



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİ İLE KRONİK HASTALIK UYUM DÜZEYİ İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Zeynep DEMİRCİ

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2021



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİ İLE KRONİK HASTALIK UYUM DÜZEYİ İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Zeynep DEMİRCİ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. YEŞİM UNCU

Bursa-2021

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
ÖZET	v
SUMMARY.....	vi
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Kronik Hastalıklar	2
2.1.1.Kronik Hastalıkların Tanımı.....	2
2.1.2.Kronik Hastalıkların Önemi	3
2.1.3.Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi	4
2.1.4.Kronik Hastalıkların Yönetimi.....	5
2.1.5.Kronik Hastalıklarda Tedaviye Uyum	7
2.1.6.Kronik Hastalıklar ve Birinci Basamak	9
2.2.Sağlık Okuryazarlığı	11
2.2.1.Sağlık Okuryazarlığının Basamakları.....	12
2.2.2.Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri	13
2.2.3.Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	16
2.2.4.Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	17
2.2.5.Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	18
2.2.6.Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1.Örneklem Seçimi Ve Yöntem	20
3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.1.2.Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri	20
3.2.Verİ Toplama Araçları.....	21

3.2.1.Sosyodemografik Bilgiler ve Genel Bilgiler Anketi	21
3.2.2.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Tsoy-32)	21
3.2.3.Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	22
3.3.Araştırmanın Yürütülmesi	23
3.4.İstatistiksel Değerlendirme	24
3.5.İzinler	25
4.BULGULAR.....	26
4.1.Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri.....	26
4.2.Çalışmaya Katılan Kişilerin Sağlık Durumuyla İlgili Bulgular	28
4.3.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulgular ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi.....	29
4.4.Kronik Hastalıklara Uyum Düzeyine İlişkin Bulgular ve Kronik Hastalıklara Uyum Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi.....	37
4.5.Kronik Hastalık Uyum Düzeyi ve Alt Boyutlarının, TSOY Düzeyi ve Alt Boyutları ile İlişkisinin Analizi.....	40
5.TARTIŞMA.....	44
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	49
7.KAYNAKLAR	51
8.EKLER	57
9.TEŞEKKÜR.....	65
10.ÖZGEÇMİŞ.....	66

TABLolar DİZİNİ

Tablo-1: TSOY-32'nin 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları.....	22
Tablo-2: Katılımcıların yaş bilgileri	27
Tablo-3: Kronik hastalıkların dağılımı	28
Tablo-4: Hastaların sahip olduğu kronik hastalık sayısı	29
Tablo-5: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı ölçek boyutları değer puanları	29
Tablo-6: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı ölçek süreçleri değer puanları	30
Tablo-7: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının cinsiyete göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	31
Tablo-8: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı süreçlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması.....	32
Tablo-9: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması.....	33
Tablo-10: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı süreçlerinin medeni duruma göre karşılaştırılması.....	34
Tablo-11: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı alt boyutları eğitim durumlarına göre karşılaştırılması.....	35
Tablo-12: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı süreçleri eğitim durumlarına göre karşılaştırılması.....	36
Tablo-13: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum değer puanları	37
Tablo-14: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum cinsiyete göre karşılaştırılması.....	38
Tablo-15: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum medeni duruma göre karşılaştırılması.....	38
Tablo-16: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil-1: Kronik Bakım Modeli Kaynak: Wagner, E. H. (1998).....	7
Şekil-2: Hastaların tedavi uyumu. Kaynak: Lehmann vd. (2014).....	8
Şekil-3: Bir risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı (33)	14
Şekil-4: Sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli (36).....	16
Şekil-5: Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	26
Şekil-6: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları	26
Şekil-7: Çalışma grubunun eğitim düzeyine göre dağılımı	27
Şekil-8: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara uyum toplam puanı korelasyon grafiği	40
Şekil-9: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara fiziksel uyum korelasyon grafiği	41
Şekil-10: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara sosyal uyum korelasyon grafiği	42
Şekil-11: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara psikolojik uyum korelasyon grafiği	43

ÖZET

Günümüzde tedavi edilebilir ve önlenebilir olan kronik hastalıklar oldukça yaygındır. Son zamanlarda önemi daha da anlaşılan sağlık okuryazarlığı kavramı birinci basamak sağlık hizmetlerinde de önemli bir yere sahiptir. Çalışmamızda, Ertuğrul 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastalarımızın sağlık okuryazarlık düzeylerini saptamak, sağlık okuryazarlık düzeyleri ile kronik hastalıklarına uyum düzeylerinin ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmamız tek merkezli, kesitsel ve anket çalışması olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Ağustos 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Ertuğrul 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü ve kronik hastalığı olan 328 birey dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyo-demografik soruları, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğini ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'yi (TSOY-32) içeren 62 soruluk anket uygulanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %54,3'ü kadın, %64,3'ü evli iken ortalama yaş değeri 46,56 yıl olup medyan yaş değeri, 48 yıl olarak bulunmuştur. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması $33,42 \pm 8,76$, kronik hastalıklara uyum toplam puan ortalaması $80,75 \pm 12,62$ olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalıklara uyum arasında anlamlı bir şekilde pozitif korelasyon bulunmuştur.

Sağlık personelinin; hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi konusunda farkındalık sahibi olması ve müdahalelerde bulunması, bireylerin tedaviye uyum göstermesinde ve sağlık hizmetinin kalitesinin artmasında önemli bir faktördür.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, sağlık okuryazarlığı, TSOY-32, hastalık uyumu

SUMMARY

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND THE LEVEL OF ADAPTATION TO DISEASE IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES

Today, curable and preventable chronic diseases are quite common. The concept of health literacy, which has been understood recently, has an important place in primary health care services. In this study, we aimed to determine the health literacy levels of patients who applied to Ertuğrul Family Health Education Center No. 36, and to investigate the relationship between their health literacy levels and compliance to chronic diseases.

Our study was planned and implemented as a single-center, cross-sectional survey study. 328 individuals aged 18 and above with chronic diseases who applied to Ertuğrul Family Health Education Center No. 36 between August 2020 and January 2021 were included. A 62-item questionnaire including sociodemographic questions, Chronic Disease Adjustment Scale and Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) was given to the participants.

54.3% of the participants were women out of whom 64.3% were married, the average age was 46.56 while the median age was 48. The average health literacy general index score of the study group was found to be 33.42 ± 8.76 , and the average general index score of compliance to chronic diseases was 80.75 ± 12.62 .

In our study, a significant positive correlation was found between the level of health literacy and compliance to chronic diseases.

Awareness and intervention by health service providers regarding patients' health literacy levels is an important factor as far as adherence to treatment and increasing the quality of the health service is concerned.

Keywords: Chronic disease, health literacy, Turkey Health Literacy Scale-32

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı birey ve toplum sağlığı açısından kritik bir unsurdur. Nispeten yeni bir yapı olarak, sağlık okuryazarlığının tanımı gelişmektedir. 'Bireylerin, uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi' olarak tanımlanabilmektedir (1). Nutbeam sağlık okuryazarlığını üç düzey olarak açıklamıştır. Bunlar; Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı, kritik(eleştirel) sağlık okuryazarlığıdır (2).

Çalışmalar sağlık okuryazarlığı sınırlı olan bireylerin yeterli olan bireylere göre daha yüksek hastalık oranları, daha kötü sağlık durumu, daha kötü sağlık sonuçları ve daha yüksek bakım masrafları olduğunu göstermiştir. Materyallerden faydalanarak hastaların okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek için hastalarla kaliteli iletişim kurmak açısından kazanım sağlayacaktır (3).

Kronik hastalıkların bireye ve sağlık sistemine getirdiği yük önemli boyuttadır (4). Kronik hastalıklara uyumsuzluk tedavi sürecini tehdit eder, komplikasyonları artırır, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde karışıklığa yol açar. Talimatların anlaşılmaması uyumsuzluğun en önemli nedenlerinden biridir (5). Sağlık okuryazarlığı becerileri, kronik hastalığı olan kişiler için öz yönetim yeterliliği açısından önemlidir ve sağlık düzeyini etkileyen belirleyici faktörlerdendir (4).

Çalışmamızda, Ertuğrul 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastalarımızın sağlık okuryazarlık düzeylerini saptamak, sağlık okuryazarlık düzeyleri ile kronik hastalıklarına uyum düzeylerinin ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Hastalıklar

2.1.1.Kronik Hastalıkların Tanımı

Kronik hastalık terimi akademik literatürde hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında sıklıkla kullanılan bir terimdir. Bu başlık altında kapsanan hastalıklarda muazzam bir çeşitlilik vardır. Tıp, akademik, politika gibi profesyonel topluluklar içinde kronik hastalık teriminin kullanımında büyük ölçüde farklılıklar vardır. ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin tanımına göre; '3 ay veya daha uzun süren, genellikle aşılarla önlenemeyen veya ilaçlarla ortadan kaldırılamayan hastalıklar' kronik hastalıklardır (6).

Yaygın bir tanımlamaya göre kronik hastalıklar; sürekli tıbbi müdahale gerektiren ve/veya günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran, bir yıl ve daha uzun süren durumlardır (7). Genellikle tam iyileşme mümkün değildir ve hastalığın ortaya çıkmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenler rol almaktadır (8).

Wagner'e göre hastanın hem tıbbi sağlık hizmetlerinden sürekli yararlanmasını gerektiren hem de kişisel bakımı ile ilgili ihtiyaçları için sürekli yardımcı kişilerle etkileşim halinde olmasını gerektiren durumlara neden olan hastalıklar kronik hastalıklardır (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalıkları, kişiden kişiye bulaşmayan, uzun süreli olan ve yavaş ilerleyen, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet olmak üzere dört ana başlık altında toplanabilen hastalıklar olarak tanımlar (6). Yine DSÖ'ye göre, kronik hastalıklar tüm dünyada ölümlerin %63'ünden sorumludur ve kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinin %80'den fazlasını oluşturmaktadır (10).

2.1.2.Kronik Hastalıkların Önemi

Günümüzde iyileştirilmiş yaşam koşulları, korunmanın geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların daha iyi yönetimi, tıbbi teknolojik gelişmeler ve nüfusun genel olarak yaşlanmasının bir sonucu olarak yaşam beklentisinin de artmasıyla birlikte toplumdaki kronik hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Tüm bunlara ek olarak kronik hastalıkların uzun süreli olması sebebiyle de kronik hastalığa sahip bireyler her geçen gün daha da artacaktır (8).

Kronik hastalıklar dünyada büyük bir hastalık yükünü temsil etmektedir (11). Sadece gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde de toplum sağlığını ve ülkelerin ekonomik güvenliğini tehdit etmekte ve bu tehdit dramatik şekilde artmaktadır (12). Kronik hastalıklarla sadece akut atak durumlarında ilgilenmek etkin değildir ve sağlık hizmeti sunum sistemleri üzerinde yük oluşturur. Epizodik şekilde hastanın takibini yapmak ve hastanın kendi takibini yapabilmesi için hastayı güçlendirmek ise hastalığın gidişatı, hasta ve sağlık hizmet vericileri için olumlu sonuçlar oluşturur. Acil sağlık hizmetine olan başvuruları ve hastane yatışlarını azaltır. Hastanın ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının giderlerini azaltır (13).

Önemli derecede mortalite ve morbidite sebebi olan kronik hastalıkların doğru yönetilmesi, etkin tedavi ve takibi ile mortalitenin azaldığı ve yaşam beklentisinin arttığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bununla birlikte bu müdahalelerle morbidite oranları da azalmakta ve bireylerin yaşam kalitesi önemli ölçüde artmaktadır. Engellilik durumlarının ortaya çıkmasının önüne geçilebilmektedir. Müdahaleler ne kadar erken başlarsa yaşam beklentisi ve diğer olumlu sonuçlar da o oranda artmaktadır (14).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleri olmakla birlikte şaşırtıcı bir şekilde küresel sağlık sisteminin ihmal edilen unsurlarındandır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik hedefe ulaşılması milyonlarca ölümü önleyecek ve büyük ekonomik faydalar sağlayacaktır. Kronik hastalıkların önlenmesine yönelik etkili bir uygulama için ön koşul, işleyen ve adil bir birinci basamak sağlık sistemidir. Yüksek risk altındaki hastaların tanınması ve uzun süreli tedavisine yönelik stratejiler, birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde uygulanmalıdır (15).

2.1.3.Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü tarafından " Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları" olarak tanımlanan yaşam kalitesi; 'yaşamı değerlendirilen birey tarafından belirlenen genel yaşam doyumu hissi' olarak da tanımlanmaktadır. Bu değerlendirme subjektiftir ve insan deneyiminin, durumlarının, algılarının ve düşünce alanlarının tamamını kapsar. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise Patrick ve Erickson tarafından 1993'te " hastalık, yaralanma, tedavi veya politikadan etkilenen bozukluklar, işlevsel durumlar, algılar ve sosyal fırsatlar tarafından değiştirilen yaşam süresine atanan değer" olarak tanımlanmıştır (16).

Farklı kültürler sağlığı farklı şekillerde tanımlar ve farklı sağlık davranışlarına odaklanma eğilimindedirler. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini en çok etkileyen hastalıklar Asya popülasyonuna göre Batı popülasyonunda farklıdır. Bununla birlikte toplumlarda genel olarak yaşam kalitesini düşüren kronik hastalıklar arasında kanser, depresyon, inme, koroner arter hastalıkları, AIDS, hepatit, obezite ve diyabet yer almaktadır (16).

Günümüzde kronik hastalığı olan hastalar için modern sağlık hizmetinin nihai hedefi, yalnızca ölümü geciktirmek değil, aynı zamanda sağlığı ve yaşam kalitesini artırmaktır (17). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile kronik hastalık arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasının, günlük yaşamdaki işlevi koruyan veya iyileştiren ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini koruyan veya iyileştiren tedavi stratejilerinin geliştirilmesiyle de sonuçlanacağına inanılmaktadır. Sağlık profesyonelleri kronik hastalıklarla ilgili yalnızca nesnel yaşam belirtilerine değil, bunun yerine, hasta kişinin fiziksel ve zihinsel işleyişi, yani sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkisini anlamaya çalışmalıdır. Bununla birlikte daha ideal bir sağlık hizmetine ulaşılacak ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak, hastane ziyaretleri ve yatan hasta oranları azalacaktır (18).

Kötüleşme, stabilizasyon ve gözle görülür iyileşme dönemleri gösterebilen ve farklı organ ve sistemleri etkileyebilen kronik hastalıklar; uygun şekilde takip edilmediğinde iş göremezliğe yol açmakta, özellikle yaşlı bireylerin bağımsızlığını ve yaşam kalitesini sınırlamaktadır (19). Hastaların

sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkilediği düşündükleri hastalıklar ile hekimlerin düşünceleri de uyuşmayabilmektedir. Örneğin yapılan bir çalışma göstermektedir ki; doktorlar hipertansiyon, diyabetes mellitus ve depresyonu en önemli kronik hastalıklar olarak görmekteyken, hastalar diz osteoartritini diyabet ve kalp hastalığından daha fazla yaşam kalitelerini düşüren bir hastalık olarak görebilmekteler. Bu noktada bir hastalığın öneminin nasıl belirleneceği ve bu konuda doktorların mı yoksa hastaların beyanlarının mı belirleyici olması gerektiği soruları gündeme gelmektedir (20). Hastalarla dönem dönem yapılan görüşmeler bu noktada önem arz eder. Böylece hastalıkların neden olduğu semptomlar, yetersizlikler ve kısıtlamalar tarafından işlevsel, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerinin ne derece bozulduğu ölçülebilir, değerlendirilebilir ve iyileştirilebilir (19).

Kronik hastalarda yaşam kalitesi hastalığın yoğunluğu, süresi, semptomlar, hastalığın yeri, derecesi, formu, aktivitesi gibi pek çok faktöre bağlıdır. Fiziksel faktörler yanında psikolojik ve sosyal faktörler de önemli bir role sahiptir. Hemşirelik bakımları ve tıbbi bakım yalnızca hastanın fiziksel yönlerine odaklanmamalı, bütünsel bakım tüm bileşenleri içermelidir (21).

2.1.4.Kronik Hastalıkların Yönetimi

Dünya'da ölüm nedenlerinin başında yer alan kronik hastalıkların etkili yönetimiyle ölüm oranlarının azaltılması mümkündür ve bu başarı ancak hastaların da doktorlarla birlikte tıbbi bakıma katılmasıyla sağlanabilir. Çünkü kronik hastalık sürecinde günlük bakım sorumlulukları en çok hasta ve hasta yakınına düşmektedir (22).

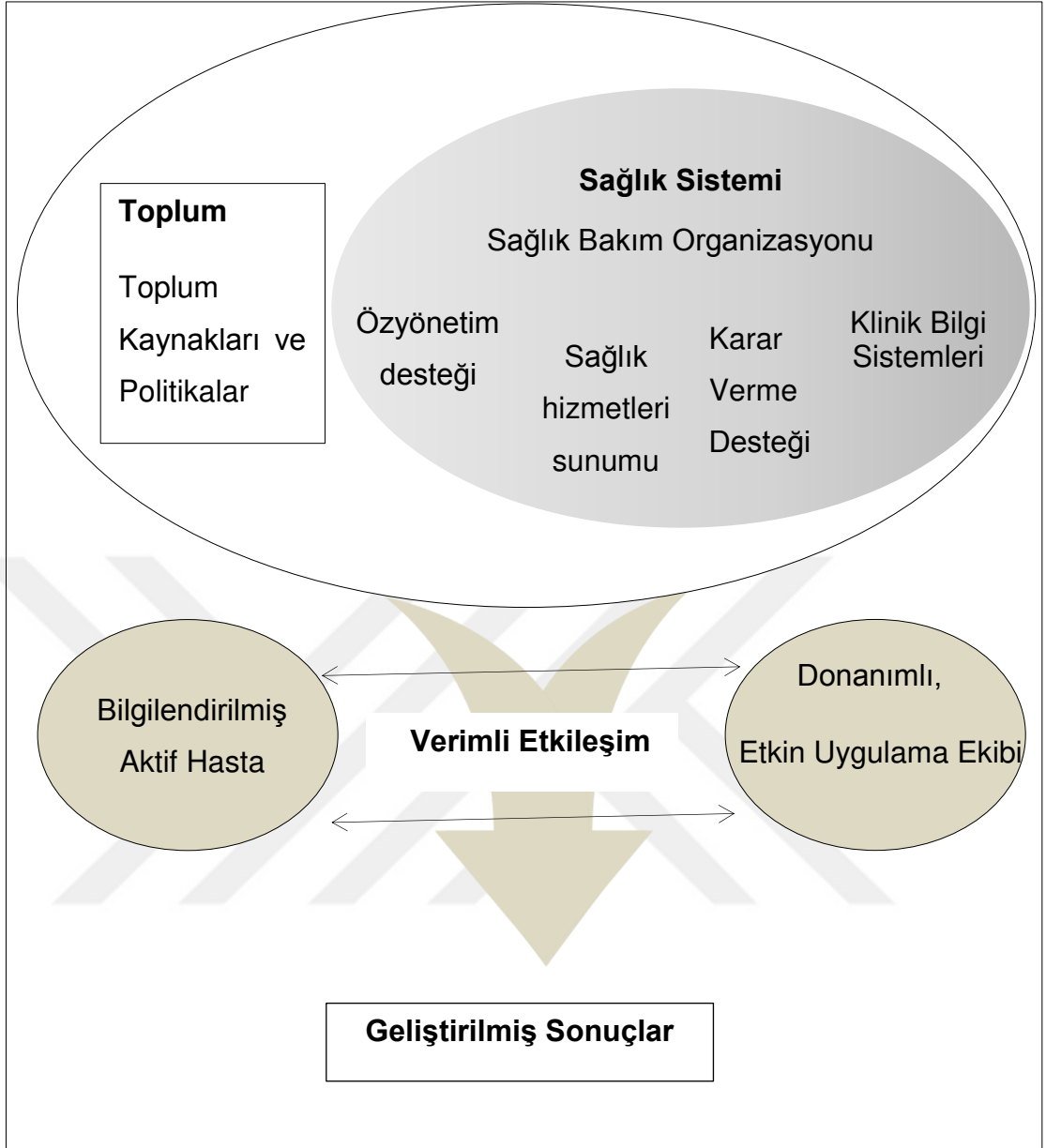
Kronik hastalıkların yönetiminde; hasta ile doktor arasında daha kuvvetli bir iletişim, daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Doktorun hasta ile işbirliği sağlayabilmesinde önem kazanan bir faktör olan hasta aktivasyonu; hastanın kendi sağlık bakımını yönetmedeki rolünü üstlenme konusundaki yeteneğidir ve hastaların sağlıkları ile ilgili karar verme ve öz-yönetimdeki başarılarını belirler (23).

Hastalar, sağlıkları ve hastalıkları ile ilgili bakım sürecindeki rollerinin kayda değer bir önemi olduğuna inandıkları zaman ortaya çıkan hasta aktifliği, dört aşamalı bir süreçtir ve hastanın bilgi, beceri, güven sahibi ve istikrarlı

olmalarıyla ilişkilidir. Bu aşamalar inanma, bilgi ve güven, eyleme geçme ve stres altındayken dahi rutini korumadır. Dördüncü aşamaya gelmiş bir birey, kronik hastalığının yönetiminde gerekli olan davranış değişikliklerini yapmakta ve bunu sürdürebilmektedir (22)

Bireyler ve sağlık hizmetleri üzerinde büyük bir yük olan kronik hastalıkların yönetiminde, çeşitli bakım yöntemleri savunulmuş olmakla birlikte en çok kabul gören yöntemlerden biri; kronik hastalık bakımındaki gelişim ve kombinasyonları içeren, çok yönlü stratejilerden oluşan bir yaklaşım olan 'Kronik Bakım Modeli'dir (24).

Modeli önemli kılan faktörlerden biri sağlık bakım ekibi ile hasta arasında verimli bir etkileşime yer verilmesidir. Modele göre, bilgi ve beceriye sahip, kendi sağlığının yönetiminde aktif olan 'hasta' ile gerekli donanıma sahip 'sağlık bakım ekibi' verimli bir etkileşimle daha iyi sonuçlara ulaşabilecektir. Hastalar kendilerine verilen öz-yönetim desteği, karar verme desteği ile sisteme dahil olurlar. Model ile hedeflenen, kronik hastalara verilen sağlık hizmetinin akut ve tedavi edici bakımdan ziyade, koruyucu, planlı ve toplum temelli bir bakım olmasıdır (25).

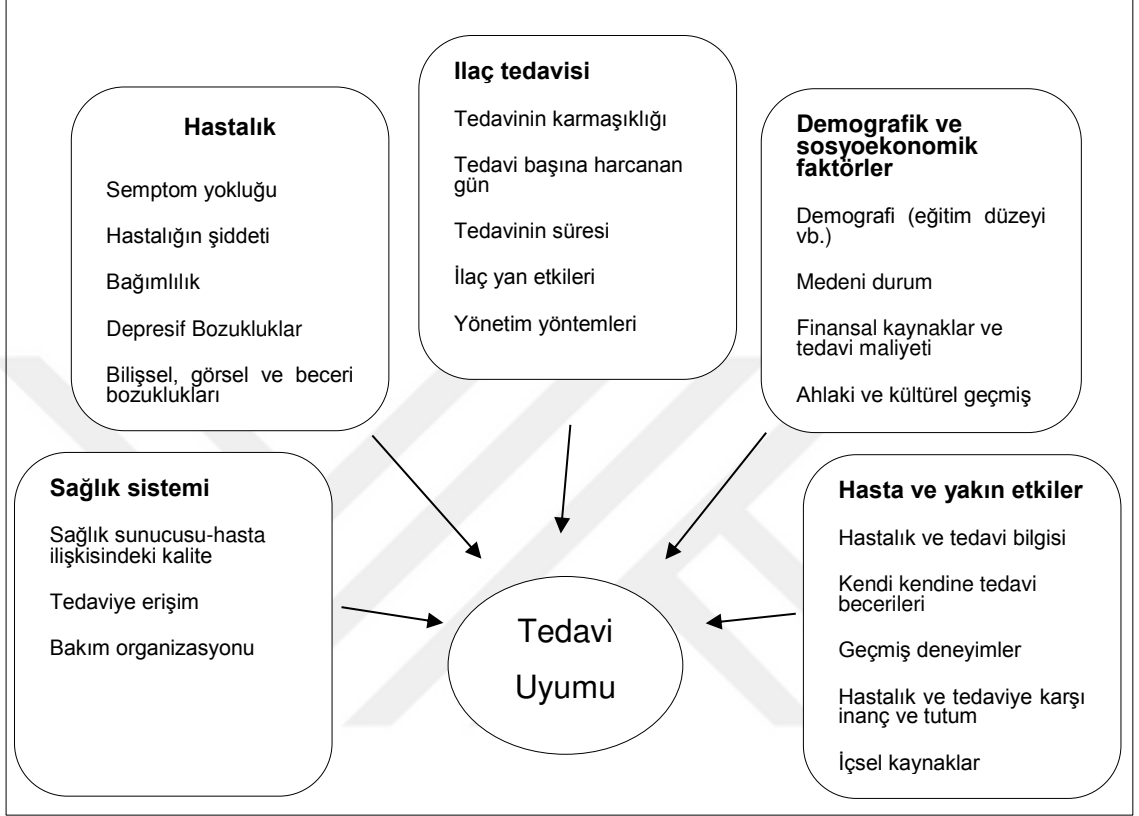


Şekil-1: Kronik Bakım Modeli Kaynak: Wagner, E. H. (1998)

2.1.5.Kronik Hastalıklarda Tedaviye Uyum

Kronik hastalıkların doğası sebebiyle hastalığın, tedavinin ve ilaç kullanımının uzun süreli olması tedaviye uyumda zorluğa sebep olmakta ve bu da durumu sağlık hizmeti sorunu haline getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü hastaların tedaviye uyumsuzluğundaki nedenleri; sağlık durumlarına, ilaçlara, sosyo-ekonomik koşullara, kültürel ve dini sebeplere, düşük bilgi ve eğitim düzeyine, sağlık sistemine, tıbbi ekibe ve tedaviye bağlı olarak sınıflandırmıştır (26).

Aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi kronik bir hastalık durumunda tedaviye uyumda birçok farklı etkenin sürece dahil olmasıyla karmaşık bir yapı ortaya çıkmaktadır.



Şekil-2: Hastaların tedavi uyumu. Kaynak: Lehmann vd. (2014)

Hastaların tedavi süreçlerinde aktif rol almaları ve tedavilerine uyum göstermelerinin sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilmesindeki rolü büyüktür. Hastalar sürece dahil edilmelidir. Hastaların sağlık hizmetlerinde başrol oynadıklarına dair farkındalıkları artırılmalıdır. Hastaları güçlendirmek, hastalıkları üzerinde öznel kontrol duygusu aşlamak onların sorumluluk geliştirmesine ve öz bakımlarında gereken rolü üstlenmelerine katkı sağlar. Hasta bireyler sağlık profesyonellerinin bilgi ve önerilerini kendi ihtiyaçlarıyla uyumlu bir hale getirerek, gerek kendi tedavisi gerekse toplum sağlığının gelişmesine katkı sağlayabilir (27).

2.1.6.Kronik Hastalıklar ve Birinci Basamak

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, kronik hastalıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavi sürecinin yönetimi, komplikasyonların önlenmesi gibi her aşamada önemli bir yeri vardır. Bu anlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılacak müdahaleler ve yapılacak sistematik düzenlemeler anlamlı derecede olumlu sonuçlara yol açmalı, maliyet etkin, finansal anlamda kullanılabilir ve lojistik olarak uygulanabilir olmalıdır. Hastanın beslenme düzenine müdahaleler, egzersiz müdahaleleri, sigara bıraktırma konusundaki müdahaleler gibi yaşam tarzı değişiklikleri bu kapsamda çok önemli, uygulanabilir ve maliyet etkin adımlar olacaktır. Bir diğer önemli konu birinci basamakta ruhsal bozukluklar için yapılan önleyici ve tedavi edici müdahalelerdir. Fiziksel ve ruhsal açıdan iyilik haline ulaşmış bireyler için hasta ve hasta yakınlarıyla yapılan motivasyonel görüşmeler ve gereği halinde ikinci basamağa yönlendirmeler süreç yönetimine büyük ölçüde katkı sağlayacaktır (28).

Kısa bir aile öyküsü almak tıbbi bakımın rutin bir parçası olmakla birlikte, daha sistematik ve ayrıntılı aile öyküsüne sahip olma avantajı birinci basamaktadır. Gelişmiş teknolojinin de katkısıyla bireylere kişiselleştirilmiş risk değerlendirilmesi, ailesel risk değerlendirilmesi yapılabilmektedir. Böylelikle hem bireylerin ailelerinin sağlık geçmişlerine dair yaşam boyu farkındalıkları sağlanmakta hem de bireyde ortaya çıkabilecek kronik hastalıklar öngörülerek erken tanı ve tedavi mümkün olmaktadır (29).

Amerika'da yapılan bir çalışma göstermektedir ki birçok hasta önerilen sağlık hizmetini almamaktadır. Akut, önleyici ve kronik hastalık bakımı için geçerli hizmetlerin yalnızca yarısını almaktadır. Kronik bakım hizmetlerinin önünde; hastalıkları izlemeye sınırlı bir yaklaşım ve kronik hastalık bakımı için gerekli olan sistemin eksikliği gibi engeller vardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki zaman kısıtlamalarının koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasını ve aynı zamanda kronik hastalıklara yönelik bakım sunumunu da sınırladığı gösterilmiştir. Bu noktada; en yaygın kronik hastalıklar ve birinci basamak sağlık hizmeti merkezine başvuran ortalama hasta sayıları belirlenmeli, bununla birlikte yüksek kalitede bir klinik bakım için hastaya ayrılması gereken süre hesaplanarak ulusal kılavuzların önerileri dahilinde

uygun koşulların sağlanacağı bir düzen oluşturulmalıdır. (30). Birinci basamak sağlık profesyonelleri kendilerine imkan sağlandığında; gerekli eğitim, ekipman ve ekip çalışması ile desteklendikleri takdirde, kronik hastalık yönetimini bütüncül ve kesintiye uğramayacak şekilde sağlayacaklardır (25).

Multimorbidite yaygın olarak görülen bir durumdur. İlerleyen yaşla artmakla birlikte aynı yaştaki kadın ve erkekler arasında benzerdir. Multimorbidite birinci basamak pratiğinde sık karşılaşılan bir durum olması sebebiyle akut bakım, koruyucu hizmetler, kronik hastalık yönetimi ve hastanın güçlendirilmesine yönelik müdahaleler tasarlanmalıdır. Spesifik uzmanlıklara kıyasla birinci basamak sağlık hizmetleri çoklu morbidite yönetimi için daha uygundur ve bu alanda sağlık bakım politikaları geliştirilerek kalite artırılmalıdır (31).

Tele-sağlık sistemlerinin geliştirilmesi, hastaların birinci basamak hekim ve hemşireleri tarafından sürekli takip ve tedavi edilmesi, hastane ile birinci basamak arasında koordinasyonun ve entegrasyonun sağlanması, evde bakım hizmetleri sağlanması, kronik hastalıkların yönetiminde önemli yere sahip diğer etkenlerdir (32).

2.2.Sağlık Okuryazarlığı

Okuryazarlık sağlık üzerinde merkezi bir etkiye sahiptir ve sağlığın belirleyicileri arasında önemli bir role sahiptir. Popülasyondaki düşük okuryazarlık düzeyleri hem doğrudan hem de dolaylı olarak bir dizi olumsuzluğa yol açar. Buna karşın artmış okuryazarlık düzeyinin, özellikle de işlevsel okuryazarlık düzeyinin artmasının birey ve halk sağlığı üzerinde olumlu yansımaları olduğu görülmektedir. Bu ilişkiye olan ilgi zamanla sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur (33). Sağlık okuryazarlığı, bireysel iletişim kapasitesine ve toplumun ve sağlık sisteminin taleplerine bağlı olan karmaşık bir yapıdır (34).

Sağlık okuryazarlığı (SOY); bireylerin sağlık ile ilgili bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve aynı zamanda bu bilgileri sağlığı iyileştirecek veya sağlıklı olma halini sürdürecektir şekilde kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerin bütünüdür temsil etmektedir. Yani sağlık okuryazarlığı broşür okuyabilmekten ve randevu almaktan fazlasıdır. İnsanların sağlık bilgilerine erişimi ve bu bilgileri etkili bir şekilde kullanabilmeleri, hasta-hekim ilişkisinde hastaya tıbbi bir bilgi verilmek istendiğinde hastanın bu bilgiyi anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve hekim ile işbirliği içinde tedaviye uygun davranış gösterebilmesi için önemlidir (35).

İlk kez 1974 yılında Simonds tarafından yapılan sağlık okuryazarlığı tanımı günümüz tanımından farklılıklar göstermektedir. Ottawa'da 1986 yılında 'Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda Sağlıkla ilgili bilgilerin toplum tarafından anlaşılabilir şekilde düzenlenmesi ve toplumun buna uygun hareket etmesi gerektiğinin altı çizilmiş, tek başına sağlık sektörünün çabasıyla başarı elde edilemeyeceği vurgulanarak diğer sektörlerin desteğinin de önemli olduğu belirtilmiştir. Konunun önem kazanmaya başlamasıyla sağlık okuryazarlığı en sade haliyle 'sağlığı için bireyin yetenekleri' şeklinde ifade edilirken bugünkü tanımlamanın temeli Nutbeam ve Wise tarafından 'Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi' şeklinde oluşturulmuştur. Daha sonra, 1998 yılında 'Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel

beceriler' şeklinde genişletilen tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına Nutbeam'in hazırladığı 'Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü'nde (Health Promotion Glossary) yer almıştır. Ülkemizde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi sözlüğünde ise 'Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder' şeklinde ifade edilmektedir. Sorasen ve ark.'ları 2012'de, 'SOY; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilikler.' şeklinde bir tanımlama yapmışlardır (36).

DSÖ 2013 yılına gelindiğinde tanımı 'Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir' şeklinde yenilemiştir (37).

2.2.1.Sağlık Okuryazarlığının Basamakları

Sağlık okuryazarlığını tanımlamaya yönelik bir başka yaklaşım, becerileri bir hiyerarşiye göre tanımlamaktır ve Nutbeam tarafından 3 tür sağlık okuryazarlığından bahsedilmiştir. Bunlar; fonksiyonel, etkileşimli ve etkili sağlık okuryazarlığıdır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı dendiğinde, kişinin temel okuma ve yazma becerilerine sahip olması ve sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili prospektüs, reçete, bilgi broşürü gibi materyalleri okuyarak sağlık bilgilerini anlayabilir ve kullanabilir olması kastedilmektedir. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı; daha gelişmiş bilişsel becerileri içerir. Bu aşamada kişi daha üstün sosyal yeteneklere sahiptir ve bilgilerini değişen koşullara göre yorumlama ve uygulama kabiliyetine sahiptir. Sağlık mesajlarını anlar ve sağlık aktivitelerine katılabilirler. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ileri düzeyde bilişsel ve sosyal beceriler barındırır. Bu düzeyde kişi sağlıkla ilgili bilgileri analiz edebilir, eleştirel olarak değerlendirebilir, sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerine

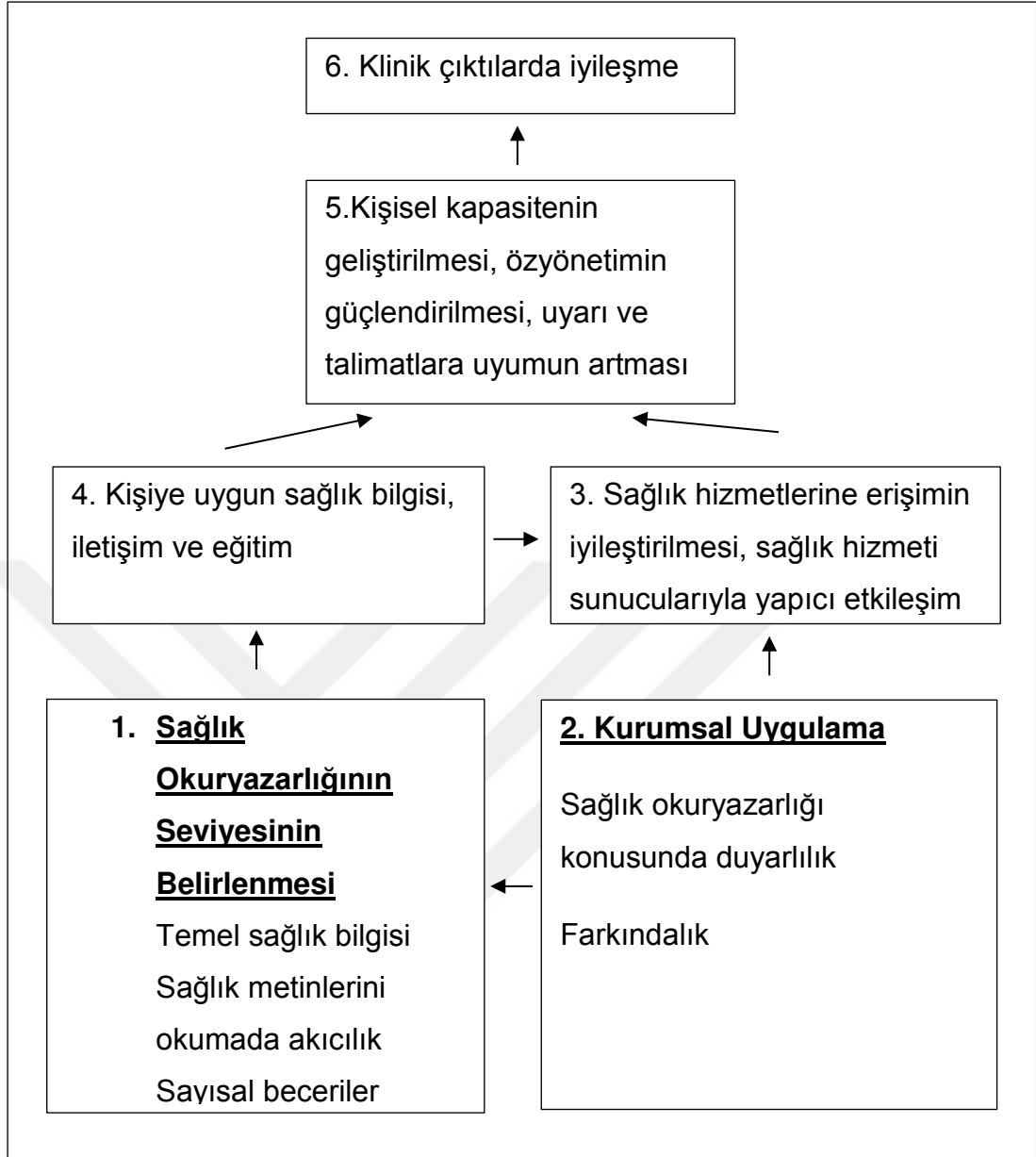
göre davranışlarını şekillendirebilir, kendi sağlık durumlarına ilişkin kararlar alabilir ve sağlık profesyonelleriyle etkin bir iletişim sağlayabilir ve tüm bunlarla birlikte hayatı üzerinde daha fazla kontrol sahibidir. Daha özerk hareket edebilir haldedir (38).

2.2.2.Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

Sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılması, bu konudaki verileri kategorize etmeyi ve geliştirmeyi mümkün kılmak için gereklidir. Bunu yaparken temel yapılar dikkate alınmalıdır. Hastanın sağlık okuryazarlığı becerilerini etkileyen faktörlerin anlaşılması artırılmalıdır, çünkü bu becerilerin öz-yönetim uygulamalarına katılma konusundaki öz yeterliliği önemli ölçüde etkileyebileceği belirlenmiştir (39).

Mevcut sağlık okuryazarlığı kavramlarının sınırlılıkları nedeniyle sağlık okuryazarlığının iki geniş bileşeni içerecek şekilde yeniden kavramsallaştırılması önerilmektedir. Bunlar, halihazırda iyi geliştirilmiş olan bireysel düzeyde sağlık okuryazarlığı ve buna ek olarak tanımlanan halk sağlığı okuryazarlığıdır. Halk sağlığı okuryazarlığı; bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayan halk sağlığı kararlarını almak için gereken bilgileri elde etme, işleme, anlama, değerlendirme ve bunlara göre hareket etme derecesi olarak tanımlanabilir (40).

Freedman ve arkadaşları halk sağlığı okuryazarlığının üç boyutunu tanımlar. Kavramsal temeller, kritik beceriler ve sivil yönelim boyutudur. Kavramsal temeller boyutu; halk sağlığı sorunlarını kavramak ve bunlarla ilgili harekete geçmek için gereken temel bilgileri içerir. Kritik beceriler boyutu; toplumun yararına olan halk sağlığı kararlarını almak için gereken bilgileri elde etmek, işlemek, değerlendirmek ve bu bilgilere göre hareket etmek için gerekli becerilerle ilgilidir. Yurttaşlık yönelimi boyutu; halkın, halk sağlığı okuryazarlığının merkezinde kalmasını sağlar ve sivil katılım yoluyla sağlık sorunlarını ele almak için gerekli beceri ve kaynakları içerir (40).

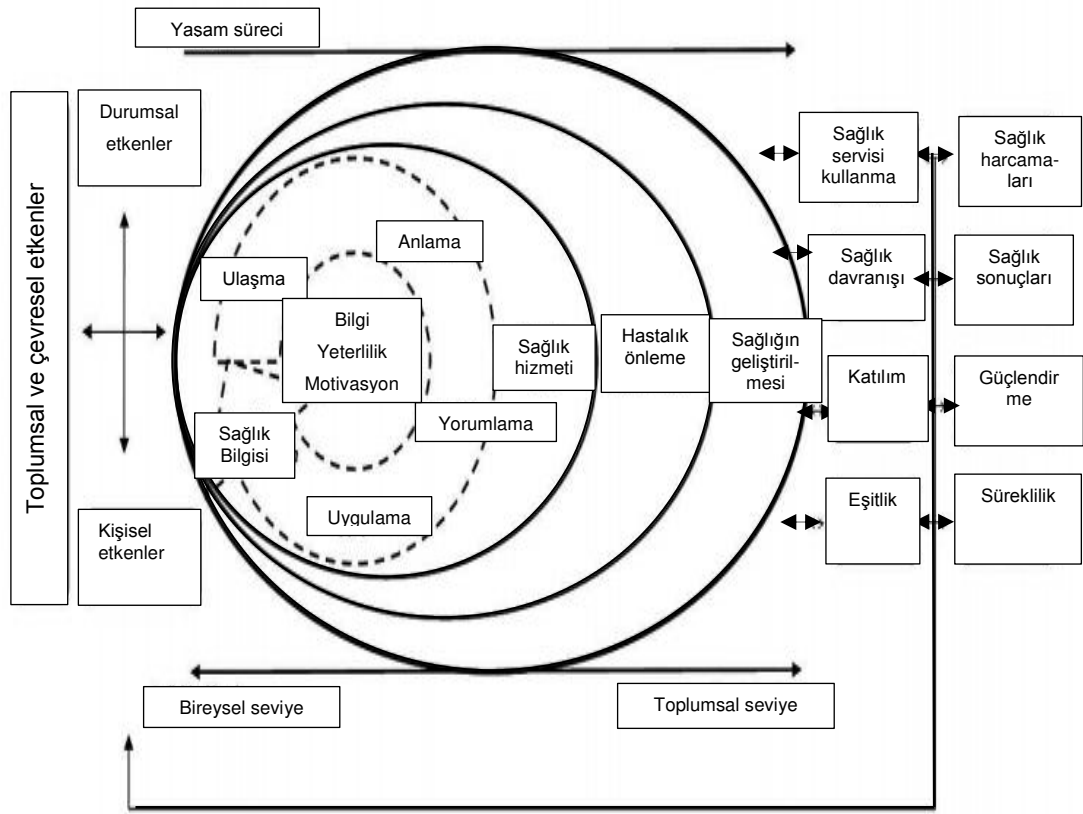


Şekil-3: Bir risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı (33)

Nutbeam sağlık okuryazarlığını kavramsallaştırırken klinik yaklaşımda risk faktörü olarak, halk sağlığı yaklaşımında ise bireysel kazanç/yarar faktörü olarak modellemiştir. Bunun sonucunda hedeflediği bireysel yararlar; gelişmiş risk bilgisi, öngörülen eylemlere uygunluk, bilgiye dayalı olarak bağımsız hareket etme kapasitesinin artması, motivasyon ve özgüvenin artması, zorluklara karşı bireysel dayanıklılığın artması iken, toplumsal faydalar açısından; nüfus sağlığı programlarına artan katılım, sosyal normları etkileme ve sosyal gruplarla etkileşime yönelik gelişmiş kapasite, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde hareket etme kapasitesinin geliştirilmesi ve

bunlarla birlikte toplumun güçlendirilmesidir (41). Risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı ise düşük sağlık okuryazarlığının sebep olabileceği fazla maliyetler ve yönetime dair oluşabilecek sorunları temel alan bir bakış açısı üzerine oluşmuştur (33).

Sorafen ve ark., var olan modellerden çoğunun doğrulanmadığını görerek bu alandaki eksikliği gidermek adına mevcut modellerin ana hatlarını kapsayan bütüncül bir model geliştirmiş ve oluşturdukları bu modelde sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını özetlemiş, sağlık okuryazarlığı üzerine az ya da çok etkisi olan ve onunla ilişkili bütün faktörleri belirleyerek ortaya koymuşlardır (42). Çekirdeğinde bilgi, yeterlilik ve motivasyon bulunan model 2012'de geliştirilmiş ve 'matriks modeli' olarak tanımlanmıştır. Çemberi ise, sağlık bilgisini arama bulma ve elde etme yeteneği olarak tanımlanan 'ulaşım', erişilen bilgiyi kavrayabilme yeteneği olarak tanımlanan 'anlama', erişilen bilgiliyi yargılayıp değerlendirebilme yeteneği olarak tanımlanan 'yorumlama', bu bilgiyi sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için kullanabilme yeteneği olarak tanımlanan 'uygulama' ve bunlara ek olarak üç sahada belirlenen 'sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi' bileşenleri oluşturmaktadır. Matriks bütünüyle değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının; sağlık bilgisine ulaşım, erişilen bilgiyi anlama, bu bilgiyi yorumlama ve bunlara göre davranış geliştirme olarak belirlenen dört bileşenin ve sağlık hizmeti, hastalıkları önleme ve koruma, sağlığın geliştirilmesi şeklinde belirlenen üç farklı sağlık etkinlik sahasına etki ettiği görülmektedir (43).



Şekil-4: Sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli (36)

Bireyin sağlık halinin devamlılığı ile ilişkili olarak bu üç etkinlik sahasında başarılı olabilmesi çekirdekteki temel becerilere sahip olmasıyla geliştirdiği sağlık okuryazarlığı tarafından sağlanmaktadır (43).

2.2.3.Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı seviyesini tespit etmek kolay değildir ve en etkin ölçümle ilgili bir fikir birliği de bulunmamaktadır. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, sağlık bilgisi düzeyi, demografik özellikler, kültürel faktörler, çevresel faktörler gibi birçok değişken bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilemektedir (44). Yapılan çalışmalarda öne çıkan ve sağlık okuryazarlığını olumsuz etkileyen etkenlerden bazıları; farklı sağlayıcılardan gelen tutarsız mesajlar, sınırlı danışma süresi, teknik dil kullanımı, kültürel farklılıkların hesaba katılmaması olarak belirtilmiştir (45).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak genç yaştaki bireylerde daha yüksek iken ileri yaş bireylerde daha düşük olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin eğitim düzeyi düşük olan bireylere oranla daha iyi olduğu belirlenmiştir. Ancak eğitim düzeyi yüksek bireyler de yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyiyle karşımıza çıkabilmektedir (46).

Sağlık okuryazarlığı genel bağlamda kişilerin kabiliyet derecelerinin çeşitli faktörler ile etkileşime girmesiyle meydana gelen bir olgudur. Bu etkenlerin içinde sağlık sistemi, toplumun sosyal ve kültürel durumu, eğitim sistemi sayılabilir (43).

2.2.4.Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Hastalar sağlık kurumlarına başvurdıklarında yapabildikleri ve yapamadıklarıyla sağlık okuryazarlığı düzeyleri hakkında fikir verebilirler ancak bu her zaman kolay olmayabilir. Bu sebeple pek çok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bazıları şunlardır (47):

- Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS, Single Item Literacy Screen)
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA, Test of Functional Health Literacy in Adults)
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA, Short Test of Functional Health Literacy in Adults)
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
- Revize Edilmiş- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALMR, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised)
- Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz? (How confident are you filling out medical forms by yourself?)
- Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale)
- Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (HLSQMs, Health Literacy Screening Question Methodologies)
- E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHEALS, eHealth Literacy Scale)
- Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER, Medical Term Recognition Test)

- Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD, Literacy Assessment for Diabetes)
- Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS, Nutritional Literacy Scale)
- Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD, Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
- Slosson Sözlü Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test)
- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS, Health Activities Literacy Scale)
- Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı (Health Literacy Skills Instrument)
- İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı (FCCHL, Functional Communicative and Critical Health Literacy)
- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (47)

2.2.5. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık okuryazarlığına verilen değer artmaktadır ve bu alanda önemli adımlar atılmaya başlanmıştır. Sağlık bakanlığı ile birlikte çeşitli bakanlıklar, bazı üniversiteler koordine ve işbirliği içinde hareket ederek sağlık okuryazarlığını geliştirmek adına çalışmalar planlamıştır (36).

Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşların temel görevlerinden biri birey ve toplumun sağlık ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol kabiliyetlerini yükseltmek ve bu konuda sorumluluk alarak sürece katılımlarını teşvik etmektir. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı’nın 2013-2017 yıllarını kapsayan hedefleri doğrultusunda istenen amaçlara ulaşabilmek için gerçekleştirilmesi öngörülen hedeflerden biri de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesidir. Bu amaçla sağlık okuryazarlığı ölçekleri geliştirilmek üzere çeşitli çalışmalar yürütülmüştür (48).

2.2.6.Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak

Sağlık sistemine ilk giriş noktası olan birinci basamak sağlık hizmetleri toplumun sağlık bilincinin gelişmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi için önemli bir araçtır ve birinci basamak hekimleri kaynakları etkili şekilde kullanarak bireylere yön vermede önemli bir role sahiptir (49).

Aile hekimliği; kişi merkezli aynı zamanda toplum yönelimli sağlık hizmeti veren, kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım prensibine sahip olan uzmanlık alanı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında birey ve toplumun sağlık durumlarının ve yaşam kalitelerinin yükselmesine katkı sağlayacak olan sağlık okuryazarlığı ilgi alanındadır. Birinci basamağa başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirerek tespitte bulunabilir, kişiyle bu bağlamda en etkin şekilde iletişim kurabilir, gerek gördüğü hastalar ile sağlık okuryazarlığı hakkında görüşerek danışmanlık hizmeti verebilir böylece birey ve toplum sağlığına önemli düzeyde katkı sağlayabilirler (50).

Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı'nın (Agency for Research and Quality) sağlık okuryazarlığı alanında yürüttüğü çalışmaları vardır. Bu çalışmalar iyileştirme araçları geliştirmekten profesyonel eğitim ve öğretim programı tasarlamaya, sağlık okuryazarlığı araştırmalarını finanse etmeye ve sentezlemeye kadar uzanır. Sağlık sistemleri, klinisyenler, akademisyenler ve diğer profesyonelleri gibi birinci basamak hekimleri de bu araçları kullanabilir ve bu çerçevede hazırlanan 'Evrensel Sağlık Okuryazarlığı Tedbirlerini Uygulama Rehberi'nden (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) faydalanabilirler (51).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örneklem Seçimi Ve Yöntem

Araştırmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi ve T.C Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren Ertuğrul 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü ve kronik hastalığı olan bireyler dahil edilmiştir. Araştırma Ağustos 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında yürütülmüş ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastalardan dahil edilme kriterlerine uyan hastalar çalışmaya alınmıştır.

Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Ertuğrul 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve kronik hastalığa sahip birey sayısı 409 olarak tespit edilmiş olup; örneklem büyüklüğü, bu kişilerden 6 aylık süreçte Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuranlar olarak belirlenmiştir. Toplamda 332 kişi ile görüşülmüş, 4 kişi anketi yarıda bırakmak isteyerek tamamlamamış ve 6 ayın sonunda hedef popülasyonun %80'ine (n=328) ulaşılmıştır.

3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak
2. 18 yaş üstü olmak ve kronik hastalığa sahip olmak
3. Anketi doldurmayı kabul etmek
4. Anketi eksiksiz doldurmak

3.1.2.Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri

1. İletişim engeli olan hastalar
2. Anketi doldurmayı kabul etmemek ya da yarıda kesmek
3. Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde kaydı olmayan misafir hastalar

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda demografik verileri içeren soruların yanı sıra, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Tsoy-32) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgiler ve Genel Bilgiler Anketi

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgiler ve genel bilgileri araştıran ankette hastalara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve sahip olduğu kronik hastalığı sorulmuştur.

3.2.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Tsoy-32)

TSOY-32 anketi ASOY-TR'nin geliştirilmesiyle oluşmuştur. Üç boyut ve 47 sorudan oluşan ASOY-TR ise Avrupa SOY araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş olan Avrupa SOY (HLS-EU) ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış halidir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştay'ı ve ASOY-TR Çalışmasında kazanılan tecrübeler çerçevesinde, kavramsal düzeyde bir değişikliğe gidilmiş ve geliştirilecek yeni Likert ölçeğinde; "hastalıklardan korunma" ve "sağlığın geliştirilmesi" boyutlarının birleştirilerek birlikte değerlendirilmesine karar verilmiş, böylece iki boyutlu ve 32 maddeli bir ölçek olan TSOY-32 geliştirilmiştir (48).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmeyi hedefleyen toplam 32 maddeden oluşan Likert tipi ölçekte, her bir madde için; çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Bu hesaplama sonrasında, '0' en düşük sağlık okuryazarlığını ve '50' en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

TSOY-32 iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden

oluşmaktadır. Anketteki ilk 16 soru ‘*Tedavi ve hizmet*’ boyutuyla ilgiliyken, son 16 soru ‘*Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi*’ boyutuyla ilgilidir. Dört süreç ise şu şekilde yapılandırılmıştır; sağlıkla ilgili bilgiyi araştırıp bulma üzerine yapılandırılan sorular anketin ‘*Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma*’ süreci kısmını oluştururken; kişinin araştırma sırasında ulaştığı veya kendisine verilen bilgiyi anlaması ile ilgili sorular ‘*Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama*’; değerlendirme ve karar verme başarısını ölçen sorular ‘*Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme*’; randevu alabilme, sağlık merkezini bulabilme, kendine verilen yaşam tarzı değişikliği önerilerini ve tedaviyi uygulayabilme becerisini ölçen sorular ise ‘*Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama*’ süreci kısmında toplanmıştır. Soruların 2 boyut ve 4 süreçteki dağılımı aşağıdaki şekildedir.

Tablo-1: TSOY-32’nin 2x4’lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendir me	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/k ullanma
Tedavi ve hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

Yapılan puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

3.2.3.Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği; kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.) hastaların hastalığa uyum düzeyini değerlendirmeyi amaçlamakta,

bireyin hastalık boyunca yaşamış olabileceği tutum, inanç ve davranışları içeren bazı durumlar verilerek, her bir madde için; hiç katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum ve tamamen katılıyorum seçeneklerini içermektedir.

Hastanın karşı karşıya kalacağı çeşitli durumları içeren 25 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar;

- 1- Fiziksel uyum alt boyutu (1, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24. maddeler)
- 2- Sosyal uyum alt boyutu (2, 3, 5, 7, 17, 19, 25. maddeler)
- 3- Psikolojik uyum alt boyutu (4, 6, 8, 11, 12, 20, 21. maddeler)

Ölçekte 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23. maddeler normal (1, 2, 3, 4, 5 şeklinde), 5, 6, 12, 17, 19, 20, 24, 25. maddeler ters (5, 4, 3, 2, 1 şeklinde) puanlanmaktadır.

Ölçekten alınan toplam puan 125'tir. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir.

Ölçek Derya Atik ve Hilal Karatepe tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışmaya Ağustos 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve T.C Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren Ertuğrul 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan bireyler dahil edilmiştir.

Gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben gönüllü bireylere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-3) ve anket (Ek-4) doldurtulmuştur. Araştırmada veri kaynağı olarak kullanılan anket formu toplamda 62 sorudan ve 3 bölümden oluşmuştur.

1. Bölüm; kişilerin sosyodemografik özelliklerinin incelendiği 5 sorudan oluşan genel bilgiler kısmıdır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve kronik hastalık sorgulanmıştır.

2. Bölüm; kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sorgulandığı 32 sorudan oluşan kısım.

3. Bölüm; kişilerin kronik hastalıklarına uyum düzeyleri ve tutumlarının sorgulandığı 25 sorudan oluşan kısım.

Araştırma soruları ve anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Araştırmaya en az 300 kişinin katılımı hedeflenmiştir ve 328 kişiye ulaşılarak araştırma verileri tamamlanmıştır.

3.4.İstatistiksel Değerlendirme

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma veya medyan(minimum-maksimum), nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. İki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U veya t-testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

3.5.İzinler

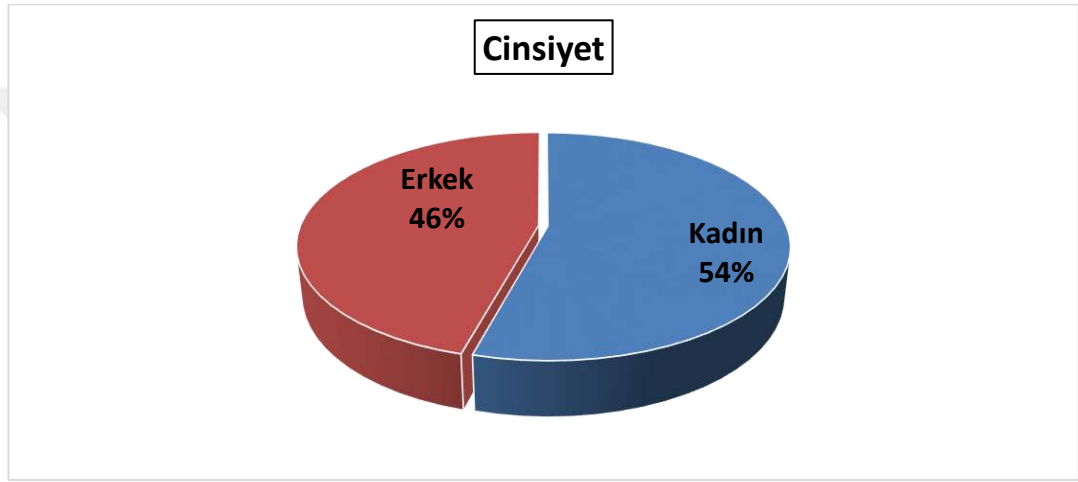
Çalışma için etik kurul onayı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından verilmiştir (Tarih:24.06.2020 ve Karar No: 2020-11/9). Ayrıca Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izini alınmıştır (Tarih: 20.07.2020). Etik kurul örneği ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin ekte yer almaktadır (EK-1, EK-2).



4.BULGULAR

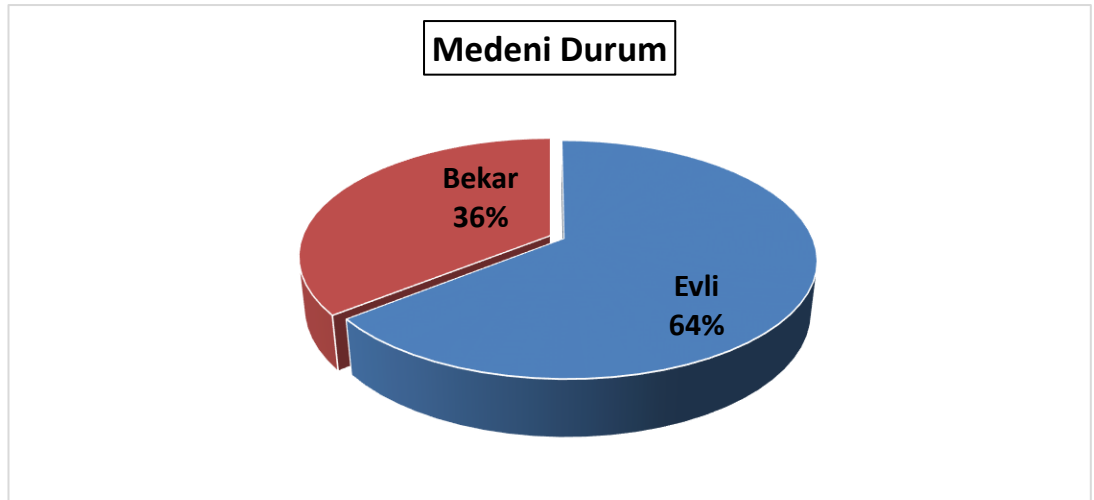
4.1.Çalışmaya Katılan Kişilerin Genel Özellikleri

Çalışmamıza 178 (%54,3) kadın, 150 (%45,7) erkek olmak üzere toplamda 328 birey katılmıştır (Şekil-5)



Şekil-5: Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin 211'i (%64,3) evli, 117'si (%31,7) ise bekar olduklarını beyan etmişlerdir (Şekil-6).



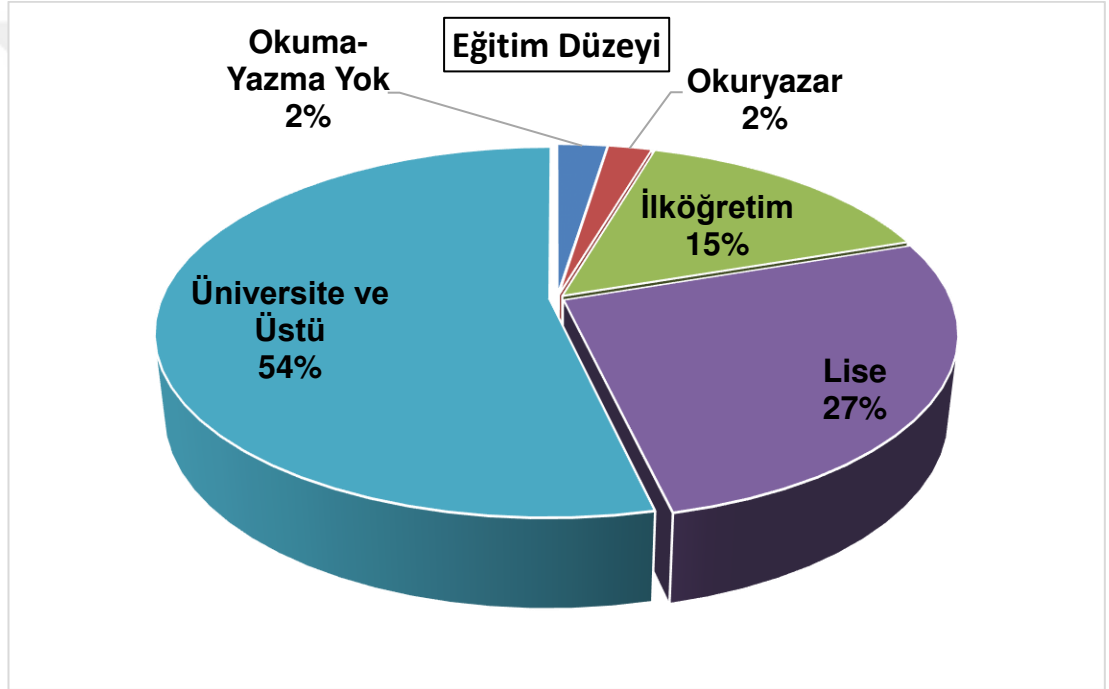
Şekil-6: Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları

Katılımcıların maksimum yaş değeri 90, minimum yaş değeri 18'dir. Ortalama yaş değeri 46,56 ($\pm 17,53$) olup, medyan yaş değeri 48 olarak hesaplanmıştır (Tablo-2).

Tablo-2: Katılımcıların yaş bilgileri

	n	Ort.	SS	Medyan	Min	Maks
Yaş	328	46,56	17,53	48	18	90

Çalışma grubunun eğitim düzeylerine göre dağılımı Şekil-7'de sunulmuştur.



Şekil-7: Çalışma grubunun eğitim düzeyine göre dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin 176'sı (%53,7) üniversite ve üstü eğitime sahip iken, 87'si (%26,5) lise, 50'si (%15,2) ilköğretim mezunudur. Bireylerin 7'si (%2,1) okuryazar olduğunu, 8'i (%2,4) ise okuma-yazma bilmediğini belirtmiştir.

4.2.Çalışmaya Katılan Kişilerin Sağlık Durumuyla İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan 328 birey kronik hastalıkları açısından sorgulandığında; 66 (%20,1) kişi hipertansiyonu, 41 (%12,5) kişi diyabet ve insülin direnci, 26 (%7,9) kişi alerjik hastalıkları, 22 (%6,7) kişi solunum sistemi hastalıkları, 22(%6,7) kişi tiroid hastalıkları, 17 (%5,2) kişi nörolojik hastalıkları olduğunu belirtmiştir. Diğer tüm kronik hastalıkların dağılımı Tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo-3: Kronik hastalıkların dağılımı

Kronik Hastalık	n	%
Hipertansiyon	66	20,1
Dm ve İnsülin Direnci	41	12,5
Alerjik hastalıklar	26	7,9
Solunum Sistemi Hastalıkları	22	6,7
Tiroid Hastalıkları	22	6,7
Nörolojik Hastalıklar	17	5,2
Sindirim Sistemi Hastalıkları	15	4,6
Hiperlipidemi	12	3,7
Psikiyatrik Hastalıklar	9	2,7
Romatizmal Hastalıklar	9	2,7
Kalp-Damar Hastalıkları	9	2,7
Kronik Kalp Hastalıkları	7	2,1
Kronik Karaciğer Hastalıkları	6	1,8
Kronik Böbrek Hastalıkları	5	1,5
Hematolojik Hastalıklar	4	1,2
Tümöral Hastalıklar	3	0,9
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	2	0,6
Diğer	17	5,2

Çalışmaya katılan hastaların 300'ü (%91,5) bir kronik hastalığa sahipken, 25'i (%7,6) iki, 3'ü (%0,9) üç kronik hastalığa sahiptir. (Tablo-4).

Tablo-4: Hastaların sahip olduğu kronik hastalık sayısı

Kronik Hastalık Sayısı	n	%
Bir Kronik Hastalık	300	91,5
İki Kronik Hastalık	25	7,6
Üç Kronik Hastalık	3	0,9

4.3.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulgular ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Tablo-5: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı ölçek boyutları değer puanları

Boyut	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
SOY toplam puanı	33,42	8,76	0	50
Tedavi ve hizmet	34,71	9,04	0	50
Bilgiye ulaşma	35,43	10,46	0	50
Bilgiyi anlama	37,06	9,22	0	50
Bilgiyi değerlendirme	29,11	11,12	0	50
Bilgiyi kullanma/uygulama	37,12	9,85	0	50
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	32,15	9,36	0	50
Bilgiye ulaşma	33,40	10,61	0	50
Bilgiyi anlama	34,98	9,55	0	50
Bilgiyi değerlendirme	30,86	10,51	0	50
Bilgiyi kullanma/uygulama	29,21	10,41	0	50

Çalışmamızda sağlık okuryazarlık düzeylerine göre bireylerin 47'si (%14,3) yetersiz, 125'i (%38,1) sorunlu-sınırlı, 91'i (%27,7) yeterli, 57'si (%17,4) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olarak bulunmuştur.

Tablo 5'e göre çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı toplam puanının ortalaması $33,42 \pm 8,76$, '*Tedavi ve hizmet*' alt boyutunun ortalaması $34,71 \pm 9,04$, '*Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi*' alt boyutunun ortalaması ise $32,15 \pm 9,36$ olarak hesaplanmıştır. '*Tedavi ve hizmet- bilgiyi kullanma/uygulama*' alt boyutu en yüksek ortalamaya sahip iken, '*Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme*' alt boyutu en düşük ortalamaya sahiptir.

Tablo-6: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı ölçek süreçleri değer puanları

Boyut	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	34,39	9,84	0	50
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	36,05	8,85	0	50
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	29,95	10,00	0	50
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	33,25	8,99	0	50

Tablo-6'da gösterildiği gibi '*Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma*' süreci ortalaması $34,39 \pm 9,84$ iken; $36,05 \pm 8,85$ ile en yüksek ortalamaya sahip olan süreç '*Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama*'dır. '*Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme*' süreç ortalaması $29,95 \pm 10,00$, '*Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama*' süreç ortalaması $33,25 \pm 8,99$ 'tur.

Tablo-7: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının cinsiyete göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama	Standart	Ortalama	Standart	
	Sapma		Sapma		
SOY toplam puanı	34,01	9,19	32,71	8,19	0,186
Tedavi ve Hizmet	35,46	9,43	33,85	8,53	0,113
Bilgiye ulaşma	36,25	10,42	34,49	10,46	0,134
Bilgiyi anlama	37,18	9,77	36,90	8,57	0,787
Bilgiyi değerlendirme	31,49	10,92	26,26	10,72	<0,001
Bilgiyi kullanma/uygulama	37,11	10,59	37,12	8,92	0,997
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	32,63	9,90	31,60	8,67	0,332
Bilgiye ulaşma	33,77	10,95	32,98	10,24	0,520
Bilgiyi anlama	35,52	10,06	34,36	8,89	0,289
Bilgiyi değerlendirme	31,67	10,98	29,93	9,89	0,155
Bilgiyi kullanma/uygulama	29,59	11,21	28,76	9,41	0,483

Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 7'ye göre kadın ve erkekler arasında sağlık okuryazarlığı (SOY) toplam puanı, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Alt boyutlar açısından sadece '*Tedavi ve hizmet- bilgiyi değerlendirme*' alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken diğer tüm alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmamıştır. ‘*Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme*’ alt boyutunda kadınların puanı ve erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-8: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı süreçlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Boyut		Cinsiyet				p
		Kadın		Erkek		
		Ortalama	Standart	Ortalama	Standart	
		Sapma		Sapma		
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma		34,89	9,90	33,80	9,77	0,326
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama		36,33	9,32	35,73	8,29	0,548
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme		31,64	10,30	27,95	9,28	0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama		33,53	9,79	32,92	7,97	0,540

Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 8’de gösterildiği gibi her iki cinsiyet arasında süreçler açısından bakıldığında yalnızca ‘*Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme*’ sürecinde her iki cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kadınların ortalama puanı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo-9: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Boyut	Medeni Durum				p
	Evli		Bekar		
	Ortalama	Standart	Ortalama	Standart	
	Sapma		Sapma		
SOY toplam puanı	33,01	8,76	34,15	8,73	0,266
Tedavi ve Hizmet	34,27	8,95	35,53	9,21	0,233
Bilgiye ulaşma	34,96	10,02	36,28	11,21	0,281
Bilgiyi anlama	36,17	9,07	38,68	9,32	0,020
Bilgiyi değerlendirme	29,28	10,91	28,78	11,57	0,721
Bilgiyi kullanma/uygulama	36,86	9,97	37,57	9,67	0,541
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	31,81	9,43	32,77	9,23	0,387
Bilgiye ulaşma	32,87	10,95	34,36	9,96	0,239
Bilgiyi anlama	34,38	9,57	36,07	9,46	0,135
Bilgiyi değerlendirme	30,72	10,33	31,11	10,86	0,759
Bilgiyi kullanma/uygulama	29,42	10,00	28,82	11,16	0,633

Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 9'a göre evli ve bekarlar arasında sağlık okuryazarlığı (SOY) toplam puanı, Tedavi ve Hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Alt boyutlar açısından sadece '*Tedavi ve hizmet- bilgiyi anlama*' alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken diğer tüm alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. '*Tedavi ve hizmet-bilgiyi anlama*' alt boyutunda bekarların ortalama puanı ve evlilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-10: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı süreçlerinin medeni duruma göre karşılaştırılması

Boyut		Medeni Durum				p
		Evli		Bekar		
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma		33,81	9,79	35,43	9,90	0,163
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama		35,30	8,85	37,42	8,73	0,040
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme		29,99	10,02	29,88	10,01	0,926
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama		33,15	9,02	33,43	8,97	0,793

Student t testi kullanılmıştır.

Tablo-10'a göre '*Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama*' süreci hariç diğer tüm süreçlerde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. '*Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama*' puanı açısından bekarların ortalama puanı evlilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo-11: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı alt boyutları eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

Boyut	Eğitim Durumu					p
	Okuma-yazma yok	okuryazar	ilköğretim	lise	Üniversite ve üstü	
SOY toplam puanı	20,31 (0-45,16)	28,65 (10,9-35,94)	29,69 (12,5-50)	31,72 (15,63-50)	33,33 (16,15-50)	<0,001 ^a
Tedavi ve Hizmet Alanında	18,75 (0-43,75)	26,04 (9,38-35,42)	30,21 (14,58-50)	33,33 (12,22-50)	36,46 (15,63-50)	<0,001 ^b
Bilgiye ulaşma	27,08 (0-41,67)	29,17 (12,5-41,67)	33,33 (12,5-50)	33,33 (4,17-50)	37,5 (16,67-50)	<0,001 ^a
Bilgiyi anlama	20,83 (0-33,33)	25 (16,67-37,5)	33,33 (12,5-50)	33,33 (16,67-50)	37,5 (12,5-50)	<0,001 ^c
Bilgiyi değerlendirme	20,83 (0-50)	29,17 (8,33-33,33)	29,17 (4,17-50)	25 (8,33-50)	29,17 (4,17-50)	0,007 ^d
Bilgiyi kullanma/uygulama	25 (0-50)	29,17 (0-41,67)	33,33 (12,5-50)	37,5 (8,33-50)	37,5 (16,67-50)	<0,001 ^a
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında	26,04 (0-46,67)	29,17 (12,5-36,46)	29,17 (9,38-50)	30,21 (9,52-50)	32,29 (11,46-50)	0,006*
Bilgiye ulaşma	25 (0-50)	33,33 (12,5-33,33)	29,17 (4,17-50)	33,33 (4,17-50)	33,33 (12,5-50)	<0,001 ^a
Bilgiyi anlama	25 (0-50)	33,33 (4,17-37,5)	29,17 (8,33-50)	33,33 (12,5-50)	33,33 (8,33-50)	0,002 ^a
Bilgiyi değerlendirme	25 (0-37,5)	25 (16,67-37,5)	29,17 (8,33-50)	29,17 (12,5-50)	33,33 (8,33-50)	0,021*
Bilgiyi kullanma/uygulama	25 (0-33,33)	25 (16,67-37,5)	29,17 (8,33-50)	29,17 (4,17-50)	29,17 (0-50)	0,519

Tanımlayıcı istatistikler medyan(minimum-maksimum) şeklinde belirtilmiştir.

* Gruplar arasında genel karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasına rağmen yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında fark bulunmamıştır.

^a İlköğretim –üniversite ve üstü grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

^b Üniversite ve üstü ile okuryazar, ilköğretim ve lise mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

^c Üniversite ve üstü mezunları diğer gruplardan farklılık göstermektedir.

^d Lise –üniversite ve üstü grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo-11’de gösterildiği gibi eğitim durumuna göre SOY toplam puanı ve Tedavi ve Hizmet puanı ile alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda SOY toplam puanı, Tedavi ve Hizmet boyutunun Bilgiye ulaşma ve Bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları için İlköğretim mezunları ile üniversite ve üstü mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Üniversite ve üstü mezunlarının puanları daha yüksek bulunmuştur. Tedavi ve Hizmet boyutu için Üniversite ve üstü mezunları ile okuryazar, ilköğretim ve lise mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Üniversite ve üstü mezunlarının puanları diğer gruptakilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bilgiyi anlama alt

boyutu açısından üniversite ve üstü mezunlarının puanı diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Bilgiyi değerlendirme alt boyutu açısından ise sadece lise mezunları ile üniversite ve üstü mezunları arasında anlamlı farklılık bulunurken üniversite mezunlarının puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu ile bilgiyi değerlendirme alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasına rağmen yapılan ikili karşılaştırma sonucunda eğitim grupları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu için sadece bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama boyutları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu alt boyutlar açısından ilköğretim mezunu ile üniversite ve üstü mezunları arasında anlamlı bulunurken üniversite ve üstü mezunlarının puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-12: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı süreçleri eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

Boyut	Eğitim Durumu					p
	Okuma- yazma yok	okuryazar	ilköğretim	lise	Üniversite ve üstü	
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	19,05 (0-45,83)	31,25 (12,5-37,5)	31,25 (10,42-50)	33,33 (10,42-50)	35,42 (14,58-50)	<0,001 ^a
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	22,92 (0-41,67)	27,08 (10,42-37,5)	31,25 (12,5-50)	33,33 (18,75-50)	37,5 (12,5-50)	<0,001 ^b
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	25 (0-43,75)	27,08 (12,5-33,33)	29,17 (10,42-50)	26,19 (14,58-50)	29,17 (6,25-50)	0,010 ^c
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	22,92 (0-50)	29,17 (8,33-39,58)	31,25 (16,67-50)	33,33 (14,58-50)	33,33 (16,67-50)	0,021 [*]

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

* Gruplar arasında genel karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasına rağmen yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında fark bulunmamıştır.

^a Üniversite ve üstü mezun grubu ile ilköğretim ve lise mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

^b Üniversite ve üstü ile okuryazar ve ilköğretim mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

^c Lise –üniversite ve üstü grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo-12’de gösterildiği gibi eğitim düzeylerine göre sağlık okuryazarlığı süreç puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Anlamlı farklılık sonrası yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken diğer alt boyutlar açısından farklılık bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puanı açısından Üniversite ve üstü mezun grubu ile ilköğretim ve lise mezunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Üniversite ve üstü mezun grubunun puanı diğer gruplara göre daha yüksektir. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama açısından üniversite ve üstü grubunun puanı okuryazar olan ve ilköğretim mezunlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puanı açısından ise sadece lise mezunu ile üniversite ve üstü grubu arasında anlamlı farklılık bulunurken üniversite ve üstü grubunun puanı daha yüksek bulunmuştur.

4.4.Kronik Hastalıklara Uyum Düzeyine İlişkin Bulgular ve Kronik Hastalıklara Uyum Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Tablo-13: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum değer puanları

Boyut	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Kronik Hastalıklara Uyum Toplam Puanı	80,75	12,62	25	125
Fiziksel Uyum	38,48	6,31	11	55
Sosyal Uyum	18,85	4,65	7	35
Psikolojik Uyum	23,43	3,97	7	35

Tablo-13’de gösterildiği gibi çalışma grubunun kronik hastalıklara uyum toplam puan ortalaması $80,75 \pm 12,62$, ‘fiziksel uyum’ $38,48 \pm 6,31$ ile en yüksek ortalamaya sahip alt grup olurken, ‘sosyal uyum’ alt boyutunun ortalaması $18,85 \pm 4,65$, ‘psikolojik uyum’ alt boyutunun ortalaması ise $23,43 \pm 3,97$ olarak bulunmuştur.

Tablo-14: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum cinsiyete göre karşılaştırılması

Boyut	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Kronik Hastalıklara Uyum Toplam Puanı	81,12	12,84	80,32	12,39	0,567
Fiziksel Uyum	38,59	6,50	38,33	6,80	0,722
Sosyal Uyum	18,95	4,67	18,72	4,64	0,649
Psikolojik Uyum	23,57	4,21	23,27	3,69	0,488

Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 14'te gösterildiği gibi kronik hastalıklara uyum toplam puanı ve tüm alt boyut puanları açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo-15: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum medeni duruma göre karşılaştırılması

Boyut	Medeni Durum				p
	Evli		Bekar		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Kronik Hastalıklara Uyum Toplam Puanı	79,49	13,50	83,04	10,53	0,014
Fiziksel Uyum	38,10	7,11	39,15	5,64	0,174
Sosyal Uyum	18,32	4,65	19,79	4,52	0,006
Psikolojik Uyum	23,06	4,22	24,10	3,40	0,023

Student t testi kullanılmıştır.

Tablo-15'te gösterildiği gibi medeni durumuna göre kronik hastalıklara uyum toplam puanı, sosyal uyum ve psikolojik uyum alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken fiziksel uyum alt boyutu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Medeni durumu bekar olanların kronik hastalıklara uyum toplam puanı ($83,04 \pm 10,53$), sosyal uyum ($19,79 \pm 4,52$) ve psikolojik uyum ($24,10 \pm 3,40$) alt boyut puanları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-16: Çalışma grubu kronik hastalıklara uyum eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Boyut		Eğitim Durumu					p
		Okuma- yazma yok	okuryazar	ilköğretim	lise	Üniversite ve üstü	
Kronik Hastalıklara Uyum Toplam Puanı		81 (25-92)	67 (59-87)	83 (37-119)	79 (40-100)	81 (38-125)	0,098
Fiziksel Uyum		38 (11-44)	35 (25-46)	38,5 (15-51)	39 (18-51)	39 (15-55)	0,351
Sosyal Uyum		18,5 (7-21)	16 (12-24)	18 (9-35)	18 (10-28)	18 (7-35)	0,440
Psikolojik Uyum		24,5 (7-27)	20 (16-25)	24 (11-33)	23 (12-29)	24 (10-35)	0,015

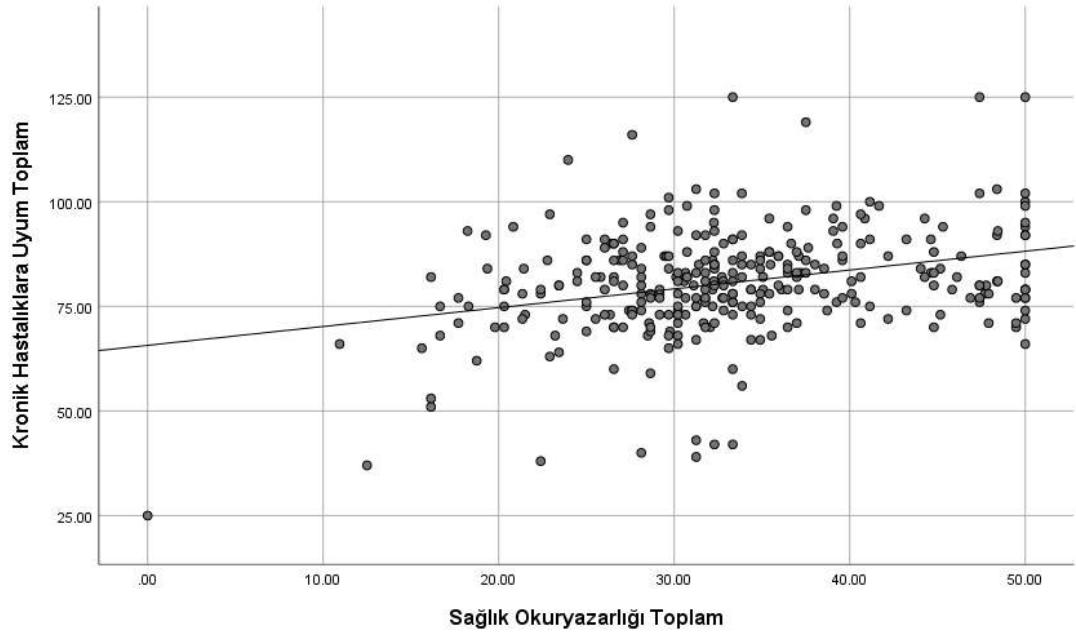
Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

*okuryazar-ilköğretim mezunları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 16’da gösterildiği gibi kronik hastalıklara uyum toplam puanı ve alt boyutları eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında sadece psikolojik uyum alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. İlköğretim mezunlarının puanı okur yazar olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Alt boyut puanlarıyla ilgili detaylar tabloda mevcuttur.

4.5.Kronik Hastalık Uyum Düzeyi ve Alt Boyutlarının, TSOY Düzeyi ve Alt Boyutları ile İlişkisinin Analizi

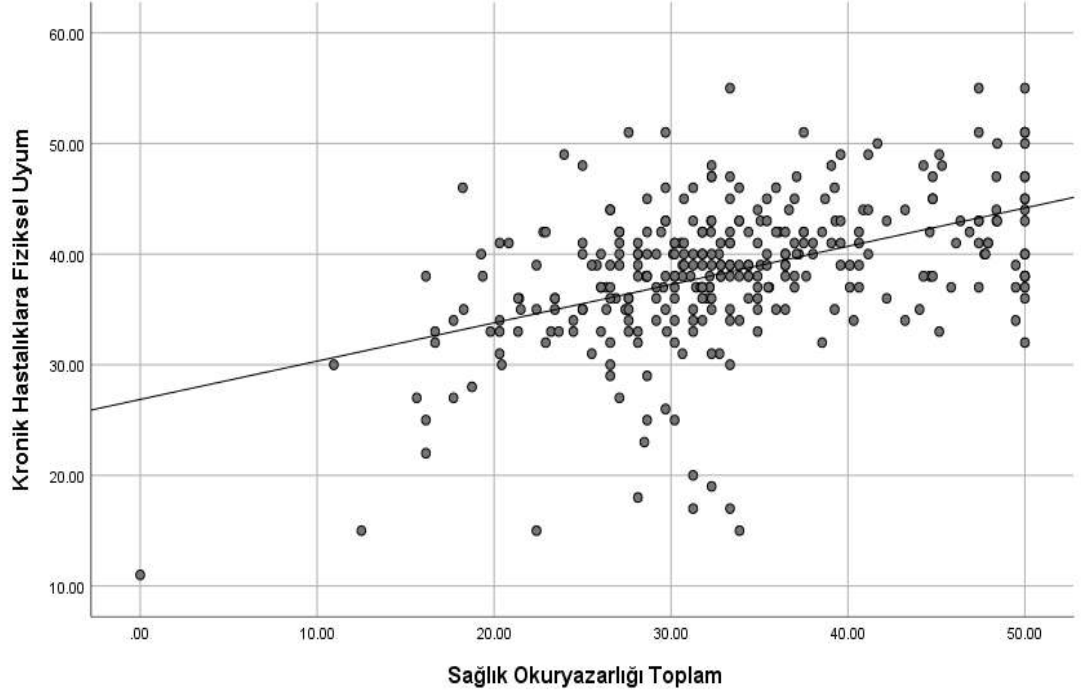
Çalışma grubunda sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyutları ile kronik hastalıklara uyum toplam puanı arasındaki korelasyon analizi sonuçları Şekil-8’de görülmektedir.



Şekil-8: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara uyum toplam puanı korelasyon grafiği

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre kronik hastalıklara uyum toplam puanı ile sağlık okuryazarlık toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 0,312$, $p<0,001$) (Şekil-8). Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ($r= 0,315$, $p<0,001$), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ($r= 0,258$ $p<0,001$), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ($r= 0,273$, $p<0,001$), sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma ($r= 0,314$, $p<0,001$) alt boyutlarında da pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

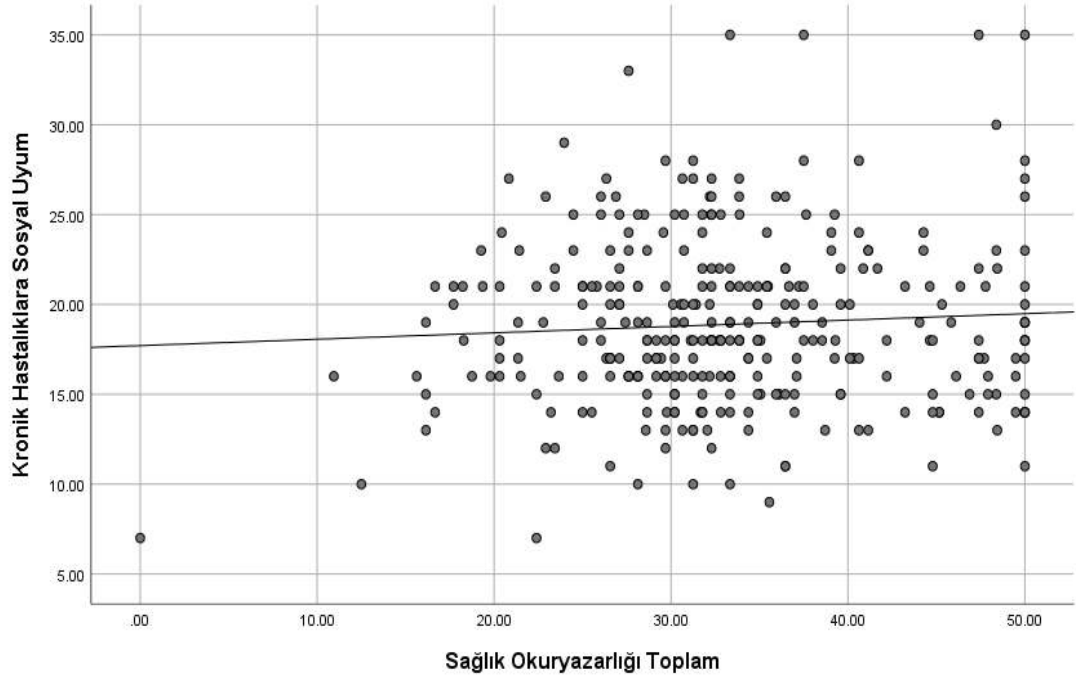
Çalışma grubunda sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyutları ile kronik hastalıklara fiziksel uyum alt boyut puanı arasındaki korelasyon analizi sonuçları Şekil-9'da görülmektedir.



Şekil-9: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara fiziksel uyum korelasyon grafiği

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre kronik hastalıklara fiziksel uyum alt boyut puanı ile sağlık okuryazarlık toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= 0,461$, $p<0,001$) (Şekil-9). Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ($r= 0,442$, $p<0,001$), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ($r= 0,395$, $p<0,001$), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ($r= 0,419$, $p=0,020$), sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma ($r= 0,461$, $p<0,001$) alt boyutlarında da anlamlı ilişki bulunmuştur.

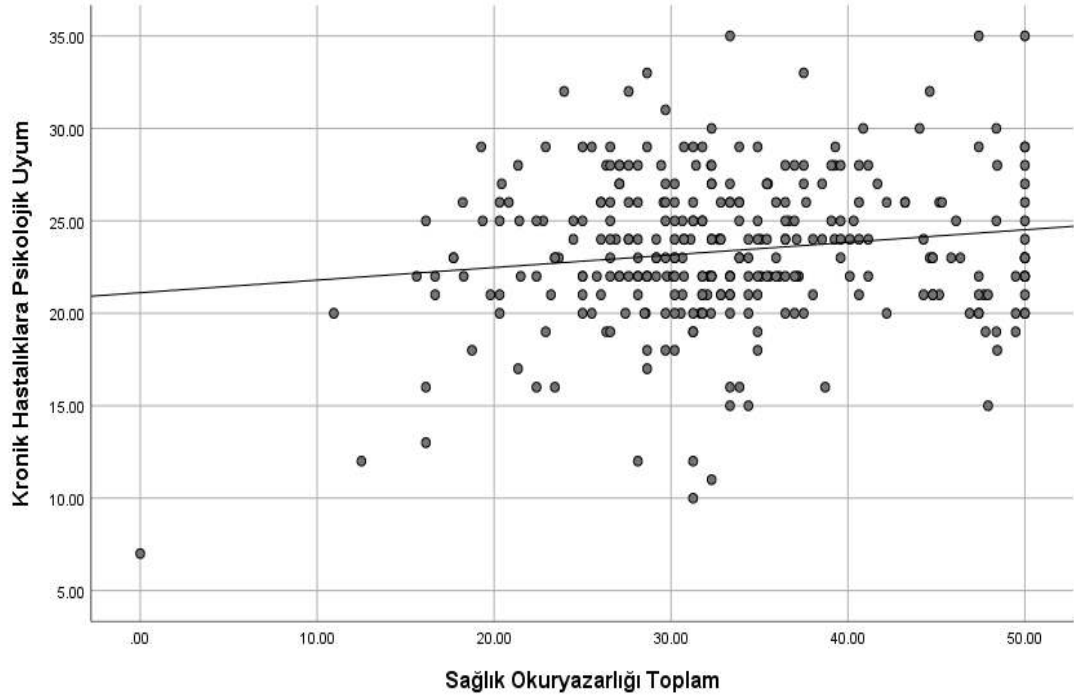
Çalışma grubunda sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyutları ile kronik hastalıklara sosyal uyum alt boyut puanı arasındaki korelasyon analizi sonuçları Şekil-10'da görülmektedir.



Şekil-10: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara sosyal uyum korelasyon grafiği

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre kronik hastalıklara sosyal uyum alt boyut puanı ile sağlık okuryazarlık toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r= 0,067$), $p=0,234$) (Şekil-10). Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ($r= 0,101$ $p=0,074$), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ($r= 0,030$, $p=0,594$), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ($r=0,032$, $p=0,577$), sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma ($r= 0,076$, $p=0,178$) alt boyutlarında da anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışma grubunda sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyutları ile kronik hastalıklara psikolojik uyum alt boyut puanı arasındaki korelasyon analizi sonuçları Şekil-11’de görülmektedir.



Şekil-11: Çalışma grubu sağlık okuryazarlığı-kronik hastalıklara psikolojik uyum korelasyon grafiği

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre kronik hastalıklara psikolojik uyum alt boyut puanı ile sağlık okuryazarlık toplam puanı arasında pozitif yönlü oldukça düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = 0,150$, $p = 0,007$) (Şekil-11). Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ($r = 0,146$, $p = 0,009$), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ($r = 0,131$, $p = 0,019$), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ($r = 0,134$, $p = 0,020$), sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma ($r = 0,147$, $p = 0,009$) alt boyutlarında düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Sağlık sisteminin en önemli ögesi olan hastalar, aldıkları kararlar ve sergiledikleri davranışlarla hem kendi sağlıkları ile ilgili gidişatı hem de sağlık sisteminin ve hizmetinin etkinliğini ve başarısını oldukça etkilemektedir. Hastaların bu karar ve davranışlarını etkileyen ise bugüne kadar oluşturdukları bilgi birikimleri, geliştirdikleri beceri ve kapasiteleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu durum karşımıza ‘sağlık okuryazarlığı’ kavramını çıkarmaktadır (52). Bireylerin sağlık sistemine ve karar mekanizmasına dahil olmasının sistemin kalite ve maliyet etkinliği açısından çok önemli olması kendilerine düşen sorumluluğun gereğini yapabilecek donanımda olmalarını gerekli kılmaktadır. Aksi takdirde buna hazır olmayan bireyler kendi güvenliklerini de sistemin devamlılığını da tehdit edebilir. Bu sebeple bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeylerini saptamak bir ihtiyaç haline gelmiştir (46).

Tüm dünyada her yaş grubunda ölümlerin en sık sebebinin kronik hastalıklar kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalıkların ve komplikasyonlarının ortaya çıkmasında ve gidişatında bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarının önemli bir yeri vardır (49).

Çalışmamızda en az bir kronik hastalığa sahip erişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kronik hastalıklarına uyumlarına etkisini araştırmak amacıyla TSOY-32 ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçekleri arasındaki korelasyon incelenmiştir. 328 hastanın dahil olduğu çalışmada kronik hastalıklara uyum toplam puanı ile sağlık okuryazarlık toplam puan ve alt grupları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Kronik Hastalıklara Uyum ölçeği alt boyutları ile SOY toplam puanları karşılaştırıldığında; kronik hastalıklara uyum toplam puanı, kronik hastalıklara ‘psikolojik uyum’ alt boyut puanı ve kronik hastalıklara ‘fiziksel uyum’ alt boyut puanı ile sağlık okuryazarlık toplam puan ve alt grupları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Çalışmamız literatürde gördüğümüz kadarıyla, ülkemizde TSOY-32 ile Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği’nin birlikte kullanıldığı ilk çalışmadır.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 33,42 olarak bulunmuştur. Sorasen ve ark.'nın Avrupa'da yürüttüğü çalışmada, sekiz ülkede sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 33,78 olarak saptanmıştır (43). Durusu ve arkadaşlarının yaptığı 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 30,4 olarak bulunmuştur, bu puan sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına (25- 33puan) denk gelmektedir (46). Değerli ve arkadaşları araştırmalarında genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasını 28,48 olarak (53), Okyay ve arkadaşları tarafından yine TSOY-32 Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede, genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasını 29,5 olarak bulunmuştur (48). Ulusoy ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada ise genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 32,3 olarak hesaplanmıştır (54). Doğu Karadeniz'de nicel bir çalışma olarak yürütülmüş olan ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçüldüğü bir diğer çalışmada sağlık okuryazarlığı genel toplam puan ortalaması 24.40 ± 7.70 olup yetersiz SOY kategorisinde bulunmuştur (55). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastalarda yürütülen 388 katılımcı ile TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 31,18 ile sorunlu-sınırlı düzeyinde saptanmıştır (56). Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması literatürdeki çoğu çalışma ile aynı sağlık okuryazarlığı düzeyine, yani sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı grubuna denk gelmektedir.

Çalışmamızda SOY düzeyini etkileyen faktörler yaş ve eğitim düzeyidir. Paasche-Orlow ve Wolf çalışmaları sonucunda demografik özelliklerden eğitim, ırk, yaşın SOY düzeyini etkilediğini belirtmiştir (57). Çelikyürek ve ark.'nın çalışmasında medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, kendi sağlık düzeyi algısı, kronik hastalık varlığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$) (56). Konya'da yürütülen kesitsel bir çalışmada cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler olarak saptanmıştır (58). Literatür ve çalışmamıza göre eğitim SOY puanı ile pozitif yönde korelasyon gösterirken, yaş negatif yönde korelasyon göstermektedir. Bireysel diğer parametrelerin SOY ile korelasyon ilişkisi diğer etkenlere göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Cinsiyete göre sağlık okuryazarlık düzeyine baktığımızda çalışmamızda kadınların TSOY-32 SOY toplam puan ortalamaları ile erkeklerinki arasında anlamlı farklılık saptamadık. Okyay ve arkadaşlarının (48) çalışmalarında da TSOY-32 ölçeğinde SOY toplam puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuş, anlamlı farklılık saptanmamıştır. Uğurlu'nun çalışmasında (59) da kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Özdemir ve arkadaşlarının (60) çalışmasında ise erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. İkışık ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyete göre yapılan analizinde kadınlarda yetersiz ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranları sırasıyla %21,7 ve %14,6 iken erkek katılımcılarda ise %53,9'unun sorunlu-sınırlı SOY olduğu tespit edilmiştir (61). Berberoğlu ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları kadınlarda $25,0 \pm 9,3$, erkeklerde $24,8 \pm 9,5$ olarak bulunmuştur (62). Lee ve arkadaşları 585 Koreli katılımcıyla yaptıkları çalışmalarında; kadınların tıbbi formları anlama ve doldurma, ilaçla ilgili talimatları anlama ve sağlık bakım hizmeti veren profesyoneller tarafından verilen bilgileri anlamada erkeklere göre önemli ölçüde iyi olduklarını tespit etmişlerdir (63). Literatürdeki çalışmaların çoğunda kadınların SOY puanları erkeklere göre yüksek saptanmakla birlikte her iki cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanamamış olması cinsiyetin SOY düzeyine çok etkili bir faktör olmadığını düşündürmektedir.

Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini ele aldığımızda, çalışmamızda eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin pozitif yönde anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir. Farklı eğitim düzeyleri arasında tüm alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sorasen ve ark., Tanrıöver ve ark., Okyay ve Abacıgil'in çalışmalarında da eğitim düzeyindeki artış ile sağlık okuryazarlığındaki artışın korele olduğunu gösterilmiştir (43,46,48). Eğitim düzeyi ile SOY toplam puan açısından pozitif yönde korelasyon literatürle uyumlu olmakla birlikte, eğitim düzeyi yüksek olan bireyler düşük SOY düzeyi ile karşımıza çıkabilmektedir.

Yaş ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini değerlendirdiğimizde çalışmamızda negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p < 0.001$). Bu sonuç literatürle uyumludur. Çelikyürek ve ark. çalışmalarında yaş ile TSOY-

32 ölçeğinden aldıkları indeks puanları Spearman korelasyon analizine göre negatif yönde orta derecede anlamlı korelasyon saptamışlardır ($p<0,001$) (56). 65 yaş üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla 498 bireyle yapılan bir çalışmada TSOY-32 genel toplam puan ortalaması 24.40 ± 7.70 olup yetersiz SOY kategorisinde bulunmuştur (55). Yapılan bir meta-analizde sınırlı sağlık okuryazarlığı yaşlı yetişkinler arasında yaygın olarak saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığını okuduğunu anlama, akıl yürütme ve aritmetik becerileri olarak ölçen analizlerde ileri yaş sınırlı sağlık okuryazarlığı ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, sağlık okuryazarlığını tıbbi kelime dağarcığı olarak ölçen çalışmalarda ileri yaş, sınırlı sağlık okuryazarlığı ile zayıf bir şekilde ilişkilendirilmiştir (64). İleri yaş ile SOY düzeyinin düşmesi bilişsel yeteneklerin zayıflaması ile ilişkili olabilir. Bu alanda yapılacak yeni çalışmalar literatüre katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda TSOY-32 SOY toplam puanı evlilerde $33,01 \pm 8,76$, bekarlarda $34,15 \pm 8,73$ olarak bulunmuştur. Bazı alt gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmışken SOY toplam puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kırıkkale İli Yüksek İhtisas Hastanesi'nde 382 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bekarlarda sağlık okuryazarlığı SOY toplam puanı $31,90 \pm 7,41$, evlilerde $29,32 \pm 7,47$ ve her iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (65). Bir üniversite hastanesinde 225 kişi üzerinde yapılan kesitsel çalışmada evlilerde sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük saptanmıştır (66). Evli bireylerde SOY düzeylerinin düşük saptanması evli bireylerin sağlık durumlarına daha az önem vermelerinden kaynaklanabilir, nedenlerini saptamak için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ortalaması $80,75 \pm 12,62$, '*fiziksel uyum*' $38,48 \pm 6,31$ ile en yüksek ortalamaya sahip alt grup olurken, '*sosyal uyum*' alt boyutunun ortalaması $18,85 \pm 4,65$, '*psikolojik uyum*' alt boyutunun ortalaması ise $23,43 \pm 3,97$ olarak bulunmuştur. Literatürde Bozbay ve ark.'nın çalışmasında kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ortalaması $76,80 \pm 10,94$, fiziksel uyum puan ortalaması $35,63 \pm 5,99$, sosyal uyum puan ortalaması $18,69 \pm 4,34$ ve psikolojik uyum puan ortalaması $22,47 \pm 4,42$ bulunmuştur (67). 228 birey üzerinde yapılan bir diğer çalışmada

kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ortalaması 86.07 ± 12.99 'dir (68). Literatüre bakıldığında geçmişten günümüze kronik hastalığa uyum düzeylerinin arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda kronik hastalıklara uyum toplam puanında cinsiyete ve eğitim durumuna göre anlamlı farklılık saptanmamışken, medeni durumu bekar olanların evli olanlara göre kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık uyumu düşük olan bireylerde yapılacak yeni çalışmalarla nedenleri saptamak uyumu artırmada faydalı olacaktır.

Çalışmamızın korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklara uyumları sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde sağlık okuryazarlığı iyi düzeyde olan bireylerin kronik hastalıklarının sonuçlarıyla daha iyi başa çıktıkları, semptomlarını daha iyi tanıdıkları ve tedaviye daha aktif katılarak hastalık süreçlerini daha iyi yönettikleri görülmüştür (70). Literatüre göre sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan bireylerde fiziksel ve zihinsel fonksiyonlar daha kötü ve bu bireylerde kronik hastalık görülme oranı daha yüksektir (57,69).

Çalışmamızın kesitsel tipte, yalnızca bir ildeki bir aile sağlığı merkezinde yapılmış olması, bu sebeple elde edilen bulguların genellenemez olması kısıtlılıklardandır.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalığın türü çalışılmış olmakla birlikte, kronik hastalıklara uyumu etkileyebilecek olan mesleki ve maddi durum, aile ortamı, arkadaş ilişkileri gibi bazı bireysel faktörlerin ele alınamaması bir diğer kısıtlılık nedeni olabilir.

Hastalar arasında düşük sağlık okuryazarlığına ilişkin farkındalığın artırılması, sağlık alanında herhangi bir uygulama için kritik öneme sahiptir ve hastaların uyum olasılığını artırmaktadır (3). Sağlık profesyonelleri ve hastalar sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmek için iş birliği içinde olmalıdırlar (71).

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bursa İli Ertuğrul 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yetişkin bireylerde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin kronik hastalıklara uyum düzeyine etkisini araştırmayı amaçladığımız çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırdan yeterli bulundu. İleri yaş ve düşük eğitim düzeyi düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olarak bulundu. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin kronik hastalıklarına uyum düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Aynı zamanda evli olan bireylerin kronik hastalıklara uyumlarının bekar olanlara kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu saptandı.

Kronik hastalık idaresinde hastaların sağlık materyallerini anlamaması, ilaçlarını kullanamaması, kontrollerine gelmemesi, hastalıklarını önemsememesi, hastalığının idaresinde önemli görevleri olduğunun farkında olmaması, hekim ile iş birliği sağlayamaması önemli problemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da sağlık okuryazarlığı düzeyinin iyileştirilmesini ve kronik hastalıklara uyumun artırılmasını önemli kılmaktadır.

Kronik hastalıkların ve komplikasyonlarının sıklığının azaltılmasında birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimlerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Aile hekimlerinin hizmet verdikleri toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin farkında olmasının ve geliştirilmesi yönünde çaba göstermesinin kronik hastalıkların idaresinde önemli bir yeri olacaktır. Bu çerçevede ilk olarak hastaların sağlık okuryazarlık durumlarını ve hastalıklarına uyum düzeylerini tespit etmek aile hekimlerinin hastaya olan hakimiyetini artıracaktır. Hastanın durumu tespit edildikten sonra tedaviler onun anlayabileceği ve uyum sağlayabileceği en uygun şekilde planlanmalıdır. Çalışmamız ve bu alandaki diğer çalışmalar göstermektedir ki kronik hastalıklarda tedaviye uyumu artırmak için hastanın kontrolü artırılmalıdır. Hastanın tedavi sürecine uyumunun artması bilgisinin artmasına, bilgisinin artması da sağlık okuryazarlık düzeyinin iyileştirilmesine bağlıdır.

Hastalar çoğu zaman anlamadıklarını dile getirmekte çekinirler ve bunu yapmazlar. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi genellikle iyi olmakla birlikte, sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu faktörler sebebiyle hekimler hastaya karşı ön yargı göstermemeli, herhangi bir yeni tanı ve tedavi sürecinde görüşmenin sonunda hastanın ne anladığını anlatmasını isteyerek geri dönüş almayı ihmal etmemelidirler.

Hekimler düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalara karşı daha duyarlı olmalıdır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve kronik hastalıklara uyum ölçeği kolay uygulanabilir anketlerdir ve günlük pratikte aile hekimlerinin hastalara uygulaması için bir alternatif olabilir. Böylelikle hangi hastanın hangi alanda ne düzeyde eksiği olduğu tespit edilebilir. Bu alanlarda eğitimler verilerek, motivasyonel görüşmeler ve bilgilendirmeler yapılarak hastaların güçlendirilmesi sağlanabilir. Sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalıklarının artırılması sağlık sonuçlarını iyileştirebilir.

7.KAYNAKLAR

1. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it? J Health Commun. 2010;15(SUPPL. 2):9–19.
2. Sansom-Daly UM, Lin M, Robertson EG, et al. Health Literacy in Adolescents and Young Adults: An Updated Review. J Adolesc Young Adult Oncol. 2016;5(2):106–18.
3. Villaire M, Mayer G. Low Health Literacy The Impact on Chronic Illness Management. Prof Case Manag. 2007;12(4):213–6.
4. Waverijn G, Heijmans M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Associations Between Neighborhood Social Capital, Health Literacy, and Self-Rated Health Among People With Chronic Illness. J Health Commun. 2016;21(September):36–44.
5. German PS. Compliance and chronic disease. Hypertension. 1988;11(3):56–60.
6. Bernell S, Howard SW. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? Front Public Heal. 2016;4(August):2–4.
7. Warshaw G. Introduction: Advances and challenges in care of older people with chronic illness. Generations. 2006;30(3):5–10.
8. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekim Bülteni. 2006;25(3):1–5.
9. Haskett T. Chronic illness management: changing the system. Home Health Care Management & Practice. 2006;18(6):492–4.
10. Noncommunicable diseases. Fact sheet. World Health Organisation.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Erişim tarihi:18.06.2021
11. Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. Br Med J. 2004;328(7433):220–2.
12. Bovell-Benjamin A. Chronic Diseases: the Escalating Dilemma in Developing Countries. 2016;Part1(EpidemiologyofChronicDiseases):19–20.
13. Brohman K, Addas S, Dixon J, Pinsonneault A. Cascading feedback: A longitudinal study of a feedback ecosystem for telemonitoring patients with chronic disease. MIS Q Manag Inf Syst. 2020;44(1):421–50.
14. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. Efeito da eliminação de doenças crônicas sobre a expectativa de vida livre de incapacidade

entre idosos em São Paulo, Brasil, 2010. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(8):3327–34.

15. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voûte J, Leeder S. Prevention of chronic diseases: a call to action. Vol. 370, *Lancet*. Elsevier B.V.; 2007. p. 2152–7.
16. Megari K. Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Heal Psychol Res*. 2013;1:141–8.
17. Pengpid S, Peltzer K. The impact of chronic diseases on the quality of life of primary care patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. *Iran J Public Health*. 2018;47(9):1307–15.
18. Thommasen H ZW. Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural Remote Health*. 2006;6: 528.
19. Guimarães Lima M, Berti de Azevedo Barros M, Luiz Galvão César C, et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Vol. 25, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2009.
20. Cindy LK, Lam IJL. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract*. 2000;17(2):159-66.
21. Erfurt-Berge C, Renner R. Quality of life in patients with chronic wounds. *Hautarzt*. 2020;71(11):863–9.
22. Koşar C, Büyükkaya Besen D. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*. 2015;8(1):45–51.
23. Deen D, Lu WH, Rothstein D, Santana L, Gold MR. Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):257–60.
24. Barr VJ, Marin-Link B, Underhill L, et al. The expanded chronic care model. *Healthc Q*. 2003;7(1):73–82.
25. İncirkuş K, Nahcivan Ö. N. Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Model. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg*. 2015;23(1):66–75.
26. Țîrcă SM, Ciontea MS, Vlad E, Mihălțan FD. Distant Compliance with Treatment in Patients with Chronic Respiratory Diseases: Asthma, Copd and Asthma-Copd Overlap Syndrome. Prospective Study. *Intern Med*. 2021;18(2):15–47.
27. Menichetti J, Libreri C, Lozza E, Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: A bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Heal Expect*. 2016;19(3):516–26.

28. Beaglehole R, Epping-Jordan JA, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*. 2008;372(9642):940–9.
29. Acheson LS, Wang C, Zyzanski SJ, et al. Family history and perceptions about risk and prevention for chronic diseases in primary care: A report from the Family Healthware TM Impact Trial for the Family Healthware TM Impact Trial (FHITr) Group. 2010; 12(4): 212–8.
30. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med*. 2005;(1):1–7.
31. Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: A PPRNet report. *J Am Board Fam Med*. 2013;26(5):518–24.
32. Yıldırım JG, Çevirgen A. Kronik hastalıkların yönetiminde kullanılan bilişim tabanlı uygulamalar. 2019;6(1):65–73.
33. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8.
34. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* Vol 21, 878–83.
35. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349–64.
36. Copurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2016;10(1):40.
37. Çiler Erbağ G. Health Literacy as the Main Determinant of Health. Vol. 3, Ankara University Faculty of Health Sciences. 2015. 1–14 p.
38. Frisch AL, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains? *Health Promot Int*. 2012;27(1):117–26.
39. Poureslami I, Tregobov N, Shum J, et al. A conceptual model of functional health literacy to improve chronic airway disease outcomes. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–17.
40. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, et al. Public Health Literacy Defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446–51.
41. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1–13.
42. Doyle G, Cafferkey K FJ. The European health literacy survey: results from Ireland. *Dublin Univ Coll Dublin*. 2012;20–4.

43. Sørensen K, Rgen J, Pelikan M, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
44. Özkan S, Aksakal NB, Çalışkan D, et al. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. 2018; 1–142.
45. Heide, I. Factors Affecting Health Literacy as Related to Asthma and COPD Management: Learning from Patient and Health Care Professional Viewpoints. *Heal Lit Res Pract*. 2021;5(3):179–93.
46. Tanrıöver Durusu M, Yıldırım HH, Ready Demiray FN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sos Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları-25, Ankara. 2014;14–26.
47. Sarıyar S, Fırat Kılıç H. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*. 2019;6(2):126–31.
48. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR). 2016. 43–4.
49. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(1):69–74.
50. Başak O, Saatçi E. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayınları. 2011;4:1–48.
51. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. *Ann Intern Med*. 2015;1–175.
52. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur-yazarlığı. *TAF Prev Med Bull*. 2014;13(4):71-8
53. Değerli H. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *AVRASYA Uluslararası Araştırmalar Derg*. 2018;467–88.
54. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, et al. The Role of Parents and Health Literacy in Healthy Child Follow-up. *Ankara Med J*. 2020;20(3):588–604.
55. Yiğitbaş Ç, Genç F. Health literacy in elderly people: An example of eastern black sea region in Turkey. *Türkiye Halk Sağlığı Derg*. 2021;19(1):41–54.
56. Çelikyürek NA, Meydan Acımiş N, Özcan B. Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Pamukkale Med J*. 2020;258–66.
57. Osborn CY, Paasche-Orlow MK, Bailey SC, Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behav*. 2011;35(1):118–28.

58. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors Affecting Health Literacy in Adults: a Community Based Study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1):100–9.
59. Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2019;12(1):96–106.
60. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010;25(3):464–77.
61. İkişik H, Turan G, Kutay F, et al. Investigation of Health Literacy Level of Patients who Admitted to A Tertiary Training and Research Hospital. *J Ankara Univ Fac Med*. 2020;73(3):247–52.
62. Berberoğlu, U; Öztürk, O; İnci, M; Ekerbiçer H. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sak Tıp Derg*. 2018;8(3):575–81.
63. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? *Am J Mens Health*. 2015;9(5):370–9.
64. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Von Wagner C. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(3):445–57.
65. Kaya M, Yılmaz Ö. Bireysel Özellikler, Sağlık Okuryazarlığı Ve Genel Sağlık Duruluşkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2020;113–22.
66. Yakar B, Pirinçci E. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara ve Alkol Bağımlılık Düzeylerine Etki Eden Faktörler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2019;14(2):57–65.
67. Bozbay DS, Yıldırım AB, Dönmez L. Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde Yatan Hastaların Kronik Hastalık Uyumu Ve İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. *3International 21National Public Heal Congr*. 2019;1-3.
68. İnel Manav A, Atik D, Çapar A. Diyabeti Olan Yetişkinlerin Koşulsuz Kendini Kabul Düzeylerinin ve Kronik Hastalığa Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Derg*. 2021;4:153–62.
69. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs*. 2009;18(16):2337–43.
70. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease

patients and their importance for self-management. Patient Educ Couns. 2015;98(1):41–8.

71. Rothman RL, Yin HS, Mulvaney S, et al. Health literacy and quality: Focus on chronic illness care and patient safety. Pediatrics. 2009;124-136.



8.EKLER

Ek-1: Araştırma İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA TOPLUM
SAĞLIĞI BİRİMİ
21/07/2020 13:24 / 72873149 / 604.02 / 825



Sayı : 72873149-604.02
Konu : Dr. Zeynep DEMİRCİ'nin Araştırma
İzin Talebi Hakkında.

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına)

İlgi : Dr. Zeynep DEMİRCİ'nin 16/07/2020 tarihli dilekçesi.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Prof.Dr. Yeşim UNCUNUN koordinatörlüğünde, söz konusu üniversitenin aynı bölümde araştırma görevlisi olan Dr. Zeynep DEMİRCİ'nin dilekçesiyle; **"Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Kronik Hastalık Uyum Düzeyi İlişkisinin İncelenmesi"** konulu çalışmayı Müdürlüğümüze bağlı Ertuğrul 36 No.lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde anket uygulaması olarak yapmak için izin istediği anlaşılmıştır.

Buna göre; Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından söz konusu çalışmanın yapılmasına ilişkin verilen karar yazısı ekte olup çalışma yapıldıktan sonra hazırlanan araştırma sonuç raporunun iki nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletmek üzere Başkanlığımıza gönderilmesi ve konu hakkında çalışmacıya bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Esma KUZHAN
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Ek: Araştırma İzin Talebi (Dr. Zeynep DEMİRCİ)

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA

Telefon: Faks No: 02242240092

e-Posta: zeynep.kusat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b27bd421-8cbd-4459-ae7-25755cde26ff kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zeynep KUŞAT

HEMŞİRE

Telefon No: (0 224) 808 30 22

Ek-2: Etik Kurul Onayı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Kronik Uyum Düzeyi İlişkisinin İncelenmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Yeşim Uncu
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Zeynep Demirci
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	15.07.2020 / 6 ay
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	200
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	15.06.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.06.2020	Türkçe
	Anket Formu	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	☒ Tarih: 15.06.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	☒ Tarih: 15.06.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	☐
	SONUÇ ÖZET RAPORU	☐
	DİĞER:	☒ Araştırma ilk başvuru ön yazısı (15.06.2020), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Kronik Uyum Düzeyi İlişkisinin İncelenmesi
------------------------------	--

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020-11/9 Tarih: 24 Haziran 2020 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi. 1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.
------------------------	--

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ÇALIŞMA ESASI
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BASKANIN UNVANI/ADI SOYADI
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU				
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				
	(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)				
Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2010	Sayfa	1 / 2
Rev. No	: 02	Rev.Tarihi	: 26 Şubat 2014		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Prof. Dr. Yeşim UNCU tarafından yürütülen "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Kronik Hastalık Uyum Düzeyi İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı ankete dayalı bir 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. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

(A) (S)

Prof.Dr.Yeşim UNCU

Araştırmanın Amacı:

Planlanan bu araştırma ile kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kronik hastalıklarına uyum düzeylerine etkisini saptamak amaçlanmaktadır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Çalışma kesitsel/tanımlayıcı tipte ve bir anket çalışmasıdır. Çalışma grubu olarak Bursa ili 36 nolu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastalar alınacaktır. Çalışma 'Sosyo-Demografik Bilgi Formu', 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği' ve 'Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği' formu ile yürütülecek ve çalışmaya, gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben, anketi doldurmayı kabul eden (onamları alınan) ve anketi tam dolduran 18 yaş üzeri kronik hastalığı olan tüm hastalar dahil edilecektir. Anket soruları mesai saatleri içinde doldurulmak üzere çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara dağıtılacak ve anketi doldurma işlemi bittikten sonra toplanacaktır. Anketin doldurulma süresi yaklaşık 15-20 dakikadır. Anketimiz başlıca 3 bölümden ve 62 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların genel sosyo-demografik bilgileri ile ilgili 5 soru ikinci bölümde ise sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilgili 32 soru, üçüncü bölümde kronik hastalıklarına uyumları ile ilgili 25 soru yer almaktadır. Elde edilecek verilerin analizinde SPSS 23 programı kullanılacaktır.

Araştırmanın Süresi: 6 ay

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 24.06.2020
Karar No : 2020-11/3

Çalışmanın adı: Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Kronik Hastalık Uyum Düzeyi İlişkisinin İncelenmesi
Tarih:15/06/2020

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
	(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)			
Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2010	Sayfa 2 / 2
Rev. No	: 02	Rev.Tarihi	: 26 Şubat 2014	

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Prof. Dr. Yeşim UNCU / Araş.Gör. Zeynep DEMİRCİ

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 24.06.2020
Karar No : 2020-11/5

Çalışmanın adı: Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Kronik Hastalık Uyum Düzeyi İlişkisinin İncelenmesi
Tarih: 15/06/2020

Ek-4: Anket Formu

Bu anket Bursa Uludağ Üniversite Aile Hekimliği AD asistanları tarafından tamamen bilimsel çalışmalarda kullanılmak amacıyla yapılmaktadır. Çalışmamız için düzenlenen ankette kimliğinizi belli edecek hiç bir soru bulunmamaktadır. Anketimize katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

Medeni Durumunuz: Evli ☐ Bekar ☐

Eğitim Durumunuz:

Okuma-Yazma Yok ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve Üstü ☐

Kronik Hastalığı: Var ☐ Yok ☐

	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır.. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki uygun bölüme "X" işareti koyarak belirleyiniz.	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyorum
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 24.06.2020
Karar No : 2020-11/3

		Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyorum
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 24.06.2023
Karar No : 2020-11/3

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme "X" işareti koyarak belirleyiniz.						
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımın dolayısı ile aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tehdirlili yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımın dolayısı ile arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığım için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımın dolayısı ile çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.06.2023
Karar No : 2022.11/3

9.TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitime başladığım ilk günden bu yana bilgi ve deneyimlerini esirgmeden eğitim sürecime katkı sağlayan çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Yeşim UNCU'ya, Prof. Dr. Züleyha ALPER'e ve Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR'a teşekkürü borç bilirim,

Tez çalışmam süresince her aşamada büyük desteğini gördüğüm, bilgi birikimi ve tecrübesini benimle paylaşarak her daim yol gösteren, kendisini örnek aldığım ve birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Yeşim UNCU'ya

Samimiyetini ve desteğini her zaman hissettiren, kendisini tanıma ve birlikte çalışma fırsatım olduğu için çok şanslı hissettiğim, manen daima yanımda olan değerli Uz. Dr. Gaye ÇELİKCAN'a,

Tez verilerimin istatistik yorumlamasında desteğini ve emeğini esirgemeyen, çalışmam boyunca yardımcı olan çok değerli Doç. Dr. Güven ÖZKAYA hocama,

Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşlarım Dr.Rabia RUŞEN TEKİNSOY'a, Uzm.Dr.Fatih KARACİF'e ve Dr.Ali DÖRTKOL'a

Asistanlığım süresi boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, her biri için tek tek iyi ki varlar dediğim tüm asistan ve uzman arkadaşlarıma,

Eğitimime katkıda bulunan ve rotasyonlarım sırasında yardımcı olan tüm değerli hocalarıma,

Onlara sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, hayatımın her döneminde sevgi ve destekleriyle yanımda olan canlarım annem Songül DEMİRCİ'ye, babam Mehmet DEMİRCİ'ye ve kardeşim Erkam DEMİRCİ'ye,

Çok teşekkür ederim.

10.ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ tarihinde ■■■■■■■■■■'de doğdum. İlköğretim eğitimimi Özel İlküneş İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimimi Özel Rafet Kahraman Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2009 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi 2016 yılında tamamladım. Mudanya Toplum Sağlığı Merkezi'nde yaklaşık 11 ay kadar mecburi hizmet görevimi yaptıktan sonra, 2018 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistan hekimlik görevime başladım.