



**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ VE BAKIM VERME YÜKÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SERKAN KARAKAN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA - 2021



**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ VE BAKIM VERME YÜKÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**DR. SERKAN KARAKAN
ORCID ID: 0000-0002-9417-9835**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK**

MALATYA-2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Kavramı	4
2.2. Evde Bakım Hizmetleri	4
2.2.1. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi	4
2.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	5
2.2.3. Evde Bakımın Tarihçesi.....	5
2.2.4. Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri	6
2.2.5. Evde Bakımın Olumlu ve Olumsuz Yönleri	6
2.3. Evde Bakım Gerektiren Durumlar	6
2.4. Bakım Veren Kavramı	7
2.6. Bakım Verenlerin Yaşadığı Olumlu ve Olumsuz Durumlar	8
2.7. Bakım Verme Yüğü	8
2.8. Bakım Verme Yüğünü Etkileyen Faktörler	10
2.9. Sağlık Okuryazarlığı	10
2.10. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları.....	11
2.11. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	13
2.12. Kronik Hastalıklar ve Sağlık Okuryazarlığı	15
3. MATERYAL VE METOT	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	19
3.3. Evren ve Örneklem	19
3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriteri	19
3.5. Çalışmadan Dışlanma Kriteri	19
3.6. Çalışmadan Çıkarılma Kriteri.....	19

3.7. Veri Toplama Aracı	19
3.7.1. Bakım Verici ve Hasta Sosyo-demografik Özellikler Formu	20
3.7.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	20
3.7.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğı.....	20
3.8. Verilerin Toplanması	21
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
4.BULGULAR.....	22
4.1. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi	22
4.2. Hasta Bakımına İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi.....	23
4.3. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	26
4.4. Hasta Bakımıyla İlgili Nicel Değişkenlerin ve Kullanılan Ölçeklerin İncelenmesi	26
4.5. Hasta Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ve Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanı Karşılaştırılması	27
4.6. Hasta Bakımına İlişkin Değişkenler ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ve Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanı Karşılaştırılması.....	30
4.7. Hastanın Sosyo-demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ve Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanı Karşılaştırılması	32
4.8. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi	33
4.9. Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi	34
4.10. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanının Korelasyonlarının İncelenmesi	34
5. TARTIŞMA	36
5.1. Hasta Bakım Verenlerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı ve Bakım Verme Yüğü Toplam Puanına Yönelik Bulguların Tartışılması	36
5.2. Hasta Bakımına İlişkin Değişkenler ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanı Tartışılması.....	38

5.3. Hastanın Sosyo-demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı ve Bakım Verme Yüğü Toplam Puanına Yönelik Bulguların Tartışılması	39
5.4. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanı ile Bakım Verme Yüğü Toplam Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR	43
EKLER.....	53
EK-1. Özgeçmiş.....	53
EK-2. Etik Kurul Onayı.....	54
EK-3. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	55
EK-4. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu.....	56
EK-5. Anket.....	60

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması, yürütülmesinde ve uzmanlık eğitimim boyunca tecrübeleriyle bana yol gösteren tez danışmanım Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK hocama,

Uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK hocama,

Rotasyonlarda bilgi ve tecrübelerini paylaşan hocalarıma,

Samimiyet ve dostlukla yanımda olan, desteğini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan sevgili eşime, bana çok şey katan biricik oğluma, kıymetli anneme, babama, kardeşime ve dostlarıma sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Evde Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığının ve Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada evde bakım hastalarına bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı ve bakım verme yükü sorgulanıp, iki kavram arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu çalışma gözlemsel kesitsel bir çalışmadır. Araştırma, Malatya il merkezinde, Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı hastaların bakım verenleri üzerinde yapılmıştır. Araştırma 15 Nisan 2021 ile 15 Temmuz 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Malatya il merkezinde yaşıyıp evde bakım hizmeti alan 3000 hastanın primer onlarla ilgilenen bakım vericileri oluşturmuştur. Örneklem grubuna %95 güven % 5 hata aralığıyla hesap yapıldığında en az 341 bakım vericisi dahil edilmesi gerektiği bulunmuş, 350 kişiyle çalışma tamamlanmıştır. Veriler sosyo-demografik özellikler formu, sağlık okuryazarlığı ölçeği ve bakım verme yükü ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme ya da telefon ile görüşmeyle toplanmış ve veriler SPSS 22 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı toplam puanı ortalama $97,1 \pm 18,9$ olarak bulunmuş, yeterli düzeyde olarak değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin ortalama bakım verme yükü toplam puanı ise $38,4 \pm 13,6$ olarak bulunmuş, orta düzeyde olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ile bakım verme yükü arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı arttıkça bakım verme yükü azalmaktadır. Yaş, gelir durumu ve bakım verenin kronik hastalığının olması ile sağlık okuryazarlığı ve bakım verme yükü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Evde bakım hastalarına bakım verenlere eğitim verilmesi, gelir durumu düşük olanlara maddi destek sağlanması, kronik hastalığı olanlara tıbbi destek sağlanması önerilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve bakım verme yükünü araştıran çalışmalar arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Bakım verme yükü, Evde bakım hastası

ABSTRACT

Relationship Between Health Literacy and Caregiver Burden of Caregivers of Home Care Patients

Objective: In this study, it was aimed to question the health literacy and caregiving burden of caregivers of home care patients and to examine the relationship between the two concepts.

Material and Method: This study is an observational cross-sectional study. The research was carried out on the caregivers of the patients registered in the Malatya Training and Research Hospital Home Care Unit in the city center of Malatya. The research was carried out between 15 April 2021 and 15 July 2021. The universe of the study consisted of primary caregivers of 3000 patients who lived in Malatya city center and received home care services. It was found that at least 341 caregivers should be included in the sample group when the calculation was made with a 95% confidence 5% error interval, and the study was completed with 350 people. Data were collected by face-to-face interview or telephone interview using the socio-demographic characteristics form, health literacy scale and caregiving burden scale, and the data were analyzed using the SPSS 22 package program.

Results: The mean total score of health literacy of caregivers was found $97,1 \pm 18,9$, and it was evaluated as adequate. The mean caregiver burden total score of the caregivers was found $38,4 \pm 13,6$, and it was evaluated as moderate. In our study, a moderate and highly significant negative correlation was found between health literacy and caregiving burden. As health literacy increases, the burden of caregiving decreases. A significant relationship was found between age, income status, chronic disease of the caregiver, and health literacy and caregiving burden.

Conclusion: It has been suggested to provide education to caregivers of home care patients, to provide financial support to those with low income, and to provide medical support to those with chronic diseases. Studies investigating health literacy and caregiving burden should be increased.

Key Words: Health literacy, Caregiving burden, Home care patient

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
LHL	: Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
BVY	: Bakım Verme Yüğü
X	: Ortalama
Ss	: Standart Sapma
Min	: Minimum
Max	: Maksimum

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Bakım verme yükü modelinin yapısı.....	9
Şekil 2.2. Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları	13



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	22
Tablo 4.2. Hasta bakımına ilişkin değişkenlerin dağılımı.....	24
Tablo 4.3. Hastanın sosyo-demografik verilerinin dağılımı	26
Tablo 4.4. Bakımla ilgili nicel değişkenlerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri	27
Tablo 4.5. Bakım verenlerin sağlık okur yazarlığı ve ölçek alt boyutları ile bakım verme yükü ölçeği madde sayısı, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri	27
Tablo 4.6. Hasta bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile SOY ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ve BVY toplam ölçek puanı karşılaştırılması	29
Tablo 4.7. Hasta bakımına ilişkin değişkenler ile SOY ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ve BVY toplam ölçek puanı karşılaştırılması	31
Tablo 4.8. Hastanın sosyo-demografik özellikleri ile SOY ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ve BVY toplam ölçek puanı karşılaştırılması	33
Tablo 4.9. SOY toplam ölçek puanı ile bazı değişkenlerin korelasyonları.....	33
Tablo 4.10. BVY toplam ölçek puanı ile bazı değişkenlerin korelasyonları	34
Tablo 4.11. SOY toplam ölçek puanı ile alt boyutlarının, BVY toplam ölçek puanı ile korelasyonları.....	35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yaşlı nüfus; üreme hızının azalması, ortalama yaşam süresinin artması, toplumun sağlık konusunda bilgilerinin artması ve sağlıklı yaşama çabaları, sağlıklı beslenme davranışları, hastalıkların erken tanı ve tedavi imkanlarının artması, temel koruyucu halk sağlığı hizmetlerindeki gelişmeler ve bulaşıcı hastalıkların kontrol edilebilmesi gibi sebeplerle artmaktadır (1). Yaşlı nüfus ülkemizde ve dünyada seneler içinde artarken son 20 senede bu artış daha hızlı olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2000’de %5,5 ve 2012’de %7,5 iken 2023’de %10’u geçeceği ve 2050’de ülkemizdeki her beş kişiden birisinin (%20,8) 65 yaş üstü olacağı öngörülmektedir (2).

Yaşlı nüfusun artmasıyla kronik hastalıkların görülme sıklığı artmış, bireyler günlük yaşamdaki aktivitelerini yapmakta zorluk çeker hale gelmiştir. Kronik hastalıklarla olabileceği gibi akut hastalıklar ya da kazalarla da yeti kaybı sonucu bireyler günlük yaşam aktivitelerini kısmen ya da tamamen yapamaz hale gelmektedir. Bu tip hastalarda uzun dönem hastane yatışlarının getirebileceği fiziksel, sosyal, ekonomik sorunlar beraberinde sağlık sistemine de mali yük oluşturmaktadır (3). Bu tip hastaların bakım gereksinimi oluşmaktadır. Böylece bakım veren kişi kavramı daha çok önem kazanmaktadır (4). Ülkemizde aile bağlarının güçlü olması sebebiyle bakım hizmeti genellikle en yakın aile bireyleri tarafından verilmektedir (5).

Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve geliştirmek için genellikle 65 yaş ve üstü, en az bir kronik hastalığı olup ve uzun dönem bakım ihtiyacı olan her yaş grubundan hastalara kendi yaşadıkları ortamlarında koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanmasıdır (6). Evde bakım hizmetleri dinamik bir süreçte sahiptir ve tarihsel olarak kökeni Ortaçağ Avrupa’sına uzanmaktadır. Ülkemizde ise 2005 senesinde yönerge ile kapsamı belirlenmiş, 2015 senesinde de yönetmelik ile kapsamı ve amacı netleşmiştir. Bu yönetmeliğe göre birçok birim koordineli hizmet verecek olup, en az bir hekim, bir hemşire, bir sağlık personeli ve bir şoför görevlendirilmeli ve olanak varsa ihtiyaca göre ekibe diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve tıbbi sekreter eklenmelidir (7).

Bakım veren kişi; hastanın sağlık bakımını ve hizmetlerini koordine etmek, temel ihtiyaçlarını karşılamak, çevre ile uyumunu artırmakla sorumlu olup; bunları

yaparken de kendi mevcut yaşantısını sürdürmekle sorumludur (8). Bu süreç bakım veren kişi ve hasta için de oldukça zor ve sıkıntı veren bir süreçtir. Bu süreçte bakım vericiler de hastayla beraber hastalık sürecine katılırlar. Hastalara ev ortamında bakım verenler duygusal, fiziksel ve maddi destek vermektedirler. Bakım vermenin bakım veren üzerinde; sevgi ve bağlılığı arttırması, kişisel doyum getirmesi gibi pozitif etkileri vardır. Bununla birlikte bakım verende tükenmişlik hissi, yorgunluk, üzüntü, stres, bağımlılık hissi de yaratabilir (4). Bakım veren kişinin bakım vermesi nedeniyle kendisinde ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar ile aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolü kaybetme endişesi gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar bakım yükünü oluşturmaktadır. Evde bakım hastası ile bakım verenin kişisel özellikleri, bakımın niteliği ve süresi bakım yükünü etkilemektedir (5).

Evde bakım hastanın bakım ihtiyacına göre kısa ya da uzun olabilir. Akut yaralanmalar, kazalar kısa bakım gerektirirken, kronik hastalıklar ya da kazalar sonucu yeti kaybı uzun bakım gerektirir. Her iki bakım sürecinde de bakım vericinin bakımı iyi sağlayabilmesi için sağlıkla ilgili, bakımla ilgili bilgileri anlaması gerekir. Sağlık okuryazarlığı sağlığı okuyabilme becerisidir. Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 senesinde Simonds tarafından Health Education as Social Policy isimli çalışmada kullanılmıştır (8). Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre sağlık okuryazarlığı; “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, kişilerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir” (9).

Bakım vericinin sağlık okuryazarlığı düzeyi tüm bakımı etkilemektedir. Bakım vericinin sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak hastanın bakım kalitesini iyileştirecektir. Bakım vericinin hastalık ve hastalıkla ilgili bilgilere sahip olması önem taşır (10). Bakım veren kişinin eğitim düzeyindeki azalma ile bakım yükünün arttığı çalışmalarda gösterilmektedir (4). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı da yükselmektedir (11). Hastanın ilaçlarını zamanında uygun dozda vermek, bakım planına uyum sağlamak, hastanın durumuna hakim olup durumunda ani değişiklikleri fark etmek ve buna uygun olarak sağlık kuruluşuna başvurmak, hastayla ilgili verilen tıbbi bilgileri anlamak yeterli sağlık okuryazarlığıyla mümkündür. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bakım verici bakımla ilgili daha az sorun yaşamaktadır, örneğin yatalak hastası olan bir bakım verici hastasında bası yaraları oluşmasını diye doğru pozisyon vermeyi bilmelidir.

Yeterli sağlık okuryazarlığı olan bakım vericinin bakım yükünün de daha az olması öngörülebilir. Literatürde evde bakım hastalarına bakım verenlerin bakım yüküyle ilgili ve bakım verenlerin sağlık okuryazarlığının sorgulandığı farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bizim alışmamızda iki önemli kavram beraber sorgulanmaktadır; evde bakım hastalarına bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı ve bakım yükü sorgulanıp iki kavram arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Aile hekimi tanım olarak, “ yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin kişi merkezli ve toplum yönelimli, bireysel, kapsamlı ve sürekli, bütüncül sağlık hizmeti veren tıp fakültesinden mezun olduktan sonra uzmanlık eğitimi almış, birinci basamak hekimidir” (12). Evde bakım hastalarına bakım verenlerin sağlık okuryazarlığının ve bakım yükünün araştırılması aile hekimliği açısından kapsamlı, bütüncül, koruyucu hekimlik ilkeleriyle bağdaşır. Evde bakım hastasına bakım vereninin sağlık okuryazarlığı ve bakım yükü düzeyinin bilinmesi ve sonrasında bu verilerle yapılacak çalışmalar evde bakım hastasının ve bakım verenin sağlık düzeyini arttıracaktır. Bireylerin sağlığının iyileşmesi toplum sağlığına olumlu yönde etki edecek, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasını da sağlayacaktır.

Araştırmamızın soruları;

1. Evde bakım hastalarına bakım veren kişilerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık okuryazarlık düzeyi ve bakım yükü nedir?
2. Evde bakım hastalarına bakım veren kişilerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık okuryazarlık düzeyini ve bakım yükünü etkiler mi?
3. Evde bakım hastalarının sosyo-demografik özellikleri, bakım veren kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini ve bakım yükünü etkiler mi?
4. Evde bakım hastalarına bakım veren kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bakım yükü arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

DSÖ tanımına göre sağlık, “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Aile hekimliğinin temel ilkelerinden olan bütüncül yaklaşım; kişiyi sosyal, fiziksel ve zihinsel yönleriyle ele alıp sağlığın sosyo-kültürel, ekonomik, toplumsal değerlerden ve tıp alanındaki gelişmelerden etkilendiğini ifade eder (13).

Bütüncül yaklaşım gereği kişinin sağlık bilgisi, sağlıklı davranışları, yaşam biçimi, eğitim düzeyi, yaşı gibi kişisel özellikleriyle devlet tarafından sunulan sağlık ve ekonomi politikaları kişinin sağlığını etkiler.

2.2. Evde Bakım Hizmetleri

Hasta kişilere ve ailesine yaşadıkları ev ortamında, doktor önerisiyle birçok üyeden oluşan sağlık ekibiyle verilen tıbbi, psikolojik ve rehabilite edici takip, tedavi ve bakımı içeren hizmetlere evde bakım hizmetleri denir (14). Evde bakım hizmetlerinde amaç sağlık hizmetinin devamlılığını ve kalitesini arttırmaktır. Günlük hayatında başka bir aile bireyinin bakımına ihtiyaç duyan hastaya hizmet götürerek hem bakım verenin yükü azalmakta, hem bakım verilen kişinin ev ortamından uzaklaşmadan konforlu bir sağlık hizmeti alması sağlanmaktadır (15).

2.2.1. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi

Evde bakım ekibi doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, ev ekonomisti, sosyal hizmet uzmanı, sağlık yöneticisi, psikologdan oluşmaktadır. Bu ekibin bağlı olduğu kurum ve kuruluşlar; ilgili bakanlıklar, eğitim kurumları, hastane ve belediyeler, gönüllü kuruluşlar, meslek kuruluşları, firmalar, sigorta şirketleri, özel bakım kuruluşları, hemşirelik kuruluşları olarak sıralanır (16).

Ülkemizde ise 2005 senesinde yönerge ile kapsamı belirlenmiş, 2015 senesinde de yönetmelik ile kapsamı ve amacı netleşmiştir. Bu yönetmeliğe göre birçok birim koordineli hizmet verecek olup, en az bir hekim, bir hemşire, bir sağlık personeli ve bir şoför görevlendirilmeli ve olanak varsa ihtiyaca göre ekibe diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve tıbbi sekreter eklenmelidir (7).

2.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım informal bakım ve formal bakım olarak ayırmak mümkündür. Informal bakım; aile içinde aile bakımına ihtiyacı olan kişiye bakmaktır. Formal bakım buna ek olarak profesyonel ekip tarafından ev ortamında hastaya ve ailesine konforunu arttırıcı ya da tıbbi hizmet veren bakımdır (17). Bunun içine tıbbi bakım, hemşirelik hizmetleri, sosyal, destek, gıda hizmetleri, kişisel bakım, ev işlerine yardım vb. hizmetler de girer (18).

Evde bakım hizmeti içeriğine, süresine ve bakım şekline göre de üçe ayrılır. İçeriğine göre tıbbi bakım ya da ek olarak sosyal destek hizmetleri olarak ayrılır. Süresine göre ise 30 günü aşmayan, akut yaralanmalar sonrası verilen kısa süreli bakım ve 6 ayı geçen tıbbi ve sosyal bakımı içeren uzun süreli bakım olarak ayrılır. Bakım şekline göre ise formal ve informal bakım olarak ayrılır (19).

2.2.3. Evde Bakımın Tarihçesi

Evde bakımın çıkış noktasının Hititlerde doğum eylemine dayandığı görülmektedir. Hititlerde ve Romalılarda ebenin tıbbi aletlerini yanına alarak gebenin evine gittiği bilinmektedir, bunun nedeninin de doğum sırasında çıkan kan ve sıvıların etrafı kirlettiğine inanılmasıdır (20).

Anadolu Selçuklu Devleti döneminde Anadolu da doktorlar çarşıda ya da evde halka hizmet vermişlerdir (21).

Avrupa’da ise ortaçağda yapılan uygulama daha çok bulaşıcı hastalığı olanı toplumdan izole etmek üzere olmuş ve hastanın evine yemek taşıma gibi sosyal hizmetlerle gerçekleştirilmiştir (22). Sonraları İngiltere’de hemşireler yoluyla ev ziyaretleri yapılmaya başlanmıştır. Florance Nightingale bu hemşirelerin özel olarak eğitilmesine öncülük etmiştir (23). 20. Yüzyıla gelindiğinde ise ev ziyaretlerine hemşirelerin yanında öğretmenler, sosyal hizmet görevlileri de katılmaya başlamıştır. Bakıma koruyucu sağlık hizmetleri de eklenmiş, özellikle gerektiren anne, bebek, çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır (24). Ekonomik krizler, savaşlar, sanayileşme ve sosyal değişimler evde bakım gelişimini hızlandırmıştır (25).

2.2.4. Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri

Ülkemizde ilk olarak 1930'da bulaşıcı hastalıkların evde izlemi ve evde anne ve çocuk takibi yapılmıştır. 1961 yılında çıkarılan yasa ile kronik hastalıklı bireylerin bakımı halk sağlığı hemşireleri tarafından takip edilmiştir. 1963'te kalkınma planında evde bakım hizmetleriyle ilgili teşkilatların kurulması düşünülse de başarısız olmuştur (26).

2005'te ise çıkarılan yönerge ve 2015'te çıkarılan yönetmelikle evde bakım hizmetlerinin amacı ve kapsamı belli olmuştur. Bakım hizmetini Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı üstlenirken, sağlık hizmeti verilmesi Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır (7). Sağlık hizmeti çoğunlukla devlet hastanesi destekli verilse de son yıllarda özel evde bakım birimleri de kurulmaktadır. Evde bakım hizmeti veren sağlık ekipleri hastanın evine gittiğinde; hasta muayenesi, enjeksiyon, yara bakımı, mesane sonda değişimi, kan alma, danışmanlık hizmetleri vermektedirler (16). Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2011 ile Temmuz 2020 arasında 1 milyon 724 bin 6 kişi evde bakım hizmetlerinden faydalanmıştır. Ülkemizde Eylül 2020 itibariyle 519 bin 549 hastaya aktif evde bakım hizmeti sunulmaktadır (27).

2.2.5. Evde Bakımın Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Evde bakım hizmeti sayesinde hasta ev, aile ortamından uzaklaştırılmadan sağlık hizmeti almaktadır, bakım vericilere fiziksel, maddi, psikolojik destek verilmesiyle bakım yükü azaltılır, hastanın tıbbi durumuna göre bakım planı yapılır, hastane yatışları azalır, hastanın yaşam kalitesi artırılarak sağlık adına yapılacak harcamalar düşer ve toplam bakım maliyetinin düşürülmesi hedeflenir (28).

Olumsuz sayılabilecek yönleri ise; sağlık ekiplerinin her an hastayla bir arada olamaması, bakım verenlerin yanlış ya da eksik uygulamaları sonucu hastanın sepsis ya da tromboz gibi durumlarla karşı karşıya kalma riski (29), sağlık ekibinin ev ortamında mesleki risklerle ve ev ortamına bağlı güvenlik riskleri gibi durumlarla karşı karşıya kalması sayılabilir (30).

2.3. Evde Bakım Gerektiren Durumlar

Kişilerde yaşlanmayla birlikte akut sorunların ortaya çıkma olasılığı ve kronik sorunların görülme sıklığı artar. Bununla birlikte bağımsızlık işlevi de zarar görür, bu nedenle bakım ihtiyacı doğar (31).

Kronik hastalıklar olarak diyabet, kanser, hipertansiyon, böbrek yetmezliği sayılabilir. Hastaların günlük aktiviteleri olan beslenme, giyinme, tualete gitme, tedavileriyle ilgili olan ilaçlarının doğru saatte doğru dozda verilmesi, varsa sonda bakımı, yara bakımı gibi bakımlar, hastanın hekimiyle olan randevularının alınması gibi ihtiyaçları vardır (32). Bakım veren kişi bu görevi üstlenirken en uygun kişi olduğu için değil genellikle hastanın en yakınında olup çeşitli açıdan bağ kurup toplumun da etkisiyle bu görevi üstlenmektedir (33).

2.4. Bakım Veren Kavramı

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre bakım verme; bir şeyin iyi olması ve iyiliğinin sürdürülmesi için emek sarf etme, birinin beslenme, giyinme gibi çeşitli ihtiyaçlarını yerine getirmeyi üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmıştır (34). Bakım verici bakım verdiği hastanın temel ihtiyaçlarını gidermede yardım ederken yaşam konforunu da artırır.

Bakım vericiler için çeşitli tanımlamalar vardır. Gönüllü bakıcı; bir işi yapmayı hiçbir yükümlülüğü yokken isteyerek üstlenen kişidir (35). Primer bakım verici; bakım verilen hastanın ihtiyaçlarıyla en çok ilgilenen, çoğunlukla aynı evde kalıp hasta hakkında tıbbi kararları veren kişidir (36). İnformal bakım verici; aile üyeleri tarafından gönüllü verilen bakımdır. Formal bakım vericiler ise yasal olarak bakım vermekle yetkili, hastanın bakımını evde ya da hastanede verebilen sağlık çalışanlarıdır (17). Primer bakım veren kişiye yardım eden, destek veren kişiye sekonder bakım veren denir, bu kişiler genelde arkadaş çevresinden olmaktadır (37).

Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2013 raporuna göre ülkemizde hanelerin yüzde 7,5'inde bakım ihtiyacı olan kişi vardır (38). Ülkemizde yapılan çalışmalarda aile içinde bakım verici genelde kadınlardır (39). Bakım verme işi eş, anne, gelin olarak çoğunlukla yapılmaktadır (35).

İnformal evde bakım vericiler ev ortamında bakım sağlayan, bunun için maddi kazancı olmayan ailenin bir üyesi ya da komşu olabilir. Bu kişiler hasta kişiye duygusal, sosyal destekte bulunur, beslenme ve tuvalet gibi temel ihtiyaçlarında destek olur, evde tıbbi bakıma destek olurken hastaneye kontrole gitme ve muayene takibinde doktora yardımcı olur, ev işlerine yardım edebilir, bakım aylığı alınmıyorsa maddi destek verebilirler (40).

Formal evde bakım vericiler ise profesyonel çerçevede ücret karşılığı bir kurum ya da kuruluşa bağlı olarak çalışan kişilerdir. Bunlar doktor ya da diğer sağlık çalışanları olabilir. Evde bakım ekibi doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, ev ekonomisti, sosyal hizmet uzmanı, sağlık yöneticisi ve psikologdan oluşan multidisipliner bir ekiptir (16).

2.6. Bakım Verenlerin Yaşadığı Olumlu ve Olumsuz Durumlar

Bakım verenle bakım verilen arasında bakım sonucunda sevgi ve samimiyet artarken, bakım veren görevini yaptığını düşünür, çevresi tarafından takdir görür (41). Ama bakım süresinin uzamasıyla ve yoğunluğunun artmasıyla bakım veren bir takım sıkıntılar yaşamaktadır. Bakım verenin fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik olarak sıkıntılar yaşama riski vardır.

Uykusuzluk, baş ağrısı, vücut ağrıları, yorgunluk, iştahsızlık, kronik hastalıklara yakalanma fiziksel sorunlara örnek olarak verilebilir (42). Bakım verenlerin daha çok ilaç kullandığı, daha çok stres hormonu salgıladıkları, kalp hastalıklarına, diyabet ve obeziteye daha çok yakalandıkları görülmektedir (43).

Fiziksel sorunlar yaşayan bakım veren psikolojik sorunlar da yaşayabilir; yaşam tarzına uyum sorunu, yaşam kalitesinde düşüklük, stres, depresyon, anksiyete, yalnızlık, kararsızlık, çaresizlik, kızgınlık, korku bunlara örnek olarak verilebilir (44). Bakım vermede yetersiz kaldığını, beklentileri karşılayamadığını düşünüp suçluluk, güçsüzlük de hissedebilir (45).

Bakım veren kişi ekonomik olarak işten ayrılmakta ya da tam mesai çalışmamakta, bakım için gerekli ekipmanları satın almada sorun yaşayabilmektedir. Bakım vermede kadın olmak, düşük sosyoekonomik seviyede olmak risk faktörleridir (37).

Özellikle tek başına bakım veriyorsa bakım veren kişi eve bağımlı hale gelebilmektedir, bu nedenle yeterince sosyal aktivitelere katılamaz, toplumun da destek vermemesiyle sosyal sorunlar yaşama riski vardır (46).

2.7. Bakım Verme Yüğü

Bakım verme yükü, belli bir nedenle bir hastaya bakım vermekte olan kişinin bakım vermeyle ilgili yaşadığı fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik sorunlara çok

2.8. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenin kişisel özellikleri, sosyal durumu, yaş, cinsiyet, meslek, ekonomik durumu, yaşadığı yer bakım verme yükünü etkiler. Bakım verenin sağlık durumu, ileri yaşta olup bakım alacak kişinin eşi olması bakım verme yükünü etkiler. Bakım alacak kişinin sosyo demografik özellikleri, yaşı, cinsiyeti, hastalıkları ve düzeyi, bağımlılık durumu, bakım süresi bakım verme yükünü etkiler. Bakım verenin yaşadığı sorunlar ve bunlarla başa çıkmak için yaptığı davranışlar, bakım vermede yardım alıp almadığı, bakım alanla iletişimi, yakınlık düzeyi bakım verme yükünü etkiler (5).

2.9. Sağlık Okuryazarlığı

Sosyal bir varlık olan insan, hayatını devam ettirebilmek için etrafındakilerle devamlı iletişim kurma gereksinimi duyar. İletişim, insanı biyolojik bir varlıktan sosyal bir varlığa dönüştüren en önemli etkidir. İnsan, çevresinde olanları anlamak ve anlaşılacak gereksinimi duyar (49).

Hasta ile doktor arasındaki iletişim, kişiler arası iletişim içerisinde değerlendirilir. Kişiler arası iletişimin birçok amacı vardır. Bunlar bilgi alıp verme, sorun çözme, ilişkileri şekillendirme ve sürdürme, duyguları açıklayıp karar verme, stresi yok etme, ikna etmedir (50). İletişim bir takım şartlara dayanır, bu şartlar olmazsa olmazdır; iletişim kurulan kişiye saygı duymak, empati kurmak, doğal ve gerçekçi davranmak sayılabilir (51). Konulan tanıların %70'i başarılı bir hasta-doktor görüşmesi sonucu elde edilmektedir (52). Doğru oluşturulan iletişim; hasta memnuniyetini artırır (53). Yine doğru oluşturulan iletişim tıbbi uygulamaların başarılı sonuç verme olasılığının artışı sağlamaktadır (52).

Sağlık iletişimi tanım olarak; bireylerin hastalıkları ve sağlıkları hakkında bilgilenmesini sağlamak, sağlık seviyelerini arttırmak, hastanın tedavi sürecinde karar verici olmasını sağlamak, hastaya ve yakınlarına hastalıkla ilgili bilgi vermek gibi amaçlarla stratejik iletişimin sağlık alanında kullanılmasıdır. Sağlık iletişimi bireylerarası iletişim açısından hasta hekim ve diğer sağlık personeli arasındaki ilişkileri inceler (54). Başarılı bir sağlık iletişiminin ön koşullarından biri yeterli sağlık okuryazarlığıdır.

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 senesinde Simonds tarafından Health Education as Social Policy isimli çalışmada kullanılmıştır (8). DSÖ tanımına göre,

“sağlık okuryazarlığı; sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, kişilerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir” (9).

Yine farklı bir tanıma göre sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlığı ve toplum sağlığını daha iyi hale getirmek için yaşam şekli ve şartlarını değiştirmede gerekli bilgi becerinin güven seviyesine çıkmasıdır (55).

Sağlık okuryazarlığı önceki zamanlarda kişilerin sağlıkla ilgili içerikleri okuyup, yazıp ve aritmetik becerileri kullanma becerisi olarak tanımlanmıştır (56). Güncel olarak ise tıbbi karar verme sürecini kolaylaştıran ve sağlık ve refahı arttıran sosyal ve iletişim yetenekleri olarak değerlendirilmektedir (57). Yüksek seviyedeki sağlık okuryazarlığı hasta ile doktor ilişkisini geliştirebilir; hastanın tedavi planına uyumunu kolaylaştırabilir ve daha başarılı sağlık sonuçlarının elde edilmesini sağlayabilir (58).

Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık bilgisine ulaşımını kolaylaştırır, bilgiyi kullanma kapasitesini artırır ve kişiyi güçlendirir (57). Sağlık okuryazarlığı hastanın hastalık sürecinde de daha aktif katılımlarını sağlar (59).

2.10. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları

Sağlık okuryazarlığı fonksiyonel, interaktif ve eleştirel olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır (60). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kişinin günlük yaşamında ihtiyacı olan temel okuma yazma yeteneğini ifade eder. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, olası riskleri bilip kaçınmayı ve sağlık hizmetlerinden faydalanmayı sağlayan konvansiyonel sağlık eğitiminin getirisi olup genellikle bireysel kazanç sağlar. İnteraktif sağlık okuryazarlığı ise karşılıklı etkileşimi içerir. İnteraktif sağlık okuryazarlık daha ileri okuryazarlık seviyesidir, bilişsel ve sosyal yetenekler gerektirir. Bu seviyede kişiler sağlık süreçlerinde yer alarak yararlanabilmekte ve farklı sağlık şartlarında sahip olduğu bilgilerini kullanabilmektedir. Kişiler sağlığıyla ilgili kurumlarla ya da kişilerle iletişim kurar.

İlk iki okuryazarlık düzeyinde kişisel fayda toplumsal faydadan önce gelir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı; ileri düzeyde bilişsel yeteneklere ve sosyal yeteneklere sahip olup ve eleştirel düşünebilme yeteneği gerektirmektedir. Buradaki temel hedef kişisel ve toplumsal gelişimdir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı daha çok toplum faydası sağlamaktadır (57). Sağlık okuryazarlığı alt indeksleri ise; sağlık hizmeti, hastalıktan

korunma, sağlının iyileştirilmesi, bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi uygulama ve genel sağlık okuryazarlığıdır (61).

Yapılan bir çalışmada kişilerin fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlıkları ile genel olarak sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük düzeylerde görülürken; hasta-doktor ilişkileri ise yüksek düzeylerde saptanmıştır. Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerine bakıldığında, en yüksek ortalamanın fonksiyonel sağlık okuryazarlığında, en düşük ortalamanın ise eleştirel okuryazarlığında olduğu grlmştr (62).

Başka bir araştırmada, Inoue ve arkadaşlarının tip 2 diyabetlilerde yaptıkları incelemede fonksiyonel sağlık okuryazarlığının en yüksek ve eleştirel sağlık okuryazarlığının en düşük ortalamalara sahip olduğunu grlmştr (58). Heijmans ve arkadaşları da en yüksek skorların fonksiyonel sağlık okuryazarlığında olduğunu belirtmiştir (63).

Benzer bulguları elde eden Matsuoka ve arkadaşları, fonksiyonel sağlık okuryazarlığın interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı için ön şart olduğunu belirtmiştir(64). DSÖ tarafından sağlık okuryazarlığı üzerine gerçekleştirilen bir çalışmada eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığı ile bağlantısı grlmştr (9).

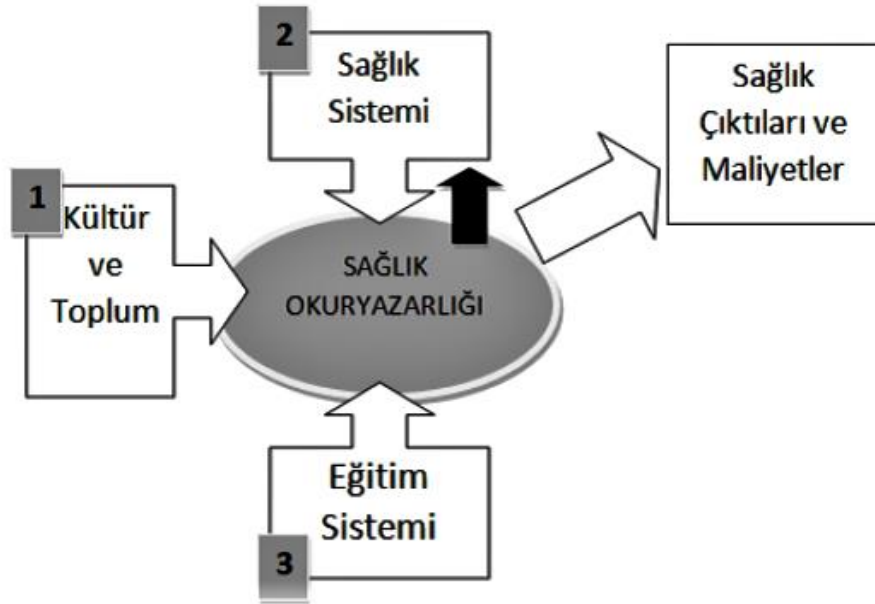
Sağlık okuryazarlığının boyutlarından fonksiyonel okuryazarlık boyutu ile interaktif okuryazarlık ve eleştirel okuryazarlık boyutu arasında ve interaktif okuryazarlık boyutu ile eleştirel okuryazarlık boyutları arasında yüksek seviyede bağlantı grlmştr. İnteraktif okuryazarlık boyutu ile eleştirel okuryazarlık boyutları arasında da yüksek seviyede bağlantı olduğu grlmştr (58). Seviyeler arası bu kadar ilişki olması sağlık okuryazarlığının birbirini tamamlayan süreçler olduğunu gösterir. Temel okuma yazması olmayan birinin ileri bilişsel fonksiyonlar göstermesi beklenemez.

Hekim-hasta ilişkisinde eleştirel sağlık okuryazarlığının etkisinin olumsuz, fonksiyonel sağlık okuryazarlığının ise etkisi olumludur. İletişimsel sağlık okuryazarlığının ise anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (62).

Yapılan bir çalışmada; genel sağlık durumunu iyi olarak belirten hastaların genel sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha yüksek olduğu grlmştr. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında ise sağlık hizmeti, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme indekslerinin genel sağlık durumu iyi olan hastalarda; diğer alt

indekslerin (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, bilgiye erişim, bilgiyi uygulama) genel sağlık durumu çok iyi olan hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık durumu kötü olan hastalarda sağlık okuryazarlığının genel düzeyi ile alt indekslerinin düzeyleri daha düşük tespit edilmiştir (61).

Sağlık okuryazarlığı birçok yönden ele alınır, kişinin yaşadığı çevre, sosyoekonomik durumu ve eğitim seviyesi sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığını toplum, sağlık ve eğitim sistemleri etkiler bunun sonucunda sağlık çıktıları ve maliyetle ilgili çıktılar alınır. Girdi kısmına yapılan müdahaleler, alınacak önlemler çıktıları etkiler. Şekil 2.2’de sağlık okuryazarlığına müdahale alanları görülmektedir (65).



Şekil 2.2. Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları (65).

2.11. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Hasta hekim ilişkisinde başarılı sağlık çıktılarının alınabilmesi için sağlık okuryazarlığı çok önemlidir. Tedaviye uyumun artması, hasta memnuniyetinin artması, sağlık sonuçlarının iyileşmesi elde edilecek sağlık çıktılarıdır. Sağlık okuryazarlığı tek yönlü değildir, hasta ve hekim arasındaki bilgi alışverişi için iletişim gereklidir (66).

Önceki araştırmalarda düşük seviyede sağlık okuryazarlığı gösteren bireylerin tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok başvurdukları görülmüştür (67).

Hekimle hasta arasındaki iletişimde zaman kavramı çok önemli yer tutar. Günümüzde her hekim zaman kısıtlılığından yakınırken kısıtlı zamanda tanı ve tedavi planı yapmaya çalışır. Bunları yaparken reçete, ilaçlar ve ilaçların kullanımını anlatmada yeterli zamanı olmayabilir. Bu durumda sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerle tıp terminolojisi üzerinde sorun yaşanabilir (68).

Hasta ve hekim arasında anlaşmazlık durumunda tedavi planı aksar, hasta bundan olumsuz etkilenirken aynı zamanda ekonomik bir yük oluşur (67).

Hasta hekim ilişkisinde sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalarla iletişim daha başarılı olur, hastanın tedavi süreci hakkında bilgi sahibi olması ve tedaviye aktif katılımı beklenir. Sonuç olarak hasta tedaviden daha yüksek verim alır (68).

Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireyler hekime sağlık problemlerini anlatmada zorluk yaşar. Hasta; düşük düzeyde bilgi sahibi olduğu için hekimle daha az iletişime geçer (69). Bu düzeydeki hasta iletişimde pasif pozisyon almayı tercih edebilir (70). Bununla birlikte, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastaların hekimlerinden utanmaya eğilimli oldukları; sağlık problemlerini anlamasalar bile ilaç kullanımı ve tedavi planına yönelik hekimlerinden tekrar bilgi istemedikleri görülmektedir (71).

Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi olan kişilerin utanma, korku, güvensizlik ve öz saygı eksikliği gibi duyguların etkisiyle gerçek bilişsel düzeylerini göstermedikleri vurgulanmaktadır (70).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireyler daha çok hastaneye yatarken, acil servise daha çok gelip, koruyucu sağlık hizmetinden daha az faydalanırlar. Bununla birlikte düşük sağlık okuryazarlığı olan kişiler ilaçlarını düzenli olarak kullanmaz, sağlıkla alakalı verilen mesajları iyi anlayamazlar. Bu kişiler hastaneye gereksiz başvurup sağlık talebinde ve sağlık harcamalarında artışa neden olurlar. Bunun yanında yaşlılardaki kötü sağlık seviyesi ile yüksek mortalite arasında bağlantı bilinmektedir (62). Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerde semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında da gecikmeler olur.

Çocuk acil servislerinde yapılan bir araştırmada acil durumda olmayıp başvuran hastaların ebeveynlerinin %55'inde düşük sağlık okuryazarlığı görülmüştür (72).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan kişilerin hastaneye ve acil servise başvuru sayıları ile doktor muayene sayılarının daha az olduğu bilinmektedir (73). Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi olan kişilerle yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine

sahip kişiler karşılaştırıldığında, gereksiz hastane masraflarının artmış olduğu görülmektedir. Yine bu kişiler arasında hastane yatış sürelerinin uzadığı ve gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (74).

Daha yüksek sağlık okuryazarlığı olan hastaların hekim-hasta iletişiminin kalitesini olumlu olarak algıladıkları görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olanların bilgi asimetrisinden dolayı hekime daha fazla güven duyan ve hekimin söylediklerine uyan hastaların da hekim-hasta iletişiminin kalitesini yüksek olarak algılayabildikleri görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklı olsa da birinci durumda hastaların sağlık bakımına katılmasından, ikinci durumda ise hastaların hekime minnet duymalarından dolayı hekim-hasta iletişiminin kalitesini yüksek olarak nitelendirdikleri düşünülebilir (61).

Hekimlerin güler yüzlü bir şekilde iletişimi başlatması, empatik yaklaşımlarda bulunması ve açık uçlu sorular sorması hastaları ile iletişimlerinin kalitesini artırdığı gibi, onların sağlık okuryazarlığı düzeylerine katkı da sağlayabilir. Aynı zamanda hasta ve hekim iletişimde aktif olarak yer alırsa hekim-hasta dinamiği etkili olur. Sadece hekimleri veya sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük hastaları hedef alan müdahaleler sınırlı değere sahiptir (75).

Hemşirelik öğrencilerine sağlık okuryazarlığı eğitimi verilmiş ve eğitim sonrası bilgi düzeyleri anlamlı artmıştır. Hemşirelik müfredatında sağlık okuryazarlığı eğitimi de olmalıdır (76).

Türkiye’de genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 30,4 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ise %24,5 yetersiz, %40,1 sınırlı, %27,8 yeterli ve %7,6 mükemmel olduğu görülmüştür (69).

2.12. Kronik Hastalıklar ve Sağlık Okuryazarlığı

Hipertansiyon, diyabet, kanser gibi birçok kronik hastalık toplumda ve sağlık sisteminde önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların ve bakım verenlerin uzun dönem hastalığa maruz kalması ona uygun yaşaması zor bir süreçtir. Bu süreçte yapılan hatalar hastaya zarar verdiği gibi sağlık sistemine de yük getirir. Hasta ya da bakıcısı bakımıyla ilgili bilgileri anlamadığında ya da eksik yaptığında olumsuz sonuçlar oluşur. Bu yüzden özellikle kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığı çok önemlidir.

Sağlık okuryazarlığındaki yetersizlikler birey ve toplum sağlığı açısından olumsuzluklara yol açar. Sağlıksız yaşam şekli, koruyucu sağlık hizmetlerinden mahrum kalma, verilen tedaviye uyumsuzluk, diyabet tansiyon gibi hastalıklara uyum sağlayamamak, tedaviyi aksatmak, mortalite ve morbidite oranlarında artış, sağlık hizmeti harcamalarında artış olası sonuçlardır (69).

Diyabetin kontrolünde en önemli faktör kişisel bakım davranışlarıdır; öz bakım davranışlarının iyileştirilmesi, hastaların hastalıklarını daha iyi kontrol etmelerine ve yönetmelerine yardımcı olmanın ilk adımıdır ve sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerindeki sonuçların ve maliyetlerin hayati ve önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, sağlık bakım sistemlerinin etkinliği insanların arzulanan sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmalarını gerektirir. 400 diyabet hastası üzerinde yapılan çalışmada öz bakım ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu böylece daha yüksek öz bakım okuryazarlığı düzeyine sahip kişilerin daha iyi öz bakım davranışları olduğu görülmüştür. Ayrıca eğitim düzeyi ile aylık gelir ve kişisel bakım davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öte yandan, sağlık okuryazarlığının öz bakım davranışlarının gerçekleştirilmesindeki büyük etkisi göz önünde bulundurularak, bu konuda eğitim kurslarının gerçekleştirilmesi ve diyabetik hastaların sağlık okuryazarlığını artırmak için uygun stratejilerin kullanılması önerilmektedir (77).

54.344 yetişkinde yapılan başka bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı ve sağlıksız davranış oranlarının, prediyabetli yetişkinlerde prediyabetli olmayan yetişkinlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Prediyabetli yetişkinlerin, tip 2 diyabet riskini azaltmak için sağlık sorunlarını anlama, iletişim kurma ve yönetme konularında yardımcı olması için müdahalelere ihtiyaç vardır (78).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada 300 tip 2 diyabet hastasında sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olup %47,7'si sorunlu-sınırlı olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek, gelir durumu iyi ve evli olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu ve yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü belirlenmiştir (11). Kronik hastalıkların takibini yapmak, oluşabilecek olumsuz sağlık sonuçlarını önlemek ve özbakım becerileri kazandırmak hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilidir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada aile sağlığı merkezine kayıtlı 300 hasta üzerinde hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisi araştırılmış ve katılımcıların %61,7'sinin SOY düzeyi yetersiz veya sınırlı sorunlu olduğu belirlenmiştir (79).

111 hasta ile ülkemizde yapılan başka bir çalışmada kanser hastaları arasında sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 36.09 ± 6.42 olup 'yeterli sağlık okuryazarlığı' olduğu görülmüştür. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması puanı ile genel sağlık alt ölçeği puanı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki, semptom alt ölçeği ile negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kronik Hastalıkları Yönetme Öz-Yeterliliği Ölçeği ile fonksiyonel ve genel sağlık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kanser hastalarında okuryazarlık düzeylerinin yüksek tespit edilmesi öz-yeterlik, genel sağlık ve fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesine yardımcı olmuştur (80).

Japonya'da tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan çalışmada iletişimsel sağlık okuryazarlığının hastalarla olan görüşme sırasında bilgi alışverişini arttırdığı görülmüştür (81).

Kanser hastaları arasında yapılan başka bir çalışmada, Kore'de 80 akciğer kanseri olup kemoterapi alan hastada fonksiyonel sağlık okuryazarlığının hastalıkla ilişkili yaşam kalitesinin öngörücüsü olduğu bulunmuştur (82).

ABD'de yapılan bir çalışmada, hipertansiyon hastalarında, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük hastaların hekim vizitlerinde katılımcı karar verme deneyiminin daha az olduğu ve daha az soru sordukları ifade edilmiştir. Aynı çalışmada bu hastaların hekimlerin hasta merkezli iletişim yaklaşımlarına sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli hastalardan daha az yanıt verdiği belirtilmiştir (83).

ABD'de diyabet hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada daha düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin doktora daha fazla güven duyma ve ilaç tedavisine daha iyi uyum sağlama ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (84).

Çin'de katarakt hastalarıyla yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastaların hekimleri ile olan iletişimlerinde zayıf kaldıkları görülmüştür (85).

Tayvan'da yapılan başka bir çalışmada ise hastaların sağlık bakımına katılmaya ve hekimin sağlık bakımını kolaylaştırmaya yönelik algılarının hekim-hasta iletişimini

etkilediği, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki daha yaşı hastaların sağlık bakım süreçlerine katılabilmesinde hekimlerin önemli bir rol oynayabileceği dile getirilmiştir (86).

65 yaşı ve üstü yetişkinlerde sınırlı sağlık okuryazarlığı (LHL) olması daha olasıdır (87). 65 yaşı üzeri, 19.223 hastada yapılan çalışmada %7'si LHL, % 41'i işitme kaybı ve %15'i işitme cihazı kullandığını bildirmiştir (88). İşitme kaybı, hafıza kaybı, depresyon, yalnızlık, ileri yaşı ve erkek cinsiyeti gibi faktörler LHL ile ilişkili bulunmuştur. Ciddi işitme kaybı ve LHL destekli kişilerin, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanlardan daha yüksek yıllık tıbbi maliyetlere sahip olduğu görölmüştür. Benzer şekilde, işitme kaybı olmayıp ve LHL'si olanlar, yeterli sağlık okuryazarlığı olanlardan daha yüksek yıllık tıbbi maliyetlere sahip olduğu görölmüştür.

Sağlık okuryazarlığının yaşı ve eğitim durumundan etkilendiği görölmektedir. Yaşlılarda sağlık okuryazarlığın düşük olması kronik hastalıkların da çok göröldüğu bu yaşı grubunda hem tedaviyi aksatmakta hem de ekonomik yük oluşturmaktadır. Bununla birlikte eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı da yükselmektedir (61).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma gözlemsel kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Malatya il merkezinde, Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı hastaların bakım verenleri üzerinde yapılmıştır. Araştırma 15 Nisan 2021 ile 15 Temmuz 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Malatya il merkezinde yaşayıp evde bakım hizmeti alan 3000 hastanın primer onlarla yaşayan bakım vericileri oluşturmuştur. Örneklem grubuna %95 güven % 5 hata aralığıyla hesap yapıldığında en az 341 bakım vericisi dahil edilmesi gerektiği bulunmuş, 350 kişiyle çalışma tamamlanmıştır.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriteri

Evde bakım hastası olup bakım vereni bulunmak, evde bakım verenin çalışmaya katılmayı kabul etmesi, okuryazar olması, fiziki iletişim engeli bulunmaması çalışmaya dahil edilme kriterleridir.

3.5. Çalışmadan Dışlanma Kriteri

Evde bakım hastası olup bakım vereni bulunmamak, evde bakım verenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, okuryazar olmaması, fiziki iletişim engeli bulunması çalışmadan dışlanma kriterleridir.

3.6. Çalışmadan Çıkarılma Kriteri

Çalışma süresince evde bakım verilen hastanın vefat etmesi, bakım verenin araştırmadan çıkmak istemesi çalışmadan çıkarılma kriterleridir.

3.7. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplamada 3 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır.

3.7.1. Bakım Verici ve Hasta Sosyo-demografik Özellikler Formu

Literatür araştırması sonucu oluşturulan hastanın ve bakım vericisinin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 37 soruluk form kullanılmıştır.

3.7.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Reever, Zarit, Bach-Peterson aracılığıyla 1980 senesinde yayınlanmış (89) ve İnci(5) aracılığıyla Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Bakım verenlerin karşılaştığı zorlukları araştırmak için kurgulanan bu ölçek bakım verenin üzerindeki bakım yüküyle ilgili 22 cümleden oluşmaktadır (EK-4). Ölçekte “hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman” şeklinde 0’dan 4’e kadar değişen Likert tipi ifadeler mevcuttur. Ölçek sonucunda en düşük 0, en çok 88 puan elde edilebilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması karşılaşılan zorluğun da yüksek olduğunu işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.91, test tekrar test güvenirliği 0.86, görüşmeciler arası tutarlılık ise 0.63 olarak görülmüştür. Türkçe uyarlamasının ise iç tutarlılık katsayısı 0.95, test-tekrar test değişmezlik katsayısı ise 0.90 olarak kullanılmıştır.” (5).

3.7.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğı

İlk olarak 47 cümlelik Sorensen’in oluşturduğu “Health Literacy Survey İn Europe” formu daha sonra Toçi, Bruzarive’nin de katılımıyla daha kısa hale getirilip “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğı”nin (Health Literacy Index) geçerlik ve güvenirliği test edilmiştir (90). Aras ve Bayık aracılığıyla da Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği test edilmiştir (91). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğı 25 cümle ve dört alt ölçek olarak kurgulanmıştır. Ölçekteki her cümle 5 puandır. İlk ölçek, bilgiye erişim ölçeğı 1.-5. maddeleri kapsar. Bilgiyi anlama ölçeğı, 6.-12. maddeleri kapsar. Bilgiye değer biçme ölçeğı, 13.-20. maddeleri kapsar. Bilgiyi kullanma ölçeğı, 21.-25. maddeleri kapsar. Tüm ölçekten alınabilecek minimum 25 ve maksimum 125 puandır. Ölçek cümleleri likert yapısında olup “5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız” biçimindedir. Ölçekte ters cümle olmayıp, tümü olumludur. Özgün ölçeğin standart sapması 0,95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) 0,90 ile 0,94 arasındadır (89). Ölçek ortalama 5-10 dakikada uygulanabilir. Düşük puan alınması sağlık okuryazarlığının yetersizliğini, yüksek puan alınması ise yeterliliğini işaret eder.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ve telefon görüşmesi ile toplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve analizi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programında yapılmıştır. Verileri analiz ederken ise yüzdelik oran, standart sapma, frekans, nonparemetrik testler Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Jonckheere Terpstra Test kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (EK-2) alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi izin yazısı (EK-3) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan tüm bireylere araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılarak bilgilendirici gönüllü onam formu uygulanmıştır(EK-4).

4.BULGULAR

4.1. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmamıza Malatya il merkezinde yaşayan ve evde bakım hastasına bakım veren 350 kişi katılmıştır. Çalışmamıza katılan bakım vericilerin %76'sı kadın, %24'ü erkektir. Bakım verenlerin %21,1'i 18-40 yaş, %31,7'si 40-49 yaş, %36,6'sı 50-64 yaş aralığında ve %10,6'sı 65 yaş ve üstü olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin %78'i çalışmıyorken %22'si çalışıyor bulunmuştur. %80'i evli, %20'si bekaardır. Öğrenim durumu olarak %36'sı ilkokul, %15,1'i ortaokul, %30'u lise ve %18,9'u üniversite mezunudur. %90,9'unun sosyal güvencesi varken %2,8'inin sosyal güvencesi yoktur, %6,3'ü de yeşil kart sahibi olarak bulunmuştur. Aylık gelir miktarlarına bakıldığında %58,3'ünün geliri giderinden az, %29,7'sinin geliri giderine eşit ve %12'sinin geliri giderinden fazla bulunmuştur. Bakım verenlerin %40,3'ünün kronik hastalığı varken %59,7'sinin kronik hastalığı yoktur.

Tablo 4.1. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=350)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	Yüzde(%)
Yaş Grubu		
18-40	74	21,1
40-49	111	31,7
50-64	128	36,6
65 ve üstü	37	10,6
Cinsiyet		
Kadın	266	76
Erkek	84	24
Meslek		
Çalışıyor (İşçi, Devlet Memuru, Serbest Meslek)	77	22
Çalışmıyor (Emekli, ev hanımı)	273	78
Medeni durum		
Evli	280	80
Bekar	70	20
Öğrenim durumu		
İlkokul	126	36
Ortaokul	53	15,1
Lise	105	30
Üniversite	66	18,9

Tablo 4.1. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=350) (devamı)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	Yüzde(%)
Sosyal Güvence		
Var	318	90,9
Yok	10	2,8
Yeşil kart	22	6,3
Aylık gelir miktarı		
Gelir giderden az	204	58,3
Gelir gidere eşit	104	29,7
Gelir giderden fazla	42	12
Kronik hastalık		
Var	141	40,3
Yok	209	59,7

4.2. Hasta Bakımına İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %36'sının annesine, %14,3'ünün babasına, %4,3'ünün kardeşine, %9,4'ünün eşine, %6,6'sının çocuğuna, %29,4'ünün kayın validesine ya da diğer kişilere bakım verdiği görülmüştür. Bakım verenlerin %84,6'sı hasta ile beraber yaşarken %15,4'ü beraber yaşamamaktadır. Hastaların %59,7'sine başka bakım veren kişinin olduğu bulunmuştur. Hastanın bakım vericilere bağımlılık düzeyi sorulduğunda; %55,1'i 10-tam puan, %17,4'ü 9 puan, %27,4'ü 8 puan ve altı olarak yanıt alınmıştır. Bakım verme süresine bakıldığında; %10,9'u 1 yıl, %11,1'i 2 yıl, %11,1'i 3 yıl, %7,1'i 4 yıl, %21,1'i 5 yıl, %13,7'si 6-9 yıl ve %24,9'u 10 yıldan fazla olduğu bulunmuştur. Günlük bakım verme süresine bakıldığında ise %54,3'ünün 1-8 saat arası, %29,4'ünün 9-16 saat arası, %16,3'ünün 17-24 saat arası olduğu bulunmuştur. Hastaların %29,4'ünün tıbbi cihazı olduğu, %70,6'sının olmadığı görülmüştür. Bakım verenlerin %36'sı bakım aylığı alırken %64'ü almamaktadır. Hastaların %54,5'i son 1 yıl içinde hastaneye çeşitli sebeplerden yatarken %45,5'inin son 1 yıl içinde hastaneye yatışı yoktur. Bakım verenlerin %17,7'sinin bakım verme deneyimi varken %82,3'ünün olmadığı görülmüştür. %82,9'una bakım verirken destek veren kişi bulunurken %17,1'i bu destekten mahrumdur. Bakım verenlerin sağlık bigisinin kaynağına bakıldığında %68,9'unun bilgi kaynağı hekim, %13,7'sinin hemşire, %9,7'sinin arkadaş ya da akraba ve %7,7'sinin sosyal medya olduğu bulunmuştur. Sağlık bilgilerini doğrularken ise %70,9'u hekime başvururken, %14,9'u hemşireye, %7,1'i arkadaşına ya da akrabasına, %7,1'i sosyal medyaya başvurmaktadır. Bakım verenlerin kendi sağlık algısına bakıldığında %28,6'sının 9-10 puan,

%45,7'sinin 7-8 puan, %25,7'sinin 6 puan ve altında olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin %99,4'ü sağlık çalışanlarından yardım almaktadır. %89,1'i sağlık çalışanlarını anlamakta zorluk yaşarken %10,9'u zorluk yaşamamaktadır. %99,4'ünün sağlık çalışanlarına rahatça soru sorabildiği bulunmuştur. %97,1'i hastasında meydana gelen değişiklikleri fark edip bu değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilmektedir. Bakım verenlerin %84'ünün sağlık hizmetlerine erişmekte zorluk yaşamazken %16'sının zorluk yaşadığı görülmüştür.

Tablo 4.2. Hasta bakımına ilişkin değişkenlerin dağılımı (n=350)

Hasta Bakımına İlişkin Değişkenler	Sayı	Yüzde(%)
Hasta ile yakınlık		
Anne	126	36
Baba	50	14,3
Kardeş	15	4,3
Eş	33	9,4
Çocuk	23	6,6
Diğer	103	29,4
Hasta ile birlikte yaşama		
Evet	296	84,6
Hayır	54	15,4
Başka bakım veren kişi		
Var	209	59,7
Yok	141	40,3
Hastanın bağımlılık düzeyi		
10 puan	193	55,1
9 puan	61	17,4
8 puan ve altı	96	27,4
Bakım verme süresi		
1 yıl	38	10,9
2 yıl	39	11,1
3 yıl	39	11,1
4 yıl	25	7,1
5 yıl	74	21,1
6-9 yıl	48	13,7
10 yıldan fazla	87	24,9
Günlük bakım verme süresi		
1-8 saat	190	54,3
9-16 saat	103	29,4
17-24 saat	57	16,3
Hastanın tıbbi cihaz kullanımı		
Var	103	29,4
Yok	247	70,6

Tablo 4.2. Hasta bakımına ilişkin değişkenlerin dağılımı (n=350) (devamı)

Hasta Bakımına İlişkin Değişkenler	Sayı	Yüzde(%)
Bakım aylığı		
Var	126	36
Yok	224	64
Son 1 yıl içinde hastaneye yatış		
Var	191	54,5
Yok	159	45,5
Bakım verme deneyimi		
Var	62	17,7
Yok	288	82,3
Bakıma destek veren kişi		
Var	290	82,9
Yok	60	17,1
Sağlık bilgisinin kaynağı		
Hekim	241	68,9
Hemşire	48	13,7
Arkadaş/akraba	34	9,7
Sosyal medya	27	7,7
Sağlık bilgisinin doğrulanması		
Hekim	248	70,9
Hemşire	52	14,9
Arkadaş/akraba	25	7,1
Sosyal medya	25	7,1
Bakım verenin sağlık algısı		
9-10 puan	100	28,6
7-8 puan	160	45,7
6 puan ve altı	90	25,7
Sağlık çalışanlarından yardım alma		
Evet	348	99,4
Hayır	2	,6
Sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşama		
Evet	38	10,9
Hayır-Bazen	312	89,1
Sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme		
Evet	348	99,4
Hayır-Bazen	2	,6
Hastadaki değişiklikleri fark edebilme		
Evet	340	97,1
Hayır	10	2,9
Değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilme		
Evet	340	97,1
Hayır	10	2,9
Sağlık hizmetlerine erişimede zorluk		
Evet	56	16
Hayır	294	84

4.3. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Evde bakım verilen hastaların %18,9'u 65 yaş altıyken %81,1'i 65 yaş ve üzeridir. Hastaların %62,6'sı kadın, %37,4'ü erkektir. Hastaların öğrenim durumuna bakıldığında %57,7'sinin okuryazar olmadığı, %42,3'ünün okuryazar olduğu bulunmuştur. Hastaların %90,6'sının sosyal güvencesi bulunurken %1,1'inin sosyal güvencesi yoktur, %8,3'ü de yeşil kart sahibidir.

Tablo 4.3. Hastanın sosyo-demografik verilerinin dağılımı (n=350)

Hastanın sosyo-demografik verileri	Sayı	Yüzde(%)
Hastanın yaşı		
65 yaş altı	66	18,9
65 yaş ve üzeri	284	81,1
Hastanın cinsiyeti		
Kadın	219	62,6
Erkek	131	37,4
Hastanın öğrenim durumu		
Okuryazar değil	202	57,7
Okuryazar	148	42,3
Hastanın sosyal güvencesi		
Var	317	90,6
Yok	4	1,1
Yeşil kart	29	8,3

4.4. Hasta Bakımıyla İlgili Nicel Değişkenlerin ve Kullanılan Ölçeklerin İncelenmesi

Bakım verenlerin ortalama yaşı $49,3 \pm 11,7$ olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin kronik hastalık sayısı ortalaması $1,3 \pm 0,5$ iken, hastaların bakım vericiye bağımlılık düzeyi 10 puan üzerinden ortalama $8,9 \pm 1,4$ puan olarak bulunmuştur. Hasta bakımına ayrılan günlük süreye bakıldığında ortalama $10,2 \pm 6,9$ saat olarak bulunmuştur. Ortalama bakım verme süresi ise yıl olarak $6,5 \pm 5,9$ yıl bulunmuştur. Bakım hastalarının son 1 yılda hastaneye yatış sayısı ortalama $1,8 \pm 1,3$ olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin kendi sağlık algılama seviyeleri 10 puan üzerinden ortalama $7,5 \pm 1,6$ puan olarak bulunmuştur. Bakım hastalarının ortalama yaşı $74,1 \pm 19,6$ olarak bulunmuştur. Bakım hastalarının kronik hastalık sayısı ortalaması $2,2 \pm 1$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Bakımla ilgili nicel değişkenlerin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri

Bakımla ilgili Nicel Değişkenler	X	±Ss	Min.-Max.
Bakım verenin yaşı	49,3	±11,7	21-80
Bakım verenin kronik hastalık sayısı	1,3	±0,5	1-3
Hastanın bağımlılık düzeyi	8,9	±1,4	1-10
Hasta bakımına ayrılan günlük süre (saat)	10,2	± 6,9	1-24
Bakım verme süresi (yıl)	6,5	±5,9	1-40
Hastanın son 1 yılda hastaneye yatış sayısı	1,8	±1,3	1-10
Bakım verenin algılanan sağlık seviyesi	7,5	±1,6	2-10
Hastanın yaşı	74,1	±19,6	5-100
Hastanın kronik hastalık sayısı	2,2	±1	1-6

Tablo 4.5. Bakım verenlerin sağlık okur yazarlığı ve ölçek alt boyutları ile bakım verme yükü ölçeği madde sayısı, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri

Ölçek	Madde sayısı	X	±Ss	Min.-Max.
Bilgiye erişim	5	20,2	±3,7	10-25
Bilgiyi anlama	7	26,5	±6,0	10-35
Bilgiye değer biçme	8	31,1	±6,2	13-40
Bilgiyi kullanma	5	19,2	±3,8	9-25
Toplam sağlık okur yazarlığı	25	97,1	±18,9	45-125
Bakım verme yükü	22	38,4	±13,6	3-81

Çalışmamızda toplam sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan ortalama puan 97,1±18,9 puandır. Bakım verme yükü ölçeğinden alınan ortalama puan ise 38,4±13,6 olarak bulunmuştur.

4.5. Hasta Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ve Bakım Verme Yükü Toplam Ölçek Puanı Karşılaştırılması

Bakım verenlerin cinsiyeti ile SOY ve alt boyutları ve BVY arasında anlamlı fark yoktur (**Mann-Whitney U Test, p>0,05**). Bakım verenlerin mesleği ile her iki

ölçek ve alt boyutları arasında anlamlı fark vardır (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**), çalışanların çalışmayanlara göre SOY puanı ve tüm alt boyutlarda puanı daha yüksek, BVY puanı daha düşüktür. Eğitim durumuna bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça SOY puanı ve tüm alt boyutların puanı artmakta, BVY puanı düşmektedir (**Jonckheere-Terpstra Test, $p<0,05$**). Sosyal güvence durumuna bakıldığında SOY puanı ve bilgiye erişim, bilgiye değer biçme ve bilgiyi kullanma alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu bu farkın sosyal güvencesi var ile yok arasında olduğu; sosyal güvencesi olanların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Kruskal Wallis-H Test, $p<0,05$**).

Medeni duruma bakıldığında ise BVY dışında tüm ölçeklerde anlamlı fark olduğu, bekar olanların SOY puanı ve alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**). Gelir durumuna bakıldığında ise tüm ölçeklerde anlamlı fark olduğu bulunmuştur, bu farkın bilgiyi kullanma alt boyutunda tüm gelir gruplarının birbirine karşı anlamlı olduğu ve gelir arttıkça SOY ve alt boyut puanın arttığı BVY puanının düştüğü ancak diğer ölçeklerde gelirin giderden az olduğu ile diğer iki grup arasında anlamlı fark olduğu gelirin gidere eşit olması ile fazla olması arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (**Kruskal Wallis-H Test, $p<0,05$**). Kronik hastalık durumuna bakıldığında ise BVY puanı ile anlamlı fark olduğu, kronik hastalığı olanların BVY puanının yüksek olduğu bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**).

Tablo 4.6. Hasta bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile SOY ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ve BVY toplam ölçek puanı karşılaştırılması (n=350)

Sosyo-demografik özellikler		SOY	BVY	Bilgiye erişim	Bilgiyi anlama	Bilgiye değer biçme	Bilgiyi kullanma
	n	X±SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Cinsiyet							
Kadın	266	97,2 ± 19	38,7 ± 13,8	20,3± 3,6	26,4 ± 6,1	31,1 ± 6,3	19,3 ± 3,8
Erkek	84	96,9 ± 18,7	37,7 ± 13,1	19,8 ± 3,8	26,7 ± 5,8	31,1 ± 6	19,2 ± 3,9
p		,987	,425	,339	,752	,944	,880
Meslek							
Çalışıyor	77	107,3 ± 13,6	30,9 ± 11,6	21,8 ± 2,9	30 ± 4,3	34,5 ± 4,5	20,9 ± 2,9
Çalışmıyor	273	94,2 ± 19,2	40,6 ± 13,4	19,7 ± 3,8	25,5 ± 6,1	30,1 ± 6,3	18,8 ± 3,9
p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
Eğitim							
İlkokul	126	87,2 ± 18,5	41 ± 13	18,3 ± 3,8	23,6 ± 5,7	27,8 ± 6,1	17,3 ± 3,8
Ortaokul	53	97,3±16,5	39,5±12,8	20,6±3,2	26,7±5,3	30,7±5,6	19,1±3,2
Lise	105	102,7±15,4	36,2±13,4	21,1±3	28±5,4	33±5	20,4±3
Üniversite	66	107,1±17,9	36,3±15,2	22±3	29,6±5,6	34,4±5,9	21,1±3,7
p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
Sigorta							
Var	318	97,8 ± 18,6	38,4±13,9	20,3±3,6	26,6±6	31,3±6,1	19,4±3,7
Yok	10	82,4±18,6	36,4±13	17,4±3,6	22,6±6,1	25,8±5,5	16,6±3,5
Yeşil kart	22	94,2±20,3	40,5±9,1	19±3,9	26,1±5,6	30±7	18,9±4
p		,025	,507	,015	,112	,015	,036
Medeni durum							
Evli	280	95,3±19,2	38,5±12,6	19,9±3,8	25,9±6,1	30,4±6,3	19±3,8
Bekar	70	104,3±15,7	38,3±17,2	21,5±3,1	28,8±4,8	33,6±5,2	20,3±3,4
p		,000	,492	,002	,000	,000	,012
Gelir							
Gelir giderden az	204	92,5±19	40,7±13,9	19,3±3,8	25,3±5,8	29,5±6,3	18,2±3,8
Gelir gidere eşit	104	101,5±16,3	35,1±12,8	21±3,2	27,6±5,8	32,7±5	20,2±3,2
Gelir giderden fazla	42	108,7±16,8	35,6±12,5	22,3±2,8	29,8±5,7	34,6± 6,4	21,9±2,9
p		,000	,001	,000	,000	,000	,000
Kronik hastalık							
Var	141	95±21,3	41,8±16	19,7±4,2	26±6,7	30±7,8	19±4,1
Yok	209	98,5±17	36,2±11,3	20,5±3,31	26,8±5,48	31,6±5,65	19,4±3,58
p		,263	,002	,142	,347	,161	,733

4.6. Hasta Bakımına İlişkin Değişkenler ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ve Bakım Verme Yükü Toplam Ölçek Puanı Karşılaştırılması

Hasta yakınlık derecesinin bilgiyi kullanma boyutu dışında tüm ölçeklerle arasında anlamlı fark olduğu; bu farkın BVY puanında babasıyla eşine bakanlar arasında, eşiyle çocuğuna bakanlar arasında, diğerine bakanla eşine bakanlar arasında olduğu eşine bakanların BVY puanının yüksek olduğu; SOY puanı ve diğer alt boyutlarda ise eşine bakanlar ile annesine bakanlar, eşine bakanlar ile kardeşine bakanlar arasında olduğu eşine bakanların puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (**Kruskal Wallis-H Test, $p<0,05$**). Hasta ile yaşamanın BVY ile arasında anlamlı fark olduğu, hastası ile yaşayanların BVY puanı daha yüksek bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**). Başka bakım veren olup olmamasının bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutları dışında tüm ölçeklerde anlamlı fark olduğu, başka bakım vereni olan bakım vericilerin SOY puanı ve bilgiye erişim ve bilgiyi kullanma puanlarının yüksek olduğu, BVY puanının düşük olduğu bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**). Hastasının tıbbi cihazı olma durumunun BVY puanı dışında tüm ölçeklerle arasında anlamlı fark olduğu; tıbbi cihazı olan bakım vericilerin SOY puanı ile alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**). Bakım verme deneyiminin bilgiye erişim alt boyutu dışında tüm ölçeklerle arasında anlamlı fark olduğu; SOY ve geri kalan alt boyut puanlarının deneyimi olan kişilerde yüksek olduğu, BVY puanının düşük olduğu bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**). Sağlık bilgisinin kaynağı ve sağlık bilgisinin doğrulanmasının tüm ölçeklerle arasında anlamlı fark olduğu; bu farkın SOY ve alt boyutlarda hekim-hemşire, hekim-arkadaş arasında olduğu hekimle ilgili grupta puanların yüksek olduğu bulunmuştur, BVY puanında hekim-hemşire, sosyal medya- hemşire arasında anlamlı fark olduğu hemşire ile ilgili grupta BVY puanı daha yüksek bulunmuştur (**Kruskal Wallis-H Test, $p<0,05$**). Sağlık çalışanını anlamakta zorluk yaşama ile tüm ölçekler arasında anlamlı fark olduğu; zorluk yaşayanların SOY puanı ve alt boyut puanları daha düşük, BVY puanı daha yüksek bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**). Hastadaki değişikliği fark edebilme ve iletebilme ile tüm ölçekler arasında anlamlı fark olduğu; evet diyenlerin SOY puanı ve alt boyut puanları daha yüksek, BVY puanı daha düşük bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**). Sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşama ile tüm ölçekler arasında anlamlı fark olduğu; zorluk yaşayanların SOY puanı ve alt boyut

puanları daha düşük, BVY puanı daha yüksek bulunmuştur (**Mann-Whitney U Test, $p<0,05$**).

Tablo 4.7. Hasta bakımına ilişkin değişkenler ile SOY ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ve BVY toplam ölçek puanı karşılaştırılması (n=350)

Hasta bakımına ilişkin değişkenler		SOY	BVY	Bilgiye erişim	Bilgiyi anlama	Bilgiye değer biçme	Bilgiyi kullanma
	n	X±SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Hasta ile yakınlık							
Anne	126	98,6± 18,2	39,1± 14,1	20,5± 3,7	26,9± 6	31,5± 5,9	19,5± 3,7
Baba	50	98,7± 13,3	35 ± 8,2	20,3 ± 2,8	26,6± 4,7	32 ± 4,5	19,7± 2,8
Kardeş	15	104,4 ± 16,4	36,4±8,9	21,7±2,3	28,4±5,7	33,6±5,4	20,7±3,4
Eş	33	84,6±22,4	49±13,4	17,9±4,1	22,3±6,7	27,3±7,4	17±4,7
Çocuk	23	94,3±22,4	35,4±14,2	19,5±4,5	26,2±6,6	29,4±7,5	19,1±4,2
Diğer	103	98,2±19	36,9±14,2	20,4±3,6	27,1±5,9	31,3±6,4	19,3±3,7
p		,013	,000	,011	,013	,016	,059
Hasta ile yaşama							
Evet	296	96,6±19,2	39,4±13,8	20,1±3,7	26,3±6,1	30,8±6,3	19,1±3,9
Hayır	54	100,1±16,6	32,9±11,4	20,6±3,5	27,3±5,2	32,2±5,6	19,8±3,2
p		,295	,003	,398	,335	,193	,285
Başka bakım veren							
Var	209	98,8±19,1	37±14,5	20,4±3,8	27,1±6	31,5±6,4	19,6±3,8
Yok	141	94,7±18,3	40,5±12,1	19,8±3,5	25,6±5,9	30,4±6	18,7±3,8
p		,024	,006	,059	,018	,069	,029
Hastanın tıbbi cihaz kullanımı							
Var	103	103,9±17,0	37,9±13,3	21,5±3,2	28,5±5,6	33,4±5,5	20,3±3,5
Yok	247	94,3±18,9	38,7±13,8	19,6±3,7	25,7±6	30,1±6,3	18,8±3,8
p		,000	,937	,000	,000	,000	,001
Bakım ahlığı							
Var	126	97,7±19,2	38,7±13	20,4±3,8	26,8±5,9	31±6,3	19,4±3,8
Yok	224	96,8±18,7	38,3±14	20,1±3,6	26,3±6	31,1±6,2	19,1±3,8
p		,613	,682	,370	,624	,952	,392
Bakım verme deneyimi							
Var	62	101,8±18,9	34,6±14,9	20,7±3,7	28±5,8	32,6±6,6	20,3±3,6
Yok	288	96,1±18,7	39,3±13,2	20,1±3,7	26,2±6	30,7±6,1	19±3,8
p		,037	,004	,161	,034	,024	,027
Bakıma destek veren kişi							
Var	290	98,3±19,4	38,1±14,2	20,4±3,8	26,8±6,1	31,4±6,4	19,5±3,9
Yok	60	91,5±15,1	39,9±10,2	19,3±3,2	24,9±5,1	29,3±5,2	17,9±2,8
p		,002	,077	,010	,012	,006	,001

Tablo 4.7. Hasta bakımına ilişkin değişkenler ile SOY ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ve BVY toplam ölçek puanı karşılaştırılması (n=350) (devamı)

Hasta bakımına ilişkin değişkenler		SOY	BVY	Bilgiye erişim	Bilgiyi anlama	Bilgiye değer biçme	Bilgiyi kullanma
	n	X±SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Sağlık bilgisinin kaynağı							
Hekim	241	100,8±17,8	37,1±14	20,8±3,5	27,6±5,7	32,2±5,9	20±3,5
Hemşire	48	88,3±16	45,3±12,2	18,8±3,3	23,8±4,8	28±5,9	17,5±3,1
Arkadaş	34	86,1±19,4	38,7±7,7	17,6±3,5	23,3±6,3	28,1±6,4	17±4,2
Sosyal medya	27	94±22,2	37,4±15,7	20,1±4,3	25,4±7	29,8±6,6	18,5±4,8
P		,000	,000	,000	,000	,000	,000
Sağlık bilgisini doğrulama							
Hekim	248	100,5±18	37,2±13,9	20,8±3,5	27,5±5,7	32,1±6	19,9±3,5
Hemşire	52	87,6±15,6	44,5±12	18,7±3,2	23,6±4,7	27,8±5,7	17,3±3,1
Arkadaş	25	89±21,8	38±8,4	17,7±4	23,9±7,2	29,5±6,9	17,8±4,7
Sosyal medya	25	91,6±21,4	38,9±15,4	19,7±4,2	24,8±6,9	29,1±6,3	18±4,7
P		,000	,002	,000	,000	,000	,000
Sağlık çalışanını anlamakta zorluk yaşama							
Evet	38	77,6±13,7	46±9,7	16,7±3,2	20,2±4,7	24,8±4,1	15,7±2,9
Hayır	312	99,5±18	37,5±13,8	20,6±3,5	27,3±5,7	31,8±6	19,7±3,7
p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
Hastadaki değişikliği fark edebilme							
Evet	340	97,8±18,3	37,9±13,2	20,3±3,6	26,7±5,8	31,3±6,1	19,4±3,7
Hayır	10	74±23,6	55,8±18,2	15,8±4,5	18,6±7,1	24,4±8,6	15,2±4
p		,005	,002	,002	,001	,018	,004
Hastadaki değişikliği iletebilme							
Evet	340	97,7±18,6	37,9±13,2	20,3±3,6	26,7±5,9	31,2±6,2	19,3±3,8
Hayır	10	78,8±19,1	56,2±15,9	16±2,9	20,8±7,6	26±7,5	16±1,7
p		,009	,001	,001	,009	,041	,003
Sağlık hizmetine erişimde zorluk							
Evet	56	82,3±16,5	49,8±14,5	16,8±2,9	22,2±5,9	26,6±5,7	16,6±3
Hayır	294	99,9±18	36,3±12,4	20,8±3,5	27,3±5,7	31,9±6	19,7±3,7
p		,000	,000	,000	,000	,000	,000

4.7. Hastanın Sosyo-demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Puanları ve Bakım Verme Yükü Toplam Ölçek Puanı Karşılaştırılması

Hastanın öğrenim durumu ile BVY ve bilgiye erişim alt boyutu dışındaki diğer ölçeklerle arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur; okuryazar olan hastaların bakım verenlerinin SOY puanı ve bilgiye erişim boyutu dışındaki alt boyutlarda puanı yüksektir (**Mann-Whitney U Test, p<0,05**). Hastanın sosyal güvencesinin BVY

dışında diğer ölçeklerle arasında anlamlı fark olduğu; bu farkın sosyal güvencesi var ile yeşil kart arasında olduğu, bilgiyi anlama boyutunda ek olarak sosyal güvencesi var ile yok arasında da olduğu ve sosyal güvencesi var olanların SOY puanı ve alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (**Kruskal Wallis-H Test, $p<0,05$**).

Tablo 4.8. Hastanın sosyo-demografik özellikleri ile SOY ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ve BVY toplam ölçek puanı karşılaştırılması (n=350)

Hastanın sosyo-demografik özellikleri		SOY	BVY	Bilgiye erişim	Bilgiyi anlama	Bilgiye değer biçme	Bilgiyi kullanma
	n	X±SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Hastanın öğrenim durumu							
Okuryazar değil	202	94,9±18,6	37,9±13,7	19,9±3,7	25,9±5,9	30,1±6,1	18,9±3,6
Okuryazar	148	100,2±18,9	39,2±13,5	20,6±3,6	27,3±6	32,3±6,2	19,8±3,9
p		,004	,319	,058	,013	,001	,015
Hastanın sosyal güvencesi							
Var	317	98,4±18,7	38,2±14	20,4±3,6	26,9±5,9	31,5±6,2	19,5±3,7
Yok	4	76±17,3	45±1,1	15,5±4	18±3,4	26,5±6,3	16±3,4
Yeşil kart	29	85,7±16,2	40,5±9,5	18,2±3,9	23,4±5,8	27,3±4,8	16,7±3
p		,000	,118	,001	,000	,000	,000

4.8. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi

Bakım veren yaşı ile SOY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur(**r: -,310; p: ,000**). Bakım verenin kronik hastalık sayısı, günlük saat olarak ve yıl olarak bakım süresi, hastanın yaşı, hastanın son 1 yılda hastaneye yatış sayısı ve hastanın kronik hastalık sayısı ile SOY arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.9. SOY toplam ölçek puanı ile bazı değişkenlerin korelasyonları (n=350)

	r	p
Bakım veren yaşı	-,310**	,000
Bakım verenin kronik hastalık sayısı	,005	,948
Hasta bakım verme süresi (yıl)	-,078	,143
Hasta günlük bakım verme süresi (saat)	,079	,140
Hastanın yaşı	-,052	,333
Hastanın son 1 yılda hastaneye yatış sayısı	-,057	,432
Hastanın kronik hastalık sayısı	,076	,158

*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

4.9. Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarının İncelenmesi

Tablo 4.10. BVY toplam ölçek puanı ile bazı değişkenlerin korelasyonları (n=350)

	r	p
Bakım veren yaşı	,189**	,000
Bakım verenin kronik hastalık sayısı	,150	,074
Hasta bakım verme süresi (yıl)	,280**	,000
Hasta günlük bakım verme süresi (saat)	,394**	,000
Hastanın yaşı	,096	,072
Hastanın son 1 yılda hastaneye yatış sayısı	,153*	,035
Hastanın kronik hastalık sayısı	,191**	,000

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Bakım verenin yaşı ve hastanın kronik hastalık sayısı ile BVY arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (**sırasıyla r: ,189 p: ,000; r: ,191 p: ,000**). Yıl olarak bakım verme süresi ve günlük saat olarak bakım verme süresi ile BVY arasında pozitif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (**sırasıyla r: ,280, p: ,000; r: ,394; p: ,000**). Hastanın son 1 yılda hastaneye yatışı ile BVY arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (**r: ,153, p: ,035**). Bakım verenin kronik hastalık sayısı ve hastanın yaşı ile BVY arasında anlamlı ilişki yoktur.

4.10. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yüğü Toplam Ölçek Puanının Korelasyonlarının İncelenmesi

SOY ile BVY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (**r: ,-.373; p: ,000**). Bilgiye erişim, bilgiyi kullanma, bilgiye değer biçme ve bilgiyi kullanma alt boyutları ile BVY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (**sırasıyla r: ,393, p: ,000; r: ,350, p: ,000; r: ,367, p: ,000; r: ,341, p: ,000**).

Tablo 4.11. SOY toplam ölçek puanı ile alt boyutlarının, BVY toplam ölçek puanı ile korelasyonları (n=350)

	r	p
Bilgiye erişim	-,393**	,000
Bilgiyi anlama	-,350**	,000
Bilgiye değer biçme	-,367**	,000
Bilgiyi kullanma	-,341**	,000
Toplam sağlık okuryazarlığı	-,373**	,000

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

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5. TARTIŞMA

Evde bakım hastalarına bakım veren 350 kişiyle yaptığımız bu çalışmada bakım verenlerin SOY toplam puanı ortalama $97,1 \pm 18,9$ puan olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Ölçekten alınabilecek maksimum puan 125 olduğu göz önüne alındığında çalışmaya katılanların sağlık okuryazarlığı yeterlidir denilebilir. Ergün (2019)'ün yaptığı çalışmada ortalama SOY puanı $105,3 \pm 17,5$ olarak bulunmuştur (92). Barutcu (2019)'un yaptığı çalışmada ortalama SOY puanı $102,30 \pm 19,67$ olarak bulunmuş, bu puan yeterli olarak değerlendirilmiştir (93).

Çalışmamızda bakım verme yükü ölçeğinden alınan ortalama puan ise $38,4 \pm 13,6$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Bakım verenlerin bakım verme yükü orta düzeyde olarak değerlendirilebilir (94). Barutcu (2019)'un yaptığı çalışmada ortalama BVY puanı $27,31 \pm 15,05$ olduğu bulunmuştur (93). Selçuk ve ark. (2016)'ın yaptığı çalışmada ortalama BVY puanı $60,70 \pm 14,19$ olduğu bulunmuş ve ileri derecede yük olarak değerlendirilmiştir (95). Aşiret (2011)'in yaptığı çalışmada ortalama BVY puanı $27,31 \pm 15,05$ olduğu bulunmuş ve orta düzeyde yük olarak değerlendirilmiştir (96).

5.1. Hasta Bakım Verenlerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı ve Bakım Verme Yükü Toplam Puanına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin ortalama yaşı $49,3 \pm 11,7$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Ergün (2019)'ün yaptığı çalışmada yaş ortalaması $48,0 \pm 14,7$, Barutcu(2019)'nun yaptığı çalışmada $50,15 \pm 12,96$ bulunmuştur (92, 93). Çalışmamızda yaş ile SOY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Dadipoor ve ark. (2017)'in yaptığı çalışmada da yaş ile SOY arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (97). Ergün(2019)'ün yaptığı çalışmada ise anlamlı ilişki saptanamazken, Barutcu (2019)'nun yaptığı çalışmada negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (92, 93). Yaş arttıkça SOY puanının düşmesi yaşlanmanın doğal sonucu olarak yaşlı nüfusta çevreye olan ilgi ve alakada ve algıdaki zayıflamalara, dikkat eksikliğine bağlı olabilir. Bakım verenlerin yaşı ile BVY arasında çalışmamızda pozitif yönde zayıf düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Barutcu (2019)'nun yaptığı çalışmada anlamlı ilişki saptanamamıştır (93). Or (2013)'ün yaptığı çalışmada pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (98).

Çalışmamızda bakım verenlerin %76'sı kadındır (Tablo 4.1), bakım verenlerin cinsiyeti ile SOY ve BVY arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Barutcu (2019)'nın yaptığı çalışmada cinsiyet ile SOY arasında anlamlı ilişki olduğu ve erkeklerin SOY puanının yüksek olduğu bulunmuştur (93). Aynı çalışmada cinsiyet ile BVY arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (93). Yılmaz ve ark. (2009)'un çalışmasında cinsiyet ile SOY arasında anlamlı fark bulunamamıştır (99).

Çalışmamızda bakım verenlerin %78'i çalışmıyor bulunmuştur (Tablo 4.1), mesleki durum ile SOY ve BVY arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışanların çalışmayanlara göre SOY puanı daha yüksek, BVY puanı daha düşüktür. Ergün (2019)'ün yaptığı çalışmada SOY ile mesleki durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (92). Barutcu (2019)'nın yaptığı çalışmada ise SOY ve BVY ile mesleki durum arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (93).

Çalışmamızda bakım verenlerin %80'i evlidir (Tablo 4.1), medeni durum ile SOY arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bekarların SOY puanı daha yüksektir, bekarların yaş ortalamasının daha düşük olması buna yol açmış olabilir. Ergün (2019)'ün yaptığı çalışmada da bekarların SOY puanı anlamlı yüksek bulunmuştur (92). Barutcu (2019)'nın yaptığı çalışmada ise SOY ve BVY ile medeni durum arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (93).

Çalışmamızda bakım verenlerin %36'sı ilkokul mezunudur (Tablo 4.1), eğitim düzeyi arttıkça SOY puanı artmakta, BVY puanı düşmektedir. Ergün (2019)'ün yaptığı çalışmada da anlamlı ilişki saptanmıştır (93). Barutcu (2019)'nın yaptığı çalışmada da SOY ile anlamlı ilişki saptanırken, BVY ile anlamlı ilişki saptanamamıştır (93). Or (2013)'ün yaptığı çalışmada ise eğitim ile BVY arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (98). Eğitim seviyesinin artmasıyla kişinin okuduğunu anlama, değerlendirme, uygulama becerisi artar, bilgiye daha kolay ulaşır, SOY puanı artması olağandır.

Çalışmamızda sosyal güvence ile SOY puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır, sosyal güvencesi olanların SOY puanı yüksektir. Barutcu (2019)'nın yaptığı çalışmada da aynı şekilde sonuç bulunmuştur (93).

Çalışmamızda gelir durumuna bakıldığında %58,3'ünün geliri giderinden az olduğu görülmüştür (Tablo 4.1), gelir durumunun SOY ve BVY ile anlamlı ilişkisi olduğu, gelir arttıkça SOY puanının arttığı BVY puanının düştüğü görülmüştür. Barutcu (2019)'nın yaptığı çalışmada gelir durumuyla SOY arasında anlamlı ilişki bulunmuş

ancak BVY ile arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (93). Ergün(2019)'ün yaptığı çalışmada gelir durumu ile SOY arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (92). Aşiret (2011)'in yaptığı çalışmada gelir ile BVY arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (96). Gelir durumunun artmasıyla sağlık bilgisine daha kolay ulaşılabilir, bakım verme yükü de dolayısıyla azalabilir.

Bakım verenlerin %40,3'ünün kronik hastalığı vardır (Tablo 4.1), kronik hastalık sahibi olması ile BVY arasında anlamlı ilişki saptanmış, kronik hastalığı olanların BVY puanı yüksek bulunmuştur. Aşiret (2011)'in yaptığı çalışmada kronik hastalık sahibi olmakla BVY arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (96). Bakım verirken kişiler fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak zorlanabilir ve hastalıklara yol açabilir bu durum; hasta olan kişinin de bakım yükü daha çok artar.

5.2. Hasta Bakımına İlişkin Değişkenler ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı ve Bakım Verme Yükü Toplam Ölçek Puanı Tartışılması

Çalışmamızda bakım verenlerin %36'sı annesine bakım vermektedir (Tablo 4.2), hasta yakınlık derecesi ile SOY ve BVY arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Eşine bakım verenlerin BVY puanı daha yüksektir, SOY puanı ise daha düşüktür. Barutcu (2019)'nun yaptığı çalışmada SOY puanı ile anlamlı ilişki bulunmuş ve eşine bakanların SOY puanı daha düşüktür, BVY ile anlamlı ilişki bulunamamıştır (93). Sherwood (2005)'in ve Kuzuya (2006)'nın yaptığı çalışmalarda BVY ile anlamlı ilişki bulunmuş, eşine bakım verenlerin BVY puanı daha yüksek bulunmuştur (100, 101). Eşine bakım verenlerin daha yaşlı olması ve kendilerinin de ilgiye ihtiyaçken eşlerine bakım veriyor olmaları bu durumu açıklayabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %84,6'sı hastası ile beraber yaşamaktadır (Tablo 4.2). Hasta ile yaşamının BVY ile arasında anlamlı fark olduğu, hastası ile yaşayanların BVY puanı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Barutcu (2019)'nun yaptığı çalışmada ise BVY ile arasında anlamlı ilişki bulunamamış, SOY ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastasıyla beraber yaşayanların SOY puanı daha düşüktür (93).

Çalışmamızda bakım verenlerin %10,9'u sağlık çalışanlarını anlamakta zorluk yaşamakta olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2), zorluk yaşama ile SOY ve BVY arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Zorluk yaşayanların SOY puanı daha düşük, BVY puanı daha yüksek bulunmuştur. Ergün (2019)'ün yaptığı çalışmada aynı şekilde sağlık

alışanlarını anlamakta zorluk yaşamayanların SOY puanı daha yüksek bulunmuştur (92).

Çalışmamızda bakım verenlerin %16'sı sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.2). Sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşama ile SOY ve BVY arasında anlamlı fark bulunmuştur ve zorluk yaşayanların SOY puanı daha düşük ve BVY puanı daha yüksek saptanmıştır. Ergün (2019)'n yaptığı çalışmada aynı şekilde zorluk yaşamayan kişilerin SOY puanı daha yüksek bulunmuştur (92). Temel (2017)'in yaptığı çalışmada aynı şekilde zorluk yaşamayan kişilerin SOY puanı daha yüksek bulunmuştur (102).

Çalışmamızda ortalama bakım verme süresi yıl olarak $6,5\pm5,9$ yıl bulunmuştur (Tablo 4.4). Hasta bakımına ayrılan günlük süreye bakıldığında ortalama $10,2\pm 6,9$ saat olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Yıl olarak bakım verme süresi ve günlük saat olarak bakım verme süresi ile BVY arasında pozitif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur ancak aynı ilişki SOY ile bulunamamıştır. Barutcu (2019)'nun yaptığı çalışmada bakım verme süresi $9,9 \pm 7,0$ yıl olarak bulunmuştur. Bakım verme süresi (yıl) ile SOY ve BVY arasında anlamlı fark bulunamamıştır (93). Aşiret (2011)'in yaptığı çalışmada bakım verme süresi 29,7 ay ve günlük bakım verme süresi de 13,5 saat olarak bulunmuştur. Bakım verme süreleri ile BVY arasında anlamlı ilişki bulunmuştur, bakım süresi arttıkça BVY artmaktadır (96). Macnamara (1990)'nın çalışmasında da bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün arttığı belirtilmiştir (103).

5.3. Hastanın Sosyo-demografik özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı ve Bakım Verme Yükü Toplam Puanına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yer alan hastaların yaş ortalaması $74,1\pm19,6$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Hastanın yaşı ile SOY ve BVY arasında anlamlı ilişki yoktur. Or (2013)'n yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması $77,68 \pm 7,28$ olarak bulunmuştur (98). Bizim alışmamızda hastaların %81,1'i 65 yaş ve üzerinde yer alırken, İnci (2007)'nin yaptığı çalışmada hastaların %47'si 70-79 yaş aralığında yer almaktadır (104). Çalışmamızda hastaların %62,6'sı kadın ve %57,7'si okuryazar değildir (Tablo 4.3). Hastanın ğrenim durumu ile SOY arasında anlamlı fark bulunmuştur, okuryazar olan hastaların bakım verenlerinin SOY puanı yüksektir. Bu durum; hastaların bakıcılarının genelde çocukları olduğunu düşünürsek bir şekilde eğitimli kişilerin çocuklarına da etki etmeleriyle, onları

yönlendirmeleriyle açıklanabilir. Or (2013)'ün yaptığı çalışmada hastaların %67,2'si kadın ve %43,5'i okuryazar değildir (98).

5.4. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanı ile Bakım Verme Yükü Toplam Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda bakım veren yaşı ile SOY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunurken bakım verenin kronik hastalık sayısı, günlük saat olarak ve yıl olarak bakım süresi, hastanın yaşı, hastanın son 1 yılda hastaneye yatış sayısı ve hastanın kronik hastalık sayısı ile SOY arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bakım verenin yaşı ve hastanın kronik hastalık sayısı ile BVY arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Yıl olarak bakım verme süresi ve günlük saat olarak bakım verme süresi ile BVY arasında pozitif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastanın son 1 yılda hastaneye yatışı ile BVY arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bakım verenin kronik hastalık sayısı ve hastanın yaşı ile BVY arasında anlamlı ilişki yoktur. Ergün (2019)'ün yaptığı çalışmada bakım veren yaşı ve hastanın son 1 yılda hastaneye yatış sayısı ile SOY arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (92).

Çalışmamızda SOY ile BVY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı arttıkça bakım verme yükü azalmaktadır. Bilgiye erişim, bilgiyi kullanma, bilgiye değer biçme ve bilgiyi kullanma alt boyutları ile BVY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Barutcu (2019)'nun yaptığı çalışmada ise SOY ile BVY arasında çalışmamızla aynı şekilde negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Bilgiye erişim ve bilgiyi anlama alt boyutlarıyla BVY arasında negatif yönde zayıf düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Bilgiye değer biçme ve bilgiyi kullanma alt boyutlarıyla BVY arasında ise negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (93). Sağlık okuryazarlığının artmasıyla hasta bakımı daha kolaylaşacak, bakımla ilgili olası sorunlar önlenecek, gelişen sorunlarla daha kolay baş edileceği için bakım verme yükü de azalmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Evde bakım hastalarına bakım veren 350 kişiyle yaptığımız bu çalışma, bakım verenlerin hem sağlık okuryazarlığını ve hem bakım verme yükünü ölçmesi açısından değerlidir, literatürde her ikisini ölçen çok fazla çalışma bulunamamıştır.

Bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadın, evli, ilkokul mezunu, çalışmayan, geliri giderinden az, sosyal güvencesi vardır.

Bakım veren yaşı arttıkça SOY puanı düşmüş, BVY puanı yükselmiştir. Hastalara bakım verme süreleri arttıkça BVY puanı artmıştır.

Çalışanların çalışmayanlara göre SOY puanı daha yüksek, BVY puanı daha düşüktür. Eğitim düzeyi ve gelir arttıkça SOY puanı artmakta, BVY puanı düşmektedir.

Sosyal güvencesi olan, bekar olan bakım vericilerin SOY puanı daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verme deneyimi olan, başka bakım vereni olan, hastadaki değişikliği fark edip iletebilen bakım vericilerin SOY puanının daha yüksek olduğu, BVY puanının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalığı olanların BVY puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eşine bakım verenlerin BVY puanı daha yüksektir, SOY puanı ise daha düşüktür.

Hastasının tıbbi cihazı olan, hastası okuryazar olan, sosyal güvencesi var olan bakım vericilerin SOY puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık çalışanını anlamakta zorluk yaşayan, sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşayan bakım vericilerin SOY puanı daha düşük, BVY puanı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bakım verenlerin SOY toplam puanı ortalama $97,1 \pm 18,9$ olarak bulunmuş, yeterli düzeyde olarak değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin ortalama BVY toplam puanı ise $38,4 \pm 13,6$ olarak bulunmuş, orta düzeyde olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda SOY ile BVY arasında negatif yönde orta düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı arttıkça bakım verme yükü azalmaktadır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda; sağlık okuryazarlığı düşük bakım verenlere eğitici, öğretici, destekleyici hizmetler verilmelidir, bu şekilde bakım

vermede yeterliliği artar ve bakım verme yükü azaltılır. Gelir durumu az olan ailelere maddi destek sağlanmasıyla sağlık arama davranışının sonucu olarak sağlık okuryazarlığının yükselmesi sağlanır, bakım verme yükü azaltılır. Kronik hastalığı olan bakım verenlere tıbbi destek sağlanmalıdır, bu sayede bakım verme yükü azaltılır.

Bakım verenlerin sağlık okuryazarlığını ve bakım verme yükünü aynı çalışmada ölçen, bunların arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısı arttırılmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Çilingiroğlu N., Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi. 2004.
2. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı, 2015-2020. Sağlık Bakanlığı yayını, No 960. 2015.
3. Dölek B. Evde ve kurumda uzun dönemli bakım. Klinik Gelişim. 2012;25:95-9.
4. Atagün Mİ BÖ, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Piskiyatrider Güncel Yaklaşımlar. 2011.
5. İnci F. , Erdem M.. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008.
6. Kavuncubası S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi SİYASAL KİTABEVİ; 2000.
7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. TC Resmi Gazete. 27 Şubat 2015;sayı: 29280.
8. Simonds SK. Health education as social policy. Health Education Monograph 1974;2:1 10.
9. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. World Health Organization, Health Literacy the Solid Facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013, p. 13
10. Sert, H., Doğan, S. G., Çetinkaya, S., Pelin, M., & Seven, A. Enfeksiyon Servisinde Yatan Hastaların Sağlık Durumları Ve Bakım Verenlerin Bilgi Gereksinimleri: Pilot Çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2019; 23(2), 57-63.
11. Ünver S, Şensoy N. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarının Diyabet ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2020.
12. Okay B, Saatçi E. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları. 2011;4.

13. Kurtdaş M. "Sağlıklı Yaşam!" sloganı etrafında şekillenen yeni tüketim biçimleri Sosyolojik Düşün. 2016;1:1-10.
14. Aydın M. Evde bakım hizmeti alan kişilerde sık karşılaşılan tıbbi ve sosyal sorunlar. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.
15. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Dergisi. 2012, 1:45-48.
16. Arslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2018, 1(1):44-55.
17. Öksüz H. Evde Sağlık Hizmetleri Ve Hasta Memnuniyeti. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ: T.C. Namık Kemal Üniversitesi, 2018.
18. Oğlak S. Yaşlı bakımında görünmeyen işgücü aile bakımı ve ekonomik değeri. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017, 4 (2):73-87.
19. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012, 3(2):96-103.
20. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve uygulamaları. Turk Med J. 2015, 7(1): 118-123.
21. Yasa AA. "13. Yüzyıl Selçuklu Konya'sında Eğitim Kurumları", Düşünen Siyaset, 2002;1:118-31.
22. Sobel D. Galileo'nun Kızı, Çev: Bahadır Sina Sener, Türkiye s Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.
23. Gallagher MB. "Nursing Role In Home Health Care", In:Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy, Ed: Linda L, Jarvis MS, Davis Company, USA. 1985:327-50.
24. Schulmerich SC, "General Information", Home Health Care Administration, New York: Delmar Publishers, 1996:12-9.
25. Robert DE, Heinrich J. "Public health nursing comes of age", American Journal of Public Health. 1985;75:1162- 72.

26. Altuntaş M, Yilmazer TT, Güçlü YA, Öngel K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2010, 20(3): 153-158.
27. Yener D. Evde sağlık hizmetinden yararlananların sayısı 1,5 milyonu aştı, <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/evde-saglik-hizmetinden-yararlananlarin-sayisi-1-5-milyonu-asti-/1982721>, 23.09.2020.
28. Aşiret GD, Çetinkaya F. Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016, 9(4):120-125.
29. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanıylmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi. 2010, 11(3):125-132.
30. Beşer A, Topçu S. Evde bakım çalışanlarında mesleki riskler ve önleme stratejileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019, 8(1):49-54.
31. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005, 8(3):101-106.
32. Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi, 2013.
33. Kayusa RT, Polgar BP, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. Postgraduate Medicine. 2000, 108(7):119-23.
34. Türk Dil Kurumu (TDK) , Bakım, <https://sozluk.gov.tr/>, 13.01.2020.
35. Türk Dil Kurumu, Gönüllü, <https://sozluk.gov.tr/>, 13.01.2020.
36. Family Caregiver Alliance. Caregiving. 2016. <https://www.caregiver.org/caregiving>. 13.01.2020.
37. İzgü N. Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların primer bakım vericilerinde bakım verme yükü ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015, 2(1):61-69.

38. Beşpınar FU. Toplumsal Cinsiyet Ve Aile. İçinde: Turğut M, Feyzioğlu S. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler. Birinci Basım, İstanbul, 2013:234- 279.
39. Yıldızeli F. Geriatri kanser hastasına bakım verenlerin yorgunluk düzeyi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: T.C. Gaziantep Üniversitesi, 2017.
40. Hogstel, M.O. (2001) Gerontology: Nursing care of the Older Adult, Delmar/ Thomson Learning, USA, 616s.
41. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2013, 3(1):1-7.
42. Given AB, Gİven WC, Sherwood P. The challenge of quality cancer care for family caregivers. Seminars in Oncology Nursing. 2012, 28(4):205-212.
43. Vitaliano PP, Young MH, Zhang J. Is caregiving a risk factor for illness? Current Directions in Psychological Science. 2004, 13(1):13-16.
44. Güner AT, Erdoğan Z, Özdemir B, Çoban G, Aksu N. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2018, 2 (13):91-97.
45. Kılıç G. Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa: T.C. Harran Üniversitesi, 2018.
46. Tanrıku, S. Evinde bir aile üyesine bakım veren kadınların bakım verme yüklerinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi, 2019.
47. Chou, K.R. (2000) Caregiver Burden: A concept analiysis. J Pediatr Nurs, 15 (6): 398-407.
48. Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., and Hooyman, N.R. (1985) Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. Family Relations, 34: 19-26.

49. Orhon N.,Eriş U., İletişim Bilgisi, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2712
Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1675
50. Miral S. Tıp eğitiminde iletişim becerileri: çağdaş yöntem ve tetkikler. DEÜ Tıp
Fak Derg 2001; 1(1): 63-6
51. Tabak RS. Sağlık iletişimi. İstanbul: Literatür Yayınları No:32; 1999
52. Akkoç N, Güldal D. Kliniğe giriş: kavram ve uygulamalar. DEÜ Tıp Fak Derg
2001; 1(1): 75-8.
53. Gordon T, Edwards WS. Making the patient your partner communication skills for
doctors and other caregiver (Doktorhasta işbirliği). Aksay E çev. İstanbul: Sistem
Yayıncılık, İstanbul; 1997.
54. Yılmaz, E. (2015). Hastaların Güçlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı. F Yıldırım
ve A Keser. (Ed). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Yayın
No:3 ss: 29- 37.
55. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki
ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1. Baskı. Bakanlık Yayın No: 814, Ankara, 2011, s.10.
56. Estacio EV. Health literacy and community empowerment: It is more than just
reading, writing and counting. Journal of Health Psychology. 2013; 18(8): 1056-
68.
57. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary
health education and communication strategies into the 21st century. Health
Promotion International. 2000; 15(3): 259–67.
58. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy
on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a
cross-sectional study of primary care in Japan. BMC Family Practice. 2013;
14(40): 1-9.
59. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive
Medicine Bulletin. 2014; 13(4): 321-6.

60. Van der Vaart R, Drossaert CH, Taal E, ten Klooster PM, Hilderink-Koertshuis RT, Klaase JM, van de Laar MA. Validation of the Dutch functional, communicative and critical health literacy scales. *Patient Education and Counseling*. 2012; 89(1): 82–8.
61. Gözlü K., Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişimin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2018.
62. Akbolat M, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15.
63. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Academy of Family Physicians*. 2005; 72(3): 463-8.
64. Karagöz Y. SPSS Uygulamalı Biyoistatistik. 2. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2014, s. 651.
65. Nielsen-Bohlman, L. T., Panzer, A. M., Hamlin, B., & Kindig, D. A. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. 2004.
66. Van Dam HA, van der Horst F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider–patient interaction in diabetes care, effects on patient self-care and outcomes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2003; 51(1): 17-28.
67. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014; 13(4): 327-334.
68. Üçpunar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2014.
69. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray ReadyFN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. 1. Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2014, s.17.
70. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2013; Özel Sayı (3): 73-91

71. The Joint Commission. 2007. What Did the Doctor Say?: Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. ,www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_healthliteracy.pdf, 13.01.2020.
72. Morrison K, Schapira M, Gorelick H, David C. (2014). “Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use and Nonurgent Visits”, *Academic Pediatrics*, 14 (3), 309–314, 312.
73. Yılmaz M, Tiraki Z (2016). “Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
74. Çopurlar C, Kartal, M (2016). “Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?”, *TJFM&PC*, 10(1), 42-47.
75. Sim D., Yuan SE., Yun JH. (2016). Health Literacy and Physician-Patient Communication: A Review of the Literature. *The International Journal of Communication and Health*, No 10, p.101-114.
76. Iris Feinberg 1, Terri Hendry, Elizabeth Tighe, Michelle Ogrodnick, Catherine Czarnonycz. Teach-Back Training for Nursing Students: Knowledge and Beliefs After Training for Health Literate Communication. *Nurs Educ Perspect.*2020 May 28.
77. RobatSarpoooshi D, Mahdizadeh M, Alizadeh H, Haddadi M, Robatsarpoooshi H, Peyman N. The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes. *Patient Related Outcome Measures* 2020;11 129–135.
78. Luo H, Chen Z, Bell R, Ann P, Rafferty N, Winterbauer N. Health Literacy and Health Behaviors Among Adults With Prediabetes, 2016 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Public Health Reports* 00(0) 1-9.
79. Ekti Z, Şensoy N. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taraması ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi*, Afyonkarahisar: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2020.
80. Ozkaraman A, Uzgor F, Dugum O, Peker S. The Effect of Health Literacy on Self-Efficacy and Quality of Life among Turkish Cancer Patients. *Inventory* Vol. 69, No. 07, July 2019.

81. Ishikawa H., Yano E., Fujimori S., Kinoshita M., Yamanouchi T., Yoshikawa M., Yamazaki Y., Teramoto T. (2009). Patient Health Literacy and Patient–Physician Information Exchange During a Visit. *Family Practice* (26): 517-523.
82. Seung Hee Lee, Ki Hyeong Lee, Sun Ju Chang. Do health literacy and self-care behaviours affect quality of life in older persons with lung cancer receiving chemotherapy? *Int J Nurs Pract.* 2018;e12691.
83. Aboumatar HJ., Carson KA., Beach MC., Roter DL., Cooper LA. (2013). The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, and Patient Reported Outcomes among Patients with Hypertension. *J Gen Intern Med*, 28 (11): 1469–1476.
84. White RO., Osborn CY., Gebretsadik T., Kripalani S., Rothman RL. (2013). Health Literacy, Physician Trust and Diabetes-Related Self-Care Activities in Hispanics with Limited Resources. *J Health Care Poor Underserved*, 24 (4): 1756-1768.
85. Lin X., Wang M., Zuo Y., Li M., Lin X., Zhu S., Zheng Y., Yu M., Lamoureux EL. (2014). Health Literacy, Computer Skills and Quality of Patient-Physician Communication in Chinese Patients with Cataract. *PLoS ONE* 9(9): e107615.
86. Liang CY., Wang KY., Hwang SJ., Lin KC., Pan HH. (2013). Factors Affecting the Physician–Patient Relationship of Older Veterans with Inadequate Health Literacy: An Observational Study. *British Journal of General Practice*, e354-360.
87. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. .
88. Timothy S. Wells, PhD; Steven R. Rush, MA, LP; Lorraine D. Nickels, BSN, MS; Lizi Wu, PhD; Gandhi R. Bhattarai, PhD; and Charlotte S. Yeh, MD. Limited Health Literacy and Hearing Loss Among Older Adults. *Health Literacy Research and Practice* • Vol. 4, No. 2, 2020
89. Zarit, S.H., Reever, K.E. and Bach-Peterson J (1980) Relatives of The Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*, 20:649-655.

90. Sorensen, K(2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health, 13: 948. <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/art>.
91. Bayık-Temel, A, Aras, Z. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2017; 25(2), 85-94.
92. Ergün S, Bakım Vericilerin Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2019
93. Barutcu CD. Relationship between Caregiver Health Literacy and Caregiver Burden. PRHSJ. 2019;38.
94. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson hastalığında bakıcı yükü. Parkinson Hastalıkları Hareket Bozukluğu Dergisi 2007; 10(1-2): 26-34.
95. Selçuk K, Avcı D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Etkileyen Etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;7.
96. Aşiret GD, Kapucu S. (2012). “İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü”. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 14(2): 212-218.
97. Dadipoor, S., Ramezankhani, A., Alavi, A., Aghamolaei, T., & Safari-Moradabadi, A. Pregnant women’s health literacy in the South of Iran. Journal of family & reproductive health. 2017; 11(4), 211.
98. Or R. Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2013.
99. Yılmaz F, Çolak M, Ersoy K. Sağlık Okuryazarlığının Ve Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Ve Toplum Dergisi, 2009; 1:22-30.
100. Sherwood, P.R., Given, C.W., Given, B.A. and Eye, A. (2005) Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly Patients. J Aging Health, 17(2): 125-147.

101. Kuzuya, M., Masuda, Y., Hirakawa, Y., Iwata, M., Enoki, H., Hasegawa, J., Izawa, S. and Iguchi, A. (2006) Falls of the elderly are associated with burden of caregivers in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(8): 740-745.
102. Temel, A. B. & Çimen, Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 33(3), 105-25.
103. Macnamara, S.E., Gummow, L.J., Goka, R., Gregg, C.H. (1990). Caregiver strain: Need for late poststroke intervention. *Rehabilitation Psychology*, 35(2), 71-77.
104. İnci, F.H. ve Kartal, A. (2007) Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Birlikte Yaşama Güçlüklerinin Belirlenmesi, IV. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Antalya, s. 196-204.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: SERKAN KARAKAN

Yabancı Dil Bilgisi: İngilizce

Görev Yeri: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Akademik Unvan: Araştırma Görevlisi

Mezun Olduğu Üniversite ve Fakülte: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Mezuniyet Yılı: 2014

Bugüne Kadar Çalıştığım Kurum / Kuruluşlar: Karayazı İlçe Devlet Hastanesi,
Köyceğiz İlçe Devlet Hastanesi

EK-2. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)															
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı													
05.01.2021	1	2021/1340													
Çalışma Adı:	Evde Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığının ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi														
Araştırmacılar:	Doç. Dr. Barış KAYHAN TETİK (Yardımcı Araştırmacı) Arş. Gör. Serkan KARAKAN (Yardımcı Araştırmacı) Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK (Yürütücü)														
Başvurunuz; Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raporla görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum izin belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.</u>															
23.01.2021 Kadriye YÜKSEL Etik Kurul Sekreteri ASLI JIBIDIR															
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">KATILDI</td> <td style="width: 33%;">Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">KATILDI</td> </tr> <tr> <td>Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi</td> <td style="text-align: center;">KATILDI</td> <td>Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi</td> <td style="text-align: center;">KATILDI</td> </tr> <tr> <td>Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi</td> <td style="text-align: center;">KATILDI</td> <td>Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi</td> <td style="text-align: center;">KATILDI</td> </tr> </table>				Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI												
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI												
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI												

EK-3. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/04/2021-40573



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı : E-28895367-804.02--40573
Konu : Arş.Gör.Dr. Serkan KARAKAN

29/04/2021

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 28/04/2021 tarih ve 40057 sayılı yazı,

Sağlık Bakanlığı adına; Anabilim Dalınızda ihtisas eğitimi almakta olan Arş.Gör.Dr. Serkan KARAKAN'ın yürütmekte olduğu "Evde Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığının ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi" konulu uzmanlık tezi için anket çalışması yapma talebinin uygun bulunduğu bildirilmiş olup, söz konusu yazı ilgi yazı ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Mehmet Cengiz YAKINCI
Bölüm Başkanı

Ek:1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSNKM6S1Y3 Pin Kodu :14762

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/inonu-universitesi-obyv>

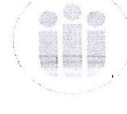
Adres: Tsm
Telefon:3410660 Faks:3410036
e-Posta:dahilitip@inonu.edu.tr Web:<https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/dahilitip>
Kep Adresi:inonu.universitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Sevinç Yıldırım
Unvanı: Sekreter



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu

	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİCİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
---	--	---

Sizi Serkan Karakan tarafından yürütülen “Evde Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığının ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsizsiniz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayımlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahsa verilmeyecektir.**

1. ARAŞTIRMANIN ADI: Evde Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığının ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi

2. KATILIMCI SAYISI: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 341.....'dir.

3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 3 ay.....'dir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara kendi yasadıkları ortamlarında koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanmasıdır. Dinamik bir süreçte sahip olan evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi Ortaçağ Avrupa'sına dayanmaktadır. Nüfusun yaşlanması, özürlülük ve kronik hastalıkların dünyada ve ülkemizde giderek artması evde bakım hizmetlerine olan gereksinimi artırmaktadır.

Bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için oldukça zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Evde bakım sürecinde hastayla birlikte bakım vericiler de hastalık sürecine katılmaktadırlar. Bakım vericiler ev ortamında hastalara fiziksel, duygusal ve maddi destek vermektedirler. Bakım veren; hastanın temel ihtiyaçlarını karşılamak, sağlık bakımını ve hizmetlerini koordine etmek, çevre ile uyumunu artırmak ve tüm bunları yaparken var olan geleneksel yaşantısını devam ettirmesini sağlamakla yükümlü kişidir.

Bakım verme büyük oranda sevgi ve bağlılığın artması, kişisel doyum, yakınına vefa borcunu ödeme gibi avantajlar sağlarken tükenmişlik, keder, sıkıntı, suçluluk, özgürlüğün kısıtlanması ve stres düzeyinde artma gibi dezavantajlara da sebep olmaktadır. Bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar bakım yükünü oluşturmaktadır. Bakım verenin ve hastanın kişisel özellikleri, bakımın niteliği ve süresi

	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİCİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
---	--	---

bakım yükünü etkilemektedir.

Bakım vericinin bakımı iyi sağlayabilmesi için sağlıkla ilgili bilgileri anlaması gerekir. Sağlık okuryazarlığı sağlığı okuyabilme becerisidir. Sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, sağlık profesyonellerinin verdiği bilgileri anlama, uygulama ve sağlığıyla ilgili gerekli olan uygulamaları yapabilme becerisidir.

Bu çalışmada evde bakım hastalarına bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı ve bakım yükü sorgulanıp iki kavram arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmaktadır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

Evde bakım hastası olup bakım vereni bulunmak

Evde bakım verenin çalışmaya katılmayı kabul etmesi

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada yapılacak işlemler şu şekildedir;

Bu çalışma gözlemsel kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya Malatya il merkezinde yaşayan 3000 evde bakım hastasından bakım vericisi olanların %95 güven % 5 hata aralığıyla hesap yapıldığında en az 341 bakım vericisi dahil edilecektir. Çalışmada; literatür araştırması sonucu oluşturulan hastanın ve bakım vericisinin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 37 soruluk form, 25 soruluk sağlık okuryazarlık ölçeği ve 22 soruluk bakım verme yükü ölçeği kullanılacaktır. İstatiksel analizler SPSS 26 paket programıyla yapılacaktır.

7. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

8. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeyen söz konusu olursa gereken masraflar Serkan Karakan tarafından karşılanacaktır.

	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİCİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
---	--	---

9. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlü Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tugut Özal Tıp Merkezi Aile Hekimliği

	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİCİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
---	---	---

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

TELEFON		
TARİH		

VELİ/ VASI (Varsa)		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-5. Anket

BAKIMVERİCİ VE HASTA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

BAKIM VERİCİNİN ;

1. Yaşı :
2. Cinsiyet: 1.Kadın 2. Erkek
3. Mesleği: 1. Çalışıyor (İşçi, Devlet Memuru, Serbest Meslek)
2. Çalışmıyor (Emekli, ev hanımı)
4. Medeni Durum: 1.Evli 2. Bekar
5. Yaşadığı Yer : 1. İlçe 2. Köy-Kasaba
6. Öğrenim Durumu: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite ve üzeri
7. Sosyal Güvence : 1. Var2. Yok 3. Yeşilkart
8. Aylık Gelir Miktarı 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit
3. Gelir giderden fazla
9. Sürekli bir hastalığınız var mı ?..... Hastalık Sayısı :
10. Hasta ile Yakınlık Derecesi: 1.Anne 2.Baba 3.Kardeş 4.Eş 5.Çocuk 6. Diğer.....
11. Hasta ile birlikte mi yaşıyorsunuz? 1.Evet 2. Hayır
12. Hastanızın size bağımlılık düzeyi ne kadar ? (1 ile 10 arası puanlayın)
13. Hastanıza sizden başka bakım veren var mı? 1.Evet 2. Hayır
14. Hastanıza ne zamandan beri siz bakım vermeye başladınız?.....ay/yıl
15. Günde kaç saat hastanızla ilgileniyorsunuz?
16. Hastanız tıbbi bir cihaz kullanıyor mu? 1. Hayır 2.Evet
17. Hastanızın kullandığı medikal cihazı kullanmasını biliyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır
18. Bakım aylığından yararlanıyor musunuz? 1.Evet2. Hayır
19. Son bir yılı düşündüğünüzde hastanızın hastaneye kaçınıcı yatışı?
- 20.Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz?1. Yok 2. Var
(belirtiniz).....
- 21.Hastaya bakım verirken bakım yükünüzü azaltacak, size destek veya yardımcı olabilecek kişi veya kişiler var mı? 1. Hayır2. Evet (Kimlerden ve nasıl belirtiniz).....
22. Sağlıkla ilgili bilgileri nereden elde ediyorsunuz ?1.Hemşire 2. Hekim 3. Televizyon 4. Dergi/ Gazete 5. Arkadaş / Akraba 6. Sosyal Medya 7.Diğer (.....)
23. Sağlıkla ilgili bilgilerin doğruluğunu nasıl araştırıyorsunuz ?1.Hemşire2. Hekim 3. Televizyon 4. Dergi/ Gazete 5. Arkadaş / Akraba 6. Sosyal Medya 7.Diğer (.....)
24. Sağlığınıza nasıl algılıyorsunuz ?(1 ile 10 arası puanlayın)

25. Hem kendi hem de hastanızın sağlığı ile ilgili konularda sağlık çalışanlarından yardım aldınız mı? 1.Evet 2. Hayır

26. Sağlık çalışanlarının söylediklerini anlamakta zorluk yaşıyor musunuz ?1. Evet 2.Hayır

27. Zorluk yaşıyorsanız çekinmeden soru sorabiliyor musunuz ? 1. Evet 2.Hayır

28. Hastanızda meydana gelen değişiklikleri hemen fark edebiliyor musunuz?
1. Evet 2.Hayır

29. Bu değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebiliyor musunuz ?1. Evet 2.Hayır

30. Sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşıyor musunuz ?1.Evet 2. Hayır

31. Yaşıyorsanız neden ?

1. Nereye başvuracağını bilmeme
2. Maddi durumdan dolayı
3. Hastaneye götürecek birinin olmamasından dolayı
4. Önemsememe
5. Sağlığının farkında olmama
6. Diğer (.....)

HASTANIN;

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek

3. Öğrenim Durumu: 1. Okuryazardeğil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul
5.Lise6.Üniversite ve üzeri

4. Mesleği: 1. Çalışıyor (İşçi, Devlet Memuru, Serbest Meslek) 2. Çalışmıyor (Emekli, ev hanımı)

5. Sosyal Güvence 1.Var 2. Yok 3. Yeşilkart

6. Bulaşıcı Olmayan(sürekli hastalık) Hastalık Sayısı ve Adı :

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	1- Hiç yeteneğim yok/ olanaksız/ yeteneğim yok 2- Çok zorluk çekiyorum 3- Biraz zorluk çekiyorum 4- Az zorluk çekiyorum 5- Hiç zorluk çekmiyorum	Hiç yeteneğim	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç zorluk çekmiyorum
1	Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2	Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3	Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4	Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5	Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
6	İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7	Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8	Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenahanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9	Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10	Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11	Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12	Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
13	Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14	Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15	Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16	Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17	Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18	Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19	Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20	Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
21	Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22	Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23	Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24	Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25	Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1.Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2.Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3.Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6.Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7.Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10.Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11.Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12.Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13.Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14.Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15.Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16.Yakınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17.Yakınızın hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18.Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19.Yakınızın için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20.Yakınızın için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21.Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22.Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					