün azaltılmasında pozitif yönde etki ederek daha kaliteli hizmet verilmesine imkan sunacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Australian Commission On Safety And Quality In Health Care.Consumers, The Health System And Health Literacy :Taking Action To Improve Safety And Quality.Consultation Paper.Sydney,2013.
2. Egbert N,Nanna KM. Health Literacy Revisited:What Do We Mean And Why Does ıt Matter ? Health Promotion International.2009;24(3) :285-296.
3. Bilir N.Sağlık Okuryazarlığı.Türk J Public Health 2014;12(1):61-68
4. Sorenson K. Van Den Broucke S,Fullam J Qamp ;Et Al.(HLS-EU)Consortium Health Literacy Project EUROPEAN .Health Literacy And Public Health:A Systematic Rewiew And Integration Of Definitions And Models.BMC Public Health 2012 ;25 (12):80
6. T.C Sağlik Bakanliği Sağliğin Geliştirilmesi Genel Müd. Sağlığın Teşviği Daire Başkanlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenililirlik Ve Geçerlilik Çalışması.Edi:Pınar Okyay,Filiz Abacıgil Mayıs 2016.Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (Asoy-Tr) Sağlık Bakanlığı Yayın No:1025 Baskı :1,
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü."türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2013." T.C Kalkınma Bakanlığı Ve TÜBİTAK,Ankara, Türkiye. 2014. Retrieved July 28,2017,From Http://Www.Hacettepe.Edu.Tr/Tnsa 2013/Rapor/TNSA_2013_ANA_RAPOR.Pdf
8. Doyle G. .Cafferkev K.Fullam J. The European Health Literacy Survey:Results From Ireland April 2012. Retrieved July 28 .2017,From Http://Healthliteracy.Trinityseven.Biz/Wp-Content/Uploads/2010/11/EU-HEALTH-LİTERACY,SURVEY-FULL-REPORT.Pdf
9. Mancusa MJ..Health Literacy:A Concept /Dimensional Analysis.Nursing And Health Sciences 2008;10:248-255.
10. Paasche -Orlow MK.,Wolf MS.The Causal Pathways Linking Health Literacy To Health Outcomes.Am J. Health Behavior 2007;31:19-26.
11. Williams MV. Davis T.Parker RM:ET. AL.The Role Of Health Literacy In Patient-Physician Communication .Family Medicine 2002;34(5):383-389

12. Wolf MS Curtis LM,Wilson EA &Amp Et.Al.Literacy Kognitive Function And Health Results Of The Lit Cog Study .J.Gen Intern Med.2012;27:1300-1307
13. Dişçigil G.,Tekinç N.,Anadol Z. &Et. Al. Toplum Içinde Yaşayan Ve Bakımavinde Kalan Yaşlılarda Polifarmasi Türk Geriatri Dergisi 2006;9(3):117-121
14. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int 16, 2009; (2009) dap014v1.
15. Healty People 2010: Understanding and Improving Health. US Department of Health and Human Services. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1. Baskı. Bakanlık Yayın No: 814, Ankara, 2011, s. 10.
17. American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association, 1999;281(6): 552-557.
18. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot. Int. (1998) 13 (4): 349-364.
19. Ratzan, 2001: 210; Selden vd. 2000: v) RATZAN, S. C. (2001). Health Literacy: Communication for The Public Good. Health Promotion International, XVI, 2: 207-214.
20. Akbolat, M.Erigüç, G. & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? sakarya ilinde bir araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 354-362.
21. Sezer ve kadıoğlu 2014: Sezer, A. & Kadıoğlu, H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 165-170.
22. Balçık, P. Y. Taşkaya, S. & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 321-326.

23. Barrett, S.E. & Puryear, J.S.(2006). Health literacy: improving quality of care in primary care settings. journal of health care for the poor and underserved.17(4),690-697.
24. Nielsen-Bohlman, L. Panzer, A.M.Kindig, D.A. (2004). Health Literacy: A Prescription To End Confusion, Erişim: [www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091179].
25. 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): 9–1
26. Health literacy program.http://www.amaassn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/ourprograms/public-health/health-literacyprogram.page,Erişim tarihi: 05.01.2015
27.Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy The Solid Facts. Copenhagen: WHO; 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_/file/ 0008/ 190655/e96854.pdf, Erişim tarihi: 15 Eylül 2015.
28. Brabers, A. E. J.D.J.M.Rademakers, J. Groenewegen, P. P.Dıjk, L. V. & Jong, J. D. (2016). What role does health lıteracy play ın patıents' ınvolvement ın medıcal decısıon-makıng? Plos One
29. Aslantekin, F. & YumrutaĢ, M.(2014). Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin, XIII, 4: 327-334.
30. Baker, D. W.Parker, R. M. Williams, M.V. & Clark, W.S.(1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. Journal of General Internal Medicine, XIII, 12: 791–798.
31. Sönmez, B. Faika (2009), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Okuryazarlığının Önemi, Antalya
32. Yılmaz, F.Yavuz Çolak, M. Ersoy, K. (2009) Sağlık Okuryazarlığın Hasta Hekim İlişkisine Etkisi, Başkent Üniversitesi, Sayfa:2
33. Kanj, M.Mitic, W.(2009). Health Literacy and Health Behaviour. Eastern Mediterranean Region, World Health Organization.
34. Klassen, K.(2008). Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding, Canadian Council on Learning.

35. Kutner, M. Greenburg, E. Jin, Y. & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics.
36. Eyüboğlu, E. & Schulz, P. J.(2016). Do Health Literacy and Patient Empowerment Affect Self-Care Behaviour? A Survey Study Among Turkish Patients with Diabetes. BMJ Open, VI, 3: 1-7.
37. Kondilis, B. K.Soteriades, E. S. & Falagas, M. E.(2006). Health Literacy Research in Europe: A Snapshot. The European Journal of Public Health, XVI, 1: 113-113.
38. Lee, S. Y. D. Tsai, T. I. & Tsai, Y. W.(2013). Accuracy in Self-Reported Health Literacy Screening: A Difference Between Men and Women in Taiwan. British Medical Journal, III,11: 1-7.
39. Baker, L. M.Wilson, F. L.Nordstrom, C. K. & Legwand, C. (2007a). Mothers' Knowledge and Information Needs Relating to Childhood Immunizations. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, XXX, 2: 39-53.
40. Loke, Y. K.Hinz, I. Wang, X.Rowlands, G.Scott, D. & Salter, C.(2012). Impact of Health Literacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Disease–Systematic Review. PLoS One, VII, 7: 1-8.
41. Shaw, S. J. Huebner, C.Armin, J.Orzech, K. & Vivian, J.(2009). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. Journal of Immigrant and Minority Health, XI, 6: 460-467
42. Eichler, K.Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. International Journal of Public Health, LIV, 5: 313-324.
43. Volandes, A. E. & Paasche-Orlow, M. K. (2007). Health Literacy, Health Inequality and A Just Healthcare System. The American Journal of Bioethics, VII,11: 5-10.
44. Berens, E. M.Vogt, D.Messer, M.Hurrelmann, K. & Schaeffer, D.(2016). Health Literacy Among Different Age Groups in Germany: Results of A Cross-Sectional Survey. BMC Public Health, XVI, 1: 1-8.

45. Kobayashi, L. C. Wardle, J. & Von Wagner, C. (2014). Limited Health Literacy Is A Barrier to Colorectal Cancer Screening in England: Evidence from The English Longitudinal Study of Ageing. Preventive Medicine, VI, 1: 100-105.
46. Veiga, S. & Serrão, C.(2016). Health Literacy of A Sample of Portuguese Elderly. Applied Research in Health And Social Sciences: Interface And Interaction, XIII, 1: 14-26
47. Lindau, S. T.Tomori, C. Lyons, T. Langseth, L.Bennett, C. L. & Garcia, P. (2002). The Association of Health Literacy with Cervical Cancer Prevention Knowledge and Health Behaviors in A Multiethnic Cohort of Women. American Journal of Obstetrics & Gynecology, CLXXXVI, 5: 938-943.
48. Tokuda, Y. Doba, N. Butler, J.P. Paasche-Orlow, M.K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults, Patient Education and Counseling, 75: 411–417
49. Chew, L. D. Bradley, K. A. Flum, D. R.Cornia, P. B. & Koepsell, T. D. (2004b). The Impact of Low Health Literacy on Surgical Practice. The American Journal of Surgery, CLXXXVIII, 3: 250-253.
50. Scott vd.2002: 398: SCOTT, T. L. Gazmararian, J. A. Williams, M. V. & Baker, D. W. (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in A Managed Care Organization. Medical Care, XL, 5: 395-404.
51. Fortenberry, J. D.McFarlane, M. M.Hennessy, M.Bull, S. S. Grimley, D. M.St Lawrence, J. & VanDevanter, N.(2001). Relation of Health Literacy to Gonorrhoea Related Care. Sexually Transmitted Infections, LXXVII, 3: 206-211.
52. Baker, D. W.Gazmararian, J. A.Williams, M. V.Scott, T. Parker, R. M. Green, D. & Peel, J. (2004). Health Literacy And Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. Journal of General Internal Medicine, XIX, 3: 215-220.
53. Baker, D. W.Parker, R. M. Williams, M. V. Clark, W. S. & Nurss, J. (1997). The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services. American Journal of Public Health, LXXXVII, 6: 1027-1030.

54. Kalichman, S. C. Benotsch, E.Suarez, T. Catz, S.Miller, J. & Rompa, D. (2000). Health Literacy and Health-Related Knowledge Among Persons Living with HIV/AIDS. American Journal of Preventive Medicine, XVIII, 4: 325-331.

55. Kim, S. H. (2009). Health Literacy and Functional Health Status in Korean Older Adults. Journal Of Clinical Nursing, XVIII, 16: 2337-2343.

56. Mbaezue, N.Mayberry, R. Gazmararian, J. Quarshie, A.Ivonye, C. & Heisler, M. (2010). The Impact of Health Literacy on Self-Monitoring of Blood Glucose in Patients with Diabetes Receiving Care in An Inner-City Hospital. Journal of the National Medical Association, CII, 1: 5-9

57. Davis, T. C. Wolf, M. S. Bass, P. F.Thompson, J. A. Tilson, H. H. Neuberger, M. & Parker, R. M. (2006a). Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. Annals of Internal Medicine, CXLV, 12: 887-894.

58. Davis, T. C. Wolf, M. S.Bass, P. F. Middlebrooks, M. Kennen, E.Baker, D. W. & Parker, R. M. (2006b). Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels. Journal of General Internal Medicine, XXI, 8: 847-851.

59. Williams, M. V.Baker, D. W.Parker, R. M. & Nurss, J. R. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. Archives of Internal Medicine, CLVIII, 2: 166-172.

60. Schillinger, D.Grumbach, K. Piette, J.Wang, F.Osmond, D. Daher, C. & Bindman, A. B. (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. Jama, CCLXXXVIII, 4: 475-482.

61. Powell, C. K.Hill, E. G. & Clancy, D. E.(2007). The Relationship Between Health Literacy and Diabetes Knowledge and Readiness to Take Health Actions. The Diabetes Educator, XXXIII, 3:144-151.

62. Wolf, M. S.Gazmararian, J. A. & Baker, D. W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. Archives of Internal Medicine, CLXV, 17: 1946-1952.

63. Kaufman, H. Skipper, B. Small, L.Terry, T. & Mcgrew, M.(2001). Effect of Literacy on Breast-Feeding Outcomes. Southern Medical Journal, XCIV, 3: 293-296.

64. Baker, D. W.Gazmararian, J. A. Williams, M. V.Scott, T.Parker, R. M.Green, D. & Peel, J. (2002). Functional Health Literacy and The Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. American Journal of Public Health, XCII, 8: 1278-1283.
65. Safeer, R. S. & Keenan, J.(2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. American Family Physician, LXXII, 3: 463-468.
66. CHO, Y. I.Lee, S. Y. D. Arozullah, A. M. & Crittenden, K. S. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst the Elderly. Social Science & Medicine, LXVI, 8: 1809-1816.
67. Yılmazel, G. & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum Sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 69-74.
68. Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine, 21(8), 878-883.
69. U.S. Department of Health and Human Services (2010). Quick guide to health literacy. U.S. Department of Health and Human Services Offie of Disease Prevention and Health Promotion.
70. Johnston MV, Diab ME, Kim SS, Kirshblum S. (2005). Health literacy, morbidity and quality of life among individuals with spinal cord injury. J Spinal Cord Med, 28: 230– 240.
71. De Walt DA, Dilling MH, Rosenthal MS, Pignone MP. (2007). Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. Ambul Pediatrics, 7(1):25–31.
72. Rudd RE, Anderson JE, Oppenheimer S, Nath, Green, J. (2007) Health Literacy: An Update of Medical and Public. In Review of Adult Learning and Literacy. Eds: Comings J, Garner B, Smith C, Vol 7, America, p.175-199.
73. Entwistle V, Williams B. (2008). Health literacy: The need to consider images as well as words. Health Expectations, 11(2): 99–101.
74. Edwards J, Jackson C, Cheater F, Holt J, Robinson M. (2009). Healthy eating and physical activity choices in socio-economically disadvantaged women: the role of health literacy. J Epidemiol Community Health, 63(suppl 2): S5.

75. Amalraj, S.Starkweather, C. Nguyen, C. & Naeim, A. (2009). Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. Oncology, 23, 369–75

76. Chin, J.Morrow, D. G. Stine-Morrow, E. A. Conner-Garcia, T.Graumlich, J. F.& Murray, M. D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. Journal of Health Communication, 16 (3), 222–41

77. Knight, G. D. (2011). An Evaluation of the Health Literacy Knowledge and Experience of Registered Nurses in Georgia. Unpublished Doctoral Dissertation, Auburn University, Alabama.

78. HLS-EU Consortium. (2012). Comparative report on health literacy eight UE member states: the European health literacy survey HLS-EU. Online publication: http://www.health literacy.eu.

79. Kutner, M.Greenberg, E. Baer, J. (2005). A First Look at the Literacy of America's Adults in the 21st Century. National Center for Education Statistics (NCES), NCES, MD, USA.

80. The European Health Literacy Project, 2009- 2012. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States (2012). Maastricht, HLS-EU Consortium. Erişim: 13 Ekim 2015, www.healthliteracy.eu.

81. Durusu-Tanrıöver, M. Yıldırım, H.H.Demiray-Ready, F.N.Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, Birinci Baskı, SağlıkSen Yayınları, Ankara.

82. Berkman, N.D.Stacey, L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpern, A.V., Karen C., Audrey H. et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence report/technology assesment no. 199. (prepared by RTI International–University of North Carolina EvidenceBased Practice Center under contract no. 290-2007-10056-i.) AHRQ publication number 11-e006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence report

83. Powell CK, Kripalani S, 2005. Brief report: resident recognition of low literacy as a risk factor in hospital readmission. J Gen Intern Med, 20, 1042-44.

84. Schaffler J, Leung K, Tremblay S, Merdsoy L, Belzile E, Lambrou A, Lambert SD. The Effectiveness of SelfManagement Interventions for Individuals with

Low Health Literacy and/or Low Income: A Descriptive Systematic Review J Gen Intern Med- 33(4):510-523. doi: 10.1007/s11606-017-4265-x. Epub 2018 Feb

85. Betancourt MT, Roberts KC, Bennett TL, Driscoll ER, Jayaraman G, Pelletier L. Monitoring chronic diseases in Canada: the Chronic Disease Indicator Framework. Chronic Dis Inj Can 2014, 34(1):1-30.
86. Dubay LC, Lebrun LA. Health, behavior, and health care disparities: disentangling the effects of income and race in the United States. Int J Health Serv 2012, 42:607-625.
87. Stewart DW, Vidrine JI, Shete S, Spears CA, Cano MA, Correa-Fernández V, et al. Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. J Health Commun 2015;20(suppl 2):24–33
88. Stewart DW, Cano MA, Correa-Fernández V, Spears CA, Li Y, Waters AJ, et al. Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. BMC Public Health 2014;14:716. doi: 10.1186/1471-2458-14-716.
89. Betz, L.C. Ruccgone, K. Meeske, K. & Chang, N (2008). Health literacy: a pediatric nursing concern, Pediatric Nursing, 34(3), 231–239.
90. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS, 2005. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int, 20,195-203.
91. T.C. Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. (2008). Erişim: 20.12.2014. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuph
92. Westra, B.L.Weinfurter, E. F. & Delaney, C. W. (2014). Integrative nursing and health literacy (pp.446-455). Well Integrative Library: Oxford Universtiy Press.
93. Andrus, M. R. Roth M. T. (2002). Health literacy: a review. Pharmacotherapy, 22 (3), 282-302. Akgül
94. Sönmez, B. F. (2011). Sağlık okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı, Ankara. Erişim: 15.12.2014. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/172538/h/bfs-soy-egitim
95. Parker, R. M. Baker, D. W.Williams, M. V. & Nurss J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients'

literacy skills. Journal of General Internal Medicine, 10 (10), 537-41. Aktaran Christmann, S. (2005). Health literacy and internet. EuroHealthNet, s.3-7

96. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns. 1999;38(1):33-42.

97. Health Literacy- A prescription to end confusion. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1088 3, Erişim tarihi: 06.03.2014

98. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Educ Res. 2010;25(3):464-77

99. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. COPD.2013;10(1):72-8.

100. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy emerging evidence and applications in kidney disease care. Adv Chronic Kidney Dis. 2013;20(4):311-9.

101. Al Sayah F, Majumdar SR, Johnson JA. Association of Inadequate Health Literacy with Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Depression: Secondary Analysis of a Controlled Trial. Can J Diabetes. 2015(8);39(4):259-65

102. Shoou-Yih D, Tzu-I T, Yi-Wen T. Accuracy in selfreported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. BMJ Open 2013; 3:e002928

103. Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL, 2008. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. Mayo Clin Proc, 85, 554-58.

104. Davis TC, Long S, Jackson R, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA, 1993. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: a shortened screening instrument. Fam Med, 25, 391-95.

105. Weiss BD, Mays MD, Martz W, Castro, KM, DeWalt DA, Pignone MP, Hale FA, 2005. Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. Ann Fam Med, 3, 514-522.

106. Mayer GG, Michael Villaire MSLM, 2007. Health literacy in primary care: A clinician's guide. Springer Publishing Company. EriĢim tarihi, 10 Haziran 2014.

107. Pleasant A, Kuruvilla S, 2008. A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. Health Promot Int, 23, 152-9.

108. Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF, 2007. Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). J Public Health Dent, 67, 105-12.

109. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B 2006. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. BMC Family Practice, 7, 21

110. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, Bradley KA, Nugent SM, Baines AD, VanRyn M, 2008. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a large VA Outpatient Population. J Gen Intern Med, 23, 561-66.

111. Chang LC, 2010. Health literacy, self- reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. J Clin Nurs, 20, 190-6.

112. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ, 2004. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Fam Med, 36, 588-94

113. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, Bradley KA, Nugent SM, Baines AD, VanRyn M, 2008. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a large VA Outpatient Population. J Gen Intern Med, 23, 561-66.

114. Aile hekimliği/ Genel pratisyenlik Avrupa tanımı http://www.woncaeurope. org/sites/default/files/docu ments/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf, Erişim tarihi: 16.04.2014.

115. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD et al. Guide to implementing the health literacy universal precautions toolkit. AHRQ Publication No. 15-0023-1-EF Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.

116. WHO, 1998. World Health Organization Health Promotion Glossary. Geneva.

117. Güler, Ç. ve Akın, L. (2006). Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

118. Erci B. (2009). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam. İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Ed: Erci B. Birinci Baskı. Göktuğ Yayınları, s. 192-201.

119. Sayah, FA. Williams B. Johnson JA. Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. Health Education & Behavior. 2012;20(10): 1–14.

120. Ngoh, L.N. (2009). Health Literacy: A Barrier To Pharmacist–Patient Communication And Medication Adherence. J Am Pharm Assoc, 49, 132–149.

121. Boren S. (2009). A Review of Health Literacy and Diabetes: Opportunities for Technology. Journal of Diabetes Science and Technology, 3 (1), 202-209.

122. Wallace, A. (2010). Low Health Literacy: Overview, Assessment, and Steps Toward Providing High-Quality Diabetes Care. Diabetes Spectrum, 23(4), 220-227.

123. Coffman, M.J., Norton, C.K. and Beene, L. (2012). Diabetes Symptoms, Health Literacy, And Health Care Use İn Adult Latinos With Diabetes Risk Factors. J Cult Divers., 19(1),4-9.

124. Eski S. (1999). "Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi", Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

125. Kızılcı S. (1997). "Kemoterapi Alan Kanseli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

126. Şahin N. (2001). "Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

127. Pınar R. (1996). "Tedavisine Devam Eden Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Durumluluk Kaybı Düzeyleri", Çınar Dergisi, 2:2, s:50-52

128. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006; 1: 1-5.

129. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006; 1: 9-13

130. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması. TSK Koruyucu Hekim

131. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2003; 12: 113-116.

132. Banegas JR, Guallar-Castillón P, Rodrı´guez-Artalejo F, Graciani A, López-Garcı´a E, Ruilope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. Am J Hypertens 2006; 19: 686-693.

133. Coyne KS, Darlene Davis D, Frech F, Hill MN. Healthrelated quality of life in patients treated for hypertension: a review of the literature from 1990 to 2000. Clin Ther 2002; 24: 142-l69.

134. Bardage C, Isacson Dag GL. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol 2001; 54: 172-181.

135. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BEK. Health status and hypertension: a populationbased study. J Clin Epidemiol 1996; 49: 1239-1245.

136. Aydemir O, Cenk Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-carebased study among hypertensives. Arch Med Res 2005; 36: 136-141.

137. Rijken M, van Kerkhof M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. Qual Life Res 2005; 14: 45-55.

138. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health Qual Life Outcomes 2004; 2: 1-12. 139. Xuan I, Kirchdoerfer LJ, Bayer JG, Norwood GJ. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: an analysis of clinical trial data. Clin Ther 1999; 21: 383-403.

140. Bremner AD. Antihypertensive medication and quality of life-silent treatment of a silent killer? Cardiovasc Drugs Ther 2002; 16: 353-364.

141. Lalonde L, O'Connor A, Joseph L, Grover SA. The Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. Qual Life Res 2004; 13: 793-804.

142. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. Qual Life Res 2006; 15: 83-91.

143.Betancourt MT, Roberts KC, Bennett TL, Driscoll ER, Jayaraman G, Pelletier L. Monitoring chronic diseases in Canada: the Chronic Disease Indicator Framework. Chronic Dis Inj Can 2014, 34(1):1-30.85

144. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. Kısa Form36 (KF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 102-106.

145. Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işikdoğan Z. İK Çaliş. Tuberk Toraks. 2014; 62(2): 101-7.

146. Brown MT, Bussell JK, editors. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clinic Proceedings; 2011: Elsevier.

147. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.

148. Culig J, Leppée M. From Morisky to Hill-bone; self-reports scales for measuring adherence to medication. Collegium antropologicum. 2014;38(1):55-62.

149. Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: enpowering the community to take action for better mental health. American Psychologist, 67(3), 231-243.

150. World Health Organization. (2013). Health literacy. The solid facts. Retrieved August 25, 2014, from http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

151. Bhatia, S. (2007). Childhood and adolescent depression. Am Fam Physician, 75(1), 73.

152. Mezuk, B. ve diğ. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan. Diabetes Care, 31(12), 2383–2390.

153. Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and metaanalysis. American Journal Preventive Medicine, 23(1), 51–61.

154. Henderson, C. ve diğ. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. American Journal of Public Health., 103(5), 777–80.

155. Burns, J. ve Rapee, R. (2005). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. Journal of Adolescent Health, 29, 225-239.

156. Wright, A. ve diğ. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign: the Compass Strategy. BMC Public Health, 6, 215.

157. Kelly, C. ve diğ. (2006). Adolescents responses to peers with depression or conduct disorder. Aust N Z J Psychiatry, 40, 63-66.

158. Kann, L. Telljohann, S,K.Wooley, S,F. (2007). Health Education: Results from the School Health Policies and Programs Study 2006. Journal of School Health, 77(8):408-434.

159. Kickbusch, I. (2006). Health Literacy: Empowering Children to Make Healthy Choices. Virtually Healthy, 41(3):2-3.

160. Kutlu, Ruhuşen, Nur Demirbaş, Selma Çivi, Atilla Can (2015). Evaluation of depression and quality of life with short form 36 of inpatients at the thoracic surgery service. Turkısh Journal Of Thoracıc And Cardıovascular Surgery. DOI :10.5606/tgkdc.dergisi.2015.9025

161. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW, 2005. Health literacy and functional health status among older adults. Arch Intern Med, 165, 1946-1952

162. Kim SH, 2009. Health literacy and functional health status in Korean older adults. J Clin Nurs, 18, 2337-2343.

163. Sezer, A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

164. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J, 1997. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. Am J Publıc Health, 87, 1027-30.

165. Kalichman SC, Rompa D, 2000. Functional health literacy is associated with status and health related knowledge in people living with HIV/AIDS. J Acq Immun Def Synd, 25, 337–44.

166. Temel A. ve Çimen U. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33(3):105-125.

167. Federman A D, Wolf M S, Sofianou A & et al. Asthma Outcomes Are Poor Among Older Adults With Low Health Literacy. Journal of Asthma 2014; 51(2): 162-167.

168. Golin CE, Liu H, Hays RD & et al. A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication. J Gen Intern Med 2002;17(10): 756-765.

169. Koskan A, Friedman D, Messias D. Health Literacy Among Hispanics: A Systematic Research Revie w (1992-2008). Hispanic Health Care Int. 2010;8(2): 65-76.

170. World Health Organization. The Determinants of Active Ageing: Understanding the Evidence 2007. Active Ageing: A Policy Framework Geneva. Retrieved July 31, 2017, from http://www.who.int/ageing

171. Yılmaz F, Çolak YM, Ersoy K. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkisi. IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Antalya 2010.*

172. Christensen MV, Kessing LV. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1-20.

173. Cicolini G, Comparcini D, Flacco ME, Capasso L, Masucci C, Simonetti V. Self-reported medication adherence and beliefs among elderly in multi-treatment: a cross-sectional study. Appl Nurs Res 2016;30:131-6.

174. Alhewiti A. Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. Int J Family Med 2014;2014:479596

175. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res 1999;47(6):555-67.

176. Alsous M, Alhalaiqa F, Abu Farha R, Abdel Jalil M, McElnay J, Horne R. Reliability and validity of Arabic translation of Medication Adherence Report

Scale (MARS) and Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)-specific for use in children and their parents. PLoS One 2017;12(2): e0171863

177. Sweileh WM, Zyoud SH, Abu Nab'a RJ, Deleq MI, Enaia MI, Nassar SM, et al. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a crosssectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in palestine. BMC Public Health 2014;14(1):94.

178. Yine HS, Dreyer BP, Foltin G, van Schaick L, Mendelsohn AL. (2007). Association of low caregiver health literacy with reported use of nonstandardized dosing instruments and lack of knowledge of weightbased dosing. Ambul Pediatr, 7(4): 292–298.

179. IOM, 2004. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press.

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

181. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H & et al. Muğla il Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Turkish Journal of Geriatrics, 2006;9(1): 30-33.Çınarlı İ. Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Okuryazarlığı. Galatasaray Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış 2014;19 :20-25.

182. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD and Bindman AB. (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. JAMA, 288: 475-482.

183. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014).Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. http://www.sagliksen.org.tr

8. EKLER

EK- 1. ETİK KURUL

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/269
Konu : Etik Kurul Kararı

04.10.2018

Sayın: Arş.Gör.Dr.İdeal Beraa YILMAZ KARTAL
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz **"Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu ile İlişkisi"** isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için **Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan** izin alınması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep CAKIR
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Arş.Gör.Dr.İdeal Beraa YILMAZ KARTAL**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu ile İlişkisi**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 06 Karar No: 02**	**Tarih:** 04.10.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Doç.Dr.Aysenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Binali FIRINCI
Üye

Dr.Öğr.Üy.Zahide KOŞAN
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-2. ARAŞTIRMA İZİN TALEBİ

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
16/11/2018 09:08 - 44827528 - 604.02 - E.1327
00080989441

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 44827528-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi

Sn. Dr. İdeal Beraa YILMAZ KARTAL
Atatürk Üniversitesi Kampüs Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
17 No.lu Aile Hekimliği Birimi
Yakutiye / ERZURUM

İlgi : 19.10.2018 tarihli dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçenizde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR sorumluluğunda "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu İle İlişkisi" başlıklı araştırmanın yapılabilmesi için izin talebinde bulunulduğu tarafımıza bildirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Konuya ilişkin olarak yapılan değerlendirme neticesinde, araştırmacının katılımcılara kendi imkanları ile ulaşması gerektiği kararı alınmıştır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim etmeniz ve uyarılarımıza hassasiyetle uymanız hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. İbrahim YILDIRIM
Müdür a.
Başkan

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:
e-Posta:Emine.Sat@saglik.gov.tr İnt.Adresi: erzurum.saglik.gov.tr
Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN
Unvan:EBE
Telefon No:0442-234 39 25- Dahili : 1131

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 766893be-a3e1-47bb-a51b-9141fe21a0ba kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. BİREYSEL GÖRÜŞME FORMU

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: Kadın( ) Erkek( )

Eğitim Durumunuz:

1( ) İlkokul mezunu 2( )Ortaokul mezunu 3( ) Lise mezunu 4( )Üniversite mezunu

5( )Yüksek lisans mezunu 6( )Doktora mezunu

Medeni Durumunuz:

1( )Evli 2( )Bekar 3( )Boşanmış

Çocuğunuz var mı?

1( )Hayır 2( ) Evet

Cevabınız evet ise kaç çocuğunuz var?.....

Mesleğiniz:

1( )Ev Hanımı 2( )İşçi 3( )Memur 4( )Akademisyen 5( )Öğretmen 6()Diğer:.....

Gelir durumunuz nasıl değerlendirirsiniz?

1( )Yüksek(gelir giderden oldukça fazla) 2( ) İyi(gelir giderden fazla)

3( ) Orta(gelir gidere eşit) 4( )Kötü(gelir giderden az)

Sosyal güvenceniz:

1()SSK 2()Bağkur/Emekli sandığı 3()Yeşil Kart 4()Sosyal güvence yok

5( )Diğer.....

Mevcut herhangi bir hastalığınız var mı?

1( )Evet 2( )Hayır

Cevabınız evetse hangi hastalığa/hastalıklara sahipsiniz?

( )Diyabet

2( )Hipertansiyon

3( )Astım

4( )Osteoporoz

5( )Diğer.....

Hergün düzenli olarak kullandığınız ilaç veya ilaçlar ...

...1( )Evet 2( )Hayır

.....

Okumanızı engelleyecek düzeyde görme sorununuz var mı?

1( )Evet 2( )Hayır

Size söylenenleri duymanızı engelleyecek işitme sorununuz var mı?

1( )Evet 2( )Hayır

Son 1 yıl içerisinde Kronik hastalığınızdan dolayı kaç kez asm ye başvurdunuz?

son 1 yıl içerisinde kronik hastalığınızdan dolayı kaç kez hastaneye başvurdunuz?

Son 1 yıl içerisinde Kronik hastalığınızdan dolayı kaç kez herhangi bir hastanenin acil servisine başvurdunuz?

Son 1 yıl içerisinde Hastaneye başvurduğunuzda serviste yatış yaptınız mı ? Yaptıysanız kaç gün hastanede kaldınız?

EK-4. AVRUPA SAĞLIK OKUR-YAZARLIK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE UYARLAMASI (ASOY-TR)

Madde No	Maddenin içeriği	1.Çok Zor	2.Zor	3.Kolay	4.Çok Kolay	5.Bilmiyorum
	TEDAVİ HİZMET					
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma					
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak					
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak					
3	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak					
4	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama					
5	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak					
6	İlacınızın prospektüsünü anlamak					
7	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak					
8	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme					
9	Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek					
10	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
11	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
12	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama					
13	Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak					
14	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek					
15	Acil bir durumda ambulans çağırmak					
16	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek					
	HASTALIKLARDAN KORUNMA					
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma					
17	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak					
18	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak					
19	Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak					
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama					
21	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak					
22	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					
23	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					

	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme					
24	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek					
25	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek					
26	Hangi aşılara ihtiyacınız olduğuna karar vermek					
27	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek					
28	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama					
29	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek					
30	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					
31	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					

Madde No	**Maddenin içeriği**	1.Çok Zor	2.Zor	3.Kolay	4.Çok Kolay	5.Bilmiyorum
	SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ					
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma					
32	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak					
33	Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak					
34	Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak					
35	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak					
36	İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama					
37	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak					
38	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak					
39	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak					
40	Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme					
41	Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek					
42	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek					
43	Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek					
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama					
44	Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak					
45	İstediğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak					
46	Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek					
47	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak					

EK-5. SAĞLIK ÖLÇEĞİ FORMU (TÜRKÇE SF-12)

1. Genelde, sağlığınız:

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
○	○	○	○	○

2. Aşağıdaki sorular, tipik bir gün sırasında yapabileceğiniz etkinlikler hakkındadır. Bu etkinlikleri yaparken sağlığınız, sizi kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a Orta düzeydeki etkinlikler sırasında; örneğin, masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, spor yaparken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?	○	○	○
b Merdiven basamaklarını çıkarken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?	○	○	○

3. Son 4 haftada, fiziksel sağlığınıza bağlı olarak işiniz ya da günlük etkinlikleriniz sırasında aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a Beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?	○	○
b İşinizde ya da diğer etkinlikler sırasında kısıtlandığınız oldu mu?	○	○

4. Son 4 haftada, depresif ya da anksiyeteli hissetmek gibi duygusal sorunlar sonucunda işiniz ya da günlük etkinlikler sırasında aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a Beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?	○	○
b İşinizde ya da diğer etkinlikler sırasında her zamanki kadar dikkatli olamadığınız oldu mu?	○	○

5. Son 4 haftada, evde ve iş yerinizde ağrı ne ölçüde işlerinizi yapmanıza engel oldu?

Hiç olmadı	Hafif derecede	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı derecede
○	○	○	○	○

6. Aşağıdaki sorular son 4 haftada kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her bir soru için size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla kendinizi...

	Her zaman	Çoğu zaman	Ara sıra	Bazen	Çok az bir zaman	Hiç bir zaman
a sakin ve huzurlu hissettiniz?	○	○	○	○	○	○
b enerji dolu hissettiniz?	○	○	○	○	○	○
c çökkün hissettiniz?	○	○	○	○	○	○

7. Son 4 haftada, fiziksel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, arkadaş ya da akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerinizi hangi sıklıkla engelledi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok az bir zaman	Hiç bir zaman
○	○	○	○	○

EK-6. MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ ANKET SORULARI

1- İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	EVET	HAYIR
2- İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?	EVET	HAYIR
3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?	EVET	HAYIR
4- Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR
5- İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	EVET	HAYIR
6- Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?	EVET	HAYIR