

TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

HAZIRLAYAN
Zuhal ÇİMEN

Bornova-İZMİR

2015

TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

HAZIRLAYAN
Zuhal ÇİMEN

Bornova-İZMİR

2015

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı çerçevesince yürütülmüş ve aşağıdaki jüriler tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21.09.2015

KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİ

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof. Dr.Ayla BAYIK TEMEL

(Danışman)

Üye : Doç.Dr. Melek ARDAHAN

Üye : Yard. Doç.Dr. Ziyafet UĞURLU

Yedek 1. Üye: Prof.Dr. Asiye Akyol

Yedek 2. Üye: Medine YILMAZ

Bu tez yukarıda ismi geçen jüri üyeleri tarafından ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulunca uygun görülmüş ve yönetim kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

TEŞEKKÜR

Araştırma süresi boyunca danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesindeki titizliği ile bana her konuda yol gösteren, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında bilimsel katkı ve manevi desteğini esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr.Ayla BAYIK TEMEL'e, araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmaya katılan gönüllü yaşlı bireylere, araştırma boyunca sabrı, hoşgörüsü ve pozitifliği ile hep yanımda olan eşime, her konuda yardımcı olmaya çalışan aileme, beni tolere eden çalışma arkadaşlarıma ve yakınlarıma teşekkürlerimi iletirim. Ayrıca İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Fehmi Akçiçek'e ve Başhemşire Başak Baydal'a da desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Zuhal ÇİMEN /izmir 2015

ÖZET

KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİ

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisini incelemek için yürütülen tanımlayıcı ve ilişkisel tipteki bu çalışma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye, Göğüs hastalıkları ve Gastroentoloji kliniklerinde yatarak tedavi gören 65 ve üzeri yaş grubundaki 550 bireyle yürütülmüştür.

Araştırma verileri; bireylerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek için yöneltilen 30 sorudan oluşan anket formuyla elde edilmiştir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Çalışma verileri görüşme tekniği kullanılarak bireylerle yüzyüze konuşarak toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 15 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin; % 54.9'unun kadın, %69.6'sının evli ve %39.6'sının 65-74 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; % 46.4'ünün ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu bireylerin %44.0'ünün şehirde yaşadığı, %51.1'inin çalıştığı, %55.7'sinin gelirinin giderinden az olduğu ve bireylerin sadece %0.4'ünün sağlık güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Bireylerin %71.7'sinin eşiyile yaşadığı ve sadece %0.4'ünün bakımevi/huzurevinde yaşadığı bulunmuştur.

Bu bireylerin beden kitle indeksi (BKI) değerleri incelendiğinde; %43.4'ünün zayıf olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki bireylerin %39.1'inin sigara kullandığı ve sigara kullanan bu bireylerden %22.4'ünün günde 1 paketten az sigara içtiği, %32.5'inin alkol kullandığı ve %18.0'inin haftada 2 günden az alkol kullandığı saptanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde bireylerin %51.3'ünün çok zorluk çektiği, sağlığı algılama durumlarını incelediğimizde; %34.7'sinin sağlığını orta olarak algıladığı ve 'Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?' sorusu bireylere sorulduğunda, %35.3'ünün orta olarak ifade ettiği saptanmıştır.

Kronik hastalığı olan bireylerin %32.5'inin 5-10 yıldır kronik hastalıkla beraber yaşadığı, %82.5'inin ilaç kullandığı saptanmıştır. Bireylerin %37.1'inin 1-3 kez hastaneye yattığı ve hastanede yatan bireylerden %31.6'sının 1-2 hafta hastanede kaldığı, ayrıca bireylerin %73.3'ünün acil servise başvurduğu ve acil servise başvuran bireylerin %32.5'inin

başvuru sıklığının 1-3 kez olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 87.96 ± 13.89 'dır. Ölçek maddelerinin puan ortalamalarının 28.60 ± 5.03 ile 17.73 ± 3.28 arasında olduğu saptanmıştır. En düşük puan ortalamasının uygulama alt ölçeği (17.73 ± 3.28) olduğu belirlenmiştir. En yüksek puan ortalamasına ise 28.60 ± 5.03 ile değerbiçme alt ölçeği sahiptir. Öleekten yaşlı bireyler min:51, max:125 puan almış olup değışim aralığı 74'dür. Standart sapma 13.89, varyans ise 192.99 olarak saptanmıştır.

Alt ölçeklerin madde puan ortalamaları incelendiğinde; uygulama alt ölçeğinin puan ortalamasının 17.73 ± 3.28 (min:9, max:25), erişim 18.48 ± 3.30 (min:9,max:25), anlama 23.12 ± 4.52 (min:12,max:35), değerbicme 28.60 ± 5.03 (min:15,max:40); ve ölçek toplam puan ortalamasının 17.73 ± 3.28 ile 28.60 ± 5.03 arasında olduğu belirlendi. En düşük ortalamaya sahip olan alt ölçeğın uygulama ve en yüksek ortalamaya sahip olan alt ölçeğın ise değerbicme olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamındaki kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde 65-74 yaş arası bireylerin ölçek puan ortalamasının diğeri yaş gruplarındaki bireylerin puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık saptandı. Bireylerin yaşları arttıkça sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları düşmektedir. Evli bireylerin ölçek puan ortalamaları daha yüksektir. Bu bireylerden lise ve üzeri eğitim almış grubun sağlık okuryazarlığı puan ortalaması en yüksek bulunmuştur; bu sonuca bakılarak eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları da artmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin en uzun süre yaşadıkları yere göre kırsal kesimden kentsel yöne gidildikçe ölçek puan ortalaması artmaktadır. Çalışan bireylerin puan ortalaması daha yüksek bulundu. Meslek grupları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarına bakılacak olursa; ev hanımları ve devlet memurlarında en yüksek ortalama görüldü. Gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanlarının ortalaması arasında istatistiksel olarak fark saptandı. Gelirini giderinden fazla olarak ifade eden bireylerin oluşturduğu grubun puan ortalaması en yüksek bulundu. Sosyal güvenlik kurumuna bağılı olma durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları da istatistiksel olarak birbirleriyle ilişkilidir. Yeşil-Kart, Bağı-Kurlu bireylerin puan ortalamaları birbirleriyle benzer ve düşük, Emekli sandığı ve özel sağlık sigortalı bireylerinde birbiriyle benzer ve daha yüksek olduğu saptandı. Bu araştırma sonuçlarına göre, eşleriyle beraber yaşayan bireylerin puan ortalamalarının daha

yüksek olduğu görüldü.

Bireylerin BKİ değerleri, sigara/alkol kullanma durumları ve sigara/alkol kullanma sıklıkları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, istatistiksel açıdan fark saptanmadı.

Bireylerin sağlıklarını algılama durumları ve yaşam kalitelerini değerlendirme durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlemlendi ve sağlıklarını iyi ve çok iyi algılayan bireyler ile yaşam kalitesinin iyi ve çok iyi olarak değerlendiren bireylerin puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Sağlık hizmetlerine erişimde hiç zorluk yaşamadığını ifade eden bireylerin oluşturduğu grubunda benzer şekilde sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları daha yüksek saptandı.

Araştırma kapsamındaki kronik hastalığa sahip olan bireylerin, kronik hastalık sayıları ve kronik hastalık süresi ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmedi. Ancak ilaç kullanma durumlarına bakıldığında ise; ilaç kullanmayan bireylerin ölçek puan ortalaması daha yüksek bulundu. Aynı şekilde hastaneye yatmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamaları daha yüksek ve hastaneye yatma sayısı arttıkça puan ortalamalarının düştüğü saptandı. Benzer bir şekilde acil servise başvurmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulundu ve acil servise başvurma sayısı arttıkça puan ortalamasının düştüğü görüldü.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; daha genç yaşta olma, eğitim ve gelir düzeyinin yüksek olması, sosyal güvencenin olması, evli ve eşile birlikte yaşama, sağlık algılamasının yüksek ve yaşam kalitesinin iyi olarak değerlendirilmesi, ilaç kullanımının olmaması veya sınırlı olması ve sağlık kurumuna daha az başvurma gibi faktörlerin sağlık okuryazarlığını olumlu yönde sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın daha büyük örneklem gruplarında ve daha uzun sürede tekrarlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı, kronik hastalık.

ABSTRACT

HEALTH LITERACY AND HEALTH PERCEPTION RELATIONSHIP IN ELDER INDIVIDUALS WITH CHRONIC ILLNESSES

This descriptive and relational research carried out to investigate health literacy and health perception relationship in elder individuals with chronic illnesses was conducted with 550 individuals between the ages of 65 and over, who are treated in the clinical of Internal Diseases, Chest Diseases and gastroenterology in Medical Faculty at Ege University.

The research data was obtained from the questionnaire form consisting 30 questions to find the descriptive characteristics of the individuals. Health literacy levels of the individuals were identified by using Health Literacy Scale whose validity and reliability had been tested. The research data was collected through face to face technique with the individuals. The data was evaluated by SPSS 15 Packet program.

In the scope of research, it was detected that 54.9% is woman, 69.9% is married, and 39.6% is between the ages of 65-74. When the education level of the individuals is assessed, it was found out that 46.4% graduated from primary school. of these individuals, 44.0% lives in cities, 51.1% works, 55.7% has income lower than expenses, and only 0.4% of individuals does not have health insurance. 71.7% of the individuals' lives with their spouse, and only 0.4% lives in a care house.

When the BKI values of these individuals are assessed, 43.4% was found out to be weak. In the scope of the research, it was detected that 39.1% smokes, and 22.4% of these people smoking consumes at least 1 packet a day, 32.5% consumes alcohol, and 18.0% consumes alcohol less than 2 days in a week. In terms of reaching health services, 51.3% has difficulty, and when their level of perceiving health is analysed, 34.7% perceives as medium, and when they are asked 'How do you find your life quality?' 35.3% responded that it is medium.

Of the individuals with chronic illnesses, it was found out that 32.5% has chronic illnesses for 5-10 years, and 82.5% uses medicines. of these individuals, 37.1% was taken to the hospital 1-3 times, and 31.6% of those taken to the hospital stayed at the hospital for 1-2 weeks, as well as 73.3% was taken to the emergency department and 32.5% of those individuals taken to the emergency experienced it 1-3 times.

In the scope of the research, the point average of the health literacy of the elder individuals is 87.96 ± 13.89 . The point average of the scale articles was found between 28.60 ± 5.03 and 17.73 ± 3.28 . The subscale with the lowest average is application subscale with 17.73 ± 3.28 . The highest average is evaluation subscale with 28.60 ± 5.03 . The elder individuals took min 51, and max 125 from the scale. and the range is 74. Standard deviation is 13.89, variance is 192.99.

When the article point averages of the subscales are analysed, application subscale has 17.73 ± 3.28 (min:9, max:25) point average, access is 18.48 ± 3.30 (min:9,max:25) understanding 23.12 ± 4.52 (min:12,max:35), evaluation is 28.60 ± 5.03 (min:15,max:40), total point averages was found out to be between 17.73 ± 3.28 and 28.60 ± 5.03 . It was also found out that the subscale with the lowest average is application subscale and the subscale with the highest average is evaluation subscale.

Of the individuals under the research, it was found out that health literacy among women has higher point average. Similarly the group comprised of the individuals between the ages of 65 to 74 has a meaningful difference than the other groups. As the age of individuals increase, the health literacy scale's point average is decreasing. The married individuals' scale point averages are higher. Of these individuals, the group with high school and higher level education has the highest health literacy point average. Given this result, as the level of education increases, the individuals' health literacy point average also increases. Of the volunteers in the research, as the period of time the individuals spend increases from rural place to city, the scale point average also increase. The point average of the working individuals is higher. When the professions and health literacy scale's point average is taken into consideration, the highest average belongs to housewives and state officers. It was found out that there is a statistical meaningful difference between the level of income and health literacy. The group consisting of the individuals with income higher than expense has the highest point average. The state of belonging to a social insurance institution and health literacy scale's point average is relevant statistically. The individuals with Green card (health card for uninsured people in Turkey), Bağ-Kur (insuranced self-employed institution) have similar point averages with each other and it is low; the individuals with government retirement fund and with private health insurance are relevant and it is higher. Given these results, the individuals living with their spouses have higher point average.

It was found out that there is not a statistically meaningful relationship between The BKI values of the individuals, smoking/drinking, and the frequency of smoking/drinking and health literacy.

It was observed that there is a meaningful relationship between the individuals' perception of their health state and their evaluation of the life quality and health literacy scale's point average. It was also found out that the individuals perceiving their health good and very good and the individuals evaluating their life quality good and very good have higher point average. The group including individuals, who expressed that they do not have difficulty in access to health services, has similarly higher point average in health literacy. A meaningful relationship was not observed between the number of chronic illnesses of the individuals with at least one chronic illness in the scope of the research and the presence of the chronic illness and health literacy scale's point average. But, when the use of medicine is taken into consideration, the individuals, who do not use medicine, have higher point average. Similarly, the individuals, who were not taken to hospital, have also higher point average in health literacy scale, and as the number of being taken to hospital increases, the point average decreases. In a similar way, it was found out that the individuals, who were not taken to the emergency department, have higher point average in health literacy scale, and as the number of being taken to the emergency increases, the point average decreases.

It is possible to suggest to repeat the research in higher sample groups and in longer process.

Key words: Health literacy, perception of health, chronic disease.

İÇİNDEKİLER

Sayfa Numarası

TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
İNGİLİZCE ÖZET.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	IX
TABLolar LİSTESİ.....	XIV
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XVI
GRAFİKLER LİSTESİ.....	XVII
EKLER LİSTESİ	XVII
BÖLÜM I.....	1
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Önemi	5
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	6
1.6. Tanımlar.....	6
BÖLÜM II.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Yaşlılık Türleri.....	8
2.2. Dünyada ve Türkiyede Yaşlılık.....	10
2.3. Türkiyede Yaşlıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	13
2.4. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler.....	18
2.4.1. Kardiyovasküler Sistem.....	18
2.4.2. Solunum Sistemi.....	18
2.4.3. Kas İskelet Sistemi.....	19
2.4.4. Sinir Sistemi.....	20
2.4.5. Sindirim Sistemi.....	20

2.4.6. Üreme Sistemi.....	21
2.4.7. Bağışıklık Sistemi.....	21
2.4.8. Üriner Sistem.....	21
2.4.9. Endokrin Sistem.....	22
2.4.10. Deri.....	22
2.4.11. Görme.....	23
2.4.12. İşitme.....	23
2.4.13. Uyku ve Dinlenme.....	23
2.5. Yaşlılarda Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	24
2.6. Sağlığın Tanımı.....	24
2.7. Sağlığın Teşviki, Korunması ve Geliştirilmesi.....	25
2.7.1. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Yararlı Uygulamalar.....	28
2.7.2. Sağlığın Teşviki ve Sağlığın Daha İyiye Götürülmesi Çalışmalarının Değerlendirilmesi.....	30
2.8. Sağlık Algısı.....	31
2.9. Okuryazarlık.....	31
2.9.1. Değişen Bir Kavram Olarak Okuryazarlık Çeşitleri.....	33
2.9.2. Okuryazarlıkta Yeterlilik Durumu.....	34
2.10. Sağlık okuryazarlığı.....	36
2.10.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Kavramsal Yapı.....	46
2.10.2. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	47
2.10.3. Sağlık Okuryazarlığı Türleri.....	50
2.10.4. Sağlık Okuryazarlığının Alt Düzeyleri.....	53
2.10.5. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı.....	56
2.10.5.1. ABD’de Sağlık Okuryazarlığı.....	57
2.10.5.2. Kanada’da Sağlık Okuryazarlığı.....	59
2.10.5.3. Büyük Britanya’da Sağlık Okuryazarlığı.....	61

2.10.5.4. İrlanda’da Sağlık Okuryazarlığı.....	61
2.10.5.5. Avustralya’da Sağlık Okuryazarlığı.....	62
2.10.5.6. Çin’de Sağlık Okuryazarlığı.....	64
2.10.6. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları	64
2.11. Kronik Hastalıklar.....	78
2.11.1. Kronik Hastalık ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi.....	81
2.11.2. Kronik Hastalıklarda Sağlık Okuryazarlığı.....	81
2.11.2.1. Astım ve Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Sağlık Okuryazarlığı.....	81
2.11.2.2. Diyabet ve Sağlık Okuryazarlığı.....	83
2.11.2.3. Kardiyovasküler Hastalıklar, Hipertansiyon ve Sağlık Okuryazarlığı	84
2.11.2.4. İnme ve Sağlık Okuryazarlığı.....	86
2.11.2.5. Kanser ve Sağlık Okuryazarlığı.....	87
2.11.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde İlaç Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı.....	88
2.12. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü.....	90
BÖLÜM III.....	92
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	92
3.1. Araştırmanın Tipi.....	92
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman.....	92
3.3. Araştırmanın Evreni.....	92
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	92

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	93
3.6. Veri Toplama Araçları.....	93
3.6.1. Hasta Bireyi Tanıtıcı Anket Formu.....	93
3.6.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Instrument For Assessment Of Health Literacy)	93
3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Tekniği.....	95
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	95
3.9. Araştırmanın Süresi.....	95
3.10. Araştırma Etiği.....	95
BÖLÜM IV	98
4.BULGULAR	98
4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	98
4.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesine Yönelik Algılarının Dağılımı	101
4.3. Bireylerin Sağlık Durumlarını Değerlendirmeleri.....	102
4.4. Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi, Kronik Hastalık Öyküsü ve İlaç Kullanma Durumlarının İncelenmesi.....	103
4.5. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi.....	106
4.6. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	108
4.7. Bireylerin Sağlık Davranışları, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim İle İlgili Özellikler.....	112
4.8. Bireylerin Kronik Hastalık ve Hastaneye Başvuru Özelliklerinin Dağılımı.....	116
4.9. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Yordanması	119
BÖLÜM V	122
5. TARTIŞMA	122
5.1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	122

5.2. Bireylerin Sağlık Algısı Ve Sağlık Durum Değerlendirilmesi.....	124
5.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bulguları Değerlendirmesi.....	127
5.4. Bireylerin Sağlık Davranışları, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim ile İlgili Özellikleri ve Sağlık Okuryazarlığı Durumu Değerlendirilmesi.....	131
5.5. Bireylerin Kronik Hastalık Durumları, Hastaneye Başvuru Özellikleri ve Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi.....	133
5.6. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	135
BÖLÜM VI.....	137
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	137
6.1. Sonuçlar.....	137
6.2. Öneriler.....	139
7. KAYNAKLAR.....	141
8. EKLER.....	155
8.1. Ek 1: Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	155
8.2. Ek 2: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	158
8.3. Ek 3: Orijinal Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	162
8.4. Ek 4: Etik İzin Gerektirmediğine Kanıt	163
8.5. Ek 5: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Etik İzni	169
8.6. Ek 6: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu Etik İzni	170
ÖZGEÇMİŞ.....	171

TABLolar LİSTESİ

Tablo Numarası

Sayfa Numarası

Tablo 1: Türkiye’de 65 Yaş Ve Üzerinin Cinsiyete Ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı	12
Tablo 2: Yıllara Göre Türkiye’deki Bağımlılık Oranları.....	16
Tablo 3: Yaşlı Grubun Sosyo-demografik Özellikleri.....	17
Tablo 4: Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisinin Kavramsal Çerçevesi.....	43
Tablo 5: Sağlık Okuryazarlığı Türleri, İçeriği ve Faydaları	52
Tablo 6: Okuryazarlığının Alt Düzeyleri	54
Tablo 7: Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	66
Tablo 8: Güncellenmiş Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM- R) (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- Revised).....	67
Tablo 9: REALM Kelime Listesi	68
Tablo 10: REALM-R Kelime Listesi	69
Tablo 11: Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı (TOFHLA) (Testi Test of Functional Healthy Literacy in Adults).....	70
Tablo 12: Newest Vital Sing (NVS)	71
Tablo 13: Single Item Literacy Screen (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması).....	72
Tablo 14: SOS Mnemonic (SOS Kısaltması)	73
Tablo 15: EHEALS:The Ehealth Literacy Scale (E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	74
Tablo 16: Single Item Literacy Screen (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması).....	74
Tablo 17: Wide Range Achievement Test(WRAT)	76
Tablo 18: Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Ölçme Araçları	77
Tablo 19: Türkiye’de 60 Yaş ve Üzeri Yaş Grubunda Ölümcül Olan Hastalıklardan İlk 20’sinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	80
Tablo 20: Yapılan Çalışmalarda Hipertansiyon Sıklığı	86
Tablo 21: Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	98

Tablo 22: Bireylerin Genel Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesine Yönelik Algılarının Dağılımı	101
Tablo 23: Bireylerin Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımı	102
Tablo 24: Bireylerin Kronik Hastalık Öyküsü ve İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	104
Tablo 25: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Ortalamaları	107
Tablo 26: Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puanı ve Alt Ölçeklerin Puanları Arasındaki İlişki	107
Tablo 27: Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı	108
Tablo 28: Bireylerin Sağlık Davranışları, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim İle İlgili Özellikler	112
Tablo 29: Bireylerin Kronik Hastalık ve Hastaneye Başvuru Özellikleri	116
Tablo 30: Bireylerin Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Yordanması	120

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil Numarası	Sayfa Numarası
Şekil 1: Yaşlanan Türkiye'nin Yaş Pramitleri	13
Şekil 2: 65 ve Üzeri Yaş Grubunun Yıllara Göre Artan Dağılımı	15
Şekil 3: Sağlığın Teşvikine Yönelik Stratejiler	26
Şekil 4: Okuryazarlık Türleri	34
Şekil 5: Sağlık Okuryazarlığı	37
Şekil 6: Sağlık Okuryazarlığının Etkileşim Alanları	44
Şekil 7: Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı	46
Şekil 8: Pawlaks'ın Sağlık Okuryazarlığı Modeli	49
Şekil 9: Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları Analiz Etmek İçin Mantık Modeli	50
Şekil 10: Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi	51
Şekil 11: Sağlık Okuryazarlığı Belirleyicileri	55
Şekil 12: Ülkelere Göre Sağlık Okuryazarlığı Yayınlarının Sıklığı	56
Şekil 13: Amerikada Yaşa Göre Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi	59
Şekil 14: Kanadanın Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi	60
Şekil 15: Kanadada Kadın- Erkek Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi	61
Şekil 16: Diyabette Sağlık Okuryazarlığı Taraması	75
Şekil 17: Sağlık Okuryazarlığının Astıma Uyarlanması	82

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik Numarası

Sayfa Numarası

Grafik 1: Türkiye'de 1935-2050 Yıllarında Yaş Gruplarının Dağılımı.....	12
Grafik 2: Avustralya'da Yaşlara Göre Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri	62
Grafik 3: Avustralyada Okuryazarlık Seviyeleri	63



BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Sağlıkta bilimsel gelişmelere paralel teknoloji kullanımı da giderek artmaktadır. Bununla beraber erken tanı yöntemlerinin uygulanması, sağlığı daha iyiye götürmek için koruyucu ve sağlığı geliştirici önlemlerin alınması, yaşam tarzının sağlıklı yönde değişiminin desteklenmesi ve bu değişimin uygulamaya geçirilmesi gibi faktörlerle dünyanın her yerinde yaşlı nüfus sayısı artmaktadır (1). Ayrıca kadının iş hayatına girmesiyle ve çocuklarına daha iyi bir hayat sunma endişesi ile doğurganlık oranının düşmesi de yaşlı nüfus oranını arttırmaktadır.

Yaşam süresinin uzamasında ve dolayısıyla yaşlı nüfusun artmasında tıptaki teknolojilerin iyileşmesi en önemli sebep olarak gösterilebilir. Gelişmiş ve ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun hızla arttığı bilinmektedir. Ancak az gelişmiş Afrika ülkeleri gibi ülkelerde de yaşlı nüfusta artış görülmektedir (2).

Beklenen yaşam süresinin 1900’lü yıllardan günümüze kadar 20 yıl arttığı hesaplanmıştır. Ülkemizde; Türkiye İstatistik Kurumuna (TÜİK) göre beklenen yaşam süresi 2004 yılında 71.10 yıl iken, 2020 yılında 73.5 yıla yükseleceği beklenmektedir. Ülkemizde 2005 istatistikleri ise, 65 yaşındaki kişilerin 14.26 yıl daha yaşamasının beklendiğini göstermektedir (4). Yaşlı kesim olarak isimlendirilen 65 ve üzeri yaş grubundakiler 1950 yılında nüfusun %2’sini oluşturuyorken, 2011 yılında %7’den fazlasını oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yürüttüğü çalışmalarda, günümüzden 10 yıl sonra yaşlı (65 yaş ve üstü) sayısının artacağı ve hesaplamalar sonucunda bu sayının 800 milyona ulaşacağı belirtilmektedir. Yaşlı nüfusta 2050’li yıllarda, Latin Amerika ve az gelişmiş Asya ülkelerinde %300 gibi bir oranda artış beklenmektedir (5). Dünya nüfusunun %10’unu 65 ve üzeri yaştaki bireyler oluşturmaktadır. Yapılan planlı tahminlerde beş yıl sonra dünyadaki mevcut nüfusun 7.5 milyar, yaşlı nüfusun ise bir milyara ulaşacağı öngörülmektedir (6). Dünya nüfusunda 2010 yılında 65 ve üzeri yaştaki bireyler %8’lik pay alırken, 2050 yılında bu payın artarak %16’ya ulaşması beklenmektedir (7). TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireyler %8’lik bir bölümü oluşturmaktadır (36).

Yaşlılık, gençliğin getirdiği güzelliğin, cinsel yaşamın yani doğurganlığın kaybedildiği bir

dönem olarak algılanmaktadır. Yaşlılıkta bireyin fiziksel aktivitelerindeki azalmanın yanı sıra, bilişsel fonksiyonlarında da gözle görülür bir gerileme mevcuttur. Yaşlılık dönemi; yaşlanmayla beraber, iş hayatından uzaklaşan bireyin statüsünü/saygınlığını kaybetmesi, gelirinin azalması, başkasına bağımlılığının artması, sosyal hayatının ve sosyal destek ağlarının azalması ve eş gibi yakınlarının kaybı gibi sorunları kapsamaktadır (3). TNSA'da (2013) yaşlıların sadece %11.7'sinin istihdam edildiği belirtilmektedir (36).

Yaşlılık yalnızca güç bir dönem olarak değil, yaşamın hoş yanları olan bir kesiti olarak da ele alınmalıdır. Yaşlanma bireylerin birçok işlevini kısıtlayabilir. Yaşlanma döneminin kalitesi birçok özellikten etkilenmektedir. Bu özelliklere bireyin genetik yapısı ve hastalıklara yatkınlığı, çevresindeki canlılar ve varolan sağlık durumu başta olmak üzere ekonomik durumu, bu yaşına kadar edindiği deneyimler, olaylar karşısındaki başetme becerileri ve tutumları örnek verilebilir. Etkenlerin bazılarını değiştirmek elimizde değildir, ancak düşüncelerin, duyguların ve eylemlerin etkilerini değiştirmek mümkündür (8).

Okuryazarlık, bilişsel becerileri içermektedir. Okuryazarlık kavramının birçok boyutu olması nedeniyle bu kavram sosyal durumları da içermektedir (9). Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkları ile ilgili durumlarda verilen karmaşık bilgileri okumayı, sözel olarak verilen iletileri dinlemekle kalmayıp anlamayı, her konuda mantıklı bir şekilde eleştirel gözle bakarak karar vermeyi ve bu kararları uygulayabilmeyi içermektedir (10). Yapılan araştırmalarda bireylerin %46.4'ünün ilkökul mezunu olduğu ve erkeklerin eğitim yılının kadınlardan 6 ay daha fazla olduğu bilinmektedir (36).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme, hastalık döneminde ve tedavileri ile ilgili verilen bilgileri anlamada, özellikle kronik hastalık durumlarında hastalığını yönetme ve bakımını sağlama, gerekli durumlarda sağlık kuruluşlarına ulaşmada yetersizlik yaşadıkları sonucuna varılmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının düşük olması, sağlıkla ilgili maddi konularda, tedavi sürecinde kullanılan ilaç hatalarında, hastalık sayı ve sıklıklarında artmaya neden olmaktadır. Yetersiz, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık ve çeşitli bakım hizmetlerinden az ya da ihtiyaçlarını karşılamayacak düzeyde yararlandıkları düşünülmektedir. Bireyler yaşlılıkla beraber hastalıkları kabullenmekte ve sağlıklarının kötüleştiğini anlamada zorluk yaşamaktadır. Böyle durumlarda semptomlarının attığı ve iyice kötüleştiği dönemde sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. Bu dönemde verilen önerilere ve talimatlara uymakta zorluk

yaşadıkları, hastanede yatma açısından diğer yaş gruplarına göre daha çok risk taşıdıkları ve maliyeti en yüksek sağlık kuruluşu birimi olan acil servise başvuru sıklığı ve sayısının arttığı belirtilmektedir. Düşük sağlık durumu; hastalık ve yetersizliğin olumsuz algılanması olarak tanımlanmakta ve düşük sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (9,11).

Sağlık okuryazarlık düzeyini ülkelerin gelişmişliklerinin pek etkilemediği ve dünyada tüm bölgelerde düşük olduğu vurgulanmaktadır. Avusturya’da nüfusun %60’ının sağlık okuryazarlığının sağlığı korumada yeterli düzey kabul edilen çizginin altında bulunduğu; Amerika’da ise yetişkinlerin %50’sinin verilen sağlık bilgilerini anlamadığı ve uygulamaya geçirmede çeşitli zorluklar yaşadığı bilinmektedir(12). Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların ayaktan tedavi birimlerine başvuru sayısının düşük olduğu, ancak hastanede kalma sıklık ve sürelerinin daha uzun olduğu bilinen bir gerçektir (13).

Gazmararian ve ark. (2003); 65 yaş ve üzeri, anadili İngilizce veya İspanyolca olan 3260 hasta ile bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışma düşük sağlık okuryazarlığı sıklığını belirlemiştir. Çalışma sonuçlarına göre; anadili İngilizce olanların %33.9’unun, anadili İspanyolca olanların ise %53.9’unun sağlık okuryazarlığının yetersiz veya düşük olduğu saptanmıştır (15).

Algılanan sağlık ve bireyin iyi olma durumu, stres, bireyin sağlık davranışları, kişisel ve toplumsal faktörlerden etkilenmektedir (16). Algılanan sağlık düzeyini ölçmek için bir ölçüm aracı bulunmamakta ve ölçümden bireyin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği dikkate alınmaktadır. Yürütülen çalışmalar, bireyin öznel sağlık değerlendirmesinin; hastalık durumunu belirlemede önemli olduğunu ve kendi bakımında ve hastalıklardan korunmasında olumlu davranışlar sergileyerek bedensel sağlığını da olumlu etkilediğini vurgulamaktadır (17). Sağlık algısını değerlendirmek için “Genel olarak sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?” diye sorularak bireylerden iyi algılayanlar; çok iyi, iyi, orta derecede algılayanlar; orta ve kötü algılayanlar; kötü ve çok kötü şeklinde yanıtlar alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık algısını “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır. Alınan cevaplara göre; çok iyi ve iyi “sağlığın iyi algılanması”, orta, kötü ve çok kötü “sağlığın kötü algılanması” olarak gruplandırmıştır (18).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireylerin, kronik hastalık durumlarında,

hastalıkla ilgili süreçleri etkili bir şekilde yönetme yeteneklerinin düşük olduğu bilinmektedir. Kan basıncı yüksek, diyabetli, astım ya da HIV/AIDS hastası olan sağlık okuryazarlığı sınırlı bireylerin hastalıkları hakkında bilgilerinin ve hastalık yönetim yeteneklerinin daha az olduğu yapılan çalışmalarda bulunmuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığı bilgisi, hastaneye başvuru ve hastanede yatışlarla ilişkilidir. Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin, acil servislere başvurularının ve hastanede yatışlarının daha fazla olduğunu göstermektedir (19).

Kronik hastalıklar; imkanların artmasına rağmen, 21. yüzyılda sağlık sistemlerini olumsuz etkileyen ve gerekli önlemler alınmazsa dünya çapında giderek artan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkacaktır. Ülkemizde de sağlık sistemlerini etkileyecek şekilde kronik hastalıklar artmaktadır (20). TNSA (2013) verilerinde ülkemizde yaşlı bireylerin %25'inin en az bir tane kronik hastalığının olduğu belirtilmektedir (36). Kronik hastalıkların kontrol edilmesinde, hastalık yönetimi özellikle öz yönetim gibi kavramlar günümüzde sağlık alanında ön sıralara çıkmaktadır. Ülkemizde kronik hastalığa sahip 22 milyon kişi bulunmaktadır. Bu nedenle ülkemiz sağlık politikalarında da kronik hastalık yönetimine yer verilmelidir. Kronik hastalıkların çoğu; eğer sağlıklı yaşam tercihleri alınır, önlenabilir veya onların ilerlemesi durdurulabilir. Hastalar uygun sağlık okuryazarlığı becerileri ile bu tür kararları almaya yetkilidir. Eğer kararlar alınmazsa, kronik hastalıkların ilerlemesinin durdurulması zordur. Sağlık okuryazarlığının derecesi yaşlılıkta; diyabet, kanser, hipertansiyon, kalp hastalığı, inme, depresyon gibi yaygın olan tıbbi durumların bakımını ve kişinin özyönetim yeteneğini etkiler. Düşük sağlık okuryazarlığı istenmeyen durumların oluşmasını engellemek için önlem almayı engeller (21).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile ilgili az sayıda çalışma bulunmakta, ancak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu düşünülmektedir. Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfına Pfizer destek olmakta ve sağlık okuryazarlığının daha iyi düzeye yükseltilebilmesi için 2005 yılından günümüze kadar gençler için sağlık bilgilerini içeren birçok sağlık projesi sürdürülmektedir (14). Ancak yaşlılara yönelik bir çalışma bulunmamaktadır.

Halk sağlığında, bireylerin sağlık sonuçlarına etkilerinden dolayı sağlık okuryazarlığı önemli bir yere sahiptir (22). Halk sağlığı alanında önemli bir bölümü oluşturan halk sağlığı hemşireleri, tüm toplumsal alanlarda hizmet vermeleri, halkın genel yapısını ve sağlık durumlarını ayrıntılı olarak bilmeleri nedeniyle bireylerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili mevcut durumunu takip etme ve geliştirmede ayrıcalıklı bir yere sahiptir (23).

Bu çalışmada 25 maddelik olan bu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Çimen, Bayık Temel (2015) yapıldıktan sonra Türkçeye uyarlanmış olan ölçek kullanılmıştır. Bunun için bir ön çalışma tamamlanmış ve 1. Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

“Kronik hastalığı olan yaşlı hastalarda sağlığı algılama ve sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir? Kronik hastalık, sağlığı algılama ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki var mıdır?” sorularından yola çıkılarak aşağıdaki amaç çerçevesinde bu araştırma yürütülmüştür.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisini incelemektir.

1.3.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu araştırma; kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisini inceleme konusunda özgün bir çalışmadır. Yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi hastaların kronik hastalıkların yönetimini ve verilecek hemşirelik bakımının kalitesini arttıracaktır. Ülkemizde giderek artan yaşlı nüfus ve kronik hastalık olgularındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, yaşlılarda yaşam kalitesi, kronik hastalık ilişkisi bağlamında kronik hastalık yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde hemşirenin ve sağlık personelinin tanılama aşamasında yaşlılarda sağlık okuryazarlık durumunu değerlendirerek kronik hastalık yönetiminde eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasında özgün bu çalışma verilerinin, hizmetlerin planlanmasına ve bu özel grubun yaşam kalitesine olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

Halk sağlığında bireylerin sağlık sonuçlarına etkilerinden dolayı sağlık okuryazarlığı önemli bir yere sahiptir. Halk sağlığı alanında önemli bir bölümü oluşturan halk sağlığı hemşireleri tüm toplumsal alanlarda hizmet vermeleri, halkın genel yapısını ve sağlık durumlarını ayrıntılı olarak bilmeleri nedeniyle bireylerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili mevcut durumunu takip etme ve geliştirmede ayrıcalıklı bir yere sahiptir.

Uğurlu (2011), Sorenson (2012), Toci ve ark. (2013) ve Sağlık Sen'in (2014) yürüttüğü çalışmalarda sağlık okuryazarlığının ve sağlık algısının; bireylerin sağlık düzeyini, bakımlarını, kronik hastalık yönetimlerini etkilediği ve halk sağlığı alanın (özellikle bakımdan birincil sorumlu olan halk sağlığı hemşiresinin) önemi vurgulanmaktadır (99, 100, 146, 149).

1.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Ana Hipotez

- H1: Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasında anlamlı ilişki vardır.

Alt Hipotezler

- Hipotez 1: H1:Yaşlı hastalar sağlık okuryazarlığı açısından zorluk çekerler.
- Hipotez 2: H1:Yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlığı puan ortalaması yaş arttıkça azalır.
- Hipotez 3: H1:Yaşlı erkek ve kadın hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında fark vardır.
- Hipotez 4: H1: Sağlık algısı düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık puanı artar.
- Hipotez 5: H1: Yaşlı hastalarda sağlık algısı kötü düzeydedir.
- Hipotez 6: H1: Sağlık algısı daha düşük olan yaşlılarda sağlık okuryazarlık puan ortalaması daha düşüktür.
- Hipotez 7: H1:Yaşlı hastalarda kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı puan ortalaması azalır.

1.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kronik hastalığı olan ve yatarak tedavi gören 65 ve üzeri yaşta olan yaşlı hastalar ile sınırlandırılmıştır.

1.6. TANIMLAR

Yaşlanma: Yaşlanma canlıların mutlaka tadacağı biyolojik ve önlenemeyen bir sürü değişimleri kapsayan bir süreçtir (24). Yaşlanmanın başlangıcı yıllara ve yapılan çalışmalara göre değişmektedir. Ancak yasalar ve tüzükler 60 yaşı baz almaktadır. Bireylerin fiziksel ve beyin işlevleri yönünden bağımlılığa geçiş yaşı ise 75 civarı olarak kabul edilmektedir.

Yaşlılık: DSÖ yaşlılık dönemini, “65 yaş ve üzeri” olarak belirtmektedir. Yaş gruplarına göre sınıflandırmayı da, 65-74 yaş erken yaşlılık, 75-85 yaş orta yaşlılık, 85 ve üzeri ise ileri yaşlılık olarak sınıflamaktadır (20).

Sağlık algısı: Sağlık algısını DSÖ “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” tanımlamaktadır. Bireylerin yanıtlarına göre sağlığını çok iyi ve iyi olarak algılamalarını “sağlığın iyi algılanması”, orta, kötü ve çok kötü algılamalarını “sağlığın kötü algılanması” olarak sınıflamışlardır (18).

Okuryazarlık: Bir dilde yazılanları okuma, okuduklarını anlama ve kavrama becerisidir. Günümüzde iletişimin önemli bir bölümünü okuryazarlık oluşturmaktadır. UNESCO'ya göre; yazılı kaynakları anlama, yorumlayabilme, kaynakları bir araya getirebilme becerisi okuryazarlık tanımını oluşturmaktadır. Bu tanıma okuryazarlıkla ilişkili olduğu düşünülen hesaplama, iletişim kurma gibi yetenekler de eklenmiştir (62).

Sağlık okuryazarlığı: Sağlık okuryazarlığı, doktorun reçete ettiği ilaçları nasıl kullanması gerektiğini anlama, randevuya geleceği tarihi unutmama, broşürleri okuma, doktor ve hemşirelerin işlemler için yaptığı açıklamaları anlama gibi bireylere karmaşık gelen sağlıkla ilgili tüm zorluklarla baş edebilmesidir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını koruması ve iyilik hallerini sürdürmesi için gerekli sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve bu bilgileri günlük hayatında kullanma becerisi olarakta ifade edilmektedir (20).

BÖLÜM II

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılığın Tanımı ve Yaşlılık Türleri

Yaşlanma her canlının tadacağı biyolojik ve önlenemeyen değişimlerin varolduğu bir süreçtir (24). Yaşlılıktaki değişimin kronolojik, sosyal, biyolojik, kognitif, psikolojik, ekonomik boyutları olup herkeste aynı biçimde ortaya çıkmaz. Çünkü yaşlanmada kalıtım, kişilik özellikleri, aile bağları, kültürel özellikleri, geçirilmiş yaşam deneyimleri, stresle baş etme, savunma yöntemleri, çevresel ilişkileri, meslek, beslenme alışkanlıkları, geçirilen kronik hastalıklar, iklim koşulları, uykusuzluk, fazla ya da yetersiz aktivite, alkol, sigara gibi maddelere bağımlılık vb. etkenler etkilidir. Bu etkenler, yaşlanma kriterlerini oluşturup bireyden bireye; aynı bireyde organdan organa farklılık gösterdiğinden yaşlılar birbirinden farklı ve bağımsız bireylerdir (25). Sağlıklı yaşlanmak için, özellikle hemşireler ve sağlık personeli bireyi tanımlarken ve bakım verirken kişiye özgü olan farklılıklar mutlaka dikkate alınmalıdır (26).

Yaşlılık, fiziksel ve bilişsel aktivitelerinin azaldığı, sağlığın bozulduğu, başkalarına bağımlılığın arttığı, kadınlar için güzelliğin, cinsel yaşamın ve dolayısıyla üretkenliğin azaldığı bir dönem olarak ifade edilmektedir. Yaşlanmayla birlikte iş hayatından uzaklaşan bireyin gelir durumunun kötüleşmesi, statü ve saygınlığını kaybetmesi, sosyal hayatının ve sosyal destek ağlarının azalması, eş gibi yakınlarının kaybı gibi birçok sorun ortaya çıkmaktadır (3).

Yaşlılıkta; üretkenliğin azalması ve iş hayatından kopmaya bağlı diğer aile bireylerine bağımlılıkta artma olurken, onca yıl edindikleri yaşam deneyimleriyle benlik saygılarını kaybetmeden ailesi ve toplum tarafından yararlanılan birey için aktif bir dönem olmaktadır (20).

Yaşlanma; yasalara ve tüzüklere göre 60 yaşında başlamaktadır. Ancak bireylerin fiziksel ve beyin aktiviteleri yönünden başkalarına bağımlılığın 75 yaşında başladığı belirtilmektedir. WHO'ya göre yapılan yaş gruplamasında; 65-74 yaş erken yaşlılık, 75-85 yaş orta yaşlılık, 85 ve üzeri ise ileri yaşlılık olarak sınıflanmaktadır (20). Yaşlılık, gerçekte kronolojik olmaktan çok fizyolojiktir. 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilse de kişiden kişiye değişir (27). Fakat bir toplumun yaşlılık durumunu belirtirken, ölçüt olarak

kronolojik yaş kullanılır (24). Kronolojik sınıflamaya göre, son yıllarda daha fazla benimsenen gruplama; 65-74 yaş genç yaşlılar (ikinci olgunluk devresi), 75-84 yaş orta yaşlılar, 85 ve üzeri yaşlı yaşlılar (gerçekten yaşlı, çok yaşlı) olarak gruplanmaktadır. Yaşlılık, bireysel faktörlerden de etkilendiği için sadece kronolojik sınıflandırma ile değerlendirmek doğru olmamakta ve yaşlılıkta biyolojik yaşlanmaya da dikkat çekilmektedir (25).

Biyolojik yaşlılık: Ergenlik çağında kimilerine göre yumurtanın döllenmesinden sonra başlayan ve yetişkinlik dönemi boyunca süren bir olgu olarak tanımlanabilir. Doku ve hücrelerdeki değişiklikler, organların fonksiyonlarını kaybetmesi veya azalması bu tür yaşlılığın göstergeleridir.

Bireysel yaşlılık: Bireyde fiziksel fonksiyonlardaki azalma ile günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma tanımlayıcı özelliğidir. Biyolojik ve psikolojik gerilemenin de ortaya çıkmasıyla bireylerin günlük yaşam aktiviteleri aksamaktadır (28).

Sosyal yaşlılık: Toplumda yaşlı olarak belirtilen kişilerin niteliklerini belirtmek amacıyla kullanılır. Toplumun özelliklerinden ve değer yargılarından etkilenir (24).

Ekonomik yaşlılık: Kişinin emeklilikten sonraki hayatını tanımlanmaktadır (24).

Hukuki yaşlılık: Çalıştığı kurumlarda bir süreyi doldurarak, kronolojik hesaplara göre yaş haddine tabi tutulan, emekliliğe ayrılan kişidir. Bu hukuki durumu, ülkenin isdiham yapısı, iş konuları ile sosyal güvenlik kurumları belirlemektedir. Cinsiyet dikkate alınmaktadır (24).

Fiili yaşlılık: Fiziki, ruhi çöküntüye uğrayan, bakıp korunması gereken kişilerin durumunu yansıtmaktadır (24).

Psikolojik yaşlılık: Yaşa bağlı davranış değişikliği meydana gelmekte ve bireylerin uyum kabiliyetleri azalmaktadır. Bilişsel fonksiyonlarda azalmalar oluşmaktadır. Yaş artıkça geçmişe duyulan özlemde ve geleceğe ait güvensizlikte artış görülmektedir (3).

Tüm tanımları değerlendirdiğimizde, yaşlılık yalnızca güç bir dönem olarak değil, yaşamın hoş yanları olan bir kesiti olarak da ele alınmalıdır. Yaşlanma, birçok bakımından kısıtlayıcı olabilir, ancak bazı bakımlarla da genişletilebilir. Yaşlanma kalitesi, genetikten, biyolojik etkenlerden, bireylerin sağlık durumundan etkilenmektedir. Ayrıca bireylerin ekonomik durumları, o yaşa kadar edindiği deneyimleri, başetme becerileri ve olaylara karşı tutumları da kaliteyi etkileyen unsurlardır. Etkenlerin bazılarını değiştirmek elimizde değildir

ancak düşüncelerin, duyguların ve eylemlerin etkilerini değiştirebiliriz (8).

2.2. Dünyada ve Türkiyede Yaşlılık

Sağlıkta bilimsel gelişmelerle birlikte, teknoloji kullanımında giderek artmaktadır. Bununla beraber erken tanı yöntemlerinin uygulanması, sağlığı daha iyiye götürmek için koruyucu ve sağlığı geliştirici önlemlerin alınması, yaşam tarzının sağlıklı yönde değişiminin desteklenmesi ve bu değişimin uygulamaya geçirilmesi gibi faktörlerle dünyanın her yerinde yaşlı nüfus sayısı artmaktadır (1). Ayrıca kadının iş hayatına girmesiyle birlikte ve çocuklarına daha iyi bir hayat sunma endişesi ile doğurganlık oranının düşmesi de yaşlı nüfus oranının artmasını desteklemektedir.

Teknolojinin gelişmesiyle yaşam süresi uzamış ve yaşlıların nüfus içerisindeki oranı artmıştır. Gelişmiş ve ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde hızla yaşlı nüfus artmaktadır. Bu artış, az gelişmiş yerlerde de azımsanamayacak derecededir (2).

Yaşam beklentisi, 1900'lü yıllardan günümüze kadar 20 yıl daha artmıştır. TÜİK verilerine göre, ülkemizdeki tüm nüfusta beklenen yaşam süresinin 2004 yılından 2020 yılına kadar 71.10'dan 73.5 yıla yükseleceği tahmin edilmektedir. Türkiye'de 10 yıl öncesinde 65 yaşındaki kişilerde beklenen yaşam 14.26'dır (4). Ülkemizde 65 ve üzeri yaş grubundaki bireyler 1950 yılında %2'lik bir orana sahipken, 2011 yılında %7'yi aştığı görülmektedir. DSÖ'nün çalışmalarında 65 ve üstü kişi sayısının günümüzden 10 yıl sonra 800 milyon olacağı düşünülmektedir. Asya gibi az gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusunun 30 yılda %300 oranında artması hesaplanmaktadır (5).

TÜİK (2008) verilerinde ülkemizde 65 ve üstü oranının %7.1 olduğu görülmektedir. Günümüzde cinsiyetlere göre beklenen yaşam yılı ortalama erkeklerde 71.4, kadınlarda 75.8'dir. Bu sonuca göre, Türkiye kısa zaman sonra yaşlanan ülkeler arasına girecektir (29). TÜİK (2013) verilerinde nüfusun %8'inin yaşlı grubunda yer aldığı saptanmıştır (30).

Dünyada ise, 60 ve üzeri nüfusun 2025'de 1.2 milyara ve bu rakamların katlanarak 2050 yılında da 2 milyara erişeceği düşünülmektedir. Yaşlı nüfus 1990'da %4.3, 2000 yılında %5.6 gibi bir oranla karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı nüfus grubunun 2020'de %8.5, 2030'da ise neredeyse iki katı bir artışla %12.1 olacağı öngörülmektedir. TNSA (2003) verilerinde ise, bu oran 6.9'dur (31).

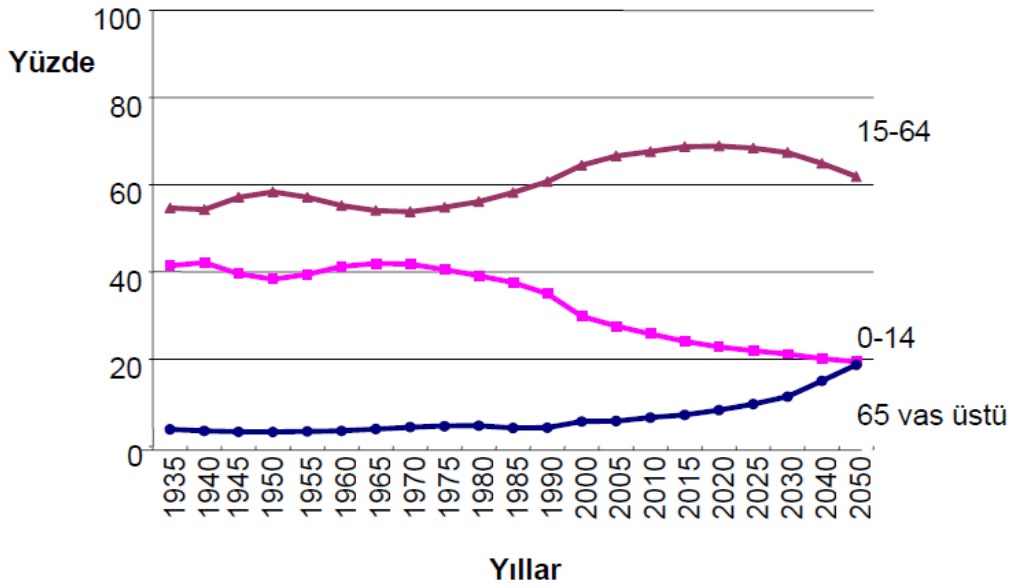
Nesiller gün geçtikçe yaşlanmaktadır. Amerikalıların diğer ülkelerdeki bireylere göre daha uzun yaşadığı bilinmektedir. Dünyada 2030 yılında yaşlı nüfusun 71 milyon olması

beklenmektedir. 85 üstü yaş grubu 1990-1996 yılları arasında % 3.4 oranında büyüdü. Bu oran 65-84 yaş grubunda ise sadece %1.1 büyüme olarak kendini göstermiştir (7). Dünyadaki nüfusun %10'unu 65 ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Yapılan hesaplamalarda 2020 yılında nüfusunun dünyada 7.5 milyara, 65 ve üstü yaş grubundakilerin sayısının ise 1 milyar olacağı öngörülmektedir (6).

Dünya nüfusunda 2010 yılında 65 ve üzeri yaştaki bireyler %8'lik pay alırken 2050 yılında bu payın artarak %16'ya ulaşması beklenmektedir (7).

Yaşlılarda sağlık düzeyinin bozulması ve buna bağlı fonksiyonel yetinin azalması, yaşlılık sürecini zor ve sıkıntılı bir hale getirmekte ve başkalarına bağımlılığı arttırmaktadır. Bağımlılık düzeyinin artması, sosyal sorunlara neden olmanın yanı sıra sağlık bakım harcamalarının da artmasına neden olmaktadır. Yaşlılık alanında yapılan araştırmalar, hastalık ve yeti yitiminin sağlığı koruyucu ve geliştirici bir hizmet yaklaşımı ile geciktirilebildiğini göstermektedir (32, 33, 34).

Birçok hastalıkta yaşlı insanların hastalık belirtileri ve muayene süreci diğer yaş gruplarından farklı gelişebilir. Bu farklılığa yaşlıların sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalıklarının olması, kimi yaşlıların kendilerini ifade etmekte zorlanmaları, yalnız yaşayan yaşlıların başkalarıyla iletişim kurmakta sıkıntı yaşamaları gibi etkenler sebep olmaktadır. Kişiden kişiye değişmekle birlikte, yaşlıların sağlık sorunuyla karşılaştıklarında tedaviye cevap verme hızları da gençlere göre daha düşüktür. Dolayısıyla yaşlıların acil sağlık sorunlarına hızlı bir şekilde müdahale edilebilmesi için kendilerinin ve yakınlarının yaşlılıkta meydana gelebilecek acil tıbbi durumları bilmeleri önemlidir. Hastanelerin acil servislerine başvuran hastaların %16'sı yaşlıdır ve bu hastaların %46'sı hastaneye yatırılarak tedaviye alınmaktadır (5). Eğer yaşlı kişi tek başına doktora gidemiyorsa ve anlatılanları anlamakta güçlük çekiyorsa mutlaka bir yakını ile birlikte kontrole gitmelidir. Türkiyede 1935-2050 yılları arası yaş gruplarının yüzde dağılımları Grafik 1'de görülmektedir.



Grafik 1: Türkiye'de 1935-2050 Yılları Arası Yaş Gruplarının Yüzde Dağılımları (35)

(Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Sosyal Sektörler Ve Koordinasyonlar Genel Müdürlüğü 2007.)

Demografik geçişlerde nüfusun yaşlanması doğal bir sonuçtur. Yaşam süresindeki uzamaya ölüm hızındaki artışlar ve doğurganlık hızındaki aalmalar neden olmaktadır. Bunun sonucu olarakta ileri yaş grubunda artış başlamıştır (30).

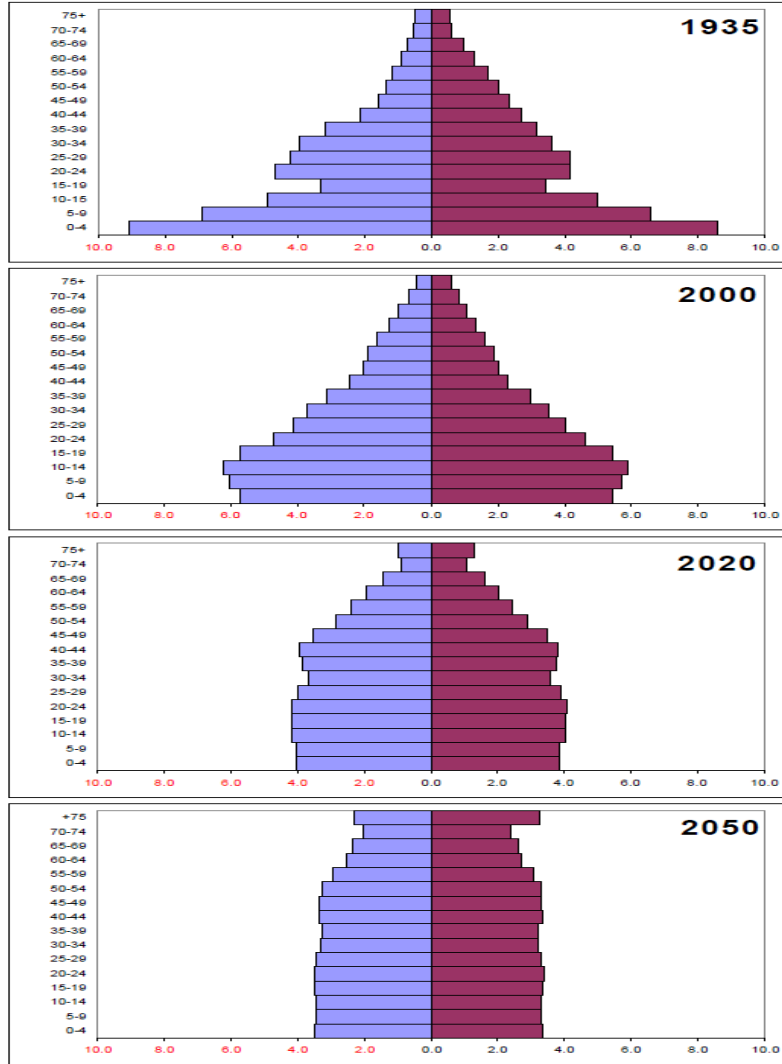
Türkiye'de 65 yaş ve üzeri yaş grubunun cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımları Tablo 1'de aşağıdaki gibi gösterilmektedir.

Tablo 1: Türkiye'de 65 Yaş Ve Üzeri Yaş Grubunun Cinsiyete Ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı (30)

Yaş grubu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
65-69	950 337	37,0	1 095 061	33,0	2 045 398	35,0
70-74	674 943	26,0	832 785	25,0	1 507 728	26,0
75-79	461 225	18,0	616 070	18,0	1 077 295	18,0
80-84	335 943	13,0	484 663	15,0	820 606	14,0
85-89	112 700	4,0	228 962	7,0	341 662	6,0
90+	25 926	1,0	73 079	2,0	99 005	2,0
Toplam	2 561 074	100,0	3 330 620	100,0	5 891 694	100,0

(Türkiye İstatistik Kurumu 31Aralık 2013.(<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974>.)

Yaşlanan ülkeler grubuna girmeye başlayan ülkemizin mevcut ve geleceğe yönelik projeksiyonlara göre yaş pramitleri aşağıda görülmektedir (Şekil 1).



Şekil 1: Türkiye'nin Yaş Pramitleri (30)

(Türkiye İstatistik Kurumu 31 Aralık 2013. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974>.)

2.3. Türkiyede Yaşlıların Sosyo-demografik Özellikleri

TNSA (2013) verilerinde Tablo 1'de cinsiyet değişkenine göre yaşlıların yüzde dağılımları görülmektedir. Türkiye'deki nüfusun %7'si, 65 ve üstü bireyler tarafından oluşturulmaktadır. Türkiye'de aileler ortalama dört kişidir. Kentte 3.9 olan değer, kırdan 4.5 olarak saptanmıştır. Yaşlı nüfus, kentte %6 iken, kırdan %9'dur. Bu oranlar yaşlılarda şimdiye

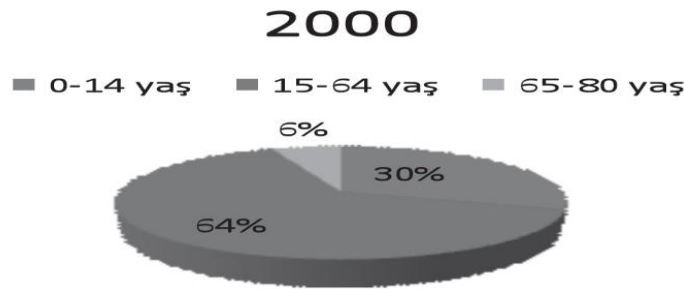
kadar görülen en yüksek değerlerdir. Bu artışı açıklamak için; birçok sebeplerle doğurganlığın azalması ve beklenen yaşam süresinin artması, diğer neden olarak da erkeklerin eğitim süresinin, kadınlarda fazla ve 4.8 yıl, kadınların ise 0.5 yıl daha az süre ile 4.3 yıl olmasıdır (36).

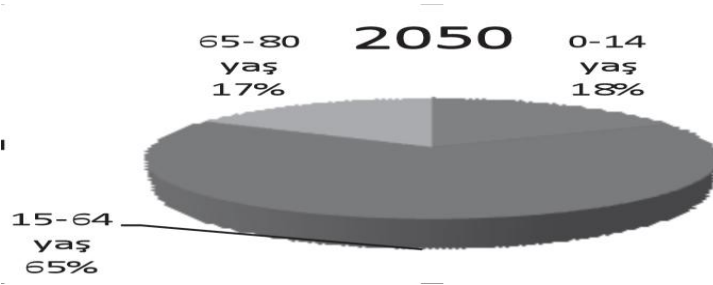
Eğitim düzeyi yaşlılarda düşüktür; hemen hemen yarısı eğitim almamıştır. Bireylerin sadece %39'u ilkokulu bitirmiştir. Yaş ile eğitim düzeyi ters orantılı olarak değişmektedir. Batı Anadolu'da doğurganlığın 1.7 gibi bir değerle düşük olması nedeniyle bu bölgede yaşlı nüfus sayısı fazladır ve en yaşlı coğrafi bölge olarak ortaya çıkmaktadır. Ülkemizdeki yaşlıların %42'sini Batı Anadolu barındırmaktadır. Türkiyede (Türkiye 3. aşamamadır.) bölgeler arasında demografik geçişte farklı seviyelerindedir. Batı bölgesinin bu geçişi tamamladığı için yaşlılık problemi ile erken zamanda karşılaşması beklenmektedir.

Yaşlı nüfusun yoğun olduğu diğer bölge ise %24'lük oranla Orta Anadolu bölgesi'dir. Diğer bölgelerde sıralanacak olursa; %10'luk oranla Kuzey bölgesi, %11'lik oranla Güney ve %13 gibi bir oranla Doğu bölgeleri gelmektedir. Araştırmanın yapıldığı tarihte yaşlı grubun %62'si evli bulunmuştur. Eşleri ölen yaşlı bireyler ise %36'lık dilimi oluşturmaktadır. Yaş arttıkça 85 ve üstü yaş grubunda evli olan birey sayısı azalmaktadır. İleri yaşlılık dönemindeki bireylerin %70'inin eşinin öldüğü saptanmıştır. Yaşlıların cinsiyetlerine göre medeni durumlarında da farklılıklar gözlenmektedir; erkeklerin daha fazla ölümle karşılaştığı ve eşi ölen kadın sayısının, eşi ölen erkeklerin sayısının iki katı olduğu görülmektedir. Bunun sonucu olarak da; yaşla beraber evli kadın sayısının azaldığı ve ileri yaşlılık döneminde bu oranın %10 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların daha az ölmesi nedeniyle bu yaş grubunda erkeklerin yarısı evli bulunmuştur. Bu durum, bu yaş grubunda erkeklerin daha fazla ölmesinden kaynaklanabileceği gibi eşi ölen ya da boşanan bireyler arasında erkeklerin kadınlara göre tekrar evlenmeye daha istekli olmalarından da kaynaklanabilmektedir.

Ülkemizde yaşlılarda her 10 kişiden 3.2'sinin (%32.5) okuma yazma bilmediği belirlenmiştir. Bunun yanında herhangi bir okuldan mezun olmayanlar ise, %14.6'dır. Yaşlılığın önemli sorunları arasında yer alan ekonomik durum incelendiğinde ise, %31'nin gelir kaynağının olmadığı, %51'inin sadece emekli maaşı ile geçinebildiği, %13'ünün ise az miktarda ve üç ayda bir alınan yaşlılık aylığı ile geçimini sağladığı belirlenmiştir. İleri yaşlılık döneminde, yaşlılık aylığı %29'luk oranla önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye'de yaşlıların %11.9'u işgücüne katılmakta, istihdam edilenlerin payı ise, %11.7'dir. Üzücü bir sonuç olarak yaşlıların %21.4'ü aile işçisi olarak yani ücret almadan çalışmaktadır. TNSA (2008)'da yaşlıların %12'sinin hala sağlık güvencesi olmadığı belirtilmektedir. Bu grupta yaş arttıkça

herhangi bir sağlık güvence kurumuna bağlı olmayanların oranı da artmaktadır. Bu demek oluyor ki; bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ödenmesi gereken creti deyebilirlerse sağlık hizmeti alabileceklerdir. Yaşlıların SSK'lı ve Bağ-Kur'lu olanlarının sayısı daha fazladır. Emekli Sandığı'na %15 civarında birey bağlıdır. İleri yaşlılık döneminde Yeşil-Kart önemli bir öneme sahiptir. Ülkemizde kronik hastalıkların grlme sıklığı artmakta ve nüfusun %25'inin kronik hastalığa sahip olduğu bilinmektedir. Yaşlıların %44'ünün, ileri yaş grubundakilerin %57'sinin gerek aile yapısı, gerekse ekonomik koşullar nedeniyle çocuklarıyla aynı evde yaşadığı saptanmıştır. Ülkemizde ekirdek aile yapısı ön plana çıkmaya başlasa da yaşlılar (%61) aile içerisinde çocuklarıyla beraber yaşamakta ve bakımları karşılanmaktadır. Genç yaşlılık döneminde bireyler biraz daha kendi başlarına yaşayarak ihtiyaçlarını karşılayabilseler de ileri yaşlılık döneminde doğru gidildiğinde erkek çocuklarının bu bireylerin bakımını üstlendiği görülmektedir. TNSA'da (2008) 65 yaş ve üstü gruba günlük aktivitelerde yaşadıkları zorluk derecesi sorulmuş ve bireylerin yatağa yatıp kalkmak, banyo, yemek, tuvalet gibi temel gereksinimlerini bile karşılamada zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Bunların yanında; alışverişe, hastaneye gitme gibi dışarıda yapılacak işleri yapmak bireylerin %15'i için imkansız olarak nitelendirilmektedir. Yaşları arttıça bu yüzde artmakta ve orta yaşlılık dnemindekilerin %25'i, ileri yaşlılık dnemindekilerin ise %50'den fazlası bu işleri yapamamaktadır. Yaş arttıça bireylerin maddi yönden bağımlılıklarının da arttığı bilinmektedir. Bunun yanında yaşla beraber günlük aktivitelerde bağımlılık da artmakta ve evde bakım, yaşlılar için ayrıcalıklı ve önemli bir konuma gelmektedir (37).





Şekil 2: 65 Yaş ve Üzeri Grubun Yıllara Göre Artan Dağılımı (37)

(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2008))

Yukarıdaki pasta grafiklerde de görüldüğü gibi (Şekil 2) 65 yaş ve üzeri yaş grubu artmakta ve böylece yaşlı grubun bağımlılık oranları da (Tablo 2) paralel düzeyde artış göstermektedir.

Tablo 2: Yıllara Göre Türkiye'deki Bağımlılık Oranları (37)

Yıllar	Toplam nüfus (bin)	Çocuk (0-14) bağımlılık oranı	Yaşlı (65+) bağımlılık oranı	Toplam bağımlılık oranı
1940	17 821	77.6	6.5	84.1
1950	20 947	65.7	5.7	71.3
1960	27 755	74.7	6.4	81.1
1970	35 605	77.7	8.2	85.9
1980	44 737	69.7	8.4	78.1
1990	56 473	57.6	7.1	64.7
2000	67 804	46.3	8.8	55.1
2010	73 723	38.1	10.8	48.9
2025	85 407	32.1	14.5	46.6

Kaynak: Genel Nüfus Sayımları, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Türkiye İstatistik Kurumu projeksiyonları

(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2008.)

Tablo 3: Yaşlı Grubun Sosyo-demografik Özellikleri (37)

Özellik	Yaş grubu			Toplam n=2706
	65-74 n=1640	75-84 n=894	85+ n=172	
Yerleşim yeri				
Kent	60.0	60.2	54.7	59.7
Kır	40.0	39.8	45.3	40.3
Bölge				
Batı	40.4	45.3	37.8	41.8
Güney	12.4	9.3	7.6	11.1
Orta	24.7	21.4	26.7	23.7
Kuzey	9.8	11.6	9.3	10.4
Doğu	12.7	12.4	18.6	13.0
Medeni durum				
Hiç evlenmemiş	0.7	1.0	1.7	0.9
Evli	70.5	53.4	25.0	61.9
Eşi ölmüş	27.9	44.6	72.7	36.3
Boşanmış/ayrı yaşıyor	0.9	1.0	0.6	0.9
Öğrenim durumu				
Eğitimi yok	44.8	55.0	68.0	49.6
İlkokul	41.9	36.0	27.8	39.1
Ortaokul	9.3	6.0	4.1	7.9
Lise veya üzeri	4.0	2.9	0.0	3.4
Cinsiyet				
Kadın	45.9	45.9	37.2	45.3
Erkek	54.1	54.1	62.8	54.7
Gelir durumu				
Geliri yok	34.0	25.5	27.9	30.8
Geliri var	66.0	74.5	72.1	69.2
<i>Emekli maaşı (kendi)</i>	39.0	34.9	18.2	36.4
<i>Emekli maaşı (dolaylı)</i>	12.6	18.0	19.4	14.8
<i>Yaşlılık aylığı</i>	8.7	17.4	29.4	12.9
<i>Diğer</i>	5.6	4.2	4.7	5.0
Sağlık güvencesi				
Yok	10.1	13.3	19.1	11.8
SSK	39.3	35.7	28.3	37.4
Emekli Sandığı	15.8	13.0	12.1	14.6
Bağ-kur	21.3	21.6	13.9	20.9
Yeşil kart	11.7	15.4	26.0	13.8
Diğer	1.4	0.8	0.6	1.1
Sağlık sorunu				
Var	21.3	28.2	46.8	25.2
Yok	78.7	71.8	53.2	74.8
Çocuklarının yaşadığı yer				
Çocuğu yok	3.6	3.7	2.3	3.6
Aynı evde	44.3	42.0	57.3	44.4
Aynı binada/sokakta	18.4	21.1	10.5	18.8
Aynı şehirde	18.1	19.5	15.8	18.4
Farklı şehir/ülke/diğer	15.6	13.8	14.0	14.9
Bakımından esas sorumlu kişi				
Kendisi	66.7	57.1	27.5	61.0
Eşi	12.4	5.7	4.1	9.7
Kızı	3.4	6.5	15.8	5.2
Oğlu	14.7	24.5	40.4	19.5
Gelin/damat	1.5	4.4	4.7	2.7
Diğer	1.4	1.8	7.6	1.9
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0

(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2008.)

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2008)'na göre yaşlı grubun sosyodemografik özellikleri yukarıda Tablo 3'de görülmektedir.

2.4. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlıda; organlarda oluşan fizyolojik değişikliklerden dolayı değerlendirme yaparken daha kapsamlı bakış açısı kullanılmalıdır. Fonksiyonel kapasitede, günlük aktivitede azalmalar ve kısıtlılıklar yaşlılıkta ortaya çıkmaktadır (38). Yaşlılıkta hücrelerden organlara kadar tüm yapılarda fonksiyonlar giderek azalmakla birlikte canlı organizmanın büyüyüp gelişmesinde zamanla gerileme meydana gelmektedir. Bu değişiklikleri sistemler bazında incelemek daha doğru olmaktadır.

2.4.1.Kardiyovasküler Sistem

Yaşlılıkta genetik faktörlerin etkisiyle kalbin yapısında ve buna bağlı olarak da fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlanmayla beraber ortaya çıkan hareketsizlik kalp yetmezliği için risk faktörüdür. Yaşlılarda kalp sertleşir, sol karıncıkta hipertrofi, kapaklarda (atrial ve mitral) sertleşme ve kardiyak atımda azalma görülmektedir. Egzersiz yaparken bu nedenle yaşlının kalp-damar fonksiyonları etkilenir ve postural hipotansiyon oluşabilir. Arterioskleroz nedeniyle damar çeperleri kalınlaşır ve elastikiyetini kaybeder ve yaşlılarda hipertansiyon, inme ve kalp-damar hastalığı görülme sıklığı artar. Kalp-damar hastalıkları nedeniyle oluşan ölümlerin %75'i yaşlı hastalarda görülmektedir (39).

Yaşlı bireylerde kalbin çalışma hızı düşer, elastikiyet azalır, kanı pompalama gücü azalır, kalbin ritmi bozulur, yağ dokusu beslenmeyle de alakalı olarak artar, periferlere kan gitme azalır, tansiyon yükselir ve kapaklarda değişimler meydana gelir(40). Bu değişiklikler kalp-damar hastalıklarında, tansiyon problemlerine, dolaşımın bozulmasına, kalp yetmezliğine, vücuda oksijenin az alınmasına ve dolayısıyla; halsizlik ve yorgunluğa sebep olmaktadır. Ayrıca yaşla beraber bu problemlerin görülme oranı da artmaktadır (3).

2.4.2. Solunum Sistemi

Akciğer fonksiyonları yaşla beraber azalır. Göğüs duvarının esnekliğini kaybetmesi ve sertleşmesi sonucu solunum kasları zayıflar ve işlevini yerine getiremez hale gelir. Bu değişiklikler solunumun zorlaşmasına, nefes alıp vermede bozulmalara, gaz değişiminde problemlere neden olmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ayırıcı olmadan pnömoni ve sistem enfeksiyonları yaşlı bireylerde ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Bu hastalıklar tedavilerinin maddi yük oluşturmaları ve ölüme sebep olmaları nedeniyle üzerinde durulması

gereken hastalıklar grubunda yer almaktadır. Yaşlanmayla beraber öksürme yeteneğinin azalması ve savunma mekanizmasının işlevini tam olarak yerine getirememesi sebebiyle aspirasyon pnömonisi oluşabilmektedir. Yaşlılar için tehlike yaratan ve ölümcül olabilen; grip virüsü, tüberküloz, pnömoni gibi hastalıklara karşı immün yanıt azaldığı için aşılamanın önemi vurgulanmaktadır (39). Yaşlılıkta rezidüel volüm artarken silianın hareketi, vital kapasite, öksürük azalır. Akciğer işlevi düşer, nefes alıp verme zorlaşır ve diffüzyon azalır (40).

2.4.3. Kas İskelet Sistemi

Yaşlılıkta kemiklerin yoğunluğu beslenmenin de etkisiyle azalır. Yaşla birlikte zayıflayan ve kırılabilirliği artan kemik yapısı, vücudun duruşunu da bozmaktadır. Vücutta D vitamini ve kalsiyumun azalması buna ortam oluşturmaktadır. Büyüme hormonu da yaşlılıkta azalmakta ve aynı zamanda azalan testosteronun da etkisiyle kaslar zayıflamakta ve güçsüzleşmektedir. Tüm bu sebeplerle; yaş arttıkça bireylerin boyu kısalmakta, kamburlaşma görülmekte, bacaklarda eğrilikler baş göstermekte, kemiklerin kırılabilirliği artmakta, kaslar zayıflamakta ve diş problemleri ve kayıpları görülmektedir. Yaşlılıkta önemli bir sorun olan travmalara; eklemlerde bulunan ince kıkırdak dokusunun daha da incilmesi sonucu eklemlerin hareket yeteneğindeki azalmalar ortam hazırlamaktadır. Travmalar tekrarladıkça osteoartrit yaşlılıkta sık görülmektedir (39,41).

Kan hücrelerinin kemik iliğinde üretimi, yaş arttıkça azalmaktadır. Ancak bu sorun iyice artmadıkça patolojik olarak sorun olmamaktadır (42). Yaşlılıkta en çok doku kaybının olduğu yerler; omurlar, femur boynu, bilek ekleminin (radius ve ulnar) alt ucudur.

Yaşamın her anında görülen kas kaybı, 30 yaşlarında başlamaktadır. Yaşlılıkta hareketin azalması ve meydana gelen bir sürü hastalık sebebiyle kas kitlesi azalmakta ve böylece kas gücü ve uyumu da azalmaktadır. Eklemler birbirine ligamentlerle bağlıdır. Eklem hareketlerinin azalmasında bu ligamentlerin esnekliğini kaybetmesi rol oynamaktadır. Protein yapısındaki ligamentlerin özellikleri yaşla değişmekte, esneklikleri kaybolmakta ve böylece yırtılmaları kolaylaşmakta ve tabiki yaşla birlikte iyileşmeleri de azalmaktadır (43).

2.4.4. Sinir Sistemi

Yaşlanmayla beraber her sistemde olduğu gibi hücre sayısı bu sistemde de azalır ve tepkiler yavaşlar. Bu azalmayla duyu kayıpları, kelimeleri unutma, öğrenmede ve algılamada, bilgileri akılda tutmada zorlanma, yakın bellekte bozulmalar meydana gelmektedir. Bilişsel fonksiyonlardaki değişiklikler nedeniyle; duygusal/algısal bozulmalar oluşmakta ve yaşlının hissettikleri düşünülerek hangi uyarana ne kadar zamanda tepki vereceği belirlenmelidir.

Yaşlıların yemek, giyinmek gibi günlük yaşam aktivitelerine ve sorulan soruları cevaplamada yetişkinlere göre daha fazla zaman harcadıkları aileye açıklanmalıdır. Ayrıca yaşlılarda hafızada bozulma, uykunun süre ve kalitesinde azalma, yüksek ve düşük vücut ısısı gibi konularda sağlık personeli daha dikkatli davranmalıdır (41, 43, 44).

Beyin ağırlığının oluşan nöron kayıpları nedeniyle; erkeklerde %10'u azalırken kadınlarda bu oran %5'dir. Yaşlılarda beyin aktivitelerinde ve kanlamada azalma, kısa bellekte bozulmayla birlikte tepki vermede azalma, meninkslerde kalınlaşma ve ventriküllerde hacim artışı görülmektedir (40). Yaşlılıkta hücre sayılarındaki (özellikle spinal kordda) azalma sonucunda duyu kayıpları meydana gelmektedir. Bireyler ısıyı ve darbeleri farkedememektedir. Yaşlılıkta tüm dokularda olduğu gibi sinir dokusunun da kendini tamir etme yeteneği azalır ve yaşlılar travmalara daha açıktır. Ayrıca yaşlılarda geri dönüşümü olmayan bu değişiklikler nedeniyle uyku problemleri de sık görülmektedir (42).

2.4.5. Sindirim Sistemi

Yaşlanmayla mukus salgısında, mide esnekliğinde ve sindirilen besinlerin emiliminde azalma görülmektedir. Yemek borusunda kasılmanın azalması sonucu yenen yemeklerin ağıza geri gelmesi görülebilmektedir. Yaşlanan bireyde laktaz enziminin üretimi azalmakta ve süt intoleransı oluşması beklenmektedir. Bağırsak hareketlerinde azalma, kan akımının azalması ve laktaz vb. gibi enzimlerin azalması yaşlılıkta sık görülmektedir. DSÖ uzmanlarına göre; yaşlı bireylerde kalori ihtiyaçları cinsiyete göre farklılık göstermekte ve erkeklerde kalori ihtiyacı (2000-2200) kadınlara (1500-1600) göre daha fazladır. Ancak cinsiyete göre protein gereksinimi yaşlılarda değişmemekte, hareketsizlik nedeniyle yağ alımına dikkat edilmelidir (41,44). Yaşlılarda sistem değişiklikleri iştahsızlıkla aşırı zayıflığa, yenilenlerin hazmedilememesine, ishale, kabızlığa, fazla yağ tüketimi ve hareketsizlikte şişmanlığa neden olmaktadır. Anal sfinkter kaslarının zayıflaması ve yaşlıların kontrol yeteneğinin azalmasıyla fekal inkontinans oluşabilir (45). Yaşlılarda fekal inkontinans görülme sıklığı, toplumda %1-10 iken, huzurevlerinde yaşayan bireylerde oran %10-60'lara çıkmaktadır (47). Sinir uçlarındaki hassasiyetin azalması iştahı azaltır (45). Yaşlılarda diş çürükleri ve kayıpları gibi ağız sağlığı sorunları, tat ve koku almada azalma, tükürük ve diğer sindirimle ilgili salgılarda azalma, emilim bozuklukları, kas zayıflıkları görülmektedir. Sindirime yardımcı olan karaciğer ve safra da gerilemeler meydana gelmekte ve insülin direnci, glikoz tolerans bozukluğu, yağ oranında artış ve kilo kaybı bu yaş grubunda oluşan sorunlar arasında sayılabilir (40).

İlaçların birçoğu karaciğerde parçılanmaktadır. Yaşlılarda kan akımının ve hücrelerin azalması sonucu karaciğer küçülür ve enzimlerin etkinliği azalır. Yaşlılarda kullanılacak ilaçlarda dikkatli seçim yapılmalıdır (42). Yaşlılarda bağırsak hareketlerinde azalmanın sebepleri; yaşa bağlı kronik hastalıklarda artış ve buna bağlı ilaç kullanımı sıvı alımında azalma, hareketsizlik, beslenme bozukluklarıdır. İshal ve kabızlık gibi emilim bozuklukları da görülmektedir (47).

Üreme Sistemi

Yaşlanmayla birlikte kadınlarda hormonal düzensizlikler nedeniyle uterus ve vajen atrofiye uğrar, ayrıca vajina kurur, esnekliğini yitirir ve dokusu inceler. Göğüsler sarkık ve serttir. Özellikle kadınlarda beden imajında, cinsel fonksiyonlarda bozulmalar meydana gelmekte ve cinsel hayatları olumsuz etkilenmektedir (42).

Erkekler ölene kadar üretkendir, genital sistemde çok fazla değişiklik görülmemektedir. Ancak testosteron üretiminde, sperm sayı ve kalitesinde azalma, menide azalma, prostatta büyüme, penis ve testis boyutunda küçülme, erkeklerde yaşla beraber ortaya çıkan problemlerdir (43).

Genital sistemde yaşlılıkla beraber oluşan atrofi üreme fonksiyonlarını azaltır ve mukozalarda kuruluğa neden olur (40,47). Yaşlılıkta böbreğin kanlaması azalacağı için nefronlar da %60 oranında fonksiyonlarını azaltır. Böbreğin idrarı dilüe etmesi zorlaşır ve böbreküstü bezlerinden salgılanan (renin-anjiyotensin-aldosteron) hormonların işlevi azalır.

2.4.6. Bağışıklık Sistemi

Yaşlılık döneminde enfeksiyonların daha uzun ve ciddi seyretmesinde, bağışıklık sisteminin zayıflaması temel faktör olarak gösterilebilir. Yaşlılıkta otoimmün hastalıklar ölümcüldür ve sık görülür (42, 48). Pnömoni, bakteriyemi ve grip, endokart tabakasının enfeksiyonu, ishal, menenjit, iltihaplı artrit, tüberküloz ve açıklanamayan ateş bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda kanser hücreleri gibi vücutta yabancı olarak algılanan bakterilere karşı immün yanıt azalmıştır. İmmün yanıtın azalması yaşlılarda belirti ve bulguların erken farkedilmesinde gecikmeye neden olmakta ve kanser ve ciddi sağlık sorunlarının artışına sebep olmaktadır. Yaşlılıkta bu sistemdeki gerilemeler alerjik reaksiyonların ciddiyetini azaltmaktadır. Bu da yaşlılıkta sevindirici bir sonuçtur (39,47).

Üriner Sistem

Yaşlılıkta dokulara giden kan akımı azalır. Bu nedenle böbrekler küçülür, glomerüllerin süzme hızı yavaşlar, salgılama ve emme yeteneği azalır, geri dönüşümsüz nefron kayıpları görülür. Elektrolit dengesizlikleri, böbreğin idrarı dilüe etme ve sodyum

tutma fonksiyonunda ve algılanan susuzlukta azalmaya bağılı hemen hemen tüm yaşlılarda gelişir (39,42). Erişkin dönemde azalmaya başlayan böbrek fonksiyonları, yaşlılıkta yarıya iner. Böbrek işlevlerinin azalması sonucu eritropoetin yapımı azalmakta ve kalsiyum metabolizmasındaki değişimler kemik yoğunluğunun değişmesine sebep olmaktadır (41). Yaşlılıkta kapasitesi azalmış olan mesanede kaslar kendiliğinden kasılır ve idrar isteğı uyandırır. Nokturnal poliüri yaşlılıkta görülebilir. Ayrıca mesane kaslarının zayıflaması, bir miktar idrarın kalmasına ve buna bağılı olarak idrar yolunda enfeksiyon gelişmesine neden olur. Kadınlarda enfeksiyonlar (%20) erkeklere göre (%10) daha sık görülmekte ve yaşla artmaktadır. Semptomatik olmayan bakteriüri sıklığının 10 yılda %1, orta yaşlılık döneminde ise %7-8 arttığı hesaplanmaktadır. Bakım evinde ve hastanede yatanlarda cinsiyet farkı gözetmeksizin oran artmaktadır. Üriner enfeksiyonlara %60-70 oranında E.coli sebep olmakta ve buna yaşlı bireylerde sonda takılması en çok sebep olmaktadır. Kadınlarda menopoza sonra hormonlarında etkisiyle üretra kısalması ve üretra iç yüzeyinin incilmesi, sfinkter tonus kaybı, pelvik kasların zayıflaması, erkeklerde ise prostatın büyümesi inkontinans sebepleri arasında sayılmaktadır (39,42). Duyu reseptörlerinin de hassasiyetini kaybetmesi sonucu yaşlılıkta inkontinans sık görülmektedir (40,47).

2.4.7. Endokrin Sistem

Hormonların seksüelite, kas-iskelet-mineral üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Yaşlıda glikoz toleransında bozulma; dokuların insüline verdiği cevabın azalması veya insülin salgılanmasındaki azalma bağılı ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda OGTT sakıncalı olabilir. Yaşlılıkta metabolizmanın yavaşlaması tiroid bezinin küçülmesiyle de alakalıdır. Kadınlarda yaşlılığın en önemli göstergesi menopozdur. Menopoz döneminde, hormonlardaki değişiklikler nedeniyle osteoporoz görölme sıklığı da artmaktadır. Erkeklerde hormonlarda özellikle testosteronda değişim daha geç ve yavaş yavaş meydana gelmektedir (39,42).

2.4.10. Deri

Cildin altında bulunan yağ dokusu azaldığı için yaşlılarda deri ince, kuru, esnek, kırışık ve serttir. Yağ dokusunun azalması kırışıklığı artırır ve soğuğa dayanma gücünü azaltır. Sinirler azaldığından, travmalar artar, iyileşme azalır ve melanin pigment salgılanması azaldığı için deri güneş ışığına karşı da korumasız kalır. Yaşlılıkla ciltteki kanlanma ve terleme azaldığı için ısı kaybı olmaz ve yaralar geç iyileşir. Yaş arttıkça melanin pigmentleri azaldığından birey güneşe karşı korumasız kalır (39,42).

2.4.11. Görme

Yaşlanmada değişikliklerin belirgin olarak en hızlı hissedildiği organ gözdür. Yaşlılarda gözyaşı azalır, irisin rengi solar, lens esnekliğini yitirir ve korneada duyarlılık azalmıştır. Yaşlının göz değerlendirmesinde; hastalık varlığı sorgulandıktan sonra yeterli ışıktaki görme pozisyonu ve ışığa verdiği reaksiyon ölçülmelidir. Yaşlı bireylerde oluşma ihtimali yüksek olan katarakt konusunda da dikkatli davranılmalıdır. İlaç kullanımında çevrenin güvenli olması için aydınlık olması, gözlük kullanımı ve her ilaca ve saatlere göre değişen renkli belirteçler kullanılması önerilmelidir. Gözlüğü yaşlılar sık kaybettikleri için boyunlarına asmaları ve temizlemeleri gerektiği vurgulanmalıdır (42,47).

Işık yaşlıların gözlerini rahatsız etmekte ve renk ayırımını güçleştirmektedir. Yaşla beraber beyine giden sinirler azalmakta ve tahrip olmaktadır. Bunun sonucunda ince detaylar, gölgeler ve tonlardaki ayırım fark edilememektedir. Yaşlıyı rahatsız eden ancak ciddi olmayan gözdeki kuruluk ve siyah benekler de yaşla beraber artmaktadır (42,43).

2.4.12. İşitme

Yaşlanmayla duyma çift taraflı olarak azalır. Gürültü, kulak kırı bu sorunu arttırmaktadır. Yaşlı bireylerle konuşurken yüksek sesle ve sakın konuşmaya dikkat edilmelidir. Dudak hareketlerinden anlayabiliyorsa bu yolla iletişime devam edilmelidir. Yüz yüzüne bakmaya ve kısa cümlelerle konuşmaya özen gösterilmelidir. Bireyi tedirgin etmemek için bağırarak konuşmaktan kaçınılmalıdır. Bağırarak konuşmanın aksine duymasını zorlaştırır. Kulak kirinin yaşla beraber artmasıyla c,k,p,s,t gibi harflerin ve bunlarla başlayan kelimelerin anlaşılması zorlaşmaktadır. Kalabalıkta arka alandaki sesler nedeniyle özellikle yaşlılarda duyma kalitesi azalmaktadır (42,47).

2.4.13. Uyku Ve Dinlenme

Yaşlılarda uyku sorunlarını bulmak zor ve karmaşık bir işlemdir. Gençlerde uyku sorunlarının nedeni daha çok duygusal iken, yaşlılarda bedenseldir. Toplumda uykusuzluk çekenlerin oranı %10-20 olarak tahmin edilirken, yaş arttıkça bu oran da artmaktadır. Yaşlılarda uykusuzluk, bilişsel bulanıklığa ve düşmelere sebep olmaktadır. Gündüz kısa uyuyup uyanma ve gece normal olarak kabul edilen saatten (7 saat) az uyuma da bu problemlere sebep olmaktadır. Uykuya dalmak için geçen süre yaşlılıkla beraber artmakta ve yarım saatten fazla sürmektedir. Bu sürenin ölüm riski ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Uykusuzluk nedeniyle ev kazalarında artma, günlük aktiviteleri yerine getirmede zorlanma ve

sosyal aktivitelerde azalma görülmektedir. Yaşlılarda gündüz uyuklamanın sebebi obstrüktif uyku apnesi sendromudur (49,50).

Uyku önemlidir. Hastalıklar, ilaç kullanımı, solunumun güçlüğü kayıplar, depresyon, tuvalet gereksinimi, stres, ısı kaybı, ağrı, sosyal ve ekonomik hayatındaki değişiklikler yaşlı bireylerde uyku problemlerinin nedeni olabilir (3).

2.5. Yaşlılarda Görülen Psikolojik Değişiklikler

Yaşlılarda psikoloji, fiziksel özellikler kadar önemlidir. Yaşlılıkta iş yaşamının sona ermesiyle işe yaramamazlık duygusu sosyal hayattan da uzaklaşmaya neden olabilmektedir. Yalnızlaşan bireyde hastalıklar, depresyon, isteksizlik, değersizlik hissi, alınganlık artar. İş hayatının sona ermesi, kişilerde farklı tepkiler yaratır. Bu dönemi üretkenliğin bitmesi olarak algılayanlar, statü kaybından ve yaşam tarzı değişikliğinden endişelenirler. Başkalarına bağımlı olacaklarını düşünürler. Bunlara uyum sağlayamayan bireyler, kendilerini değersiz, önemsiz, yalnız, boşlukta çaresiz hissedebilirler. Hayatlarını planlamakta zorluk çekerler. Çevresindekilere yük olduklarını düşünürler ve öfkelenirler. Bu nedenle psikolojik sağlıkları ve bunun sonucunda da fiziksel sağlıkları bozulabilir.

Yaşlılarda görülen sorunlar:

- Uyum sağlama yeteneğinde zayıflama
- Hakimiyet kaybı nedeniyle çaresizlik, aciz, güçsüz hissetme
- Toplumsal rollerden uzak kalma zorunluluğu nedeniyle belirli işlevlerin kaybı
- Sosyal ilişkilerde azalma
- Genel aktivite düzeyinde düşme
- Geleceğe yönelik endişeler, belirsizlikler.

Yaşlılarda geleceğe dönük belirsizlikler, eskiye daha çok önem vermelerinden ve hala eskide yaşamalarından dolayıdır. Yeni değişikliklere kolayca uyum sağlayamazlar. Yaşlılıkta sevdikleri ve yakınları tarafından aranmak, ziyaret edilmek bireyler için önem kazanır. Yaşlılar isterlerse çalışıp üretebilir ve yeni şeylere adım atabilirler. Yaşlılarda ölüm korkusu kaybettikleri nedeniyle artabilir. Dış görünüşlerinin değişmesi, başkalarına bağımlı olmaları ve hastalıklar bireylerin psikolojilerini bozmaktadır. Sosyal hayatta ve iş hayatında değişiklikler, eşlerin ölümü, çocukların kendi yuvalarını kurması gibi yalnızlık ve ekonomik yönden olumsuzluklar bireylerin yaşam kalitesini azaltarak psikolojik sorunlara neden olmaktadır (3).

2.6. Sağlık Tanımı

Sağlık tanımı; temel insan gereksinimlerini, kişiler arası ilişkileri ve bakımın sonucunu temel alan hemşire kuramcılara göre farklı, ancak birbirini tamamlayan şekilde ele alınmıştır.

Florence Nightingale sağığı; “ iyi olma ve bireyin var olan potansiyelini mümkün olduğunca en üst düzeyde kullanma”, “çevre faktörlerini yönetme yolu ile hastalığın önlenmesidir” olarak tanımlamıştır. Geçmişte sağık, yaşamakla ve canlı kalmakla eş tutulmuş; fiziksel bütünlük, var olmanın en önemli şartı olarak görölmüştür. Dünya Savaşları sırasında bireylerin, stresörlerin etkisi ile psikolojik sorunlara maruz kalması, fiziksel sorunların oluşma sebebinin ruhsal sorunların önemli olduğunun anlaşılması ile stresörleri azaltılmış bir çevrenin gereğini ortaya koymuştur.

20. yüzyılda sağık ve hastalık birlikte değerdendirilen iki kavram olmuş, birinin varlığı diğerdinin yokluğu şeklinde dar bir çerçevede tanımlanmıştır. Sağık ve hastalık davranışlarında bireyselliğın önemi göz önüne alınmamıştır. 21. yüzyılda “Bütüncül” sağık anlayışı ile bireyin; biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel bir varlık olduğuy, her bireyin ayrı bir nitelik taşıdığı ve benzersiz bir varlık olduğuy kabul edilmiştir.

DSÖ sağığı; “Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik ve ahenk durumudur” biçiminde tanımlamıştır. Bu tanıma daha sonra “manevi/spirituel sağık” boyutu da eklenmiştir. İyilik hali sübjektif ve objektif sağık olmak üzere iki tanımla açıklanmaya çalışılmıştır (20).

2.7. Sağığın Teşviki, Korunması ve Geliştirilmesi

Bu kavram; günümüzde sağığı konusunda bireylerin cesaretlendirilmesi, sağıklarının korunması ve daha ileri seviyeye götürölmesi üzerine temellenmiştir. Bu süreç bireylerin kendi sağıkları için sorumlulukları üzerine almaları ve sağıklarını daha iyi konuma getirmek için çalıştıkları dönemi ifade etmektedir. Sağığın kötüleşmesinin önlenmesi, iyileşmesi için sağık davranışlarının öğrenilmesi ve uygulanması üzerine odaklanılmalıdır. Sağık; geleneksel bir tanımla herhangi bir hastalık ve sakatlığın olmamasının yanı sıra psikolojik ve sosyal hayat yönünden de tamamen iyi olma durumu olarak tanımlanabilmektedir (20). Bireylerin sağıkları için cesaretlendirilmesi sadece sağık eğitimi verme ve hastalıkların önlenmesi için girişimler uygulamak değildir. Salutogenesis, sağığın oluşması ve gelişmesi demektir (51).

“Sadece risk faktörü azaltma gibi hastalık oluşmasını önleyici tedbirler değil, aynı zamanda hastalığın gelişimini durduran ve sonuçlarını azaltan tedbirler” olarak hastalığın oluşumunu önleme tanımlanmaktadır. Sağık eğitiminin “bireysel ve toplum sağığına yardımcı olan bilgilerin iyileştirilmesi ve becerilerin geliştirilmesi gibi sağık okuryazarlığını geliştirmek üzere tasarlanmış olan bazı iletişim şekillerini içeren öğrenmeye yönelik bilinçli olarak inşa edilmiş fırsatları” kapsadığı görölmektedir. DSÖ tanımına göre, bireylerin sağık

için cesaretlendirilmesi “insanların sağlıkları için sorumluluk alabilmesi ve sağlıklarını daha ileri düzeye yükseltecekleri süreçtir “şeklinde tanımlanmıştır (52). Bu konuda geliştirilen stratejiler aşağıda Şekil 3’te görülmektedir.



Şekil 3: Sağlığın Teşvikine Yönelik Stratejiler (53)

(Grossmann R. Gesundheitsförderung Durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung Durch Projektmanagement. In: Pelikan JM, Demmer K & Hurrelmann K. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. München Weinheim 1993.)

Medikal destekli yaklaşım; aşılama, yüksek tansiyon gibi risk faktörlerini ele alırken, davranış destekli yaklaşım ise sigara, egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerini ele almaktadır. Sosyal çevre destekli yaklaşım da eğitim düzeyi, işsizlik gibi genel durumları ele almaktadır. Sağlık konusunda bireylerin cesaretlendirilmesinde sadece medikal destekli yaklaşım önemli gibi görünse de diğer yaklaşımlar da birbirini etkilemektedir.

Sağlık Ottawa Sözleşmesinde “sağlık insanların öğrendiği, yaşadığı, oynadığı ve sevdiği günlük hayat ortamları içerisinde insanlar tarafından yaratılır ve yaşanır” ifadesiyle açıklanmıştır. Toplumda sağlığa yöneltici ve cesaretlendirici temellere kurulmuş olan bu proje, sağlığı daha iyiye götürmek için Sağlığı Teşvik Eden Şehirler, Okullar ve Hastaneler gibi birçok yapıyla karşımıza çıkmaktadır (53).

Değişimlerin ortam yaklaşımında kalıcı olabilmeleri için günlük hayatla uyumlu, ortak paylaşılanlar ve kültürle benzer olmaları gerekmektedir. Bu bakımdan müdahaleler bireyleri ele aldığı kadar kültür ve normları da dikkate almalıdır.

Ottawa Sözleşmesi, bireyleri sağlığa cesaretlendirmek için beş tane eylem alanı seçmiştir:

- Kamu politikalarının sağlıklı bir şekilde oluşturulması: mevzuat, mali önlemler, vergilendirme gibi yaklaşımları birleştirmektedir. Sağlık dışı sektörlerle politikaların oluşturulması için iş birliği yapılmalıdır.

- Sağlığı destekleyici çevrelerin oluşturulması: Doğal olan herşeyin korunmasını içermektedir.

- Sağlık için toplum faaliyetlerinin desteklenmesi: Maddi ve diğer kaynakların bireylerin sağlık konusuna yönelmeleri, toplumların ve bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma gelmesidir. Bilgi edinme ve öğrenmede tüm imkanların sağlanmasını ifade etmektedir.

- Bireysel beceriler geliştirilmesi: Bireylerin hastalıklar ve olumsuzluklarla her ortamda baş edebilmelerini sağlamayı içermektedir.

- Sağlık hizmetlerinin tekrar gözden geçirilmesi: Sağlıkta tedavi etme gibi hizmetlerin haricinde eğitimler ve çeşitli araştırmalarla sağlığa cesaretlendirici ve yönlendirici şeylere önem verilmelidir (54).

Tüm ülkelere uygun olan eylem alanları 1997’de Jakarta Bildirgesi’nde belirlenmiş ve onaylanmıştır.

Jakarta Bildirgesi’nde de öncelikli beş alan belirlenmiştir:

- Sosyal sorumluk desteklenmeli
- Yatırımlar sağlık için artırılmalı
- Sağlığın daha iyiye yükseltilmesi için ortaklıklar genişletilmeli
- Toplum kapasitesi artırılarak yetkilendirme yapılmalı
- Sağlık için altyapılar garantilenmelidir (55).

Birincil Koruma

Toplumun geneline sağlık eğitimi ile hitap etmedir. Sağlık eğitimi ile sağlıklı olan bireylere nasıl sağlıklı kalmaya devam edeceği anlatılır. Eğitimlerde çevresel etkenlerin kontrol altında nasıl tutulacağı ve sağlığın daha iyiye nasıl götürülebileceği anlatılmaktadır (56). Birincil korunma hastalıkların oluşmamasında etkindir.

İkincil Koruma

Herkes birincil korunma yöntemlerini iyi bilmekte ancak uygulamada hep eksik kalmaktadır. Sigara ve alkol kullanımının zararlı olduğunu herkes bilmekte, ancak kullananlar toplumda büyük bir orana sahiptir. Bu şekilde uygulamadaki eksiklikler hastalıkların oluşmasına ortam hazırlamaktadır. Erken tanının ikincil korunma olarak isimlendirilmesinin nedeni, erken dönemde yakalanan hastalıklarda iyileşme oranı daha fazla olduğu içindir. Yaşlı hastalarda kronik ve geri dönüşümsüz olan hastalıkları yakalamak kolaydır. Herhangi bir semptom görülmeden bireyler sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadır. İkincil korumada kastedilen hastalık semptomları ortaya çıkmadan sağlıklı bireyi tarayarak hastalıkları yakalamaktır (56).

Üçüncül Koruma

Semptomlar ortaya çıktıktan sonraki dönemde bireyleri tedavi ederek sağlıklarına geri kavuşturmayı ifade etmektedir. Bu korunma yöntemi hastalıklardan değil, hastalık sonrası oluşabilecek kötü olaydan korunma, ölümün geciktirilmesi ve olabildiğince önlenmesi anlamı taşımaktadır. Bununla birlikte bireylerin yaşadığı zaman dilimini daha kaliteli hale getirmekte bu bölümde yer alan faaliyetler arasındadır (56).

2.7.1. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Yararlı Uygulamalar

Yaşlılarda yaşın artmasıyla fiziksel ve psikolojik birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Travmalara maruziyet, kemiklerde erime ve kırılmalar, görmede ve işitmede, diş ve ağız yapısında problemler yaşlılıkta önem kazanmaktadır. Beyinsel işlevlerle ilgili sorunlar, uyku düzeninin bozulması, devamlı var olan ağrılar, fazla ilaç kullanma, idrar ve dışkıyı tutamama ve vücutta ısı kaybı önlem alınması gereken alanlardan bazılarıdır (20).

1-Travmalardan korunma: Yaşlı bireydeki değişimler dikkate alınarak çevre onların zarar görmeyeceği şekilde düzenlemeli ve çevresindeki kişiler bilgilendirilmelidir. Bu dönemde yaşam kalitesini azaltan, sakatlıklara neden olan kazalar bazen öldürücü bile olabilmektedir.

2-Göz ve kulak işlevlerinin korunması: Duyu kayıpları yaşla birlikte sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Göz; çevresel koşullardan, birçok hastalıktan (güneş, gürültü, diyabet, tansiyon...) etkilenmekte ve işleyişi bozulmaktadır. Yaşlılıkta kullanılan ilaçlar ve yan etkileri de göz sağlığını etkilemektedir. Ayrıca yaşam şekilleri ve gözün herhangi bir travmaya maruz kalması da görmeyi etkilemektedir. Erken tanı ile önlenmesi mümkün olabilen görme ve işitme sorunlarında düzenli doktor kontrolünün ve yapılan testlerin önemi yaşlı birey ve yakınlarına belirtilmelidir (57).

3-Bağıışıklık ve aşılanma: Aşılar, bazı hastalıkları önlemekte ve bazılarının da atlatılma şekillerini hafifletmektedir. Yaşlılık döneminde öldürücü olabilen pnömokok, tetanoz ve grip konusunda bireyler aşılanma konusunda uyarılmalıdır. Bu yaş grubu diğer gruplara göre travmalara daha çok maruz kaldığı için tetanoz aşısı üzerinde ayrıca durulmalıdır.

4-Kanserden korunma : Günümüzde tanı yöntemlerindeki gelişmelerle sık görülen bir hastalık olan kanser, özellikle yaşlı bireylerde ilerleyen yaşla beraber daha çok karşımıza çıkmaktadır. Sağlık kuruluşlarına ve özellikle birincil koruma hizmetlerine pek başvurmeyen yaşlı bireyler, sağlık kontrolleri konusunda desteklenmelidir. Erken tanının hayat kurtardığı vurgulanmalıdır. Yaşlı bireylerde kansere bağlı yüksek mortalitenin nedenleri, yüksek insidans, yetersiz antineoplastik tedavi, tedavi toleransının düşük olması, koruyucu yöntemlerin yeterince kullanılmaması olarak gösterilebilir (58).

5-Kansızlık (anemi) görülmesi: Yaşlı bireylerde değışikler sonucu kemik iliğinde kan üretimi azalmakta ve genç gruba göre kansızlık daha sık görölmektedir. Yaşlıların farketmediğı kanamaları olabileceğı ilk başta değeriendirilmesi gereken noktalardandır. Demir eksikliği, bu yaş grubu için ilk sebep olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağız, diş sağlığındaki problemler, enfeksiyonlar, ekonomik nedenler, psikolojik nedenler bireyin beslenme durumunu etkilemekte ve kansızlığa sebep olmaktadır. Bireylerde tedaviye hızlı bir şekilde başlayabilmek için nedeni dikkatlice araştırılmalıdır.

6-Beyinsel ve ruhsal işlevler: Bireylerin çevrenin etkisiyle beyinsel faaliyetlerinin sürdürölmesi zorlaşmaktadır. Ancak bu işlevler sosyal çevreden uzaklaşan bireyde kayıplarında etkisiyle bozulmaktadır. Hastalıklar ve bunun sonucunda hastaneye yatmada beyinsel ve ruhsal işleyişı bozmaktadır. Sağlık konusunda bireye bütöncöl yaklaşmanın önemiyle fiziksel ve psikolojik sağlık bir bütün olarak değeriendirimelidir. Aile ziyaretleri, yaşlı bireyleri arayıp sormak bu konuda çok önemlidir. Yaşlıların deneyimlerinden yararlanmak, onlara hala birşeyler yapabileceklerini, işe yaramaz olmadıklarını göstermek ve aktiviteler konusunda cesaretlendirmek bu konuda oldukça yararlı olacaktır.

7-Beslenme: Emekli maaşlarının düşüklüğü, gıda kalitesindeki düşüklükler ve yaşlılarda sistemlerde meydana gelen bozulmalar gibi birçok sebeplerle yaşlılarda beslenme düzeni bozulmaktadır. Herhangi bir hastalığı olmayan grupla Avrupa’da yaşlılar kötü beslenme açısından risk grubu oluşturmaktadırlar. Avrupa’da sağlıklı yaşlı grupta yapılan çalışmalarda kötü beslenen birey sayısının düşük olduğı ve önemli besinlerin (protein gibi) yetersiz olduğunu gösteren ‘ağır protein ve enerji malnütrisyonun’ (PEM) sıklıkla göröldüğü vurgulanmaktadır. Yaşlı bireylere ve yakınlarına sağlıklı beslenmeyle ilgili eğitimler

verilmeli, sosyal kuruluşlar ve devlet tarafından gıda temini ve ekonomik yardım sağlanmalı ve gerekirse diyetisyenler ile bu konudaki problemler çözülmeye çalışılmalıdır (59).

8-Ayak temizliği: Bireyler günlük yapılması gereken ayak temizliği ve bakımı yönünden desteklenmelidir. Diyabet ve dolaşımla ilgili hastalığı olan yaşlı bireyler ve yakınları ayak temizliği konusunda eğitilmelidir. Bireylerin yaşla beraber travmalara yatkınlığı artmakta ve özellikle periferlerde olan ayaklar ilk önce etkilenmektedir. Yaşlılık ve hastalıklar nedeniyle bozulan doku bütünlüğü onarılamamakta ve oluşan yaralar geç iyileşmektedir.

9-Sigara kullanımı: Ciddi bir problem olan sağlıksız yaşam davranışlarından sigara kullanımı, yaşlılık grubunda da görülmektedir. Yaşla beraber bozulan sistemlerde sigaranın da etkisiyle akciğer, kalp, damar, kemik gibi organlarda birçok hastalık meydana gelmektedir. Bireyler sigara konusunda eğitilmeli ve bırakmaları yönünde çeşitli projelerle desteklenmelidir.

10-Fiziksel aktivite: Yaşlıların kapasitelerine göre fiziksel bağımsızlıkları ve sağlıkları desteklenmelidir. Sağlıklı ve hasta bireylerde farklı olmak üzere aktivite planları hekimler tarafından yapılmalı ve her kontrolde bireylerin sıkılmaması için hareketler farklılaştırılmalıdır. İnsanlar arasında “sağlıklı yaşlanma” konusuna ilgi çekebilmek için sağlık ekibinin; “her tıbbi sorun ve uygulamanın yaşlı ile ilgili önemli ayrıcalıkları olduğunu ve bunları bilinçli olarak öğretmek ve uygulamak gerektiğini” ilke edinerek benimsemesi gerekmektedir.

11- Yalnızlık: Sosyal hayattan uzaklaşan ve çoğu zaman eve kapanan yaşlı bireyleri arayıp sormak, ziyaret etmek ve onlara yapabilecekleri ölçüde iş vermek, hobi edinmelerini sağlamak psikolojik yönden onları rahatlatacaktır.

12- İatrojenik hastalıklar: Yaşlılarda sık görülen yanlış ve fazla ilaç kullanma konusunda birey ve yakınları eğitilmelidir. Mümkünse ilaçlarını evdeki bireylerin kontrolü altında kullanması vurgulanmalıdır (60).

2.7.2. Sağlıkın Teşviki ve Sağlıkın Daha İyiye Götürülmesi Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlıkları konusunda cesaretlendirilmesi ve sağlıklarını daha iyi seviyeye yükseltilmesi için birçok faaliyet gerçekleştirilmiş ve bu faaliyetlerin etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Faaliyetlerden sonra bireylerin sağlık durumu ve sağlıkları hakkında ne kadar sorumluluk alabilmeleri, değerlendirme için bakılan kriterlerden biridir. Bireylerin cesaretlendirilmesinin yanı sıra ne kadarının uygulamaya geçirilebildiği de önemli

bir noktadır. İçinde bulunulan hayat şartları ve sistemlerdeki karmaşıklık bu faaliyetlerin uygulamaya geçmesine engel olabilmektedir. Sağlıkları için bireylerde, çevresinde ve sosyal yaşantısındaki değişiklikler sağlığı iyileştirme çabalarını yansıtmaktadır. Bu değişiklikler, sağlığın ara sonuçlarını göstermektedir. Bireyin bu uygulamalar sonucunda sağlık durumunda meydana gelen değişiklikler ise, sağlık sonuçlarını göstermektedir. Çoğunlukla, farklı sonuçların elde edildiği süreç üzerine konan “değer” vardır. Bu sonuçlar bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların, hükümetin, çeşitli kurum ve kuruluşların yani kısacası bu faaliyetlerden yarar sağlayan herkesin sağlığını iyileştirmeyi hedef almakta ve buna göre değerlendirmeler yapılmaktadır (55).

2.8. Sağlık Algısı

Kişisel özellikler ve kültür, sağlığın ne derecede algılandığını etkilemektedir. Sağlık davranışları ve var olan stresörler de bu dereceyi olumlu ve olumsuz yönde etkiler (16). Ölçümü için bir araç kullanılmamakta olup, sadece bireyin ne derecede algıladığını ifade etmesi bizim için ölçüt oluşturmaktadır. Bireylerin derecelendirmesi onların sağlığını, korunma davranışlarına yatkınlığını, hastalıkların yönetimini, öz bakımını etkilediği birçok araştırma bulgularında görülmektedir (17).

Sağlık algısını değerlendirmek için “Genel olarak sağlığını nasıl algılıyorsunuz?” diye bireylere sorulmakta ve alınan cevaplar (çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü) değerlendirilmektedir. DSÖ’nün tanımında sağlık algısı “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” belirtilmiştir. Cevaplara göre çok iyi ve iyi şeklindeki cevaplar “sağlığın iyi algılanması”, kötü ve çok kötü şeklindeki cevaplar ise “sağlığın kötü algılanması” olarak iki grup halinde ifade edilebilmesi için orta şeklinde cevap verenler de “sağlığın kötü algılanması” grubuna dahil edilmiştir (18).

2.9. Okuryazarlık

Bireylerin, metinleri okuyup yazabilme yeteneğidir. Günümüzde okuryazarlık, insan topluluklarının anlam yüklediği simgeleri birbirleriyle iletişim kurarken kullanabilmesi olarak tanımlanmaktadır (61). Genel bir tanımla bireylerin okuma ve yazma konusunda beceri kazanmaları şeklinde ifade edilse de, bunların dışında konuşması, matematiksel hesapları yapabilmesi, iş ve sosyal hayatta kendini ifade edebilmesi ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesi gibi yetenekleri de içermektedir (9).

Sadece okuma ve yazma değil, bunları anlama ve gerekli kararları verme gücüne sahip olması da tanımını kapsadığı yeteneklerdir. Olmazsa olmaz ve iletişim açısından önemli bir

kavramdır. İletişim kurmak, sadece o toplumun konuştuğu dili bilmekle gerçekleşmemekte, onları gerçek anlamıyla okuyup anlamakla ve yazabilmekle gerçekleşmektedir. UNESCO daha geniş bir kavramla tüm yazılı metinleri, veri kaynaklarını anlama, kendi fikirlerini de katarak yorumlama, tanımladıklarını bir araya getirme, matematiksel hesapları yapma ve ihtiyaçlarını karşılamak için bireylerle iletişim kurma yeteneklerinin toplamı şeklinde ifade etmiştir. Bu tanım bireylerin hedeflerine ulaşması için gerekli olan herşeyi içermektedir. Bireylerin hitap yeteneği, edindiği bilgileri ve isteği de bu kavramı etkilemektedir (62). Bireyler ve toplumlar arası bilgilerin yayılmasında becerilerin nesillere aktarılmasında ve gelişmelerin yaşam boyunca devam etmesinde okuryazarlık aracılık etmektedir (63).

Quebec isimli Okuryazarlık Merkezi insanların ve toplumların gelişmesi için kültürün karmaşık bir parçası olan harflerin, sayıların, resimlerin, sembol ve simgelerin tümünün kullanılmasına okuryazarlık olarak nitelendirmiştir. Okuryazarlık, daha öncede açıklandığı gibi; okuma, yazmayla sınırlı kalmayıp, yaşam boyunca toplum içinde beceri geliştirmeye yardımcı olacak faaliyetleri de içerir. Ayrıca içinde bulunan toplumun kültürünü ve dilinin tüm inceliklerini anlamayı da okuryazarlık geliştirir (9).

Ülkemizde toplumun genelinde okuma/yazma oranı %88'in üzerindedir. Bu oran cinsiyete göre farklılık göstermekte ve kadınlarda %80.4, erkeklerde %96 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin ortalama eğitim aldığı süre ne yazık ki 6.5 yıl olarak bulunmuştur. Eğitim süresi de cinsiyete göre değişmektedir. Bu süre erkeklerde 7.01, kadınlarda ise daha az ve 4.96 yıl olarak saptanmıştır. Bu oranlar, gelişmiş batı ülkeleri ile karşılaştırıldığında ülkemizde düşük olduğu görülmektedir (64).

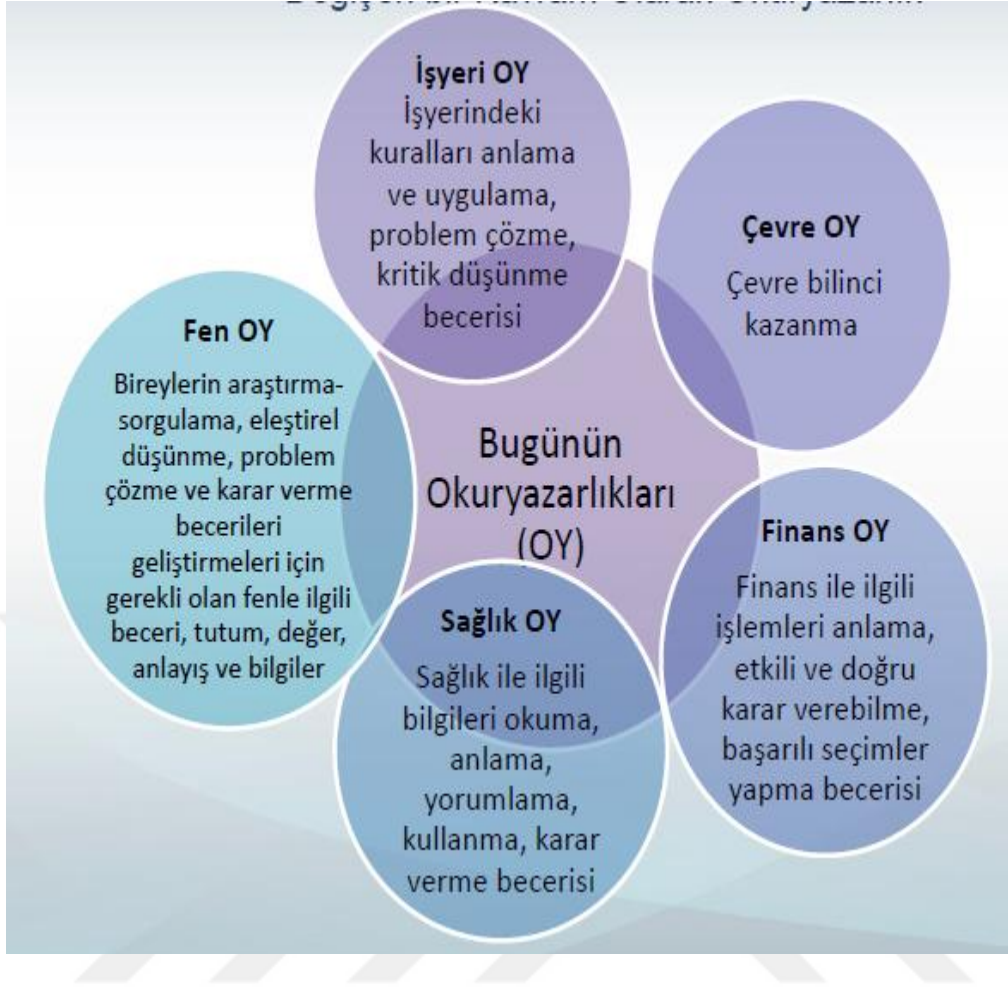
Gençlerin %20'si ve yetişkinlerin daha büyük bir bölümü okuma yazma bilmemektedir. Avrupa ülkelerinde neredeyse 80 milyon yetişkinin temel eğitimi almadığı ve okuma yazma becerisinin düşük olduğu görülmüştür. Avusturya'da yetişkin sayısı hesaplandığında; 6 milyon olduğu bulunmuştur. Bu bireylerden sadece 300.000'i yani %5'i temel düzeydeki eğitime gereksinim duymaktadır. Bulgaristan'da ise 9. Sınıfta her 10 öğrenciden dördünün fonksiyonel anlamda okuryazar olmadığı görülmüştür. Fonksiyonel anlamda okuryazarlıkta İtalyanın %41'i problemle karşılaşmaktadır. Danimarkada erişkin (16-66 yaş) grupta yapılan çalışmalarda, neredeyse %50'sinin okuma becerisi için yeterli sayılan sınırın altında olduğu belirlenmiştir. Almanya'da çalışan grupta ki sonuçlar; kendi ihtiyaçlarını ifade edebilecek basit birkaç cümlelik ifadeleri bile %14'ünün okuyup yazamadığı, kısa metinlerde ise oldukça başarısız olduğunu göstermektedir. İsviçre toplam nüfusu 7.500.000'dur. Bu bireylerin 1.000.000'nu çalışma yaşında ve okuma yazmada

problem yaşamaktadır. Okula gitmek okuryazarlık için yeterli bir kriter değildir. Örneğin; Fransa’da okula gitmiş ancak okuryazar olmayan 3 milyondan fazla kişi bulunmaktadır. İrlanda’da her dört kişiden biri okuma yazma konusunda problemlidir (65).

2.9.1. Değişen Bir Kavram Olarak Okuryazarlık Çeşitleri

Okuryazarlık kavramı zamanla ve her alandaki gelişmelerle değişime uğramıştır. Okuryazarlık, günümüzde değişik şekillerde karşımıza çıkmakta ve okuryazarlık çeşitlenmektedir (66). Sadece kitap okuma değil, medya, teknoloji, bilgi, matematik okuryazarlığı da günümüzde eğitim konuları arasında yerini almaktadır. Bu çeşitlenmeler bireylerin eğitilmelerini de zorlaştırmaktadır (67). Bu tanımların, okuryazarlık eğitimi verilirken dahil edilmesi gerektiği ve hepsinin daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Aşağıdaki şekillerde okuryazarlık türleri görülmektedir (Şekil 4).





Şekil 4: Okuryazarlık Türleri (65)

(T.C Avrupa Birliği Bakanlığı, AB Eğitim ve Gençlik Programları merkezi Başkanlığı (Hayat Boyu Öğrenme ve Gençlik Programları Türk Ulusal Ajansı), 28 Haziran 2013, Ankara.)

2.9.2. Okuryazarlıkta Yeterlilik Durumu

Bu konuda bireylerin yeterliliğini gösteren altı özellik açıklanmıştır. Bu özellikler operasyonel, içeriksel, bilgi, interaktif, otonomi ve kültürel alt boyutları olarak isimlendirilmiştir. Bu boyutlar sağlık okuryazarlığının değerlendirilme aşamasında da mutlaka olması gerekenlerdir (9).

Operasyonel yeterlilik, ileri boyutta yeterliliği ifade etmektedir. Bir toplumun dilini, herhangi bir konudaki teknikleri ve çeşitli prosedürleriileri düzeyde kullanabilmeyi açıklamaktadır. Bireylerin ihtiyaçlarını doyurucu ve tam olarak karşılanmasını sağlar. İletişim kurarken konuşma, okuma, matematiksel hesaplar ve yazmadan yararlanmak, strateji olarak

ele alınmaktadır (68). Hekim, hemşire gibi sağlık personellerinin verdiği yazılı bilgiyi okuma ve sözel bilgiyi anlama yeteneği, beceri olarak ifade edilmektedir (69).

İnteraktif yeterlilik, bireyin hastalıklar konusunda ve diğer konularda kendi kendine yönetiminin geliştirilmesi ve aktiviteler konusunda yüreklendirilmesi ve bireyle işbirliği yapılmasını içermektedir. Kendi kendine yönetebilmesi için bireylerle işbirliği içinde olmak önemlidir. Kendi kendine (öz) yönetim bireylerin sağlıklarını daha iyiye yükseltmek için sağlıklarıyla ilgili kararları alabilmesi ve bu kararları uygulayabilmesi olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle bireylerin okuma yazma becerilerinin ileri seviyede olması ve sosyal yeteneklerinin de iyi olmasını içermelidir ki sağlıklı kararlar alıp uygulayabilsinler (68).

Otonomi yeterliliği, bireysel yeteneklerin yeterliliğini içermektedir. Bireylerin sağlıkları ile ilgili kararları almasında sorumluluk alması kendilerinin gücü olarak ifade edilmektedir. Otonomi kişinin hayatı boyunca kendisi ile ilgili kararları alabilmesi ve bilgileri dahilinde uygulamaya devam edebilmesini ifade etmektedir (68,69).

Bilgisel yeterlilik, bireylerin sahip oldukları sağlık bilgisi ile geçerli ve güvenilir uygulamaları seçebilmesi yeteneğidir. Burnham ve Peterson geçerli bilgi konusunda güncel sağlık bilgisinin, aynı zamanda doğru olmasının da uygulamalar için önemini vurgulamıştır (9).

Bilgisel yeterlilik, bireylerin sağlık konusunda ihtiyaç duyduğu bilgiyi, bu bilginin kendilerine uygunluk derecesini ve bunları tam olarak kendince anlayabilmesini ifade etmektedir. Hizmetlere ulaşmasını, hizmetlerin durumlarına uygunluğunu değerlendirme yetenekleri de bu gruba dahil olmaktadır. Sağlıkları ile ilgili konularda karar verirken ve hizmet alırken bu bilgileri kullanabilmeleri de bireyler açısından önemlidir (70).

İçeriğe dayalı yeterlilik, bireylerin sağlıkla ilgili ortamlarda gergin olmamaları işlemleri kolaylaştırmaktadır. Ancak özellikle yaşlı grup bu konuda oldukça tedirgin olmaktadır. Bireylerin gergin olmaması, kendi ihtiyaçlarını daha iyi ifade edebilmeleri, daha kolay öğrenebilmeleri ve kendilerini güvende hissetmeleri açısından önemlidir (9).

Kültürel yeterlilik, sağlık içinde bulunan ortamdan, düşünce yapılarından, kural ve iletişimden, dinsel ve etik konulardan, adetlerinden ve inandığı şeylerden etkilenmektedir. Bu nedenle bu yönden de değerlendirilme gereksinimi duyulmuştur. İnançlardan sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir. Bireylerin kararlar alabilmesi ve bunları uygulayabilmesi, kişisel ve toplumsal özelliklerden de etkilendiği için bu konu dikkatlice ele alınmalıdır (9).

2.10. Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlık sektörü içerisinde doktor, hemşire gibi sağlık personelinin verdiği karmaşık bilgileri anlayabilmesine sağlık okuryazarlığı denilmektedir. Ayrıca okuryazarlığı değerlendirmek için; doktorun yazdığı reçeteyi okuyabilmesi, bir daha kontrole geleceği tarihi bilmesi, form gibi yazılı materyalleri okuyabilmesi kriter olarak kullanılmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile bilgilere erişmesi, anlamlandırabilmesi, kullanması kolaylaşmakta ve böylece bireylerin sağlığı korunmakta ve var olan seviyeden daha iyiye yükselmektedir (20,68).

Sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin ulaştıkları bilgilerin doğruluğu, ulaşma şekilleri, hizmete erişimi ve ihtiyaçlarına göre hizmetleri doğru kullanımı sık görülmektedir. Sağlıkları için var olan kaynakların etkin kullanımı, kaliteli sağlık hizmeti alma, hem bireylerin, hem de toplumların sağlıklarını olumlu etkilemekte ve bireylere cesaret vermektedir (9). Sağlık okuryazarlığı, kişisel ve toplumsal becerilerin etkisiyle ulaşılmak istenen bilgileri, sağlığı sürdürecekt ve geliştirecek şekilde kullanmayı içermektedir. Sağlığın daha iyiye ulaşması için, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin değiştirilmesi de sağlık okuryazarlığı ile yapılabilmektedir. Bireyler bu konuda bilgilendirilerek cesaretlendirilmelidir. Bu bakımdan sağlık okuryazarlığı, okuma ve talimatlara uymaktan daha fazla yetenekleri de içermektedir. Bireylere bilgi ve hizmetler konusunda yetki verme oldukça önemlidir. Okuryazarlık isminde de yer aldığı gibi sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkilidir. Kişisel, toplumsal ve kültürle alakalı faktörler de sağlık okuryazarlığını, okuryazarlık gibi doğrudan etkilemektedir (3).

Bireyin okuma becerileri; sağlıkla ilgili her konuda önem arz etmektedir. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, hizmetleri doğru kullanması, kendi sağlığı hakkında sorumluluk alabilmesi ve sonuçları bakımından bireyin sağlık bilgilerine erişmesi, sağlık hizmetlerini kullanması, kendi sağlığını yönetmesi açısından sağlık okuryazarlığı önemlidir (71). Okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkili olsa da; sağlık sektöründeki karışıklık ve bireylerin anlamadığı latince kelimeler ve kavramlar bireylerin sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemektedir (72,73). Sadece okuma yeteneğiyle bağlantılıymış gibi görünen bu kavram diğer okuryazarlık türleri (sözel, yazılı, aritmetik vb.) ve toplumsal faktörlerle de bağlantılıdır (71). Eğitim, sağlık sistemlerinden, toplumsal koşullardan etkilenen sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetinin maliyetini ve sonuçlarını etkilediği belirtilmektedir (12). Tokuda ve arkadaşlarının 2009 yılında yürüttüğü çalışmada da eğitim düzeyinin sağlık

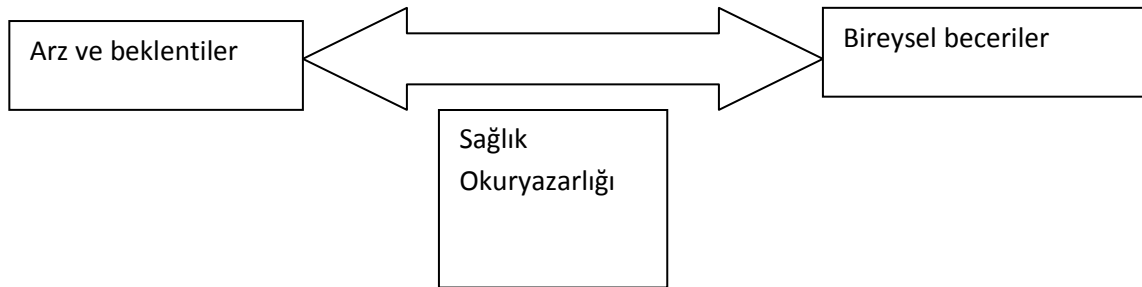
okuryazarlığını etkilediği saptanmıştır. Eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (11).

Bireylerin yaşam yılını ve kaliteyi arttıran sağlık okuryazarlığı; sağlık personeli için hastalarla iletişimi arttırmakta ve kararlara onları dahil edebilmeye olanak tanımaktadır (74).

Bireylerin sağlıklarıyla ilgili kendilerine uygun kararlar almasında okuma, yazma ve anlama yeteneklerini kullanabilmesi olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı, birçok etmenden etkilenmektedir. Bunlar aşağıdaki gibidir:

1. İnsanların ve sağlık hizmeti sunan profesyonellerin iletişim becerileri
2. Sağlık konularıyla ilgili olarak insanların ve profesyonellerin bilgileri
3. Kültür
4. Sağlık hizmetleri ve halk sağlığı sisteminin talepleri
5. Duruma bağlı taleplere bağlıdır (75).

Bireyler sağlık ve biyoloji hakkında okul yıllarında öğrendiklerini unutmuş, o zamanlar eksik öğrenmiş ya da o zaman ki bilgi değişmiş olabilir. Ayrıca stresli ve yabancı bir ortamda verilen sağlık bilgisini muhafaza etmek mümkün değildir (76).



Şekil 5: Sağlık Okuryazarlığı

Yapılan araştırma sonuçlarında; bireylerin sahip olduğu bilgilerde, uzun süreli kronik hastalıklarda tedavi ve bakımı yürütmede sorunlar yaşamaları bu konularda olumsuzluklara, maddi yönden ekstra harcamalara, ilaç kullanımının yanlış olmasına, hastalık ve ölümlere daha sık rastlamaya sebep olmaktadır. Tüm bunların etkisiyle bireyler sağlık kuruluşlarına

daha az başvurmaktadır. Ayrıca bireyler sağlıkları iyice kötüleşince ve ortaya çıkan belirtilere dayanamayınca sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Bu nedenle hastanede kalma sayı ve sürelerinin arttığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerine düzenli başvurmadıkları için acil servise başvuruların arttığı ve maddi yönden büyük kayıplara yol açtığı belirtilmektedir. Yaşlı bireyler sağlık personelinin önerilerini gerek anlamadıkları, gerekse yaşlılığın bir parçası olarak görüp durumu normalleştirdikleri için dikkate almamaktadırlar. Sağlık okuryazarlığının düşük seviyelerde olması, algılanan sağlığı da olumsuz yönde etkilemektedir (9,11). Bir diğer araştırmayla, bireylerin sağlıklı iken birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmadıkları ve son dönemlerinde acil servise başvurarak hizmet aldıkları kanıtlanmıştır (12, 19, 77).

Aşağıdaki belirtilen noktalar sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu gösterebilmektedir.

- Yapması istenilen her şeyde hekim ve hemşireden destek isteme
- Sağlık kuruluşlarına başvuruken yanında birisiyle gelmek
- Kontrole geleceği tarihleri unutması
- Bahaneler üretmesi (Ben gözlüklerimi unuttum.)
- Kullanılan ilaçlarla ilgili önerilere uymama
- Önerilere uymama (Reflüde rahatsızlığı azaltmak için yatağın başucunu yukarı kaldırmak)
- Karar vermeyi erteleme (“Talimatları eve alabilir miyim? ”, ya da “Ben eve gittiğimde okuyacağım.”)
- Etrafındakileri gözleme (Okuyormuş gibi davranma)

Genelde sağlık okuryazarlığı düşük bireyler yukarıdaki davranışları göstermektedir. Hastalarda bu tür davranışları sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi yönünden ipuçları vermektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı değerlendirilirken; bireylerin sosyodemografik özellikleri, bilişsel yetenekleri araç olarak kullanılmaktadır (13).

Sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Okuryazarlık durumu ve seviyesi,
- Gelir durumu (özellikle düşük gelirliler),
- Çalışıp çalışmadığı (işsizlik),
- Daha önceki sağlık tecrübeleri,
- Bilgilendirilme şekli,
- Toplumsal kültür,
- Bireylerin yaşıdır.

Türkiyede sağlık okuryazarlığı konulu yürütülmüş çalışma bulmak oldukça zordur. Az olan çalışmalarda da özel ve nadir görülen hastalık gruplarındaki bireyler incelenmiştir. Bu

alışmalara ve genel duruma bakılarak; sağlık okuryazarlığı seviyesinin toplumda pek i açıcı olmayan sonuçla dşk olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de UNP’ye göre (2011) kişi başına düşen ortalama eğitim yılı ne yazıkki 6.8 yıl olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ise, bireylerin eğitim seviyesinden 3-4 yıl daha dşk bulunmakta ve ülkemizde sağlık okuryazarlığı seviyesinin 4. sınıf seviyesinde olabileceği düşünülmektedir. Bu düşüncelerin bilimsel olarak doğrulanması için çalışmalar yürütülmelidir.

Sağlık okuryazarlığı dşk olan bireylerin bazı belirgin özellikleri olduğu belirlenmiştir. Bunlar;

- Sağlık okuryazarlığı dşk olan bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmadığı ya da az kullandığı,
- Belirtiler ortaya çıktıktan sonra ve son dönemde sağlık kuruluşuna başvurması,
- Sağlığının ne durumda olduğunu anlayamama,
- Sağlık pesoneli tarafından verilen tavsiyelere uymama,
- z bakımını sağlayamama,
- Sağlıkta maddi giderlerin artması,
- Hastalık oranlarında artma olarak belirtilmektedir (11).

Tokuda ve arkadaşlarının (2009) yrttğu sağlık okuryazarlığı ile tam iyilik hali olarak adlandırılan ‘fiziksel ve psikolojik iyilik hali’ ilişkisinin saptandığı çalışmada; bedensel ve ruhsal sağlığını kötü olarak algılayan bireylerin sağlık okuryazarlığının da dşk olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının dşk olması, bireyin kişisel ve çevresel özelliklerinden etkilenmektedir. Uzun süreli kronik hastalığın varlığı ve sağlığı için hizmet arama özellikleri de sağlık okuryazarlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Ne yazık ki sağlık okuryazarlığı düzeyinin gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm ülkelerde yetersiz olduğu görülmektedir. Bu lkelere birçok araştırmadan örnek verilebilir; Avusturya’da her 10 kişiden 6’sı sağlıklarını korumak için yeterli sağlık okuryazarlığına sahip değildir. Amerika’da yetişkinlerle yürütülen çalışmalarda, nüfusun neredeyse yarısının verilen sağlık bilgilerini anlamadığı ve bu bilgileri kullanamadığı saptanmıştır. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusa bakıldığında %59’undan fazlasının temel ve ya temel düzeyin de altında sağlık okuryazarlığı seviyesinin olduğu tespit edilmiştir (12).

Bireylerin; sağlık personelinin anlattıklarını, internette yer alan bilgileri, hastalar için hazırlanan broşürleri anlamadığı, verilen tedaviye uymadığı, kendi durumlarını yansıtacak olan soruları cevaplamadığı ve ya çok zorlandığı sağlık okuryazarlığı yetersizliğinde görülen başlıca davranışlardır. Hastalık ile ilgili ortaya çıkan belirtileri ve durumları ile ilgili bilgileri

ifade etmede de sađlık okuryazarlıđı dűşűk olan bireyler sorunlarla karřılařmaktadır (78). Bireylerin, içinde bulundukları sađlık durumlarını anlamak için sahip oldukları bilgileri anlamadıkları ve bu nedenle sađlıkları hakkında sorumluluk alıp yűnetemedikleri gűrűlmektedir. Sađlık okuryazarlıđı yeterli seviyede olan bireylerin kendi sađlık durumlarını koruyabildiđi ve daha űst seviyelere çıkartarak kendilerine her konuda gűvendikleri belirlenmiřtir (74). Bireyler kendileri için bilgi arama, elde ettikleri bilgiyi anlamada optimal sađlık bakımı olarak adlandırılan aktif bir sűre içinde yer almalıdırlar (71). Sađlık personelinin azlıđı bilinen bir gerçektir. Bireyler tedavi ve bakımları ile ilgili karar verme sűrecine katılarak sűz sahibi olmak istemektedir. Sađlık okuryazarlıđı yeterli seviyede olan bireylerin bu sűrece katılması olumlu olarak hastanede daha az kalmalarına, hastalar için dűzenlenen brořűr ve bilgilendirme kitapçıklarının daha çok kullanılmasına olanak sađlamıřtır (79,80). Bireyin sađlıđı için ihtiyaç duyduđu bilgileri bulma ve etkin kullanımı için anlama ve kendine gűre yorumlama yeteneklerinin bir bűtűn haline sađlık okuryazarlıđı denilmektedir (81).

Tones (2002) ‘eski řiřeye yeni řarap koymak’ řeklinde sađlık okuryazarlıđını betimlemiřtir. Kiřilerin cesaretlendirilmesinin ve kiřisel űzelliklerin űnemini de bu betimleme ile vurgulamıřtır. Pub-Med’de 2005-2012 yılları arasında yayınlanan 5489 makale yer almıřtır; bunlar tanımını, űlűm araçlarını, sıklıđını ve dađılımlarını, sađlık için űnemi, diđer meslek gruplarındaki yeri, sađlık personelinin ve eđiticilerin bu konudaki iřlevi, űzellikli gruplardaki durumu olmak űzere birçok yűnden yűrűtűlen çalıřmalar bulunmaktadır (82).

Sađlık sisteminin karmařıklıđı nedeniyle sađlık okuryazarlıđı bu bilgileri okuyup anlayabilmeyi, kendince deđerlendirebilmeyi ve karar verme sűrecinde kullanmayı içermektedir (10). Dűřűk sađlık okuryazarlıđına sahip bireyler, sađlıkları ile ilgili hizmet aramamakta ve verilen bilgileri anlamamakta, űnerilenleri űnemsememekte ve uymamaktadır (12).

Kronik hastalıkların ciddi şekilde arttığı yaşlı grupta, her 10 kişiden 8’inin dűřűk sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bilinmektedir. Bu bireyler hastaneye gelirken sorulara cevap vermesi ve doldurulması gereken şeyleri doldurmaları için yanlarında mutlaka birini getirmeyi tercih etmektedirler (13). Sağlık personelinin kişisel űzellikleri ile yaşlılara bakış açısının etkisiyle bilgileri anlamayan yaşlıların eğitilmesi konusunda űn yargılı davranmaktadır.

Simond ilk kez sađlık okuryazarlıđına 1974’de ‘‘Health Education as Social Policy’’ bařlıklı makalede yer vermiřtir. Sađlık okuryazarlıđının, bireyler açısından űnemi gűz űnűne

alınarak okul müfredatlarına eklenmelidir. Kitle iletişim araçlarıyla da bu eğitim desteklenerek sağlık sistemine olumlu katkı yaratılması gerektiği düşünülmektedir (90). Bireyin olumlu sağlık davranışları ve sağlık sistemine olan maddi kayıpları düşünülünce 1990'lı yıllarda tekrar gündeme gelen sağlık okuryazarlığı, toplumu etkilediği için halk sağlığının vazgeçilmez konuları arasında yer almaya başlamıştır. Bu kavram, temelinin bireylerin eğitimi, okuryazarlık, sağlık durumunun korunması ve iyileştirilmesi gibi alanlara dayandırmaktadır (68). Pub-Med'de 2013 Ocak ayına kadar 5.832 makale yayınlanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı konusunda 1950'lerde başlayan çalışmalar aşağıdaki gibidir:

- 1950-1970: Global bakış olarak nitelendirilmektedir. Üçüncü dünya ülkelerinde hamilelik konusunda eğitim sağlık okuryazarlığı alanındaki ilk faaliyetlerdir. Cehaletin toplum sağlığı için önemli olduğu vurgulanmaktadır.

- 1970-1980: Sosyal ve ekonomik durumun bireylerin sağlık düzeyleri ile ilişkisi çalışmalarda konu olarak ele alınmaktadır. Aynı zamanda eğitim düzeyinin de sağlık düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

- 1980-1990: RWJ Foundation toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesini ölçme projesi yürütülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıkla ilgili bireyde ortaya çıkan sonuçlar arasında ilişki olduğu tartışılmaktadır.

- 1990- : Sağlık okuryazarlığı ile ortaya çıkan sağlık sonuçları arasındaki ilişki 1990'lara kadar tartışılmış ve bunun önemi sonraki yıllarda da vurgulanmıştır. Bu konuda birçok rapor (AMA, IoM, DSÖ) düzenlenmiştir.

- 2004 Gastein Avrupa Sağlık Forumu: "Sağlık Okuryazarlığının geliştirilmesi" ,Özel gündem maddesi.

- 2008 Brüksel: Avrupa Hasta Forumu – Sağlık Okuryazarlığı Konferansı.

Ortak vurgu: Avrupa genelinde sağlık Okuryazarlığı teşvik edilmeli ve geliştirilmesi için gerekli projeler desteklenmelidir.

Yukarıda kronolojik olarak bahsedilen tüm bu gelişmelerden sonra uluslararası birçok kuruluş "sağlık okuryazarlığı" konusunda raporlar ve kararlar yayınlamaya başladı. WHO (2001), İngiliz Tüketici Konseyi (2004), Avrupa Birliği (EU 2005), Amerikan Tabibler Birliği (AMA 2003), Amerikan Sağlık Bakanlığı bu kuruluşlar arasında bulunmaktadır (10).

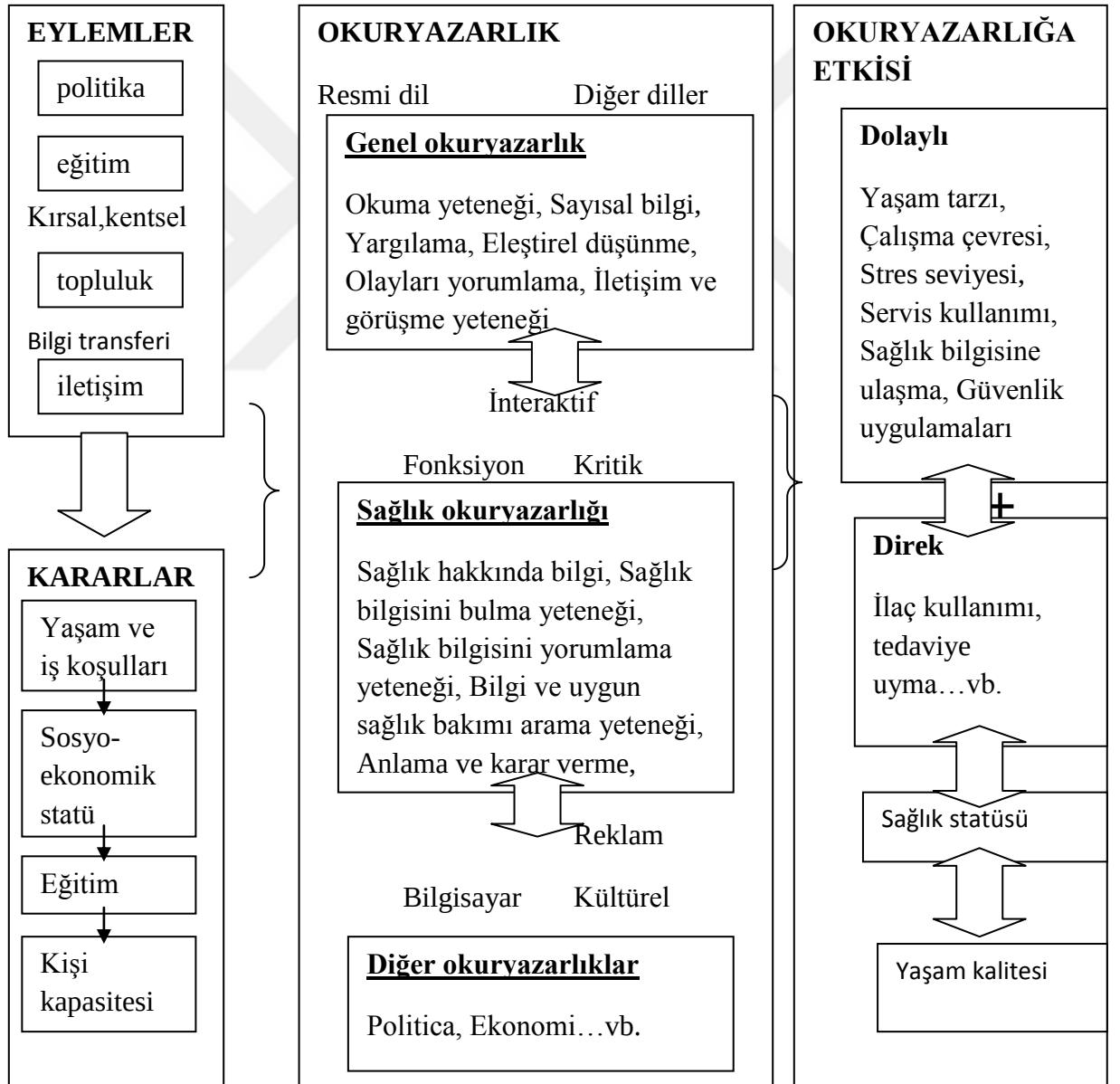
Sağlık okuryazarlığı isminin içeriği sadece okuma becerisinden oluşuyormuş gibi görünse de yazma, matematiksel hesaplamalar, sahip olunan bilgileri ve bireylerin içinde bulunduğu toplumun kültürünü de kapsamaktadır ve tüm bu özelliklerden etkilenmektedir (71). Sağlık okuryazarlığı seviyesi bireylerin, gerekli hizmetleri edinmek ve temel sağlık bilgileri anlamak ve sağlıkları için uygun karar verebilme kapasitesine sahip olma durumunun göstergesidir (83). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin var olan sağlık durumunu koruma, iyileştirme ve bireyleri bu konuda cesaretlendirerek her türlü sağlık bilgisine erişme, bunları mantıksal çerçevede anlama ve sağlıkları için kullanmayı içeren ve aynı zamanda da sosyal çevreden etkilenen bir kavram olarak geniş çaplı tanımlamıştır. Yaşam tarzı değişiklikleri ile bireyler ve toplumların sağlığı iyileştirilebilir. Ancak bireylerin bu konuya yönelebilmeleri için bilgi, beceri ve faaliyete geçme gücü sağlık okuryazarlığı sayesinde olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık seviyesinden etkilenmektedir. Okuryazarlık seviyesi yetersiz olan bireylerin sosyal çevresi ve kültürle bağları kuvvetli olduğu için gelişimleri kolaylıkla kısıtlanabilmekte ve böylelikle gelişmesi engellenen sağlık okuryazarlığı da bireylerin sağlığını negatîf yönde etkilemektedir (84).

Halkın sağlık bilgilerini okuma seviyesi ile okuma seviyesi arasında uyumsuzluk bulunmaktadır. Aynı şekilde iletişim yeteneği ve hasta/sağlık profesyoneli arasındaki iletişimde de uyumsuzluk saptanmıştır. Sağlık bilgilerini anlamak için insanların yeteneği iletişim berraklığı ile ilgilidir. Sağlık profesyonelinin becerileri, tıbbi jargon yükü ve karmaşık sağlık dağıtım sistemleri sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığını ve sağlık iletişimini iyileştirmenin yararları; tedaviye daha bağlı olmasını, kendi bakımında daha fazla yetenekli olmasını, sağlık durumunun gelişmesini, maliyet tasarrufu ve sağlık sisteminde verimlilik sağlar. Sağlık okuryazarlığının artırılması için her zaman ek bilgi gerekmez, çalışmaların etkinliğini arttırmak için bu yöntemleri sağlık çalışanları zaten yapmaktadır (76).

Bilgilendirilmiş onam formu, ilaç prospektüsleri gibi sağlıkla ilgili çeşitli malzemelerin değerlendirilmesinde 800'den fazla hakemli çalışmaların yürütülmesi son 30 yılda ivme kazanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda malzemelerin üzerine yazılanların okuma seviyeleri ile hedef kitlenin okuma seviyeleri arasında uyumsuzluk olduğu bulunmuştur. Aslında, değerlendirilen malzemelerin çoğu ortalama lise mezunu okuma becerilerini aştığı tespit edilmiştir. Jargon ve teknik dil kullanımı sağlık ile ilgili kaynakları gereksiz yere zorlaştırdı. Yapılan çalışmada vizitler sırasında jargon ve tıbbi terim kullanımının %81 olduğu tespit edilmiştir (85).

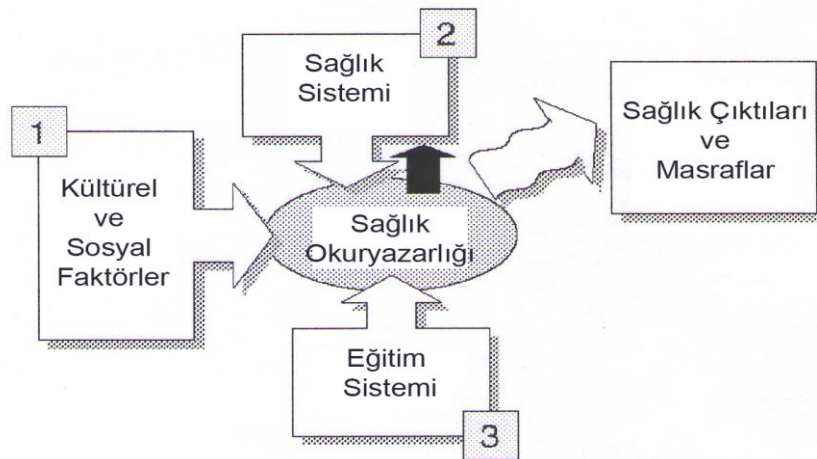
Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığı hakkında; 1) sağlık hakkında bilgi; 2) sağlık bilgileri bulma yeteneği; 3) sağlık bilgileri yorumlama yeteneği; 4) bilgi ve uygun sağlık bakımı arama yeteneği; 5) anlama ve onay verme yeteneği; 6) riskleri anlama yeteneği ile karakterizedir. 2002 Nisan ayında Kanada’da yapılan okuma yazma ve sağlık araştırmasına katılan odak gruplardan bir kavramsal çerçeve hakkında taslak oluşturmak için yorum istendi. Bireylerin kendi yorumlarına dayanarak, çerçeve revize edildi. Bu çerçeve, sağlık okuryazarlığı eylemleri ve belirleyicileri, okuryazarlık etkileri, okuryazarlığın sağlık ve sosyal sonuçları arasında bir köprü görevi görür (86). Sağlık ve okuryazarlık ilişkisinin kavramsal yapısı Tablo 4’de aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4: Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisinin Kavramsal Çerçevesi (87)



(Rootman I., Gordon-El-Bihbety D., Frankish J. Ve ark. National Literacy and Health Research Program Needs Assessment and Environmental.)

Sağlık için önemi tartışılmayacak kadar büyük olan sağlık okuryazarlığının ölçümü için ülkelerde kullanılan ve geliştirilen birçok ölçüm aracı bulunmaktadır. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı ‘Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini’ ve ‘Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi’ olarak bilinmektedir (88). Sağlık okuryazarlığının en çok etkilendiği etmen olan okuryazarlık seviyesini belirlemek için ‘Tek Maddeli Okuryazarlık Tarama Ölçeği’ kullanılmaktadır (71).



Şekil 6: Sağlık Okuryazarlığının Etkileşim Alanları

(IOM. Health Literacy – A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM) The National Academies Press Washington DC 2004.)

Bireylerin içinde bulunduğu kültür, toplum, eğitim ve sağlık sistemi sağlık okuryazarlığını olumsuz ve olumlu olarak etkileyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığının şekillenmesinde rol oynayan bu özellikler bireylerde ortaya çıkan sağlık sonuçlarını ve maddi yükü de etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı diğer bir deyişle; kişisel yeteneklerden, sağlık

hizmeti alınan ortamlardan, sistemlerden, beraber yaşanılan kişilerden, toplumdan ve kültürden etkilenecek şekilde şekillenmektedir (Şekil 6) (89).

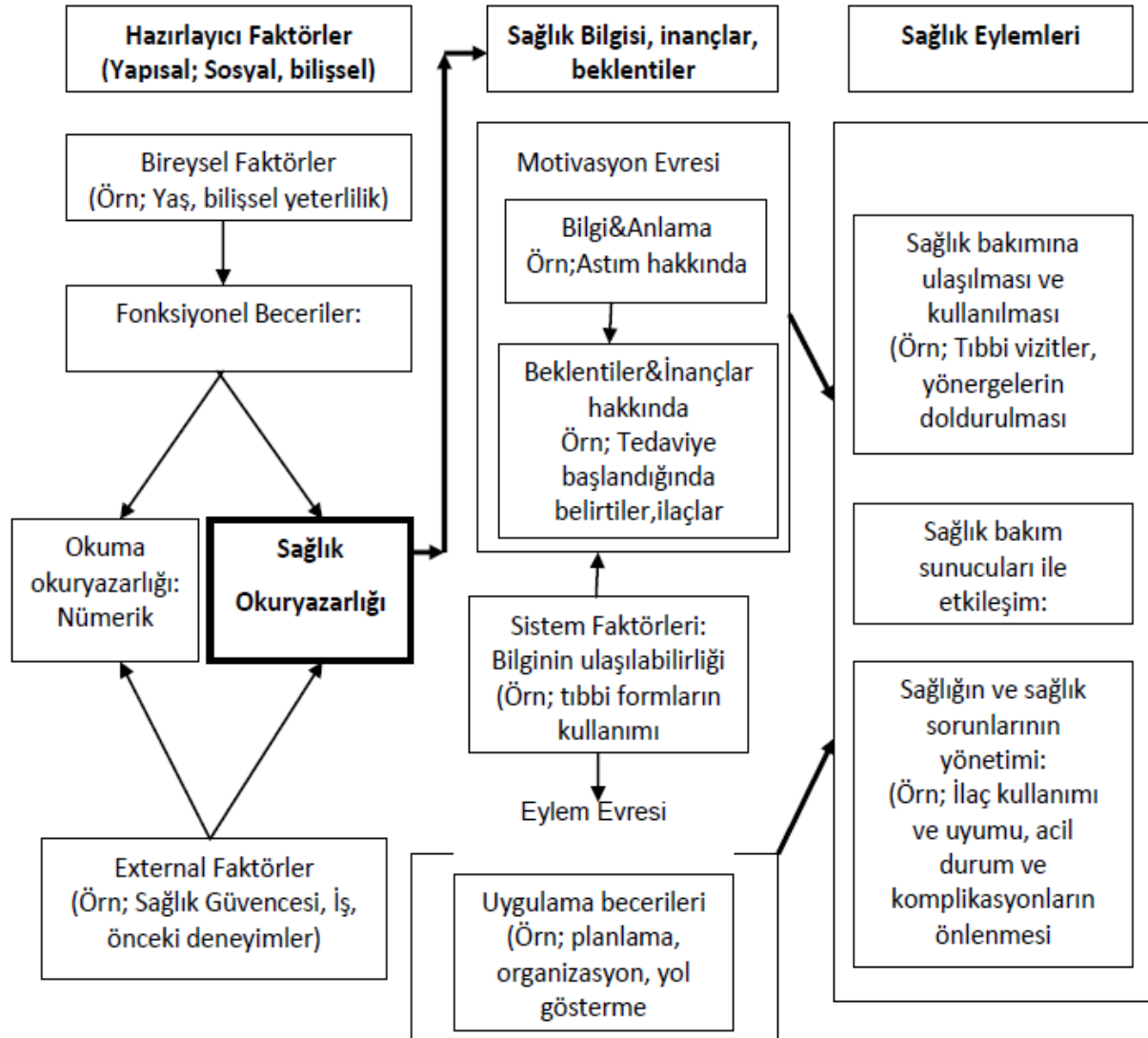
Sağlık okuryazarlığının etkilendiği değişkenler Baker'ın (2006) geliştirdiği modelde belirtilmiştir. Bu modelde kişisel yeterlilik, sağlıkla ilgili okuma, yazma, dinleme, anlama ve ortaya çıkan sonuçlar arasındaki etkileşim belirtilmektedir. Kişisel yeterlilik, bu modelde en önemli unsur olarak belirlenmiş ve sağlık okuryazarlığında ilk adım olarak ifade edilmiştir. Kişisel yeterliliği, okuma seviyesi (metin, matematiksel ve belge) ile bireyde var olan bilgiler (sözcük kapasitesi ve sağlıkla ilgili bilgiler) olmak üzere iki grupta incelemek mümkündür. Bu çalışmada okuma seviyesi üç bölümde incelenmiştir. Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

1. Metni okuyup anlayabilme becerisi (düz yazı okuryazarlığı)
2. Belgelerde yer alan bilgileri bulma ve kendileri için kullanma becerisi (belge okuryazarlığı)
3. Matematiksel işlemleri yapma ve materyallerdeki sayısal ve hesaplama ile ilgili bilgileri kullanma becerisidir (sayısal okuryazarlık) (91).

Baker'ın modeli bilgiyi, sağlık okuryazarlığı konusunda bireyleri cesaretlendiren ancak tek başına sağlık okuryazarlığını yükseltmeyen bir araç olarak değerlendirmektedir. Modeldeki ikinci önemli nokta ise; okuyup dinleme ve iletişim kurma olmak üzere iki bölüm belirlenmiştir. Ancak okuduğunu ve dinlediğini anlama konusu günlük hayatta ne kadar birbirinden bağımsızdır tartışılmaktadır. Bireylerin sağlıkla alakalı okuduğunu ve dinlediğini anlama yeteneği; bireylerin okuma akıcılığına, sözcükkapasitesine, bahsedilen sağlıkla ilgili kavramları daha önce duyup duymadığına, yazılı/sözlü bilgilerin anlaşılabilirliğine ve ona göre karmaşık olup olmadığına göre değişmektedir. Sağlık okuryazarlığı konusunda kişisel özellikler kadar sağlık sisteminin ve hizmet sunucuların özellikleri de belirleyici olmaktadır (19). Sağlık davranışı değişikliğinde var olanın dışında bilgiler öğrenme, bu bilgileri irdeleyip benimsemeye araç olarak sağlık okuryazarlığı kullanılmaktadır. Bu değişiklik sağlık okuryazarlığı ile kolayca meydana gelmemekte; alışkanlıkla, kültür; kültür, toplumsal değerler de etkilemektedir. Etkileyen bu öğeleri bireylerin öğrenmesi ile olumlu düşünmeye, var olanın dışındaki bilgilere ulaşmaya ve kullanmaya, cesaretlenmeye, olumlu sağlık davranışı kazanmaya ve tüm bunlar sonucunda daha iyi sağlık çıktılarına ulaşmak için kolaylık sağlayan bir yol olarak kabul edilmiştir. Baker'ın modelinde de belirtildiği gibi; tanımladığı gibi kişinin sağlık alanındaki okuma yazma becerisi, karşısındakiyle iletişim kurma yeteneği ile sunulan sağlık hizmetin özelliklerinden sağlık okuryazarlığı olumlu ve olumsuz yönde etkilenebilir (93).

2.10.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Kavramsal Yapı

Shone ve ark.'nın (2009) belirttiği gibi sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısı Şekil 7'de görülmektedir.



Şekil 7: Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı (92)

(Shone L., Conn MK., Sanders L., Halterman JS. The Role of Parent Health Literacy Among Urban Children with Persistent Asthma. Patient Education and Counseling 2009;75: 368–375.)

Shone ve arkadaşlarının (2009) belirlediği sağlık okuryazarlığı ve sağlık eyleminin kavramsal yapısını, Von Wagner ve arkadaşları geliştirmiştir. Belirlenen bu sağlık davranışlarını belirleyen etmenler aşağıdaki gibidir;

(1)Sağlık sistemine erişim ve etkin kullanma

(2) Sağlık bakım hizmeti verenlerle etkileşim içinde olma

(3) Var olan hastalıkların yönetimi olmak üzere üç madde de ele alınmıştır. Bu davranışlara ulaşmak için çevresel ve bilişsel etmenlerin hazırlayıcı olmakla beraber, kişisel etmenlerin, sahip olunan sosyal güvenlik kurumunun, iş hayatı ve önceki deneyimlerin okuryazarlığı etkilediği gibi doğrudan sağlık okuryazarlığını da etkilediği belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığının bilgi, inançlar ve beklentilerle ilişkili olduğu bilinmektedir (92). Tüm bu özellikler hastalıklar konusunda bireylerin bilgi edinmelerini ve olanları anlamalarını yakından etkilemektedir. Bilgiye ulaşma kolaylığı tedavinin planlanmasını, yürütülmesini ve girişimlere yatkınlığı etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, hastalıkta ve yaşamın her döneminde gereksinim duyulan bilginin elde edilmesi, sağlık ve hizmet sistemlerine ulaşımı ve kullanımını, semptom yönetimini, sağlık personelleri ile iletişim kurmasını ve etkileşimini kolaylaştıracak ve istenen sonuçlara ulaşımı sağlayacaktır (11).

2.10.2. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

Sağlık okuryazarlığı Nutbeam tarafından hastalıklar oluştuktan sonraki dönemi içeren klinik tedavi ve sağlıklı dönemi içeren halk sağlığı evresi olmak üzere iki farklı bakış açısıyla incelenmiştir. Olumsuz olması nedeniyle klinik yaklaşımda “risk” olarak değerlendirilirken halk sağlığı yaklaşımında ise olumlu anlam ifade eden “kazanç” kelimesiyle değerlendirilmektedir (68). Klinik açıdan hastalığın olduğu dönemi içerdiğinden düzenlenen tedavi ile okuryazarlık seviyeleri arasındaki bağ tanımlanmaktadır. Tedaviye uyumu açıklamak için de kullanılmaktadır (93). Klinik tedavi döneminde, sağlık okuryazarlığının düşük olması olumsuz etkiler doğurmaktadır. Bu nedenle ve bireyler isterse bu sorunu çözebileceği için risk faktörü şeklinde değerlendirilmektedir. Hasta ve sistem açısından riskleri değerlendiren Paasche-Orlow ve ark. mantık modelini bireyler için oluşturmuşlardır. Bu model hizmetlere ulaşımı, sağlık personelleriyle kurulan iletişimi ve öz bakımın sağlık okuryazarlığı seviyesinden etkilendiğini vurgulamaktadır. Amerikan Tıp Enstitüsü, Paasche-Orlow ve Wolf’un mantık modelini ve Baker’ın değişikliklerini sentezleyerek risk faktörü şeklinde tanımlamıştır (68).

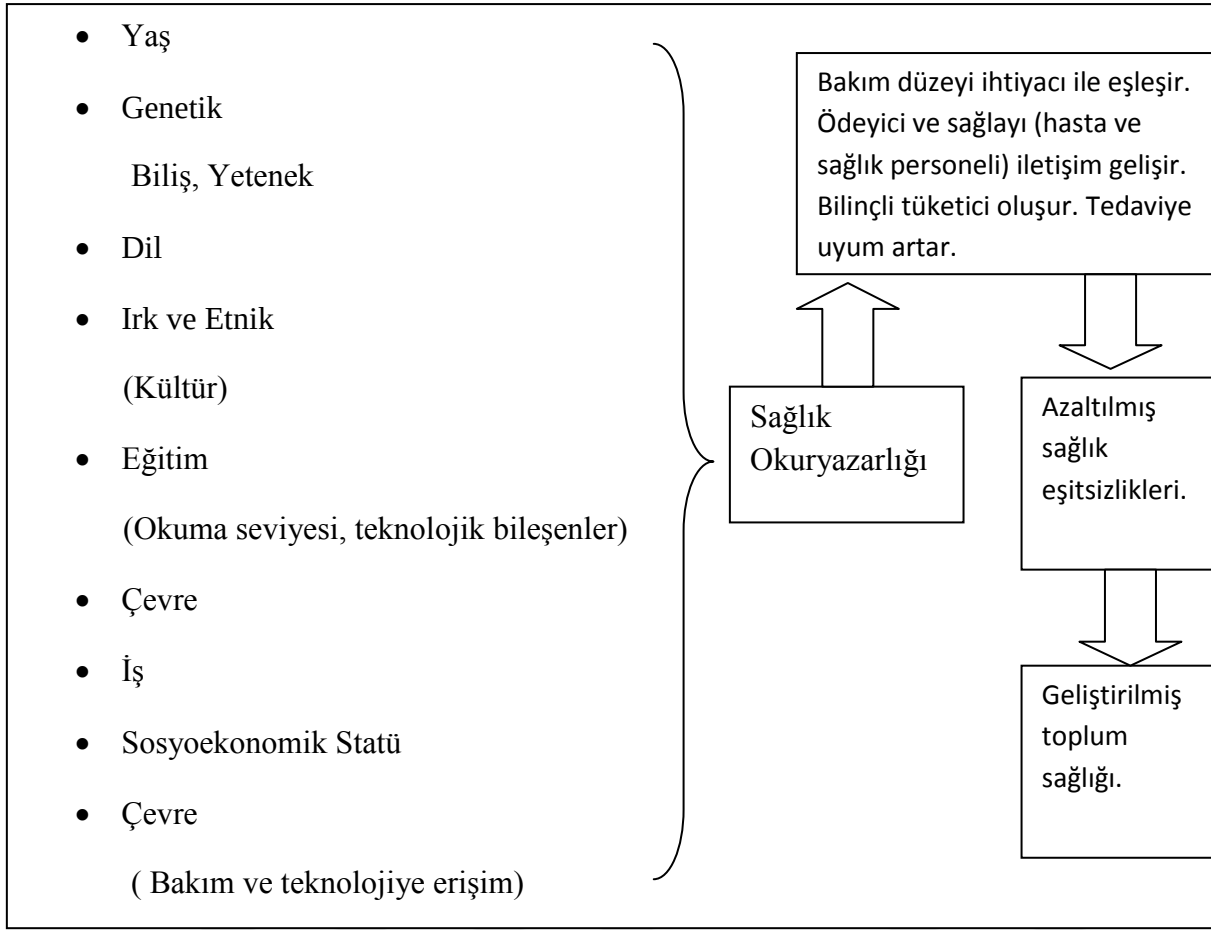
Paasche-Orlow ve Wolf (2007) ölçüm aracı ile bireylerin ve toplumun ne düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirlemekle modelini geliştirmiştir. İletişim kurarak

düşük okuryazarlığı olan bireylerin tespit edilmesi ve bu bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasında örgütlenmenin önemini vurgulamaktadır. Hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması için örgütlenmenin ve sağlık personelinin davranışlarının daha dikkatli hale gelmesi ve hastalarla iletişimin kalitesi artmaktadır. Her bireye özel olarak hazırlanmış hasta eğitimleri ve iletişim ile bireylerin gereksinimleri daha doyurucu olarak karşılanmaktadır. Bunlar tedaviyi de etkilemekte ve olumlu sağlık çıktılarına zemin hazırlamaktadır. Kişilerin okuma yazma becerileri ve bilgileri, hizmetler, iletişim, yapabilme güçleri, sağlık eğitimi de bu modelle sağlık okuryazarlığı açısından incelenen özelliklerdir (94).

Kazanç modeli ise, diğer bir modeldir. Eğitimler, araştırmalar, halk sağlığı ve sağlığa bireyleri katma kazanç modelinin içerisinde yer almaktadır. Bu modelin içerisinde yer alanlar sağlık davranışlarını değiştirmede eğitim ve iletişimin önemini etkilemektedir. Ancak çevresel etmenler, sosyal hayat da bu etkileşime dahil olmaktadır. Sosyal ve çevresel özelliklerin denetimli olarak sağlığın kötüleşmesini engellemek için sağlık okuryazarlığı en önemli araçtır (68). Risk modeli gibi bu modelde de öncelikle bireylerin bilgi durumları ve kapasiteleri öğrenilmektedir. Durum tespitinden sonra eğitim ve iletişim aşamalarına geçilmektedir. Bu modelin birçok türü vardır. Önemli ölçüde çeşitlilik gösterir. Bireylerin bilgi, sosyal yetenek, beceri ve kapasitelerinin geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimleri planlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük olmayan bireyler, sağlık davranışlarını değiştirerek sağlıklarını daha iyiye götürecek bir sürü şey öğrenmelerine imkan tanınmaktadır. Erken tanı koymada hayati öneme sahip olan tarama programlarına başvurma, olumsuz sağlık davranışları olan sigara ve alkolü bırakma gibi bireysel işlemler sonucunda bunları karşısındaki bireylere önererek toplumsal işlemlere de neden olabilirler (95).

Risk ve kazanç modelleri benzer gibi görünse de birbirinden farklıdır. Her ikisinin de ortak noktası okuryazarlık ve sayısal beceri temeline bağlı olması ve ortamdan ortama değişebilmeleridir. Sağlık eğitimi kazanç modelinde kişilerin sağlıkları üzerinde kontrolü sağlamaya imkan vermektedir. Risk modelinde ise, sağlık eğitimi amaca yöneliktir. Tedavilere uymaya yönelik eğitimler planlanmıştır (95). Kazanç modeline halk sağlığı yaklaşımı da denilebilmektedir. Risk yaklaşımına da klinik yaklaşımı ifadesi kullanılabilmektedir. Kazanç modeli risk modeline göre daha kapsamlıdır (93).

Sağlık okuryazarlığı modeli birçok kişi tarafından oluşturulmuştur. Pawlaks'ın 2003 yılında oluşturduğu sağlık okuryazarlığı modeli aşağıda Şekil 8'de görülmektedir.

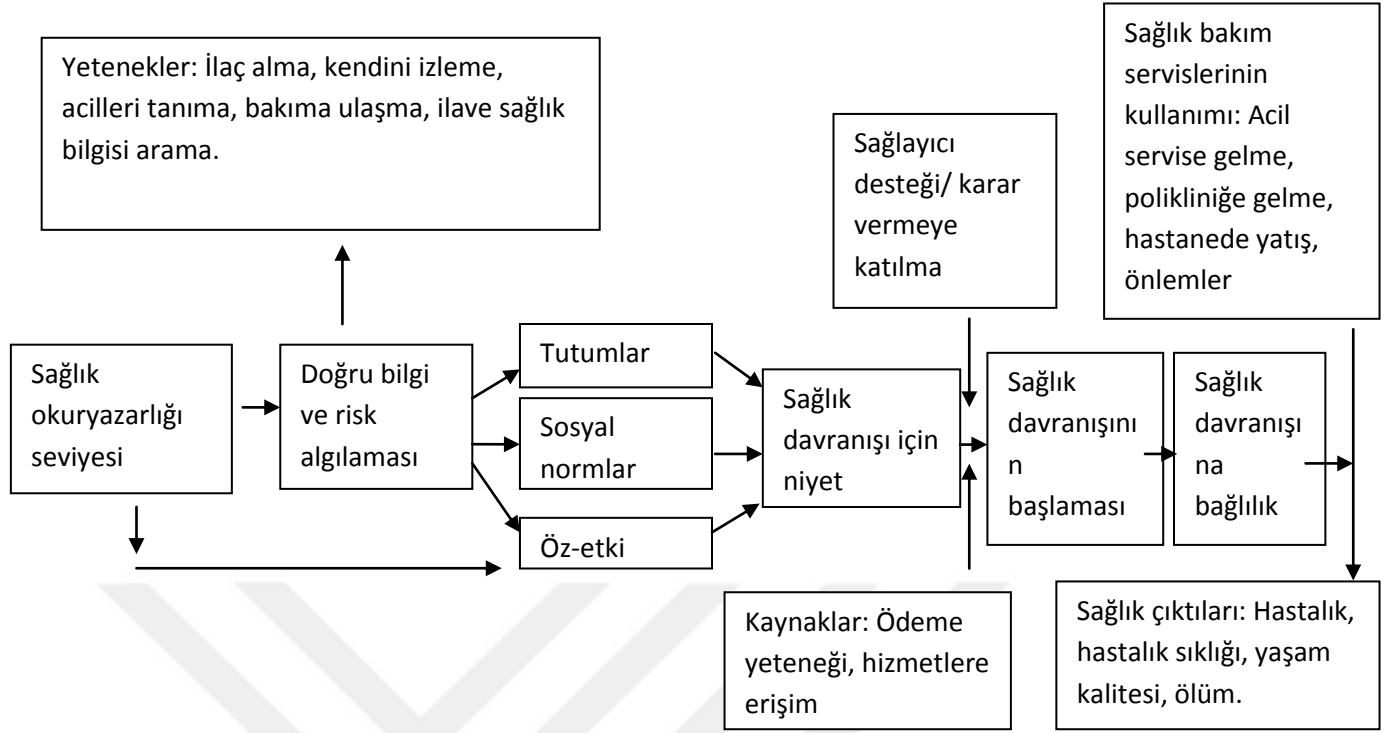


Şekil 8: Pawlaks'ın Sağlık Okuryazarlığı Modeli (2003) (87)

(Rootman I., Gordon-El-Bihbety D., Frankish J. Ve ark. National Literacy and Health Research Program Needs Assessment and Environmental.)

Toplumsal büyük bir bölümünü etkileyen sağlık okuryazarlığı becerilerinin, sosyoekonomik özellikler ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Modelin güçlü yönlerinden biri, sağlık okuryazarlığı ile sağlığın çeşitli belirleyicilerinin sağlık sonuçları arasında bağlantılar olmasıdır. Bu nedenle model birden fazla alanda stratejilerin geliştirilmesi için kullanılabilir. Modelin zayıf yönlerinden biri Amerika'da sağlık hizmetleri ve sağlık servislerinde tüketici/ hasta odaklı bir Model olmasıdır. Modelin diğer zayıf yönü ise, bireyin deneyimlerinin ve bilgiyi anlamasının bilgiye ulaşmasına etkileyebileceğini içermemesidir (87).

2011 yılında da sağlık okuryazarlığı çalışmalarını analiz etmek için mantık modeli geliştirilmiştir (Şekil 9).



Şekil 9: Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları Analiz Etmek İçin Mantık Modeli (96)

(Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review Evidence Report/ Tecnology Assessment Mart 2011;199.)

2.10.3. Sağlık Okuryazarlığı Türleri

Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını üç başlık altında incelemiştir;

Temel (Fonksiyonel, İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı: Sadece okuma yazma yeteneğini içerir. Sağlıkla ve sistemle ilgili yazılı materyalleri okuma becerisini gösterir. Kötü fonksiyonel sağlık okuryazarlığı (FHL) düşük eğitim düzeyi olan hastalarda, yaşlı hastalarda, ırksal ve etnik azınlıklar arasında yaygındır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların sadece okuma ve rakamsal sınırlamaları olmayabilir aynı zamanda sözlü iletişimde işleme zorlukları da olabilir(68).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı: İleri düzeyde sağlık okuryazarlığını tanımlar. Sadece okuma yazmayı değil, tüm bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir ve ileri düzeyde okuryazarlık gerektirir. Sağlıkla ilgili verilen bilgileri anlama, aktivitelere katılma gibi özellikleri içerir (68).

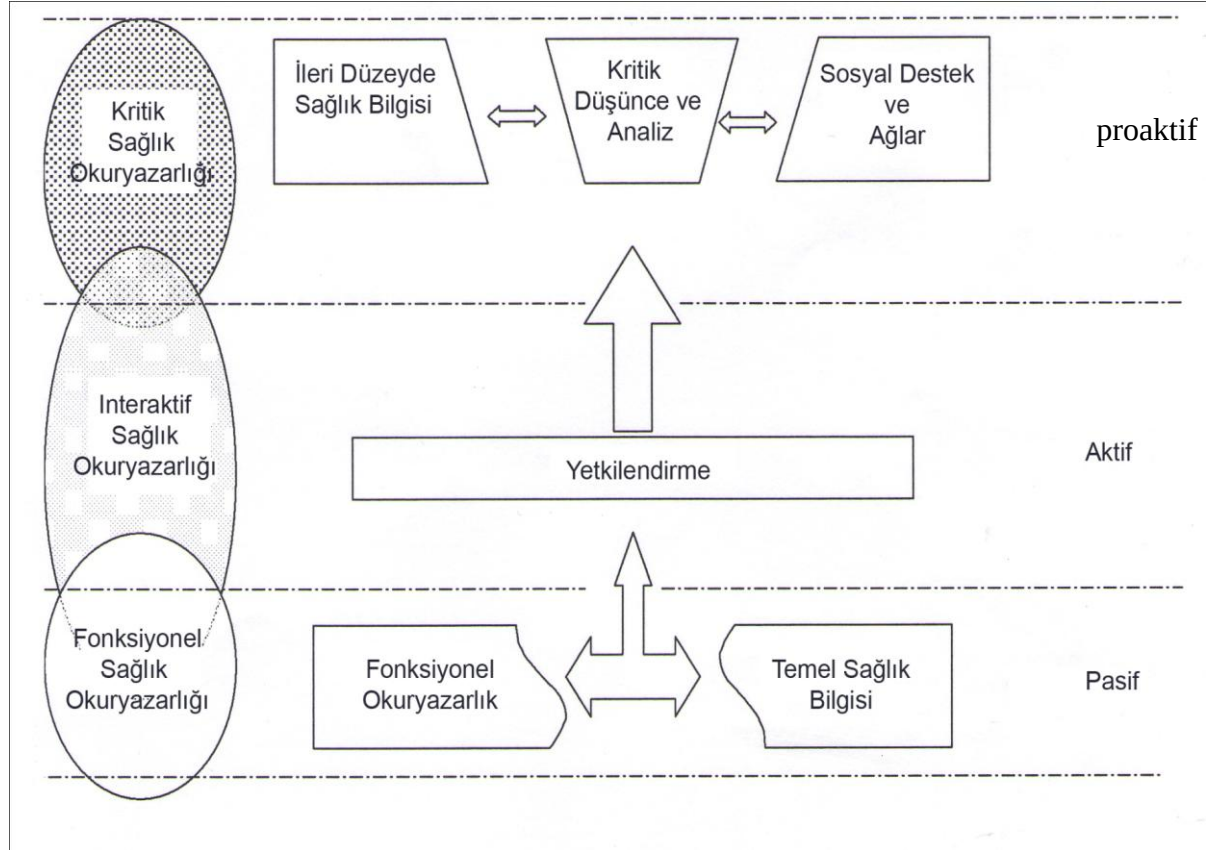
Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili verilen bilginin eleştirel olarak düşünülüp kararların verilmesinde ileri seviyede bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir. Örneğin; sağlık

sistemini eleştirel olarak olarak inceleme, kişisel ve sosyal becerileri geliştirme, sağlığı toplumsal ve maddi olarak tanımlama, sağlığın siyasi ve maddi yönlerini anlama gibi beceriler bu gruba dahil edilebilir (68).

Sağlık okuryazarlığı türlerinin Tablo 10’da sunulması aşağıdaki gibidir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi

Bireysel rol



Şekil 10: Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi (97)

(18. European Health Forum Gastein, 2004.)

Sağlık okuryazarlığı türleri, içeriği ve faydaları Tablo 5’de görülmektedir.

Tablo 5: Sağlık Okuryazarlığı Türleri, İçeriği ve Faydaları (98)

Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve Eğitim Hedefi	İçerik	Bireysel Fayda	Toplumsal Fayda	Örnekler
Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Enformasyonların iletilmesi	Sağlık riskleri ve hizmetleri hakkında bilgilerin aktarılması	Risk ve sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilerin geliştirilmesi	Sağlık taramalarına katılımı arttırmak	Kişiler arası iletişim ve medya ile bilgileri aktarmak
İnteraktif sağlık okuryazarlığı: Kişisel becerilerin geliştirilmesi	Yukarıdaki gibi ve destekleyici bir çevre içerisinde yetenekleri geliştirmek	Bilgiye dayalı olarak olarak bağımsız hareket edebilmek, motivasyonu ve kendine güveni Arttırmak	Sosyal normları etkileme kapasitesini arttırmak ve sosyal gruplarla etkileşime geçmek	Özel ihtiyaçlara uygun sağlık iletişimi uygulamaları gerçekleştirmek; toplumun kendi kendine yetmesini çeşitlendirmek ve grupları sosyal olarak desteklemek, değişik iletişim kanallarını kombine etmek
Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Toplumu ve bireyi güçlendirmek	Yukarıdaki gibi ve sağlığı etkileyen sosyal ve ekonomik detarminantlar hakkında	Sosyal ve ekonomik sıkıntılar karşısında bireysel direnci	Sağlığın sosyal ve ekonomik detarminantlarına yönelik olarak eyleme geçme kapasitesini	Toplumsal eylemi desteklemek için teknik önerilerin temin edilmesi, kanaat önderleri

	enformasyonların temini, bununla ilgili gerekli değişikliklerin yapılması için harekete geçmek	arttırmak	arttırmak, toplumu harekete geçirmek	ve siyasilere yönelik enformasyonların savunulması, toplumun gelişmesini arttırmak
--	--	-----------	--------------------------------------	--

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Aşağıdaki tabloda (Tablo 5); sağlık okuryazarlığındaki farklılıklara üç madde ve bunları kapsayan dört özellik sebep olmaktadır. Üç madde; hastalıklardan koruma, sağlık bakımı ve sağlık promosyonlarıdır, dört özellik ise; sağlıkla ilgili bilgiye erişim, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama/kullanmadır. Sağlık okuryazarlığının 12 alt basamaklarla ölçümü yapılabilmektedir (101).

2.10.4. Sağlık Okuryazarlığının Alt Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt ölçekleri ve başlıkları aşağıdaki tabloda görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Sağlık Okuryazarlığının Alt Düzeyleri (101)

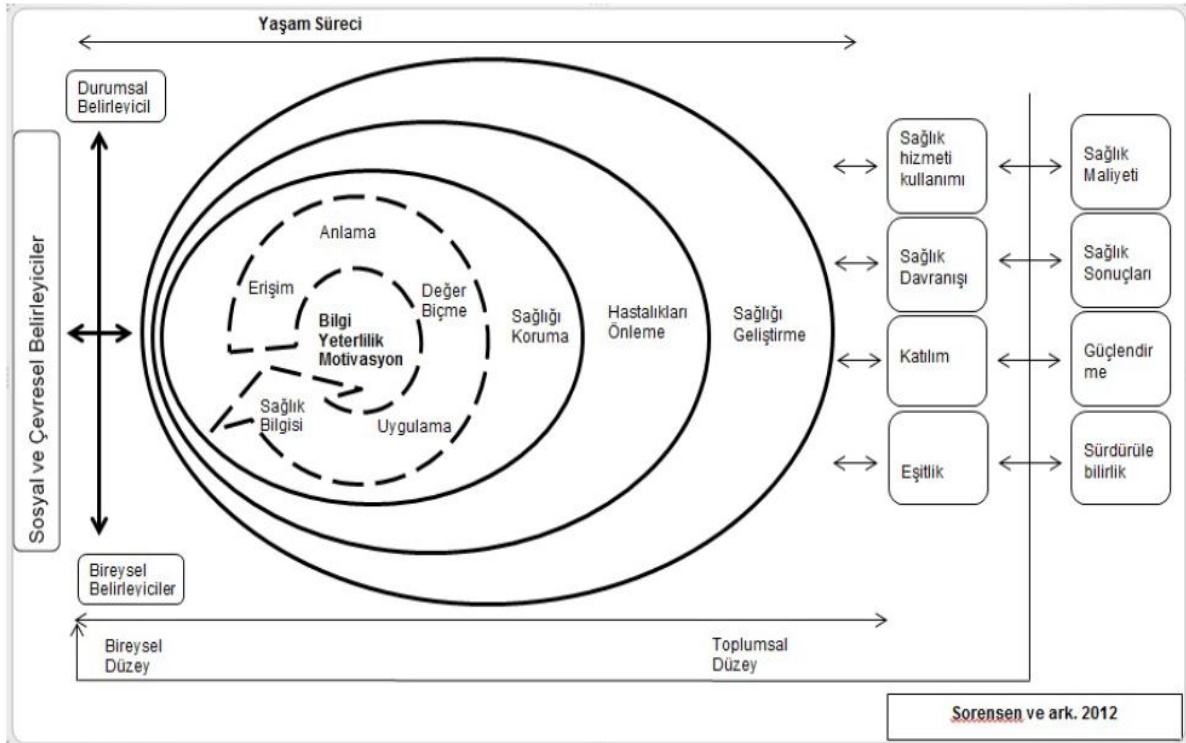
Sağlık okuryazarlığı	Sağlık bilgisine erişim	Sağlık bilgisini anlama	Sağlık bilgisini yorumlama/yargılama/değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma
Sağlık bakımı	Tıbbi ve klinik konularında bilgiye erişim yeteneği	Tıbbi bilgileri anlama ve anlam üretme yeteneği	Tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Tıbbi konularda bilinçli kararlar alma yeteneği
Hastalıklarda korunma	Risk faktörleri hakkında bilgiye erişim yeteneği	Risk faktörleri hakkında bilgiyi anlamak ve anlam üretmek yeteneği	Risk faktörleri hakkında bilgiyi yorumlamak ve değerlendirme yeteneği	Risk faktörleri ile alakalı bilgiyi yargılama yeteneği
Sağlık promosyonu	Sağlık konularında kendini güncelleme yeteneği	Sağlık ile ilgili bilgileri anlama ve anlam üretme yeteneği	Sağlık sorunlarıyla ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlık konularında yansıyan bir görüş oluşturma yeteneği

(Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı. Türk J Public Health 2014; 12; 1: 61-68.)

Avrupa ülkelerinde sağlık okuryazarlığını ölçmek için 47 soru ve 12 grup şeklindeki ölçüm aracı kullanılmıştır. Çalışmaya sekiz ülke dahil edilmiştir; İspanya, Almanya, Yunanistan, Avusturya, İrlanda, Bulgaristan, Hollanda ve Polonyadır. Ülkeler alınan puanlara göre dört grup şeklinde değerlendirilmiştir. Gruplandırma ‘yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi’ şeklinde yapılmıştır. Ülkelerdekilerin %2 ve %27 oranlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı puanı aldığı saptanmıştır. Hollanda’da bireylerin %29’u, Bulgaristan’da ise %62’si düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bireylerin %50’den fazlası yeterli düzeyde sağlık

okuryazarıdır. İrlanda’da her 10 kişiden altısı, Hollanda’da ise her 10 kişiden yedisi ölçekten yeterli ve çok iyi diye gruplanan puan almıştır. Yeterli ve çok iyi puan alanlar Bulgaristan’da %37, İspanya’da %42 payla en düşük oranda yeterli derecede puan alan bireyler bulunmaktadır (99). Yürütülen bu çalışma sonuçlarına bakarak, tüm ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu, ancak alınan puanların ülkeden ülkeye değişebildiği saptanmıştır. Bazı ülkelerde kendi içerisinde bile uçların olduğu görülmektedir. Bu sekiz ülkedeki bireyler değerlendirildiğinde %12’sinin düşük ve %35’inin de bilgi anlamında problemler yaşadığı tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi düşük olanların, azınlıkların, ekonomik durumu kötü olanların, göçmenlerde, yaşlılarda, kronik hastalığı olanlarda ve sağlık algısı düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı puanları da düşük bulunmuştur (100).

Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (Şekil 11).

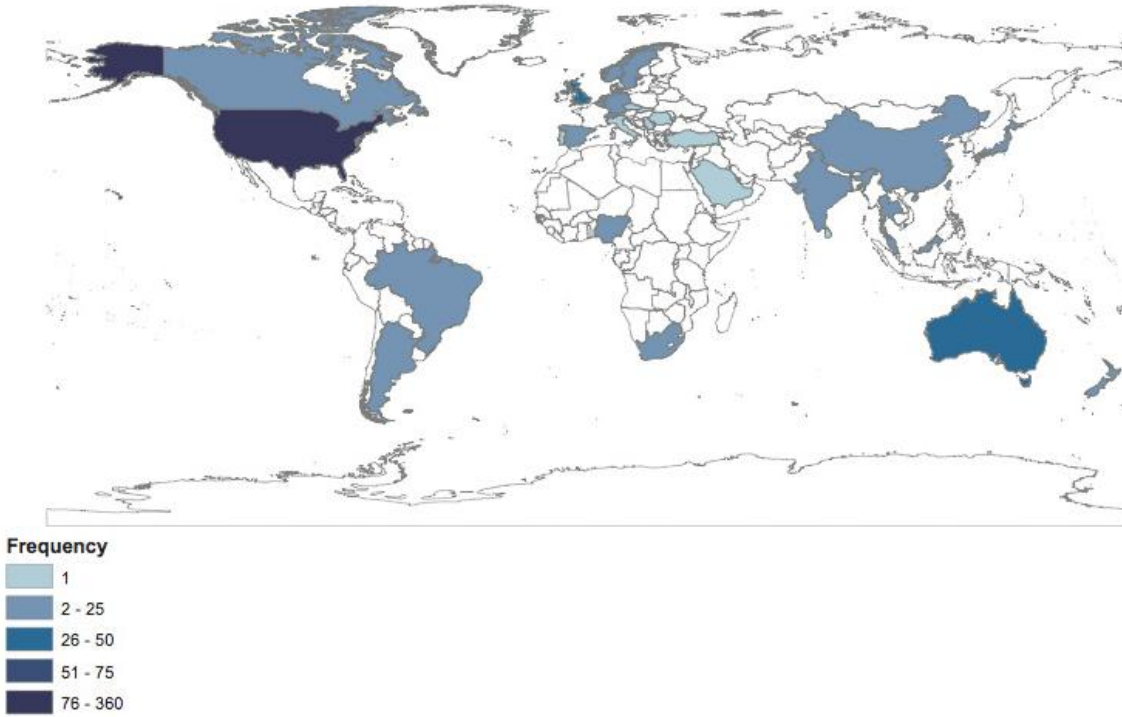


Şekil 11: Sağlık Okuryazarlığı Belirleyicileri (99)

(Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 2012;25;12: 80.)

2.10.5. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık %16'sı (776 milyon yetişkin) temel sağlık okuryazarlığı seviyesinden yoksundur. Ne yazık ki bu bireylerin 2/3'ü kadındır (62). Sağlık okuryazarlığı yayınlarının 2012 yılında ülkelere göre sıklığı Şekil 12'de gösterilmiştir.



Şekil 12: Ükelere Göre Sağlık Okuryazarlığı Yayınlarının Sıklığı (2012) (62)

(United Nations Educational Scientific And Cultural Organization (Unesco) The Global Literacy Challenge A Profile of Youth and Adult Literacy at he Mid-point of the United Nations Literacy Decade. 2003 – 2012, Erişim:[<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf>], Erişim tarihi: 06.04.2011.)

ABD’de, 49.523 adet, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri + AB’ye aday ülkeler + Norveç ve İsviçre’ de toplam 13.710 adet araştırma bulunmaktadır. Sonuç olarak A.B.D.’de yapılan araştırma sayısı, tüm Avrupa’da gerçekleştirilen araştırma sayısının 3 katından fazladır. Türkiye, toplam 492 araştırma ile 14. sıradadır (102).

2.10.5.1. ABD’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da ortaya çıkmıştır. Son 10 yılda uluslararası düzeyde duyulmaya başlamıştır. Buna rağmen Avusturalya, Kore, Japonya, İngiltere, Hollanda ve İsviçre de sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde Yürütülen çalışmalar 1/3’ünden az yer kaplamakta ancak sağlık politikalarını etkilemektedir. Farklı yaş gruplarına yönelik okuma yazma programları Avrupa komisyonu olarak önerilen güçlendirme ve öncelikli sağlık eylemleri olarak adlandırılmaktadır (102).

Amerika Birleşik Devletleri yetersiz sağlık okuryazarlığı açısından risk altındadır; 10 Amerikalıdan 9’u sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir. ABD sağlık aktiviteleri okuryazarlığı (HALS) ölçeğini kullanan ilk ülke olmuştur. 1992’de yapılan ulusal yetişkin okuryazarlık araştırması (NAL) ilk büyük nüfus temelli araştırma olarak adlandırılmıştır (103). Tıp sağlık enstitüsü 2003 yılında sadece ekonomik olarak değerlendirilen sağlık okuryazarlığı için bir dönüm noktası olan ‘Sağlık okuryazarlığı: Karışıklığın sonu’ başlıklı makale yayınladı (83). ABD ‘de 90 milyon insan hasta deneyimlerini ve sağlık bilgilerini anlama konusunda risk altındadır. Okuryazarlık becerilerinin yaştan ziyade bireyin sağlık durumunun güçlü bir belirleyicisi olan gelir, istihdam durumu, eğitim durumu ve etnik/ırksal grup özelliklerinden de etkilenmektedir. Her 5 Amerikalıdan biri 5. sınıf ve altı seviyede sağlık okuryazarlığına sahiptir. Çoğu Amerikalının ise 9. sınıf seviyeden 8. sınıf seviyede olduğu ancak yazılı sağlık materyallerinin ise 10. sınıf düzeyinde yazıldığı saptanmıştır. 60 ve üzeri yaş grubunun %66’dan fazlası yetersiz sağlık okuryazarlığı yeteneğine sahiptir. Düşük sağlık okuryazarlığı Amerikan sağlık sistemi üzerinde büyük bir maliyet yükü olmuştur; eğitim seviyesi düşük olan bireylerin sağlık maliyeti yüksek okuryazar olan bireylere göre 4 kat daha fazladır. Düşük sağlık okuryazarlığı olan ve diyabet, hipertansiyon ve astım gibi kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları/sağlıkları ve özyönetimleri hakkında daha az bilgiye sahiptir (104). Mevcut veriler Amerikan yetişkinlerin 1/3’ünden daha fazlasının (yaklaşık 89 milyon) yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekli tıbbi tedavileri

üstlenmek ve yürütmek konusunda eksik kalmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı Amerika Birleşik Devletleri'nde önemli bir sorundur. 2003 yılında, Amerika Birleşik Devletlerinde yaklaşık 80 milyon yetişkin (Bu sayı nüfusun ortalama %36'sı olarak nitelendirilebilir.) sağlık okuryazarı değildi. Amerika'da 'Amerikan Tıp Derneği Bilimsel İşler Konseyinin' yürüttüğü çalışmada iletişim sorunu ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (105). Bireyler iletişim sorunu nedeniyle şikayetlerini ifade edememekte ve tedavi almaları zorlaşmaktadır. Çalışmanın gösterdiğine göre yetersiz okuryazarlık, hastaneye yatışları arttırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireyler koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmamakta ya da son evrede başvurmaktadır. Bunun sonucu olarak da hastaneye yatış sayı ve sıklığı artmaktadır (106).

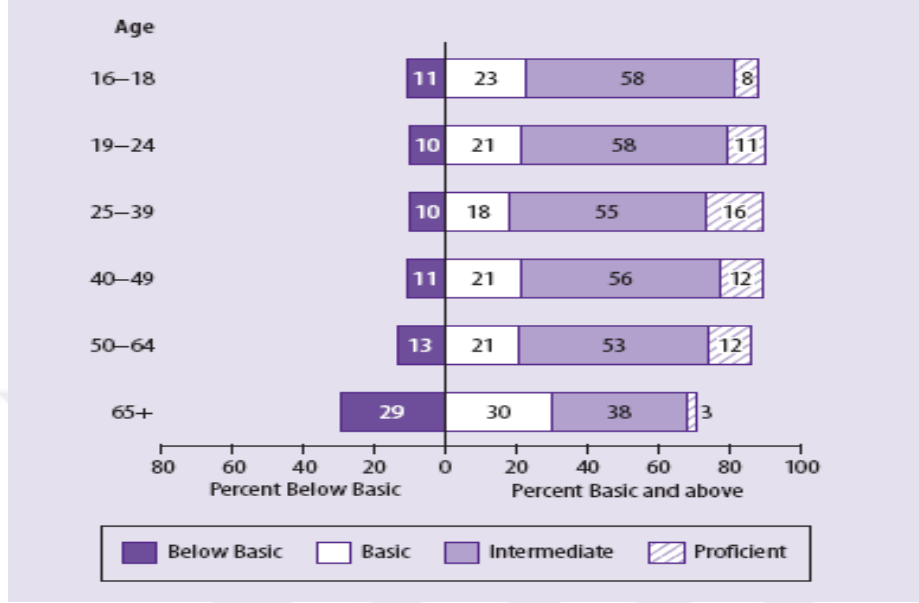
Amerika'da neredeyse 77 milyon kişi temel ve temelin de altında sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bu nedenle daha fazla sağlık bakımı ararlar ve yaşlı yetişkinler için zor bir durumdur. Amerika'da en hızlı büyüyen segmentin nüfus olduğu ve 2030 yılında nüfusun 71 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Tahminler 65 yaş ve üzeri nüfusun %45'inin 4. düzey yani düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca yaşlı nüfusta daha az okullaşma görülmekte ve yaş arttıkça okuma yeteneğinde azalma meydana gelmektedir. Diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler problemler gibi kronik hastalıkları olan bireylerin öz-yönetimlerdeki eksiklik düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir (107).

Ulusal değerlendirme raporuna göre yetişkinlerin sadece %12'si yeterli sağlık okuryazarlığına sahiptir. Diğer bir deyişle 10 yetişkinden 9'u kendi sağlığını korumak ve hastalığı önlemek için gerekli bilgiye sahip değildir. Ayrıca %14 yetişkinin (30 milyon kişi) temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altındadır. Bu yetişkinlerin %42'si yeterli sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %28'i sigortadan yoksun olduğu saptanmıştır (76).

NAAL raporuna göre; yetişkinlerin çoğunluğu (%53) orta derecede sağlık okuryazarlığına sahiptir. Yetişkinlerin %12'si yeterli sağlık okuryazarlığına, kalan yetişkinler arasından %22'sinin temel sağlık okuryazarlığına ve %14'ünün temel sağlık okuryazarlığının aşağısında sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesi erkeklerden yukarıdadır; temel sağlık okuryazarlığı seviyesinin altındakilerin oranı erkeklerde %16.0 iken kadınların ki %12.0 olarak bulunmuştur. Yaşları 65 ve üzeri yetişkinler genç yaş gruplarında ki erişkinlere göre daha düşük ortalama sağlık okuryazarlığına sahiptirler. Orta ve yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesindeki 65 ve üstü yaş

grubundaki yetişkinlerin yüzdesi diğer yaş grubundaki yetişkinlerin yüzdesinden daha düşük bulunmuştur (108).

Yaşlara göre sağlık okuryazarlığı seviyesi Şekil 13’de gösterilmektedir.



Şekil 13: Amerikada Yaşa Göre Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi (108)

(The Health Literacy of America’s Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy U.S. Department of Education. National Center for Education Statistic 2006.)

2.10.5.2. Kanada’da Sağlık Okuryazarlığı

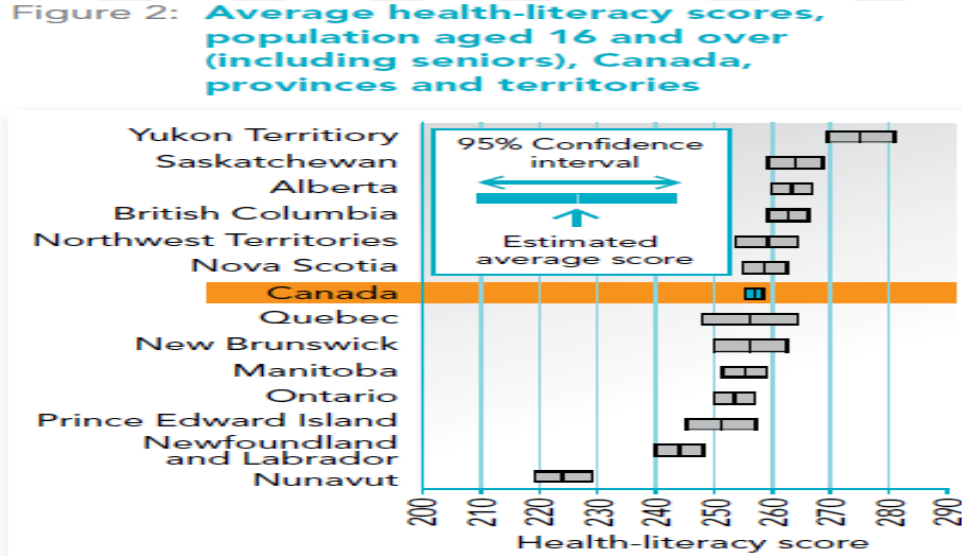
Sağlık okuryazarlığı konusunda ulusal bir anket ilk kez 1994 yılında yapılmıştır. Ulusal ve il düzeyinde mevcut sağlık okuryazarlığı eksikliğini web siteleri ve eylemlerle kapatmaya karardır.1980’lerin sonunda eğitim ve sağlık çıktıları arasında kurulan bağlantıların yer aldığı raporlar çığır açmıştır. Bu raporlar Kanadalıların bu alanı incelemesi için ilham kaynağı olmuştur. 1994 yılında kurulan Ulusal Kamu Sağlığı Birliği okuryazarlık ve sağlık programı sağlık okuryazarlığını tanımlamak için birçok kuruluş ağıyla işbirliği içinde çalışmıştır. Yayınlanan 1000’den fazla makalede sağlık okuryazarlığını genel olarak dört alanda ele alabiliriz. İlk alan okuryazarlık düzeyinde odaklanır; terimlerin yetişkinlerin sağlık sistemi talepleri ve malzemeleri kullanmak için kendi kapasitesi, erişim hizmetleri ve bakım ararlar. İkinci alan ise güçlü okuma ve sınırlı okuma olan hastalar arasındaki yetenek, tıbbi rejimi, sağlığı ile ilgili bilgileri yorumlamaları, sağlık davranışları ve hastaneye yatışları konularındaki farklılıklara odaklanır. Yayınlanan çalışmalar sağlık yetenekleri ve sağlık

sonuçları ile okuryazarlık arasındaki bağlantıyı göstermektedir. Üçüncü ve oldukça yeni olan ise; sağlık sistemi üzerinden yetişkinlerin sağlık taleplerini azaltarak sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmektir. Son olarak sağlık sağlayıcıları ve hastaların dinleme ve konuşma becerilerinin, halk sağlığı için gerekli olan iletişim ve diyalog üzerine odaklanma vardır.

Yetişkin Kanadalıların %60'ı (16 yaş ve üzeri) sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etmede ve kendi kararlarını vermede yetersizdirler. Düşük seviyede sağlık okuryazarlığı olan bireyler toplumda oldukça yüksek yer tutmaktadır. Kanada'da sağlık okuryazarlığı oldukça düşüktür. İl ve bölgeye göre sağlık okuryazarlığı değişmektedir. Resmi olarak Yukon Territory en yüksek Nunavut ise en düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kanada'da farklı nüfusun alt grupları içerisinde özellikle yaşlılar arasında ortalama okuryazarlıkta büyük farklılıklar vardır. Kanadalıların sağlık okuryazarlığı Amerikalılardan daha yüksek seviyededir (86).

Kanada'da sağlık maliyetlerinin %4'ünü (sekiz milyar) sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin ekstra harcamaları oluşturmaktadır (101).

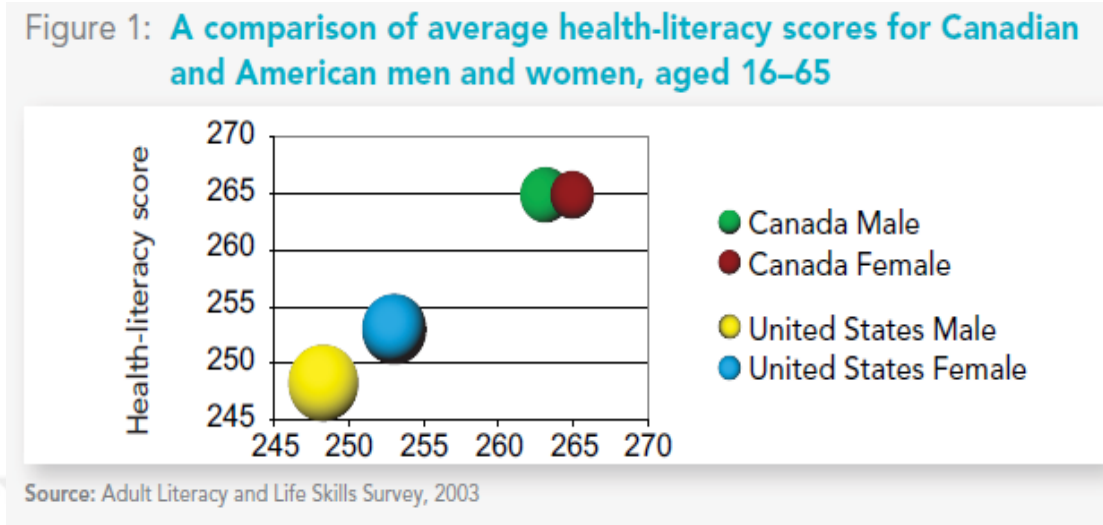
Kanadada sağlık okuryazarlığı seviyesi aşağıda görülmektedir (Şekil 14).



Şekil 14: Kanadanın Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi (86)

(Canadian Council on Learning Health Literacy in Canada Initial Result from The International Adults Literacy and Skills Survey. 2007.)

Aşağıda Şekil 15’de Kandada sağlık okuryazarlığı seviyelerinin cinsiyete göre dağılımı görülmektedir.



Şekil 15: Kanadada Kadın- Erkek Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi (86)

(Canadian Council on Learning Health Literacy in Canada Initial Result from The International Adults Literacy and Skills Survey, 2007.)

2.10.5.3. Büyük Britanya’da Sağlık Okuryazarlığı

Eğitim ve Sağlık Müdürlükleri, hükümetle işbirliği içinde sağlık okuryazarlığı nasıl olabilir bakmak sağlık becerileri ile ilgili özel düzenlemeleri başlattı. 2006 yılında topluluk seviyesi, ulusal politika ve projeler ile bağlantılı ulusal sağlık okuryazarlığı işbirliği kuruldu (69).

2.10.5.4. İrlanda’da Sağlık Okuryazarlığı

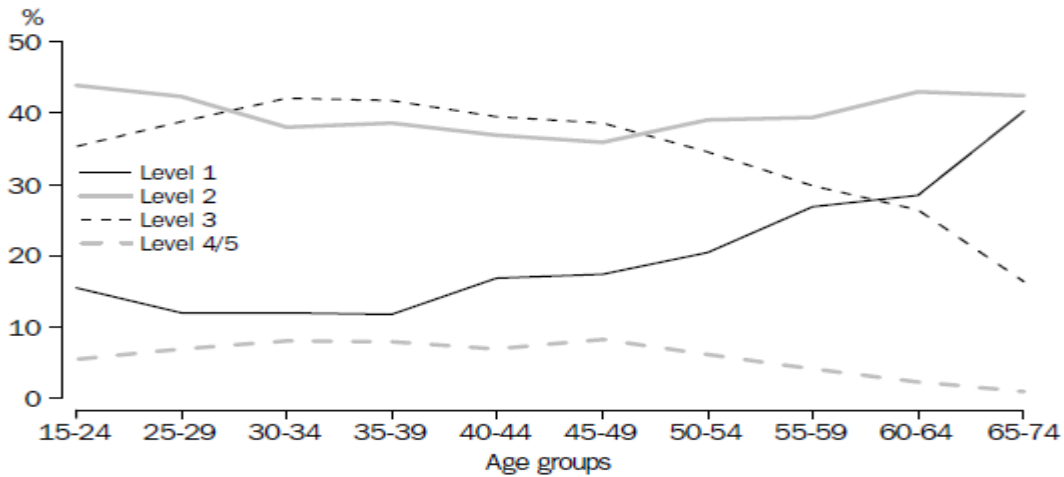
1997 yılında yapılan bir ulusal sağlık okuryazarlığı anketi sağlık okuryazarlığı konusunda ulusal bir program açmıştır. Sağlık uygulayıcıları ve okuryazarlık güçlüğü olan kişiler için bir öğrenme aracı olan kapsamlı bir yetişkin okumayazma dostu sağlık paketi için okuryazarlığı bilinci eğitimi tasarlanmıştır. Tüm malzemeler elektronik ortamdadır (69).

Avrupa’da sekiz ülke ile yürütülen çalışmada; İrlandalı katılımcıların %10.3’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına, %29.7’sinin sorunlu sağlık okuryazarlığına, %38.7’sinin yeterli sağlık okuryazarlığına ve %21.3’ünün mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Sekiz katılımcı ülke arasında, İrlanda Hollanda’dan sonra, sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek ikinci ülke olarak tespit edilmiştir (101).

2.10.5.5. Avustralya’da Sağlık Okuryazarlığı

Avustralya sağlık okuryazarlığı politikasına nispeten yeni girmektedir. Avustralya gelecekteki politikalarını ve uygulamalarını dayandıracağı kanıt sağlamak için sağlık okuryazarlığı ulusal değerlendirmesini tamamlamış olan dünyadaki birkaç ülkeden biridir. Sağlık okuryazarlığı değerlendirmesinde Avustralyalılar için sağlık okuryazarlığı genelde 40 yaşın kadar; 15 ile 19 yaşları arasında arttığı ve daha sonra yaşlı yetişkinler için azalmaya başladığı belirtildi. Avustralya’da sağlık okuryazarlığı seviyesinde eyaletler ve bölgeler arasında bölgesel farklılıklar olmadığı belirtildi. Sağlık okuryazarlığı seviyesinde Avustralya Başkent Bölgesi 3. sevideki birey oranının %56 olmasıyla tek istisna bölge olarak bulundu (109).

Avustralyada yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı seviyeleri Grafik 2’de belirtilmiştir.



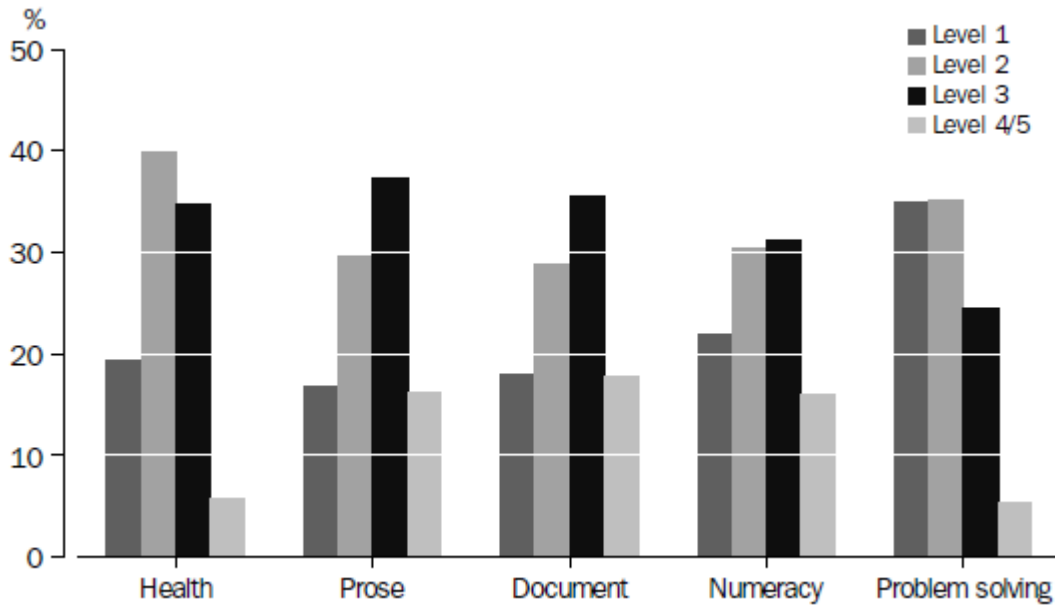
Grafik 2: Avustralyada Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri (103)

(Pink B. Health Literacy in Austuralia. Canberre Time 2008.)

Her iki cinsiyetteki bireylerin %40 ve %41 oranıyla benzer sağlık okuryazarlığı seviyesinde yani 3. seviyede ve üstünde olduğu tespit edilmiştir. Yaşa göre bakıldığında; 15-44 yaş arası kadınların %48'i, aynı yaş grubundaki erkeklerin %43'ü ile karşılaştırıldığında, 3. seviyede ya da üstünde bir sağlık okuryazarlığını seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın, 45 yaş ve üzerinde erkeklerin %35'i aynı yaştaki kadınların %32'si ile karşılaştırıldığında, sağlık okuryazarlığı 3. seviyede ya da üstünde tespit edilmiştir. 15-74 yaş

grubundaki Avustralyalıların %59'u 3. seviyeden aşağıda sağlık okuryazarlığına sahiptir. Alanlara göre karşılaştırıldığında ise; %46'sı düz yazı anlamında, % 47'si belge anlamında, %53'ü aritmetik anlamda ve %70'i ise problem çözme anlamında 3. seviyenin altında okuryazarlığa sahiptir. Batı Avustralyanın %43'ü, Kuzey eyaletleri ve Tazmanyanın % 37'si 3. sevide sağlık okuryazarlığına sahip olarak tespit edildi. Bu araştırma sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde sağlık okuryazarlığının daha düşük, sosyoekonomik düzeyin yüksek olduğu bölgelerde ise daha yüksek olduğunu göstermiştir. Eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığının da arttığı tespit edilmiştir. Örgün eğitimi 16 yıl ve daha fazla olanlar arasında 3.seviye ve üstü seviyede sağlık okuryazarlığı oranı %69 bulunmuştur. Lisans düzeyinde eğitim alanlar arasında 3.seviyede sağlık okuryazarlığı düzeyi %55, 4. ve 5. seviyede ise %15 bulunmuştur (103).

Avusturyada okuryazarlık seviyeleri Grafik 3'de görülmektedir.



Grafik 3: Avursturalyada Okuryazarlık Seviyeleri (103)

(Pink B. Health Literacy in Austuralia. Canberre Time 2008.)

2.10.5.6.Çin’de Sağlık Okuryazarlığı

"Sağlık Okuryazarlığı 66" Çin'in nüfusu için 66 sağlık okuryazarlığı hedefleri derler bir kitaptır. Kitapçık, ayrıca 2008 yılında yapılan Çin sağlık okuryazarlık düzeyinin değerlendirilmesi için temel olarak kullanılmıştır. 79.000’in üzerinde bireyle yapılan bu değerlendirmede birey sayısı Çin nüfusunun sadece %6’sından biraz fazla olduğu düşünülebilir (109).

2.10.6. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları

Sağlık okuryazarlığı sadece eğitim düzeyi ile değerlendirilememektedir. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireyler bile yaş ve diğer değişkenler nedeniyle zamanla okuyup yazamaz hale gelebilirler. Bireylerin okuma yazma düzeyini değerlendirirken onların söylediklerine inanmak bu konuda başka bir şey yapmamak hatalara neden olmaktadır. Genellikle sağlık okuryazarlığı kötü olan bireyler okuma yazma durumu sorulduğunda iyi olarak ifade etmektedir (13). Dar çerçevede sağlık okuryazarlığı analizi yazma, sayısal ve ağız literatürü olarak gruplandırılmaktadır. Bu çerçevede sadece temel okuma ve yazma yeteneği değerlendirilebilmektedir. Ama bu değerlendirme sosyal yetenekleri ve kültürel etkilenmeyi gözardı etmektedir (68).

Özellikle Amerika ve Kanada’da sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için araçlar bulunmuştur. Bu ölçüm araçlarına; ‘REALM’, ‘TOFHLA’, ‘HALS’, ‘LAD’ örnek verilebilir. Ölçüm araçları konusunda olumsuz eleştiriler bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı tüm boyutları ile ölçemediği, kültürel faktörlere hassas olmadığı, geçerli ve güvenilir olmadığı gibi eleştirilerle karşılaşmaktadır (110). Ülkelerde bakanlıklarca sağlık okuryazarlığı seviyesini iyileştirmek için birçok düzenlemeler yapılmıştır (68).

Hangi Ölçme Araçları Var?

- METER: Medical Term Recognition Test
- İspanyol Yetişkinler için Kısa Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirmesi (SAHLSA-50)
- Yetişkin Temel Öğrenme Sınavı (ABLE)
- Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi (LAD)

- NLS (Nutritional Literacy Scale)
- REALD (Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığı Hızlı Tahmini)
- Slosson Sözel Okuma Testi
- Yetişkin Temel Eğitim Testi (TABE)
- Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS)
- Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı
- Fonksiyonel İletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Functional (FCCHL)
- The Newest Vital Sign (NVS)
- Wide range achievement test(WRAT) (110).

REALM ölçeği Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7: Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) (98)

Tanım	Atan zorluk sırasına göre düzenlenmiş 66 maddelik tanıma okuma ve telaffuz testi, Hastaların okuma düzeylerini tahmin etmeyi sağlar, Ortalama uygulama zamanı:3-6 dk.
Puanlama	Düşük sağlık okuryazarlığı (3. Sınıf okuma düzeyinde ve altında): 0-18 (4.-6. Sınıf okuma düzeyinde):19-44 Marjinal sağlık okuryazarlığı (7.-8. Sınıf okuma düzeyinde):45-60 Yeterli sağlık okuryazarlığı (9. Sınıf okuma düzeyinde):61-66
Güçlü Yönü	Kelime tanıma testleri genel olarak İngilizce okuma becerisinin kestirimi için yararlıdır. Sağlık okuryazarlığı araştırmalarında kullanılır.
Sınırlılıkları	Anlama ve sayısal beceri ölçmez.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri’, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

REALM-R’nin özellikleri Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8: Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-Güncellenmiş (REALM- R) (98)

Tanım	REALM’ daki 66 kelime 8’e indirilmiştir. Ortalama uygulama zamanı:2 dk.
Güçlü Yönü	2 dakikalık zaman süresi konularak değerlendirmeye yeni kelimeler eklenebilir. Buda hastalıklara özgü kelimeler seçilerek ölçeğin bu hastalıklar için özelleştirilmesine izin verir. Kısa uygulama süresi.
Sınırlılıkları	Zayıf okuryazarlık becerisi olduğu düşünülen yaşlı ve azınlıklarda geçerlilik çalışmaları az. Araştırma ve klinik ortamlardaki yararlılığı az biliniyor.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri’, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

REALM ölçeğinin kelime listesi aşağıdaki gibidir (Tablo 9).

Tablo 9: REALM Kelime Listesi (98)

Liste 1	Liste 2	Liste 3
Fat	Fatigue	Allergic
Flu	Pelvic	Menstrual
Pill	Jaundice	Testicle
Dose	Infection	Colitis
Eye	Behavior	Emergency
Strest	Prescription	Medication
Smear	Exercise	Occupation
Nerves	Notify	Sexully
Germes	Gallbladder	Alcoholism
Meal	Calories	Constipation
Disease	Depression	Gonorrhea
Cancer	Misariage	Irritation
Kafeine	Pregnancy	Inflammatory
Attack	Arthritis	Diabetes
Kidney	Nutrition	Hepatitis
Hormones	Menopause	Antibiotics
Herpeks	Appendix	Diagnosis
Seuzire	Abnormal	Potassium
Bowel	Syphilis	Anemia
Asthma	Hemorrhoids	Obesity

Rectal	Nausea	Osteoporosis
İncest	Directed	İmpetigo
Of (+) responses in list 1	Of (+) responses in list 2	Of (+) responses in list 3
Legen (+): correct	(-): word not attempted	(/): mispronounced word

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

REALM –R'nin kelime listesi de Tablo 10'da belirtilmiştir.

Tablo 10: REALM-R Kelime Listesi (98)

Fat	Anemia
Flu	Fatigue
Pill	Directed
Allergic	Colitis
Jaundice	Konstipation
Osteoporos	

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarından olan ve en sık kullanılan TOFHLA'nın özellikleri aşağıda Tablo 11'de belirtilmektedir.

Tablo 11: Test of Functional Healthy Literacy in Adults (TOFHLA), Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (98)

Tanım	Değerlendirme 2 bölümden oluşmaktadır. 1.Katılımcılara tıbbi bilgiler ve talimatlar verilir.(Örneğin; Reçeteyi kullanma veya bir teşhis işlemi için hazırlık talimatları.) Katılımcılar bilgileri gözden geçirir ve verilen bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığını test eden sorulara cevap verirler. 2. Cloze yöntemine dayanır. Katılımcıların tıbbi konular ile ilgili verilen paragrafta boşluklara verilen kelimelerden birini seçmeleri gerekir. Uygulama süresi:22-25 dk.
Puanlama	Yetersiz okuryazarlık:0-59 Marjinal okuryazarlık:60-74 Yeterli okuryazarlık:75-100
Güçlü Yönü	Bir hastanın sağlıkla ilgili metinleri ve sayısal bilgileri okuma ve anlama yeteneğini göstergesi. Sağlık okuryazarlığı araştırmalarında kullanılır. İspanyolca versiyonu mevcut.
Sınırlılıkları	Öncelikle okuma yeteneğini tarar. Uzun uygulama süresi.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarında Newest Vital Sing (NVS)'nin özellikleri Tablo 12'deki gibidir.

Tablo 12: Newest Vital Sing (NVS) (98)

Tanım	Bu 6 soruluk ölçek kişinin bir besin etiketini okuma ve anlamasını gösterir. Ortalama uygulama süresi:3-6 dk.
Puanlandırma	Düşük sağlık okuryazarlığı:0-4 soru doğru cevaplamış. Düşük sağlık okuryazarlığı ihtimali az olanlar:5-6 soru doğru cevaplamış.
Güçlü yönü	Hesap,okuma ve kavrama becerilerini ölçer. İngilizce ve İspanyolcası var.TOFHLA ile korelasyonu var. Sınırdaki sağlık okuryazarlığı olan bireyler için daha duyarlıdır.
Sınırlılıkları	Özgüllüğü nedeniyle düşük sağlık okuryazarlığını olduğundan fazla gösterebilir. İyi ve sınırdaki sağlık okuryazarlığını çok iyi ayırt edemez.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Tek maddelik sağlık okuryazarlığı taraması aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmektedir (Tablo 13).

Tablo 13: Single Item Literacy Screen (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)
(98)

Tanım	Kişilerin basılı sağlık okuryazarlığı ihtiyacını ölçmeye yönelik tek maddelik bir sorudur. ‘ Doktorunuz veya eczanenizden verilen sağlık talimatlarını,broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?’
Puanlandırma	Puanlandırması;1:Asla, 2:Nadiren, 3:Bazen,4:Sıklıkla,5:Her zaman şeklindedir. İkiden fazla puanlar pozitif olarak değerlendirilir, yani sağlıkla ilgili belgeleri okumada bir miktar zorlanma vardır.
Güçlü yönü	Kısa olduğu için klinikte hemen uygulanabilir. Beceri ölçmekten çok direkt olarak ihtiyacı ölçer. Demografik özelliklere dayanarak yapılan tahminlerden daha basittir.
Sınırlılıkları	Okuyamama, utanma veya anlamama nedeniyle yardım alma ayırt edilemediğinden yalancı negatiflik fazladır.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri’, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan araçlardan olan SOS Mnemonic aracını özellikleri Tablo 14’de görülmektedir.

Tablo 14: SOS Mnemonic (SOS Kısaltması) (98)

Tanım	Bu araştırmada okuryazarlığın kendi kendine tahmini, 'Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması' ve eğitim durumunun bağımsız olarak kişinin sağlık okuryazarlığının sınırlı olup olmadığını (S-TOFHLA puanına göre) tahmin edebildiğini göstermiştir. 3 sorunun birlikte kullanılmasının ayrı ayrı kullanılmasından daha avantajlı olduğu bulunmuştur.
Güçlü yönü	Hem beceri hemde ihtiyacı ölçer. Bulgular S-TOFHLA ile korelasyon gösterir.
Sınırlılıkları	Katılımcılık aile hekimliği polikliniğinde diyabet tedavisi alan kişiler. Katılımcılar okuma testi yapıldığını biliyorlardı. Diğer topluluklar için geçerliliğine bakılmamıştır.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Tablo 15'de E-Sağlık okuryazarlığı Ölçeği görülmektedir.

Tablo 15: EHEALS:The Ehealth Literacy Scale (E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) (98)

Tanım	8 soru
Güçlü yönü	Geleneksel okuryazarlık, sağlıkla ilgili okuryazarlık,bilgi alma,bilimsel araştırma,medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığını birleştirir.
Sınırlılıkları	Test-tekrar test korelasyonu beklenenden düşüktür. Sadece gençlerde uygulanmış.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Tek maddelik sağlık okuryazarlığı taraması Tablo 16'de tablolatırılmıştır.

Tablo 16: Single Item Literacy Screen (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması) (98)

Tanım	İki ayrı araştırmada 3 soru ile sınırlı sağlık okuryazarlığının saptanması araştırılmıştır. Bu sorular; 1) Yazılı bilgileri anlamakta zorlandığınız için sağlık durumunuzu anlamakta hangi sıklıkla sorun yaşırsınız? 2) Hastaneden aldığınız materyalleri okuması için hangi sıklıkla birinden yardım alırsınız? 3) Tıbbi formları kendi kendinize ne adar iyi doldurabilirsiniz? Bir soru ile sağlık okuryazarlığının saptanabileceği bulunmuş. (REALM ve S-
-------	---

	TOFHLA’a göre).
Puanlandırma	Olabilecek 5 cevap: Her zaman,sıklıkla,bazen,nadiren,asla. Her zaman,sıklıkla,bazen cevapları sınırlı sağlık okuryazarlığını gösterir.
Güçlü yönü	Kısa olduğu için klinikte kolay uygulanabilir. Beceri ölçmekten çok direkt olarak ihtiyacı ölçer. Demografik özelliklere dayanarak yapılan tahminlerden daha güvenilirdir.
Sınırlılıkları	Araştırma belirli bir aile hekimliği hasta grubunda yapılmış olup topluma genellenemeyebilir.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri’, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Bazı hastalıklara yönelik sağlık okuryazarlığı taramaları geliştirilmiştir. Bunlardan biri olan Diyabette Sağlık Okuryazarlığı Taraması Şekil 16’da belirtilmektedir.

Instrument	Diabetes Health Literacy Skill Set							Health literacy Domains			
	Reading and Understanding Health Information	Applying Health Information	Understanding and Applying Health Care Providers' Instructions	Completing Medical and Health Care Forms	Communicating With Health Care Providers	Navigating the Health Care System	Making Appropriate Health-Related Decisions	Functional HL	Interactive HL	Critical HL	Numeracy
REALM	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
REALM-R	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TOFHLA	2	2	0	0	1	0	0	2	0	0	2
s-TOFHLA	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0
NVS	2	2	0	0	0	0	0	2	0	1	2
LAD	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
3-brief SQ	2	0	0	2	0	0	0	2	0	1	0
SILS	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
3-level HL Scale	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
DNT	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
WRAT	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
SNS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2

Note. HL = health literacy; REALM = Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; REALM-R = Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised; TOFHLA = Test of Functional Health Literacy in Adults; s-TOFHLA = Test of Functional Health Literacy in Adults-Short Form; 3-brief SQ = 3 brief screening questions; SILS = Single Item Literacy Screener; LAD = Literacy Assessment in Diabetes; NVS = Newest Vital Sign; DNT = Diabetes Numeracy Test; WRAT = Wide Range Achievement Test; SNS = Subjective Numeracy Scale.
a. Ratings: 0 = Not addressed, 1 = partially addressed, 2 = fully addressed.

Şekil 16: Diyabette Sağlık Okuryazarlığı Taraması (98)

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri’, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

WRAT sağlık okuryazarlığı leği Tablo 17’dadır.

Tablo 17: Wide Range Achievement Test (WRAT) (98)

Tanım	Kelime tanıma ve telaffuz testidir. Görüşme süresi 5 dk’dır.
Sınırlılıkları	Kavrama test değildir. Diğer dillerde mevcut değildir.
Güçlü yönü	Tıbbi terimler kullanılmaz. Eğitimde kullanım için standarttır.

(Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ lölür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı lçekleri’, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.)

Sağlık okuryazarlığı lçüm araçların hepsinin tek tabloda karşılaştırılması aşığıda Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18: Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Ölçme Araçları (97)

REALM	WRAT	TOFHLA	NVS	TOFHLA-S	REALM-R
(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	(Wide Range Achievement Test)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)	(The Newest Vital Sign)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)-S	(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)-R
Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma yeteneği	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma yeteneği	Boşluk Doldurma Anlama Yeteneği	Problem Çözme Anlama Yeteneği	Kısaltılmış - Boşluk Doldurma	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma yeteneği
66 Tıbbi Kelime	42 Tıbbi Olmayan Terimler	17 numerik öğeli soru- 50 boşluk doldurma	Numerik ve Okuma-Yazma	Boşluk Doldurma-2 okuma anlama parçası	66 kelime 10 kelimeye indirgenmiş
Kavrama Testi değil	Kavrama Testi değil	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi değil
Anketöre 2-3 dak. ulaşır	Anketöre 5 dak. ulaşır	20-30 dk. Sürer	3 dk. Sürer	5-7 dk.	
İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.
Daha az hassas	Daha hassas				
Puanlamalı(sınıf Düzeyli)	Puanlamalı(sınıf Düzeyli)	Yetersiz/Orta/Yeterli	Doğru sayısı	Yetersiz/Orta/Yeterli	Puanlamalı(sınıf Düzeyli)

(18. European Health Forum Gastein, 2004.)

Sağlık okuryazarlığı ölçümü için dünyada en sık ‘REALM’ ve ‘TOFHLA’ kullanılmaktadır (13, 63, 88).

Ülkemizde de sağlık okuryazarlığı konusunda çalışma sayısı çok az olmasına rağmen sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bilinmektedir. Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı ortaklaşa birçok proje yürütmekte ve gençlere sağlık isimli proje (2005- halen) gençlerin ve böylelikle toplumların sağlığını yükseltmek için çalışmaktadır (14)

2.11. Kronik Hastalıklar

Bireylerdeki fizyolojik ve psikoloji değişikler nedeniyle yaşlılarda hem bedensel hemde ruhsal hastalıklar sıklıkla görölmektedir. Bedensel hastalıklardan hipertansiyon %60-70 oranıyla en sık görölmektedir. İster gelişmiş ister gelişmemiş ölkelere bakıldığında; kronik hastalıkların arttığı görölmektedir. Kronik hastalıklar dünyadaki yıllık 57 milyon olan ölüm sayısının 33.4 milyonunu oluşturmaktadır. Gelişmiş ölkelerdeki yaşlıların %21'i kanser sebebiyle ölmektedir. Yaşlılarda depresyon, bunama, intihara teşebbüs ruhsal sorunlardan en sık görülenleridir. Şişmanlık, hareketsiz yaşam, kötü beslenme yaşlı bireylerin sağlığını kötü yönde etkilemektedir. Ölkemizde yürütölen çalışmalarda yaşlılarda sırasıyla; tansiyon problemleri (%30.7), osteoartrit (%13.7), kronik kalp yetersizliği (%13.7), şeker hastalığı (%10.2), koroner arter hastalığı (%9.8) ve kemik erimesi (%8.2) göröldüğü saptanmıştır. Ölüm sebeplerinin en önemlisi olan kanser birçok çalışmada incelenmiştir. Kanser türlerinin sırasıyla görölme sıklığı; akciğer (%32), meme (%14), beyin tümörü (%10) ve sindirim sistemi ile ilgili kanserler (%9)' dir (111).

Yaşlılıkta sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları için bildirimini yapılmamış ve tanı konmamış hastalık sayısı çok fazladır. Yaşlılık dönemindekilerin neredeyse hepsinde (%90) bir, %15'inde ise dört ve üzeri kronik hastalığa sahip olduğı belirtilmektedir. Yaşlı sorunlarının başında uykusuzluk, idrarını tutamama, kötü beslenme, ağrı, travmalar, delirium ve yatmaya bağılı bası yaraları yer almaktadır. Bunlar geriatrik sendromlar olarak da bilinmektedir. Bu sorunlar hastalıklara ve hatta ölümlere neden olabilmektedir (102). Yaş arttıkça kronik hastalıklarda artmaktadır.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireylerin kronik koşullara sahip olmaları ve bunları etkili bir şekilde yönetme yeteneklerinin azlığı muhtemeldir. Kan basıncı yüksek, diyabetli, astım ya da HIV/AIDS hastası olan sağlık okuryazarlığı sınırlı bireylerin hastalıkları hakkında bilgilerinin ve hastalık yönetim yeteneklerinin daha az olduğı yapılan çalışmalarda bulunmuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığı bilgisi hastaneye başvuru ve hastanede yatışlarla ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin acil servislere başvurularının ve hastanede yatışlarının daha fazla olduğunu göstermektedir (19).

Düşük sağlık okuryazarlığa sahip bireylerde özel kardiyovasküler beslenme ve diyet müdahaleleri postop kolesterol düzelerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Randomize çalışma olan diyabetli hastalar için özel eğitim müdahaleleri HbA1c ve kilo kaybı üzerinde önemli

farklılık bulunmamıştır. Özel tasarlanmış bir işyeri davranış değişikliği programı hipertansiyon eğitiminde katılımcıların kan basınç düzeyleri karşılaştırıldı, anlamlı fark bulundu. Kontrolsüz deneme müdahalesi olan eğitim öncesi ve sonrası osteoartritli kişilerin işlevselliği artırılabilir. Tarihsel olarak baktığımızda sağlık materyallerinin okuma seviyesi 14. sınıf seviyesinden 11. sınıf seviyesine düşmüştür ancak toplumdaki bireylerin sağlık okuryazarlığı ise oldukça düşüktür. Üniversite düzeyinde okuyan bireyler bile hastalar 7. sınıf düzeyindeki sağlık bilgilerini tercih etmişlerdir (19).

Kronik hastalığı (örneğin, kalpdamar hastalıkları, kanser, diyabet, inme ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı) bu yaş grubundaki (65 yaş ve üzeri) İspanyol hastalarda ölüm oranının %70'ini oluşturmaktadır. Verilere göre, bakım arayan İspanyol hasta sayısı 2000 ve 2005 yılları arasında 4,8 milyona ulaşarak %52 oranında büyümüştür (113). Ayrıca, Baker ve ark. (2004) azalmış fonksiyonel sağlık okuryazarlığı olan İspanyolların oluşturduğu bir grubun % 52'sinin hastaneye yatışının daha muhtemel olduğunu saptadılar. Araştırmacılar fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin hastaneye yatış için bağımsız bir risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (93).

Daha fazla hastanın eğitimi yazılı rehberlere dayanır. Bu nedenle astım eğitim materyallerinin okuma düzeyi yanı sıra deşarj talimatları ve yazılı astım eylem planlarına dikkat edilmelidir. Tüm hastaların okuma düzeyi ne olursa olsun daha basit cümlelerle sağlık bilgilerini anlatmak daha kolay görünüyor. Basitleştirilmiş sağlık bakımında kullanılan materyaller bilgiyi anlamada gelişmeyi ve diyabet, hipertansiyon, romatoid artrit, obeziteli bireylerin sağlık okuryazarlığı ne olursa olsun sağlık davranışlarını göstermektedir (114).

Sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemi navigasyonu ve uygun sağlık kararlar için önemli olan beceriler kümesidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı artan sağlık eşitsizlikleri, başarısız özbakım, kötü sağlık sonuçları, sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ve yaşlı kişiler arasında, genel sağlık durumu yoksunluğu ve yüksek mortalite oranları ile ilişkili bulunmuştur (115).

Türkiyede 60 yaş ve üzeri yaş grubunda ölümcül olan hastalıklardan ilk 20'sinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 19'da görülmektedir.

Tablo 19: Türkiye’de 60 Yaş Ve Üzeri Yaş Grubunda Ölümcül Olan Hastalıklardan İlk 20’sinin Cinsiyete Göre Dağılımı (116).

	Toplam	%	Erkekler	%	Kadınlar	%
1	İskemik Kalp Hastalığı	27.0	İskemik Kalp Hastalığı	24.4	İskemik Kalp Hastalığı	29.6
2	Serebrovasküler Hastalıklar	20.7	Serebrovasküler Hastalıklar	20.3	Serebrovasküler Hastalıklar	21.1
3	KOAH	9.3	KOAH	13.4	KOAH	5.0
4	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.2	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	5.3	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.3
5	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	3.1	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.2	Diabetes Mellitus	3.3
6	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	2.6	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	2.5	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.9
7	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.3	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	2.8
8	Diabetes Mellitus	2.6	Diabetes Mellitus	1.9	Meme Kanseri	1.9
9	Mide Kanseri	1.5	Mide Kanseri	1.7	Mide Kanseri	1.3
10	Düşmeler	1.1	Mesane Kanseri	1.6	Nefrit ve Nefrozlar	1.2
11	Kolon ve Rektum Kanseri	1.0	Prostat Kanseri	1.3	Düşmeler	1.1
12	Mesane Kanseri	1.0	Kolon ve Rektum Kanseri	1.1	Kolon ve Rektum Kanseri	0.9
13	Meme Kanseri	0.9	Düşmeler	1.0	Peptik Ülser	0.8
14	Nefrit ve Nefrozlar	0.9	Siroz	0.8	Over Kanseri	0.8
15	Peptik Ülser	0.8	Peptik Ülser	0.8	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	0.8
16	Siroz	0.7	Karaciğer Kanseri	0.7	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.8
17	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.7	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.7	Alzheimer ve Diğer Demanslar	0.6
18	Prostat Kanseri	0.7	Trafik Kaza	0.6	Siroz	0.6
19	Alzheimer ve Diğer Demanslar	0.5	Ağız Ve Orofarinks Kanseri	0.6	Mesane Kanseri	0.4
20	Ağız ve Orofarinks Kanseri	0.5	Nefrit ve Nefrozlar	0.6	Lösemi	0.4

(Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik (UHY-ME) Çalışması Türkiye 2004.)

Kronik hastalıkların artışının önlenmesi ve sağlıklı yaşlanma konusu Sağlık Bakanlığı’nın stratejik plan belirken 2010-2014 yıllarındaki önemli başlıklar arasında yer almaktadır. Bu maddeler aşağıda belirtilmektedir.

Strateji 1: “Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak” ve bu stratejinin alt maddesi olan Hedef 1.5’de “Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltmak”şeklindedir.

Strateji 3: “Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak” ve bu stratejinin alt maddesinde Hedef 3.1 “Bedensel, bilişsel, sosyal ya da maddi koşullar sebebiyle gereksinimi olan bireylere öncelik vermek”, 3.1.1 Yukarıda belirtilen gruptaki bireylerin korunmasını, gereksinimlerine uygun hizmetlere erişimi kolaylaştırmak gibi stratejiler yer almaktadır. Bireylerin sağlıklı yaşlanması için eğitimlerle ve çeşitli çalışmalarla bireylerin bilgi ve davranış değişikliği kazanmalarını sağlamaktadır (117).

2.11.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Kronik Hastalık İlişkisi

Son 20-30 yıldır kronik hastalıklara birçok kanser çeşitleri, HIV / AIDS, ruhsal bozukluklar (örneğin depresyon, şizofreni ve demans gibi), görme azlığı ve artrit de eklenmiştir. Giderek artan kronik hastalıkların, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve sağlık sistemlerinin toplum sağlığı üzerinde önemli biretkisi bulunmaktadır. Hastaya önemli ve karmaşık bir yük getiren, kronik hastalığın yönetiminde hastanın sağlık okuryazarlığı önemli bir etkiye sahiptir (118). Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağkalım oranları ve hastaneye başvuru sürelerinin azaldığı belirtilmektedir (9,11).

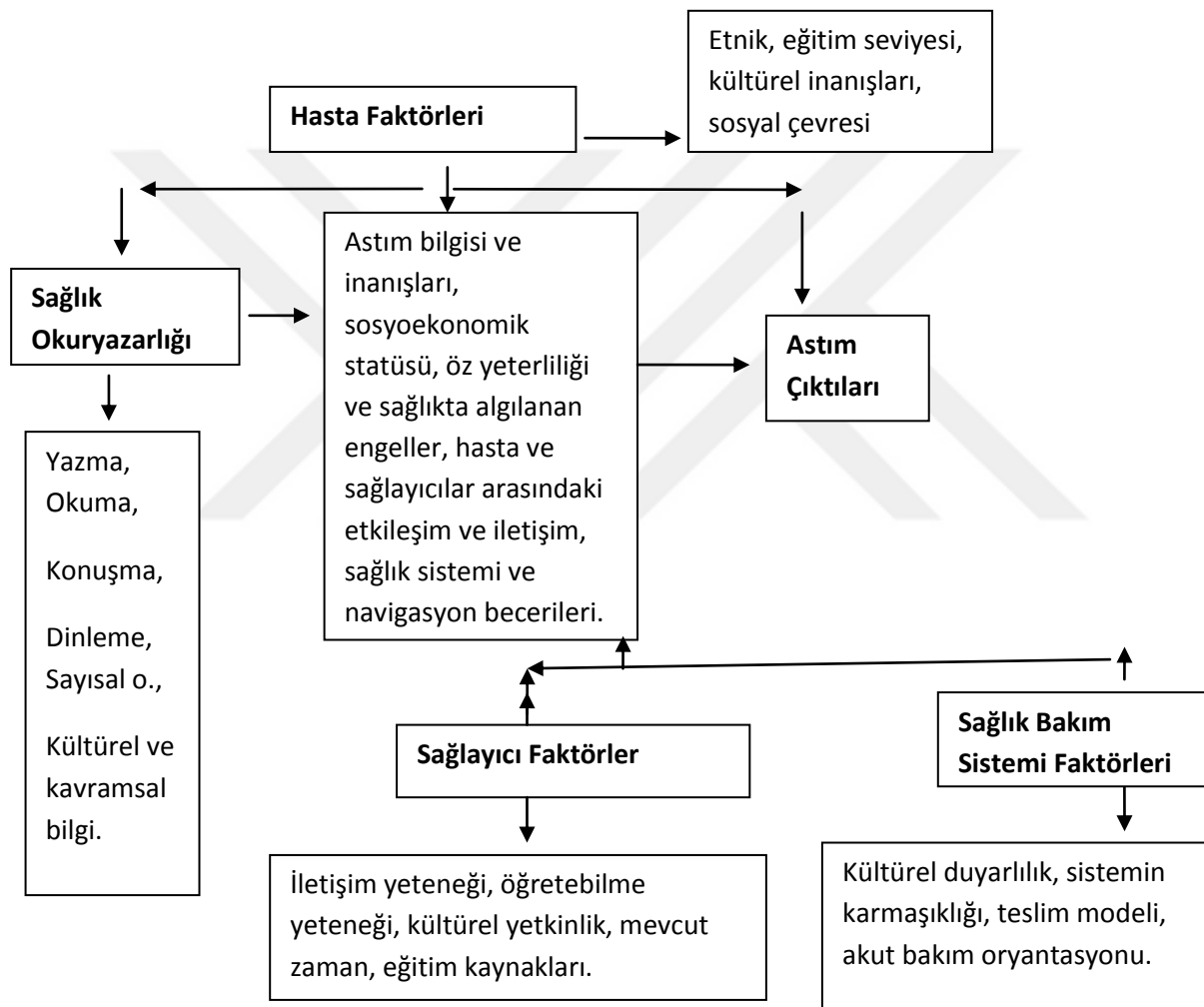
Yetersiz sağlık okuryazarlığı, tüm nedenlerden bağımsız olarak toplumda yaşayan yaşlı insanlar arasında mortalite ve kardiyovasküler ölüm riskini arttırmaktadır (119). Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile bağımsız olarak kötü glisemik kontrol ve tip 2 diyabet retinopati oranlarının yükselmesi arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir (118). Yetersiz fonksiyonel sağlık okuryazarlığı olan kişilerin hastaneye yatış riskinin daha yüksek olduğu, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunda önemli bir belirleyici olduğu da bildirilmektedir. Okuryazarlığı düşük olan ebeveynlerin astım hastalığı olan çocuklarının hastaneye yatış ve acil servis başvurularının da yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır (19).

2.11.2. Kronik Hastalıklarda Sağlık Okuryazarlığı

2.11.2.1. Astım ve Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve Sağlık Okuryazarlığı

Astım sağlık harcamalarını artırır, verimliliği azaltır, okul ve iş devamsızlığını artırır, etkilenen kişinin ve ailesinin yaşam kalitesini düşürür. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin astım bakımında büyük zorluklarla karşılaştığı çeşitli çalışmalarla gösterilmektedir. Bu konunun ilk yayınlandığı makalelerin birinde; William ve arkadaşları astımın güçlü belirleyicisi okuryazarlık seviyesi ile inhaler kullanım yeteneğini karşılaştırmıştır. Okuma

seviyesi 3. sınıf düzeyinden az olan kötü inhaler kullanımını %89 ve yüksek okul düzeyinde okuma seviyesi olan bireylerin de %48'inin de kötü inhaler kullanımı olduğunu bulmuşlardır (114). Hasta eğitimi; özyönetim ve birçok astım müdahalelerinin temeli için gereklidir. Hasta eğitimi gelişmiş akciğer fonksiyonu ve azaltılmış astım semptomlarının sıklığı ile ilişkilendirilmiştir. Tüm bireylerde düşük eğitimi varsayarak özel eğitime odaklanmak astımın çıktılarını geliştirmede anahtar olabilir (94). Sağlık okuryazarlığının astıma uyarlanması Şekil 17'de belirtilmiştir.



Şekil 17: Sağlık Okuryazarlığının Astıma Uyarlanması (94)

(Paasche-Orlow MK., Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. Am J Health Behavior 2007;31: 19-26.)

Yaşlılık döneminde KOAH sık görülmektedir. Sağlık kuruluşuna yaşlı bireylerin başvurmaması nedeniye tanı konamamış ve tedavi almayan bireylerin varlığı önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bir bölgede yetişkin yaş grubunda 1270 kişinin tarandığı programda,

KOAH prevalansı 45 yaş üstünde %11.5 bulunmuştur. KOAH'da bireylerin yaşı, yaşadığı yer, cinsiyeti, ekonomik durumu risk olarak görülmektedir. Hastalık durumunda yaşlı bireylerin kullanacağı ilaçları belirlerken; başka hastalığının olup olmadığı, ilaçların yan etkisi, ilaçların birbiriyle etkileşimleri ve yaşlıların tedaviye direnci mutlaka sorgulanmalıdır (120).

2.11.2.2. Diyabet ve Sağlık Okuryazarlığı

Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'nda (TURDEP) bireylerde bazı hastalıkların görülme sıklığı; şeker (%72), hipertansiyon (%29) ve şişmanlık (%22) olarak bulunmuştur (119). Diyabet; başarılı yönetime, öz-bakıma, eğitim ve yönetime büyük ölçüde bağımlı olduğu için karmaşık bir kronik bir hastalıktır. Düzenli ayak, göz, diş ve bunlarla birlikte, hipo-ve hiperglisemi önlemek ve tedavi etmek için kan şekeri, ilaç tedavisi, diyet, fiziksel aktivite ve öz-düzenleme dahil olmak üzere sıkı bir öz-izleme rejimi gerektirir. Diyabet öz-yönetimi basılı ve sözlü talimatlara dayanır ve yüksek sağlık okuryazarlığı becerileri gerektirir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki vardır (121). Diyabetli yaşlı yetişkinlerin bilişsel işleyişi ile ilgili özel sorunları sağlık becerilerini ve sağlık okuryazarlığını etkileyebilir. Kognitif bozukluk, yaşla birlikte artar. Kognitif bozukluğu olan kişilerde diyabetin daha önemli olduğunu, Alzheimer hastalığı olan bireylerin %80'i tip 2 şeker hastalığına ya da bozulmuş açlık glikozuna sahip olduğu bildirilmiştir. Diyabet işleme hızı ve bellek gibi bazı bilişsel alanlarını etkilediği tespit edilmiştir, ancak biliş yürütme işleyişi etki alanı daha fazla etkilemektedir. Diyabet ile ilgili bilişsel bozukluklar olası sağlık okuryazarlığı için artan bir risk oluşturmaktadır (122). Nispeten daha az sağlık okuryazarlığı bilişsel işlev etkisiyle ilgili bilinen diyabetli yaşlılarda sağlık okuryazarlığı bilişsel işlev ilişkisini incelemiştir. Kognitif bozukluk diyabetli hastalarda sıktır, ancak bilişsel fonksiyon genellikle bu popülasyonda görülmez ve değerlendirilmez (123). Sağlık okuryazarlığı yaşlılarda oldukça azdır; özellikle diyabeti olan yaşlı yetişkinler arasında bilişsel fonksiyonların sağlık okuryazarlığı için bir risk faktörü olduğunu gösteren çok az veri vardır. Sağlık okuryazarlığı becerileri diyabet bireysel yönetim eğitim programları ile ilgili birçok özbakım faaliyetleri için gereklidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı tüm yaşlı yetişkinler için önemli bir diyabet özbakım engelleri teşkil etmektedir, ancak düşük bilişsel fonksiyonu olanlar için etkisi daha yoğun olması muhtemeldir (124).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı bağımsız kamu hastanelerinde hasta grubu arasında glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı acil servis başvurularının daha fazla kullanılması, hastaneye yatış oranlarındaki artış ve önemli tanı testleri almak yetmezliği ile ilişkilidir.

Düşük sağlık okuryazarlığı önemli ölçüde kötü glisemik kontrol ve tip 2 diyabetli hastalarda daha kötü hastalık bilgisi ile ilişkili olmuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan hastalar, anti-hiperglisemik terapiler kullanarak, tip 2 diyabet hastalarında önemli derecede hipoglisemiye savunmasız olduğu tespit edilmiştir. Hipoglisemi azaltmak ve hasta güvenliğini teşvik etmek için çabalar sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlar için uygundur ancak özyönetim desteği gerekebilir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalarda kan şekeri test sonuçlarının kaydını tutma oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (118).

2.11.2.3. Kardiyovasküler Hastalıklar, Hipertansiyon ve Sağlık Okuryazarlığı

Kardiyoloji Derneği'nin yrttüğu çalışmada 12 milyon kişi tansiyon hastası, yine aynı oranda yani 12 milyon kişide de yüksek kolesterol saptanmıştır. Korener arter hastalığına sahip olan birey sayısı ise 2.8 milyon olarak bildirilmiştir (119). Kronik kalp yetmezliği olan hastalardan oluşan bir örneklemede, bilişsel yetenekler, demografik ve eğitim özellikleri bağımsız sağlık okuryazarlığı puanları varyansı %13 açıklamıştır. Hipertansiyonu olan hastalarda bir başka çalışmada, bilişsel yetenek, sağlık okuryazarlığı puanlarının varyansı %24 bulunmuştur. Her iki çalışmada sağlık okuryazarlığı puanlarında yaşa bağlı düşüş ve bilişsel gerileme olabileceğini düşündüren, yaşla birlikte sağlık okuryazarlığı puanları önceden gözlenen düşüşün olası bir açıklaması bilişsel yeteneğin olabileceği bulundu (125). Dünya Sağlık rgütü şiddetle hastalık yönetimi sürecinde hastaların aktif katılımını artırmak için bir strateji olarak terapötik hasta eğitimi kavramını onayladı. Ancak, düşük sağlık okuryazarlığı; hasta anlayış ve öz-yönetim programlarında katılımı için bir engel sunabilir. Yetersiz sağlık okuryazarlığını inceleyenler koroner arter hastalıklarında düşük sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık davranışları, bilgi edinme ve iyileşmede engel olduğunu tespit etmişlerdir (105).

Kalp yetmezliği gibi kronik koşulları ile Medicare kayıtlı birçok kişiye bir anket yapıldı, cevap verenlerin üçte birinden fazlasının yetersiz veya marjinal sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. 2 farklı kent kamu hastanelerinde yürütülen bir çalışma hastaların üçte birinden fazlasının temel sağlık ile ilgili ğretim materyalleri okumasının ve

anlamasını mümkün olmadığını gösterdi. Düşük sağlık okuryazarlığı kalp yetmezliği olan hastaların %54'ünün %27'sinde bildirilmiştir. Kuzeydoğu ABD'de birinci basamakta bir kesitsel çalışma kalp yetmezliği olan diyabetik yetişkinlerin dörtte birinden fazlasının sağlık okuryazarlığını sınırlı olduğunu gösterdi. Bu rakamlar sağlık okuryazarlığını orta yükseklikte göstermektedir ancak sağlık okuryazarlığının ölçümünün zor olması ve çalışmalarda farklı tanımlar üzerinde durulduğu içindir (119).

Amerika Kalp Yetmezliği Derneği Hemşirelik Komitesi, kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili güncel sorunları tanımlamak ve değerlendirmek için bir çalışma grubu kurdu. Bu toplantıda, sağlık okuryazarlığı üzerinde bir uzlaşma bildirgesi hazırlandı ve Eğitim Komitesi ve inceleme için Yürütme Kuruluna sunuldu ve onaylandı **(126)**. Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'nda (TURDEP) bireylerde bazı hastalıkların görülme sıklığı; şeker (%72), hipertansiyon (%29) ve şişmanlık (%22) olarak bulunmuştur Arıcı ve ark. (2005) ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığını %31.8 olarak saptamıştır. Bu bireylerden sadece 10 lişide sekizinin tansiyonlarını takip edip, önerilenlere uyarak kontrol edebildikleri bildirilmiştir (127). Yapılan çalışmalarda hipertansiyon sıklığı Tablo 20 ile tablolastırılmıştır.

Tablo 20: Yapılan Çalışmalarda Hipertansiyon Sıklığı (119)

Çalışmanın Adı	Hipertansiyon Sıklığı		
	Toplam	Kadın	Erkek
Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması	31.8	36.1	27.5
Türk Obezite ve Hipertansiyon Taraması (1000)	37.8	38.5	39.0
TEKHARF 2003/2004	-	49.1	36.3
UHY-ME Çalışması	13.67	18.25	7.57

(Satman İ., Yılmaz T., Şengül A., Salman S., Salman F., Uygur S., Bastar İ., Tütüncü Y., Sargın M., Dinççağ N., Karşıdağ K., Kalaça S., Özcan C., King H., Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25;9: 1551-1556.)

Düşük sağlık okuryazarlığı kardiyovasküler problemler ile ilgili koşullara sahip hastalarda ilaç yönetimi önemlidir. Kalp yetmezliği olan hastalarda, düşük sağlık okuryazarlığı tüm nedenlere bağlı mortalite ile anlamlı ilişkisi olduğu bulundu. Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kalp yetmezliği hastaları bu durumda doktorlar onlara hastalıklarını yönetmek için birkaç basit, güvenilir bilgi verdi ve sürdürülebilir bir kronik hastalık yönetim sistemi kullanılan yeterli okuryazarlığı ile daha iyi sonuçlar elde edilebileceğini gösterdi (119)

2.11.2.4. İnme ve Sağlık Okuryazarlığı

İnme yaşlı grupta en sık rastlanan ölüm nedenleri arasında 3. sıradadır. Cinisyete göre görülme sıklığı çok az farklılık göstermektedir. Ülkemizde erkeklerde %14.5, kadınlarda ise %15.7 oranında ölümlerden sorumlu tutulmaktadır. Ancak yaşlı bayanlarda iskemik inme daha sık görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla yaşamaktadır. Bu nedenle

kadınlarda inme görülme sıklığı ve inme nedeniyle ölme oranı daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde de literatürdeki sonuçlar ile benzer bir durum olarak sigara kullanımı, kalp damar hastalıkları erkeklerde daha çok görülmektedir. Kadınlarda ise hipertansiyon ve atrial fibrilasyon, inme kadın bireylerde daha sık rastlanan hastalıklardandır. Hastalık durumunda iyileşmede cinisiyete göre farklılıklar gözlenmektedir. Bu konuda kadın olmak ilerleyişin kötü olacağının habercisidir (120).

Örneğin hipertansiyonu kontrol ettiğinizde kalp krizlerinde, göz hastalıklarında, inme ve kronik böbrek gelişiminde azalma sağlıyorsunuz (128).

2.11.2.5. Kanser ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizlikleri önemli bir açıklayıcı bir faktör olabilir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı da kanser kontrolünde; kanser riskinin anlaşılabilmesi ve tarama için uygulamalara katılmamanın yanı sıra kanser önleme çabalarına katılım oranları düşük olması dahil kanser kontrolüne özgü birçok olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Kötü sağlık okuryazarlığı olan kanser hastaları daha sonraki bir aşamada teşhis edilmekte ve tedavi için bilgilendirilmiş onamı anlayıp zor onay verme eğilimindedir (129).

Yaşlı grupta kanser tanısı konulma oranı toplumun %50'lik kısmını oluşturmaktadır. 50 ve üstü yaş grubundaki bireylerde kolorektal kanser görülme sıklığı ve bu hastalığın ölüme neden olma durumu her geçen gün artmaktadır. Erken tanıya olanak sağlayan tarama yöntemleri ile daha büyük kesimin erken tanı almasını sağlamak amaçlanmaktadır. Yaşlı kadınlar arasında meme kanseri en çok ölümleri oluşturan ikinci hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan tarama çalışmasında 77.934 kadın taranmış ve 51.706 kişi muayene edilmesi gerektiği için muayeneye alınmıştır. Yıgılmalı görülme sıklığı 7.5/10.000 olarak bulunan meme kanserinde muayene edilen bireyler de ise 10.1/10.000 olarak daha fazla bulunmuştur. Meme kanserinden sonra ölümlerden en fazla sorumlu olan kanser serviks kanseridir. Yaşlı bireylerin ölümünden 3. sırada sorumludur. Yaş arttıkça hem görülme sıklığı hem de öldürücü olma durumu artmaktadır. Ölen bireylerin neredeyse yarısının yaşlı grupta olduğu saptanmıştır. Özellikle yaşlı bireylerin ihmal ettiği rutin kontroller ile ölüm riski %80 gibi ciddi bir oranla azaltılabilmektedir. Erkeklerde prostat kanserinin yaşla beraber görülme sıklığı ve öldürücü olma durumu artmaktadır. Yaşlı guptaki erkeklerden %81'i prostat kanseri tanısını almaktadır (130). Ürogenital sistem kanserleri yaşlılarda gençlere göre daha fazla ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde yaşlı erkeklerde sık görülen kanser türleri; akciğer,

gastrointestinal sistem ve prostat kanseridir. Kadınlarda pelvis tümörleri sık görülmektedir. Erkeklerde de böbrek, mesane tümörlerine daha sık rastlanmaktadır (131).

Tokem ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmada araştırmaya katılanların %76.8'inin tansiyon kontrolü ve ilaçlarını düzenlemesi için, %59.8'inin ise kan şekeri ve diğer kan kontrollerini yaptırmak için belli aralıklarla hekime/hastaneye gittiği belirlendi. Bireylerin %33.9'unun hangi durumlarda doktora başvurması gerektiğini bilmediği saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun hangi ilacı ne amaçla içtiğini bildiği (%89.3) yarısının ise ilaç kutularının içindeki prospektüsleri mutlaka okuduğu (%50) belirlendi. Bireylerin %36.2'sinin şikâyetleri gerilediğinde ilaçlarını bıraktığını, %50'si ilaçlarını içmeyi unuttuğunu, %33'ü ise ilaçlarını ne zaman içeceğini şaşırdıklarını ifade ettiler (132).

2.11.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde İlaç Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı

Yaşla arttıkça bireylerde oluşan hastalıklar nedeniyle ilaç kullanımında da artış görülmektedir. Yaşlı bireylerde kaçınılmaz olan ilaç kullanımında; ilaçları seçerken ne kadar etkin olduğu, fiyatı, yan etkileri, bireye uygunluğu gibi özellikler yönünden dikkatli bir inceleme gerektirmektedir. Tüm bunlardan sonra uygun ilaca karar verilerek tedaviye başlamak önemlidir.

Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı yaşamlarında önemli bir yere sahiptir. Yaşlılıkta oluşan değişiklikler nedeniyle ilaçların etkileri azalmakta ve yan etkileri artmaktadır. Sağlık personelinin; yani ilacı yazarken doktorun, uygularken ise hemşirenin bu konuda diğer yaş gruplarına göre daha dikkatli olması hayati önem taşımaktadır. Sağlık personeli, özellikle hemşireler ilaç kullanma konusunda yaşlı bireye ve yakınlarına eğitim vermeli ve önem arz eden konular üzerinde mutlaka durmalıdır (133).

Amerika'da ilaç kullanımının yaşa göre dağılımını belirlemek için yürütülen çalışmada; yaşlıların günde 4-5 ilaç kullanma ile ilaç kullanımının $\frac{1}{4}$ 'ünden sorumlu olduğu bulunmuştur. Amerikada yaşlılar nüfusun %12'sini oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerden oluşan bu grubun yarısının ise sağlık kuruluşuna başvurmadan reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (134).

Bayanların ilaç kullanımı konusunda daha meyilli oldukları düşünülmektedir. Bu konuda Esengen ve ark.'nın (2000) çalışmasında bunu destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır.

Kadınların %94.3' ünün, erkeklerin ise %80.4'ünün bir ve daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır. Günlük kullanılan ilaç miktarları da cinsiyete göre farklılaşmaktadır; kadınlarda 3.59, erkeklerde 2.392dur (135). Yaşlılıkta ağrı problemi normal karşılandığı için bireylerin en fazla ağrı kesici ilaç kullandığını Bayık ve ark. (2002) çalışma bulgularından elde etmiştir. Aynı çalışmada huzurevinde kalanların günde 1-2 ilaç mutlaka kullandığı tespit edilmiştir (136).

Kronik hastalığı olan ve sayısı arttıkça bireylerin ilaç kullanımının da arttığı Dişcigil ve ark.'nın yürüttüğü çalışma sonuçlarındandır. Ayrıca huzurevi/bakımevinde kalan bireylerin evde ve sosyal ortamlarında yaşayan bireylere göre daha fazla ilaç tükettiği de bu çalışmada elde edilen bulgulardandır (137). Başka araştırmada ise; ayaktan tedavi alan ve hastaneye yatan bireylerin kullandığı ilaç sayılarının değiştiği görülmektedir. Ayaktan tedavi olanlar 3-6 ilaç kullanırken hastaneye yatanlar 10-15 tane kullanmaktadır (138). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı; yan etki görülme oranını, bireylerde uyumsuzluk, kaliteli yaşamın bozulmasına ve maliyette artışa neden olduğu bildirilmektedir (138). Yaşlının okuryazarlığının düşük olmasının da ilaç uyumunu azaltarak polifarmasi ile ilgili sorunları attırdığı bildirilmiştir (137).

Yaşlıların tedaviyi kabul etme konusunda uyumlu olması doğru ve etkin ilaç kullanımı için oldukça önemlidir. İlaç kullanımı konusundaki problemleri sağlık personeli en kısa sürede çözmekle yükümlüdür (139). Yaşlı hastalarının yarısından fazlasının anlatılan tedaviye uymadığı görülmektedir. Teknolojik gelişmelerle 1980'lerden bu yana hastalıklara tanı koyma ve tedavi etmek kolaylaşmıştır. Bu gelişmelere rağmen bireyler tedaviye uymadığından beklenen düzeyde iyileşme gerçekleşmemektedir. Sağlık personelinin yaptığı eğitimlerle bireylerin tedaviye uyumunun sağlanacağı birçok çalışma ile desteklenmektedir (136, 139,140). Tedavi konusunda isteksiz olan yaşlı bireylerde unutmaları, ilaçları işe yaramayacağını düşündükleri için kullanmamaları ve ilaçların çok olması nedeniyle kullanıp kullanmadıkları karıştırmaları uyumu kötü yönde etkilemektedir (141). Bireylerin bilişsel durumu ve sağlık okuryazarlığı mutlaka sorgulanmalıdır. Bu sorgulamadan sonra bireyleri ilaçların yararlı olacağı ve tedavinin olumlu sonuçları açıklanarak eğitimler verilmelidir (139,140).

81 randomize çalışmayı kapsayan sistematik derlemede işlevsel okuryazarlık düzeyinin düşüklüğünün; hastaneye ve acil servise başvurularda artışa, hastalıklardan

korunmaya yönelik sağlık hizmetlerinin az kullanımına, kötü ilaç uyumuna, sağlık mesajlarını yorumlama yeteneğinin bozulmasına ve 65 yaşı ve üstü hastalarda daha yüksek mortaliteye neden olduğu sonucuna varılmıştır (142).

Yapılan çalışmalarda; ilaç kullanımına uymamanın en önemli nedenlerinin “ilaçların kullanımı ile ilgili izlemlerin ve açıklamaların yetersiz olması, ilaca başlarken yeterli açıklamanın yapılmaması, ilaçların etkisine inanmama, ilaç almayı unutma, pahalı olduğu için ilacı alamama, ilacı bittiğinde hemen reçete ettirememe ya da reçete ettirmeyi ihmal etme” yer almaktadır (132). Yaşlı bireylerin ilaçlarını kullanmaları önemlidir. Saatinde ilaç alması için çalar saatler ve hatırlatmalar kurulmalıdır. Hangi ilacı ieeğini anlaması için üzerine notlar yazılmalı, kaç tane ieeği yine ilaç kutusunun üzerine yazılmalıdır. Yine de bireylerin karıştırmaması ilaç kutuları zamana göre bölmeli bölümlere sahip olmalı ve mümkünse yakınları tarafından hazırlanmalı ve kullanımları kontrol edilmelidir (143). İlaç uyumu ve düşük okuryazarlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve hastalarda kendi kendine bildirilen HIV enfeksiyonu için antiretroviral alan hastalarda bağlılığın daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir (144).

Bireylerin sağlık okuryazarlığını ve ilaç uyumunu arttırmak için alınabilecek önelemler bulunmaktadır. İlaçlar şişelere konmalı ve üzerlerine ne için oldukları büyükçe ve renkli bir şekilde yazılmalıdır. Bireyde kolay çağrışım yapacak şekilde yani; kırmızı yazılı olanlar kan ilacı gibi kodlanmalıdır. Bu ilaçları da zamanında ve doğru sayıda alması için notlar yazılabilir veya bölmeli ilaç kutuları kullanılabilir (134)

2.12. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü:

Halk sağlığı alanında önemli bir bölümü oluşturan halk sağlığı hemşireleri tüm toplumsal alanlarda hizmet vermeleri, toplumdaki bireylerin özellikleri ve sağlıkları ile ilgili bilgilere ulaşabilmeleri nedeniyle bireylerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili mevcut durumunu takip etme ve geliştirmede ayrıcalıklı bir yere sahiptir (23).

Tüm hemşireler ve hemşirelik öğrencileri hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için sağlık bilgilerinin mümkün olabildiğince anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirmelidir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylere açık olmayan sorular sormaktan kaçınılmalıdır. Hemşireler, hastayı bütün uygulamalara katmaları ve samimiyeti sayesinde yetersiz sağlık okuryazarlığını yeterli seviyeye getirebilecek bir noktada konumlanmışlardır. Hemşire-hasta ilişkisi zamanla geliştikçe, hasta sağlık okuryazarlığı eksiklikleri hissederek

daha rahat ifade eder veya klinisyen tarafından sağlanan sağlık bilgilerini anlamaya ve anlamadıklarına sormaya istekli olabilir (93).

Yeni hemşirelerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan hastalarla iletişimde yetenekli olabilmesi için hemşirelik eğitimi müfredatına sağlık okuryazarlığı ile ilgili içeriğin dahil edilmesi önemlidir.

Hemşirelerin sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylere yapabilecekleri;

- Yazılı talimatların okunup anlaşılabilmesi için basit ve açık bir dil kullanılmalıdır.
- Hastalarla beraber talimatları gözden geçirin ve onların anlayıp anlamadığını, bilgi almak isteyip istemediklerinden emin olun. Prosedürler hazırlık gerektiriyorsa anlatılan bu hazırlığı bireylerin kendi kelimeleri ile anlatmasına fırsat tanıyın.
- Sevk formunun arkasına bir harita ya da yön yorumlayan bir şema eklenmelidir.
- Onlara hastanede yer ayrılmadan önce randevu gününü hatırlatılmalıdır (145).
- Grafikler ve olabildiğince az yazı ile açıklanmak istenenler anlatılmalıdır.
- Ardı ardına karmaşık talimatlardan sakınılmalıdır (23).

BÖLÜM III

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI YER VE ZAMAN

Çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 15.07.2015- 15.08.2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma; yaşlı hastaların daha yoğunlukla yattığı İç hastalıkları kliniği, Gastroenteroloji kliniği ve Göğüs hastalıkları kliniğinde yürütülmüştür. Bu kliniklerde belirtilen tarihler arasında yatan 65 ve üzeri yaştaki gönüllü bireyler alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Evreni; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin İç hastalıkları, gastroenteroloji ve göğüs hastalıkları kliniğine 15.07.2015-15.08.2015 tarihleri arasında yataklı kliniğe başvuran ve yatarak tedavi gören 65 ve üzeri yaştaki bireyler oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma evreninden seçilen ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan, olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen gönüllü 550 yaşlı birey araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. (n: 550)

Örneklem kapsamına dahil edilme ölçütleri;

Hastanın;

Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olması,

65 ve üzeri yaşta olması

Mental sağlık sorunu olmaması,

Kronik hastalığı olması,

Türkçe konuşup anlayabilmesi,

Görme, işitme ve anlama ile ilgili sorunu olmamasıdır.

Örneklem dışı bırakılma ölçütleri;

Örneklem kapsamına dahil edilme ölçütlerini karşılamayan bireyler ve terminal dönemde olan yaşlı hastalar örneklem dışında tutulmuştur.

3.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

A)Bağımlı değişkenler: Yaşlı hastaların sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeyi araştırmanın incelenen temel bağımlı değişkenleridir.

B)Bağımsız değişkenler: Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri (yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, yaşadığı yerleşim birimi, çocuk sayısı, mesleği, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, bakımı için en çok destek aldığı kişi), kronik hastalık sayısı, hastaneye yatış sayısı, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ve sağlık algısı araştırmada incelenen bağımsız değişkenlerdir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1. Hasta bireyi tanıtıcı anket formu: Bu yapılandırılmış görüşme formu araştırmacı tarafından yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, sağlık algısını ve hastalık öyküsünü değerlendirmek için hazırlanmıştır. Kapalı uçlu yapıda hazırlanmış 30 (11+19) soru içermektedir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden sağlık algısı “Genel olarak sağlığını nasıl algılıyorsunuz?” şeklinde sorgulanarak ‘çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü’ şeklinde verilen cevaplara göre değerlendirilmiştir. DSÖ’nün sağlık algısı tanımı “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklindedir. Cevaplara göre; ‘Çok iyi ve iyi’ iyi algılanan sağlık, ‘orta, kötü ve çok kötü’ kötü algılanan sağlık şeklinde belirtilmiştir (18). Buna ilaveten yaşlı hastalara kronik hastalığının varlığı ve sayısını belirlemek üzere “ Uzun süredir devam eden hekimin tanı koymuş olduğu bir ya da birden fazla kronik hastalığınız ya da bozukluğunuz var mı?” sorusu yöneltilmiş ‘Evet’ yanıtını veren hastalardan hastalığının sayısını bildirmesi istenmiştir.

3.6.2. Sağlık okuryazarlığı ölçeği (Instrument For Assessment Of Health Literacy) : Sorensen (2009-2012) 47 madde içeren HLS-E.U (Health Literacy Survey in Europe) Sağlık okuryazarlığı ölçeğini geliştirip geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesinde (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) (2009-2012)

kullanılmış olan ölçek; 47 soru, üç sağlık sürecini (*hastalıklardan korunma, sağlığın daha iyiye götürülmesi, sağlıkta hizmet sunumu*) 4 bilgi işleme sürecini (*erişme, anlama, değerbiçme, uygulama*) içermektedir (99). Araştırmada sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için Toci, Sorensen ve arkadaşlarının (2014) geçerlik ve güvenirliğini gerçekleştirdiği 25 madde içeren “Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği” kullanılmıştır. Daha sonra araştırmada kullanılacak olan 25 maddelik yapıya indirgemıştır. 25 madde içeren ölçek 4 alt ölçekten oluşmaktadır; *erişim (5-25), anlama (7-35), değer biçme/değerlendirme(8-40) ve uygulama (5-25)*. Ölçekten en az 25 ve en çok 125 puan alınabilmektedir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından “1:hiç zorluk çekmiyorum, 2:Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 4:Çok zorluk çekiyorum, 5:Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız .” şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı değeri, 0.90 ile 0.94 puanları arasında değişmektedir. Ölçek, AB ve Fonds Gesundes Österreich’in (2011) sağladığı fonlar ile Avrupadaki sekiz ülkede ortalama 8000 kişiye uygulanmış ve uygulanabilirliği, iç geçerliliği kanıtlanmıştır (99).

Bu çalışmada 25 maddelik olan bu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Çimen, Bayık Temel (2015) yapıldıktan sonra Türkçeye uyarlanmış olan ölçek kullanılmıştır. Bunun için bir ön çalışma tamamlanmış ve 1. Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin test-tekrar test güvenirliği ile zamana göre değişmezliği test edilmiştir ($r = 0.74, p \leq .05$). İç tutarlılık analizlerinde, madde toplam puan korelasyonları incelenmiş ve uygun güvenirlik düzeyinde olduğu bulunmuştur. Cronbach Alfa katsayısı 0.90 olarak saptanmıştır. KGI = 90 bulundu. Ölçeğin yapı geçerliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirildi. Örneklemen faktör analizine uygunluğunu test etmek için Kaiser- Meyer- Olkin ve Barlett’s küresellik testi kullanıldı. Örneklemen yeterliliğinin saptanmasında Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) değeri 0.893 ve Barlett’s testi ($X^2 = 2187.116, p:0.001$) bulundu. Sorenson ve arkadaşları tarafından geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu nedenle açıklayıcı faktör analizi/ Temel bileşenler analizinde optik dağılımlı faktör çözümlemesi sonuçları dört faktörle sınırlandırıldı. Yapılan analiz sonucunda toplam varyansın %49.12’sini açıklayan ve 4 alt ölçekten oluşan bir ölçme aracı elde edildi. Buna göre faktör 1’in toplam varyansın %30.62’sini, faktör 2’nin %7.80’ini, faktör 3’ün %6.15’ini, faktör 4’ün %4.56’sını açıkladığı görüldü. Alt boyutlarda yer alan boyutların özgün formdaki maddelerle örtüştüğü belirlendi. Faktör korelasyonlarının 0.74 ve 0.91 arasında değiştiği bulundu.

3.7. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından görüşme tekniği ile yaşlı hastalarla yüz yüze ilgili kliniklerde hastalar için uygun zamanda toplanmıştır. Araştırmada yararlanılacak veri toplama araçlarının uygulanması için gerekli süre 20 dakikadır.

Geçerlik güvenirlik çalışması; metodolojik çalışma olarak Aralık 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye kliniği, Gastroentoloji kliniği ve Göğüs hastalıkları kliniğinde yürütülmüştür. Örneklem seçimine gidilmemiş, Aralık 2014-Ocak 2015 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye kliniği, Gastroentoloji kliniği ve Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan bireylere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra katılmaya gönüllü bireyler çalışma kapsamına alınmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin çeviri-geri çevirisi yapılarak dil geçerliliği sağlanmış, uzman önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Soru formu, ön uygulamanın ardından öğrencilere uygulanmıştır. Test tekrar test güvenilirliği için, ölçek 4 hafta ara ile aynı 30 bireye ikinci kez uygulanmıştır.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri, SPSS 15.0 programında kodlanmış ve minimax tutarlılık değerlendirmesi yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testleri (histogram grafiği, skewness, kurtosis) ile verilerin normal dağılıma uygun olduğu saptanmıştır. Her veri üzerinde sayı ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı değerlendirilmiş ve T testi, Anova varyans analizi, corelasyon ve regresyon analizi ve ileri analizde de bonferroni testi uygulanmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Konu belirlemek için 2013’de hazırlıklara ve literatür taramaya başlanmıştır. Mayıs 2015 ayı içerisinde tez önerisi sınavına girilmiş ve etik kurul izinlerinin alınmıştır. Temmuz-Ağustos 2015 tarihlerinde verilerin toplanmış ve Temmuz- Ağustos tarihlerinde veri analizleri ve tez yazımı tamamlanmıştır. Eylül 2015’de de tez savunma sınavına girilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik kurulundan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Bilimsel Etik Kurulundan gerekli yazılı izin alınmıştır. İzin alındıktan

sonra ayrıca yaşlılar ile görüşmeden önce yaşlı bireylere çalışmanın amacı açıklanarak sözel onam alınmıştır.

Araştırmada kullanılacak sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kullanımı ve geçerlik güvenirlik çalışması ve ölçeğin kullanımı için Ervin Toci ile iletişime geçilmiştir. Ancak makalenin yayınlandığı dergi açık erişimli olup ve Creative Commons Attribution License'a göre etik izne ihtiyaç göstermemektedir (EK III). Creative Commons telif hakkı lisansları ve araçları, kanunun oluşturduğu geleneksel "tüm hakları saklıdır" yapısı içinde bir denge oluşturur. Araçlar bireysel yaratıcılardan büyük şirket ve kurumlara kadar herkesin yaratıcı eserlerine basit, standartlaştırılmış bir yol ile telif izinleri vermesini sağlar. Araçların ve kullanıcıların kombinasyonu geniş ve büyüyen dijital bir ortaklıktır ve telif hakları çerçevesinde kopyalanabilir, dağıtılabilir, düzenlenebilir, karıştırılabilir ve üzerine inşa edilebilir bir içerik havuzuna sahiptir. Lisans, kullanan kişilere orijinal esere atıfta bulundukları sürece, eseri dağıtma, karıştırma, ince ayar yapma, ya da üzerine çalışma haklarını verir. Bu sunulan en kullanışlı lisanstır. Bu lisans eserin mümkün olduğu kadar çok kullanılması ve yayılması için önerilir. (2013 Toçi et al.; *This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.*)

ARAşTIRMA TASARIMI

YÖNTEM

ÇALIşMANIN YERİ VE ZAMANI

Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi

Eylöl 2013-şubat 2015

ÖRNEKLEM

İZİNLER

Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi İç hastalıkları, Gastroentoloji ve Göğüs hastalıkları kliniğine 15.07.2015-15.08.2015 tarihleri arasında yataklı kliniğe başvuran ve yatarak tedavi gören 65 ve üzeri yaştaki, gönüllü katılan ve örneklem grubuna alınmayı engelleyen özelliklere sahip olmayan 550 birey örneklem grubunu oluşturmuştur.

ÖN UYGULAMA

ÖN UYGULAMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

VERİLERİN TOPLANMASI

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BÖLÜM IV

4.BULGULAR

Bu bölümde bireylerin tanıtıcı verileri sağlık algısı, sağlık davranışları, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşıyıp yaşamadıkları, yaşam kalitelerini değerlendirme durumları, ilaç kullanma durumları kronik hastalık sayısı ve süresi değerlendirildi.

4.1 Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu bölümde bireylerin tanıtıcı verilerinden olan yaşı, medeni durumu cinsiyeti, ekonomik durumu, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi, uyruğu, anadili, nerede ve kiminle beraber yaşadığı gibi özellikler incelenmiştir (Tablo 21).

Tablo 21: Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grubu		
65-74	218	39.6
75-84	198	36.0
85 ve üstü	134	24.4
Cinsiyet		
Kadın	302	54.9
Erkek	248	45.1
Medeni Durum		
Evli	383	69.6
Bekar	167	30.4
Toplam	550	100

Eğitim Düzeyi		
Okuryazar Değil	77	14.0
İlkokul	255	46.4
Ortaokul	140	25.5
Lise	73	13.2
Üniversite	5	0.9
Yaşanılan Yer		
Köy	160	29.1
Kasaba	67	12.2
Şehir	242	44.0
Büyükşehir	79	14.4
Yurtdışı	2	0.3
Çalışma Durumu		
Evet	281	51.1
Hayır	269	48.9
Mesleği*		
Ev Hanımı	155	28.2
Çiftçi	73	13.4
Devlet Memuru	112	20.4
İşçi	136	24.7
Diğer	74	13.5
Uyruğu		
Türk Vatandaşı	549	99.8
Yabancı Uyruklu	1	0.2
Anadili		
Türkçe	550	100
Toplam	550	100

Gelir Düzeyi		
Geliri giderinden az	306	55.7
Geliri giderine eşit	219	39.8
Geliri giderinden fazla	25	4.5
Sosyal Güvence		
Bağ-Kur	197	35.8
Emekli Sandığı	134	24.4
Yeşil-Kart	181	32.9
Özel Sağlık Sigortası	36	6.5
Yok	2	0.4
Yaşadığı Yer		
Ev	548	99.6
Bakımevi/Huzurevi	2	0.4
Birlikte Yaşanılan Bireyler		
Eş	394	71.7
Çocuklar	69	12.5
Akraba	3	0.5
Bakımevi/Huzurevi	2	0.4
Yalnız	82	14.9
Toplam	550	100

* Mesleği olan bireyler üzerinden yüzde hesaplamaları yapılmıştır.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %39.6'sının 65-74 yaş grubunda, %36'sının 75-84 yaş grubunda ve %24.4'ünün 85 ve üzeri yaş grubunda ve yaş ortalamasının 76.4 ± 2.5 olduğu belirlendi. Bireylerin %54.9'u kadın, %45.1'i erkek olup, %69.6'sının evli ve %30.4'ünün bekar olduğu saptandı. Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; %46.4'ünün ilköğretim, %25.5'inin ortaokul, %13.3'ünün lise ve yalnızca %0.9'unun üniversite mezunu olduğu, %14.0'ünün ise okuryazar olmadığı belirlendi. Bireylerin %44'ü en uzun süre ile şehirde,

%29.1'i köyde, %14.4'ü büyükşehirde, %12.2'si kasabada ve yalnızca %0.3'ü yurtdışında yaşadığını bildirdi.

Bireylerin çalışma durumları değerlendirildiğinde; %51.1'inin halen aktif bir işte çalıştığı ve %48.9'unun da çalışmadığı belirlendi. Bireylerin meslek dağılımları incelendiğinde; %28.2'sinin ev hanımı olduğu, %24.7'sinin işçi, %20.4'ünün devlet memuru, %3.3'ünün çiftçi ve %13.4'ünün diğer mesleklerde çalıştığı saptandı. Gelir durumlarına bakıldığında; bireylerin %55.7'si gelirinin giderinden az, %39.8'i gelirinin giderine eşit ve yalnızca %4.5'i de gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi.

Bireylerden %35.8'inin Bağ-Kur, %32.9'unun Yeşil-Kart, %24.4'ünün Emekli Sandığı ile ilişkili sağlık ve sosyal güvenlik sistemine bağlı olduğu yalnızca %6.5'inin özel sağlık sigortasının bulunduğu ve %0.4'ünün ise hiçbir sağlık güvencesinin olmadığı saptandı. Araştırma kapsamındaki bireylere kiminle yaşadığı sorulduğunda; %71.7'si eşiyle, %14.9'u yalnız, %12.5'i çocuklarıyla, %0.5'i akrabalarıyla yaşadığını ve %0.4'ü ise yaşamını bakımevi/ huzurevinde sürdürdüğünü belirtti. Bireylerin %99.8'inin Türk vatandaşı olduğu ve hepsinin anadilinin Türkçe olduğu tespit edildi.

4.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesine Yönelik Algıları

Araştırmada bireylerin genel sağlık durumları ve yaşam kalitesini yönelik algıları incelendi (Tablo 22).

Tablo 22: Bireylerin Genel Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesine Yönelik Algılarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı	Sayı	Yüzde
Yaşam Kalitesi		
Çok İyi	25	4.5
İyi	108	19.6
Orta	194	35.3
Kötü	175	31.8
Çok Kötü	48	8.8
Toplam	550	100

Sağlığı Algılama		
Çok İyi	30	5.5
İyi	101	18.4
Orta	191	34.7
Kötü	176	32.0
Çok Kötü	52	9.5
Toplam	550	100

‘Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusu bireylere yöneltildiğinde; % 35.3’ünün orta, % 31.8’inin kötü, % 19.6’sının iyi, % 8.8’inin çok kötü ve % 4.5’inin çok iyi olarak cevapladığı saptandı. Araştırma kapsamındaki bireylerin sağlığı algılama durumları incelendiğinde; %34.7’sinin orta, %32.0’sinin kötü, %18.4’ünün iyi, %9.5’inin çok kötü, %5.5’inin çok iyi olarak algıladığı saptandı (Tablo 22).

4.3. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Davranışları

Araştırmada bireylerin BKİ değerleri, sigara/ alkol kullanma durumları, kullanım miktarları incelendi (Tablo 23).

Tablo 23: Bireylerin Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımı

Bireylerin Sağlık Davranışları	Sayı	Yüzde
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	289	43.4
Orta	187	34.0
Şişman	121	22.0
Aşırı Şişman/ Obez	3	0.6
Sigara Kullanımı		
Evet	215	39.1
Hayır	335	60.9

Sigara Kullanım Miktarı* (215)		
Günde 1 paketten az	123	57.20
Günde 1 paket	74	34.41
Günde 1 paketten fazla	18	8.39
Alkol Kullanımı		
Evet	179	32.5
Hayır	371	67.5
Alkol Kullanım Miktarı* (n: 178)		
Haftada 2 günden az	99	55.84
Haftada 2 gün	63	35.20
Haftada 3-5 gün	13	7.26
Hergün	3	1.7
Toplam	550	100

*Yüzdelere sadece sigara ve alkol kullanan birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Bireylerin sağlık yaşam davranışları kapsamında kilo ve boy ölçümlerine göre BKİ değerleri incelendiğinde; %43.4'ünün zayıf, %34'ünün orta, %22'sinin şişman, %0.6'sının aşırı şişman ve %0.2'sinin obez olduğu belirlendi. Araştırmada bireylerin %39.1'inin sigara içtiği ve %60.9'unun sigara içmediği saptandı. Bireylere sigara tüketimleri sorulduğunda; %57.20'sinin günde bir paketten az, %34.41'inin günde bir paket, %8.39'unun günde bir paketten fazla sigara tükettiğini belirtti. Alkol kullanım durumları değerlendirildiğinde ise; %32.5'i alkol kullandığını, %67.5'i de alkol kullanmadığını açıkladı. Alkol kullanan bireylerin %55.84'ü haftada iki günden az, %35.20'si haftada iki gün, %7.26'sı haftada üç-beş gün, %1.7'si ise her gün alkol kullandığını belirtti (Tablo 22).

4.4. Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi, Kronik Hastalık Öyküsü ve İlaç Kullanma Durumları

Araştırmada bireylerin kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanma durumları, sağlık hizmetlerine erişim ve hastaneye başvuru durumları incelenmiştir (Tablo 24).

Tablo 24: Bireylerin Kronik Hastalık Öyküsü ve İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Kronik Hastalık Öyküsü ve İlaç Kullanma	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık Sayısı		
1	152	27.6
2	200	36.4
3	141	25.6
4 ve üzeri	57	10.4
Kronik Hastalık Süresi		
1 yıldan az	95	17.3
2-4 yıl	175	31.8
5-10 yıl	179	32.5
11-20 yıl	80	14.5
20 yıldan fazla	21	3.9
İlaç Kullanım Durumu		
Evet	454	82.5
Hayır	96	17.5
Kullanılan İlaç Türü Sayısı* (n:455)		
1	177	38.90
2	172	37.80
3	106	23.30
Hastaneye Yatma Sayısı* (n:475)		
1-3 kez	204	42.85
4-5 kez	164	34.67
6 ve daha fazla kez	107	22.48
Toplam	550	100

Hastanede Kaç Gün Kaldı* (n:476)		
1 haftadan az	126	26.47
1-2 hafta	174	36.55
2 haftadan fazla	128	26.89
1 aydan fazla	48	1.09
Acil Servise Başvurma Durumu		
Evet	403	73.3
Hayır	147	26.7
Acil Servise Başvurma Sayısı* (403)		
1-3 kez	179	44.42
4-5 kez	133	33.0
6 ve daha fazla kez	91	22.58
Sağlık Hizmetlerine Erişmede Zorlanma		
Çok zorluk çekiyorum	282	51.3
Az zorluk çekiyorum	196	32.0
Hiç zorluk çekmiyorum	82	16.7
Toplam	550	100

*Yüzdelere sadece ilaç kullanan ve daha önce hastaneye yatan ve daha önce acil servise başvuran birey sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Bireylerin kronik hastalık sayısı değerlendirildiğinde; %27.6'sının bir, %36.4'ünün iki, %25.6'sının üç, %10.4'ünün dört ve daha fazla sayıda kronik hastalığının olduğu saptandı. Kronik hastalığı olan bireylerin %32.5'inin 5-10 yıldır, %31.8'inin 2-4 yıldır, %17.3'ünün 1 yıldan az, %14.5'inin 11-20 yıldır ve % 3.9'unun 20 yıldan fazla süredir kronik hastalığının olduğu görüldü.

Bireylerin ilaç kullanma durumları incelendiğinde; %82.5'inin ilaç kullandığı ve % 17.5'inin ise ilaç kullanmadığı saptandı. Kullanılan ilaç türü sayısı değerlendirildiğinde; ilaç

kullanıcıların %38.90'nın bir, %37.80'inin iki, %23.30'unun üç ve daha fazla türde ilaç kullandığı görüldü.

Araştırma kapsamındaki bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve hastaneye yatma deneyimleri de bu çalışmada incelenmiştir. Buna göre yaşlı bireylerin %42.85'i yaşamları boyunca bir-üç kez, %34.67'si dört-beş, %22.48'i altı ve daha fazla hastaneye yatarak tedavi olduğunu belirtti. Yaşlı bireylerin yalnızca %13.6'sı bugüne kadar ise hiç hastaneye yatmadığını belirtti. Hastanede yatarak tedavi olan bireylerin %26.47'si bir haftadan az, %36.55'i bir-iki hafta, %26.89'unun iki haftadan fazla, %1.09'unun da bir aydan fazla bir süre hastanede yattığı tespit edildi.

Bireylerin herhangi bir acil durum nedeniyle acil servise başvuru deneyimleri değerlendirildiğinde, bugüne kadar %73.3'ünün acil servise başvurduğu belirlendi. Başvuru sıklığı incelendiğinde, %44.42'sinin yaşamları boyunca bir-üç kez, %33.0'ünün dört-beş kez, %22.58'inin altı ve daha fazla acil servise başvurduğunu bildirdi. Bireylere 'Sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çekiyor musunuz?' sorusu sorulduğunda; %51.3'ü çok, %32.0'si az zorluk çektiğini ve yalnızca %16.7'si ise hiç zorluk çekmediğini açıkladı.

4.5. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 87.96 ± 13.89 'dur. Ölçek maddelerinin puan ortalamaları 28.60 ± 5.03 ile 17.73 ± 3.28 arasında bulundu. Ölçekten yaşlı bireyler min 51, max 125 puan almış olup değişim puan aralığı 74'dür. Standart sapma 13.89, varyans ise 192.99 saptanmıştır.

Alt ölçeklerin madde puan ortalamaları incelendiğinde; uygulama alt ölçeğinin puan ortalamasının 17.73 ± 3.28 (min:9, max:25), erişim 18.48 ± 3.30 (min:9,max:25) anlama 23.12 ± 4.52 (min:12,max:35), değerbiçme 28.60 ± 5.03 (min:15,max:40) ve toplam puan ortalamalarının 17.73 ± 3.28 ile 28.60 ± 5.03 arasında olduğu belirlendi. En düşük ortalamaya sahip olan alt ölçeğin *uygulama* ve en yüksek ortalamaya sahip olan alt ölçeğin ise *değerbiçme* olduğu belirlendi (Tablo 25)

Tablo 25: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Ölçek Ortalamaları

Ölçek ve Alt Ölçek	Alt Ölçeklerin Ort.±SD (Min-Max=1-5)
Erişim (1-5. Maddeler)	18.48±3.30
Anlama (6-12. Maddeler)	23.12±4.52
Değer biçme (13-20. Maddeler)	28.60±5.03
Uygulama (21-25. Maddeler)	17.73±3.28
Toplam Ölçek(1-25. Maddeler)	87.96±13.89

Alt ölçek puanları ve genel ölçek puanları arasında saptanan korelasyon değerlerinin Tablo 26’da görüldüğü gibi pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlendi (Tablo 26).

Tablo 26: Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puanı ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçek ve Alt Ölçekler	Erişim	Anlama	Uygulama	Değerbiçme	Genel Ölçek
Erişim	1	.702**	.490**	.679**	.837**
Anlama	.702**	1	.483**	.720**	.880**
Uygulama	.490**	.483**	1	.654**	.732**
Değerbiçme	.679**	.720**	.654**	1	.913**
Genel Ölçek	.837**	.880**	.732	.913**	1

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

4.6. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumu ve Sosyo-demografik Özellikleri

Bu bölümde bireylerin cinsiyet, yaş, medeni hali, eğitim düzeyi, yaşanan yer, çalışma durumları, mesleği, gelir düzeyi, sağlık güvencesi ve birlikte yaşadığı bireyler gibi özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçek toplam puanı incelenmiştir (Tablo 27).

Tablo 27: Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Ölçek Puanı (X±SD) (n:550)	Önemlilik Testi, p
Cinsiyet		
Kadın	89.66±14.33	t:3.20, p:.001
Erkek	85.89±13.05	
Yaş		
65-74	91.91±13.56	F:15.766, p:.000
75-84	85.90±13.67	
85 ve üzeri	84.57±13.26	
Medeni Durum		
Evli	88.83±13.72	t:2.24, p:.025
Bekar	85.96±14.11	
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar Değil	83.60±12.31	F=16.97, p=.000
İlkokul	85.89±12.66	
Ortaokul	89.14±15.21	
Lise ve üzeri	96.94±12.72	

En Uzun Yaşanılan Yer		
Köy ve Kasaba	83.91±12.74	F=26.97, p=.000
Şehir	89.00±13.50	
Büyükşehir ve Yurtdışı	96.22±14.05	
Çalışma Durumu		
Evet	90.79±14.21	t= 4.99, p=.000
Hayır	85.01±12.93	
Mesleği		
Ev hanımı	91.09±15.28	F=4.40, p=.002
Çiftçi	83.95±13.22	
Devlet Memuru	88.09±13.33	
İşçi	88.02±12.38	
Diğer	85.05±13.64	
Gelir Düzeyi		
Geliri Giderinden Az	86.10±13.74	F=7.84, p=.000
Geliri Giderine Eşit	89.77±13.63	
Geliri Giderinden Fazla	94.84±14.18	
Sağlık Güvencesi		
Bağ-Kur	85.34±13.63	F=10.03, p=.000
Emekli Sandığı	92.46±14.25	
Yeşil-Kart	86.39±13.05	

Özel Sağlık Sigortası ve yok	93.15±13.04	
Kiminle Beraber Yaşıyor		
Eş	89.57±13.65	F=10.10, p=.000
Çocuklar ve Akraba	82.76±13.85	
Huzurevi/Bakımevi ve Yalnız	84.86±13.54	

Araştırma kapsamındaki bireylerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlık ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; kadınların 89.66±14.33 puan, erkeklerin de 85.89±13.05 puan aldıkları ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t= 3.20$, $p=.001$).

Bireylerin yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 65-74 yaş grubundaki bireylerin puan ortalamalarının 91.91±13.56, 75-84 yaş grubundaki bireylerin 85.90±13.67, 85 yaş ve üzeri yaşta kalan bireylerin puan ortalamaları ise 84.57±13.26 olduğu belirlendi. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptandı ($F=15.766$, $p=.000$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırmalı testine göre, farkın 65-74 yaş grubu bireylerden kaynaklandığı belirlendi.

Bireylerin medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; evli bireylerin puan ortalamalarının 88.63±13.72, bekar olanların ise 85.96±14.11 bulundu. Farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($t=2.24$, $p=.025$).

Bireylerin eğitim durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puanları incelendiğinde; okuryazar olmayan bireylerin puan ortalamasının 83.60±12.31, ilkokul mezunu olan bireylerin 85.89±12.66, ortaokul mezunu olanların 89.14±15.2, lise ve üzeri mezun olan bireylerin de 96.94±12.72 olduğu görüldü. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptandı ($F=16.97$, $p=.000$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırmalı testine göre farkın lise ve üzeri eğitim almış gruptaki bireylerden kaynaklandığı belirlendi.

Bireylerin en uzun süre yaşadıkları yere göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puanları incelendiğinde; köy- kasaba gibi küçük yerleşim birimlerinde yaşayan bireylerin ölçek puan ortalamasının 83.91±12.74, şehirlerde yaşayan bireylerin 89.00±13.50,

büyükşehir ve yurtdışında yaşayan bireylerin ise 96.22 ± 14.05 olduğu saptandı. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptandı ($F=26.97, p=.000$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırmalı testine göre farkın oluşumunda tüm grupların eşit derecede katkı sağladığı belirlendi.

Araştırmada bireylerin çalışma durumlarına göre sağlık okuryazarlık ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; çalışan bireylerin puan ortalamasının 90.79 ± 14.21 , çalışmayan bireylerin ise 85.01 ± 12.93 olduğu saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t= 4.99, p=.000$).

Bireylerin mesleklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; ev hanımlarının 91.09 ± 15.28 puan, çiftçilik yapan bireylerin 83.95 ± 13.22 , devlet memuru olarak çalışanların 88.09 ± 13.33 , işçi statüsünde çalışanların 88.02 ± 12.38 , diğer mesleklerde olanların ise 85.05 ± 13.64 puan aldığı belirlendi. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için yapılan varyans analizinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=4.40, p=.002$). Farkın nereden kaynaklandığının saptanması için Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırmalı test uygulandı. Bu teste göre farkın çiftçilikle uğraşan ve diğer meslekleri (kendi işinde çalışan bakkal, emlakçı, taksici vb.) olan gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Bireylerin gelir durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderden az olan bireylerin puan ortalamasının 86.10 ± 13.74 , geliri giderine eşit olan bireylerin 89.77 ± 13.63 , geliri giderinden fazla olduğunu bildiren bireylerin de 94.84 ± 14.18 puan olduğu saptandı. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı incelendiğinde yapılan varyans analizinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=7.84, p=.000$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması için yapılan Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırmalı teste göre farkın geliri gidere eşit olan gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Bireylerin sağlık güvencesine sahip oldukları kurumlara göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; Bağ-Kurlu olan bireylerin puan ortalamasının 85.34 ± 13.63 , Emekli Sandığı kurumundan yararlananların 92.46 ± 14.25 , Yeşil-Karta sahip olanların 86.39 ± 13.05 , özel sağlık sigortası olan bireylerin puan ortalamasının 93.15 ± 13.04 olduğu belirlendi. Sahip olunan sosyal güvenlik kurumuna göre ölçek puan ortalamaları varyans analiziyle değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan fark saptandı

(F=10.03, p=.000) Gruplar arasındaki bu fark Post Hoc Bonferroni çoklu karşılaştırmalı test ile incelendi. Buna göre Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil-Karta sahip olan bireylerin puanlarının bu farkın ortaya çıkmasında etkili olduğu belirlendi.

Bireylerin beraber yaşadığı kişilere göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; eşiyile beraber yaşayanların aldıkları puan ortalamalarının 89.57 ± 13.65 , çocukları veya akrabalarıyla beraber yaşayanların 82.76 ± 13.85 , bakımevi/huzurevinde ya da yalnız yaşayanların puan ortalamaları ise 84.86 ± 13.54 olarak belirlendi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=10.10, p=.000). Gruplar arasındaki bu fark Bonferroni çoklu karşılaştırmalı test ile incelendi. Buna göre farkın eşiyile birlikte yaşayan gruptan kaynaklandığı belirlendi.

4.7. Yaşlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumu ile Sağlık Davranışları, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim ile İlgili Özellikleri

Bu bölümde bireylerin BKİ değerleri, sigara/alkol kullanma durumları, sigara/alkol kullanma miktarları, bireylerin sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşama durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puan incelenmiştir (Tablo 28).

Tablo 28: Bireylerin Sağlık Davranışları, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim ile İlgili Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Davranışları, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim ile İlgili Özellikler	Ölçek Puanı (X±SD) (n:550)	Önemlilik Testi, p
BKİ		
Zayıf	87.35 ± 13.36	F=2.067, p=.128
Orta	89.59 ± 13.94	
Şişman, Aşırı Şişman ve		

Obez	86.67±14.66	
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	86.90±12.93	t=-1.44,p=.150
Hayır	88.65±14.45	
Sigara Kullanma Miktarı		
Günde 1 paketten az	87.52±12.86	F=.597, p=.984
Günde 1 paket	85.52±12.55	
Günde 1 paketten fazla	88.22±15.08	
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	87.91±13.17	t=-.062,p=.950
Hayır	87.99±14.23	
Alkol Kullanma Miktarı		
Haftada 2 günden az	88.95±13.00	F=1.029, p=.438
Haftada 2 gün	87.94±12.94	
Haftada 3-5 gün veya hergün	81.37±14.12	
Sağlık Algısı		
Çok iyi	104.17±10.67	F=18.45, p=.000
İyi	92.74±15.49	
Orta	85.62±13.88	
Kötü	85.15±12.07	
Çok kötü	87.44±8.70	

Yaşam Kalitesi		
Çok iyi	99.04±11.25	
İyi	92.55±15.01	
Orta	86.27±14.16	F=9.64, p=.000
Kötü	85.46±12.59	
Çok kötü	87.85±10.75	
Sağlık Hizmetlerine Erişim		
Çok zorluk çekiyorum	85.40±12.23	
Az zorluk çekiyorum	87.94±15.05	F=21.08, p=.000
Hiç zorluk çekmiyorum	95.85±13.53	

Araştırmada bireylerin vücut ağırlıkları ve boyları ölçülerek belirlenen BKİ değerlerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; zayıf olan bireylerin ölçek puan ortalamasının 87.35±13.36, orta olan bireylerin 89.59±13.94,şişman aşırı şişman ve obez olan bireylerin ise 86.67±14.66 olduğu saptandı (Tablo 27) BKİ değerlerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları bireyler arasında istatistiksel açıdan fark saptanmadı (F=2.067, p=.128).

Bireylerin sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; sigara kullanan bireylerin puan ortalamalarının 86.90±12.93, kullanmayanların ise 88.64±14.45 olduğu belirlendi. Bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı (t=-1.44,p=.150).

Bireylerin sigara kullanma miktarlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hiç sigara kullanmayanların puan ortalamasının 88.64±14.45, günde bir paketten az içenlerin 87.52±12.86, günde bir paket içenlerin 85.52±12.55, günde bir paketten fazla içenlerin ise puan ortalaması 88.22±15.08 bulundu. Bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı incelendiğin de bir fark saptanmadı (F=.597, p=.984).

Araştırmada sağlıklı yaşam davranışı olarak alkol kullanan sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamasının 87.91 ± 13.17 , kullanmayanların da benzer bir oranda (87.99 ± 14.23) olduğu ve bu farkında yine istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($t=-.062, p=.950$).

Bireylerin alkol kullanma sıklığına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hiç alkol kullanmayan bireylerin puan ortalamasının 87.99 ± 14.23 , haftada 2 günden az kullanan bireylerin 88.95 ± 13.00 , haftada 2 gün alkol kullanan bireylerin 87.94 ± 12.94 , haftada 3-5 gün veya hergün kullanan bireylerin ise 81.37 ± 14.12 olduğu görüldü. Ancak bu farkında yine istatistiksel olarak anlamlı olmadığı değerlendirildi ($F=1.029, p=.438$).

Bireylerin araştırmada sağlıklarını algılama düzeylerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; sağlığını çok iyi algılayanların 104.17 ± 10.67 , iyi olarak algılayanların 92.74 ± 15.49 , orta düzeyde algılayanların 85.62 ± 13.88 , kötü düzeyde algılayanların 85.15 ± 12.07 ve çok kötü algılayanların ise 87.44 ± 8.70 puan aldığı gözlemlendi. Sağlığı algılama düzeyine göre bireylerin ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlendi ($F=18.45, p=.000$). Gruplar arasındaki bu fark Post Hoc Benferroni çoklu karşılaştırmalı test ile incelendi. Buna göre bireylerin puanlarının bu farkın ortaya çıkmasında sağlığını çok iyi ve iyi olarak algılayan bireylerden kaynaklandığı belirlendi.

Bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmelerini göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; yaşam kalitesini çok iyi olarak değerlendirenlerin puanının 99.04 ± 11.25 olduğu, iyi olarak değerlendirenlerin puanının 92.55 ± 15.01 , orta düzeyde değerlendirenlerin 86.27 ± 14.16 , kötü düzeyde değerlendirenlerin 85.46 ± 12.59 ve çok kötü değerlendirenlerin ise 87.85 ± 10.75 olduğu gözlemlendi. Yaşam kalitesini değerlendirme düzeyine göre bireylerin ölçekten aldıkları puanları arasında istatistiksel açıdan fark belirlendi ($F=9.64, p=.000$). Gruplar arasındaki bu fark Post Hoc Benferroni çoklu karşılaştırmalı test ile değerlendirildi. Buna göre bireylerin puanlarının bu farkın ortaya çıkmasında yaşam kalitesini çok iyi ve iyi olarak değerlendiren bireylerden kaynaklandığı belirlendi.

Araştırmada bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çekme durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı da incelendi. Buna göre çok zorluk çekenlerin puan ortalamalarının 85.40 ± 12.23 , az zorluk

çekenlerin 87.94 ± 15.05 , hiç zorluk çekmeyenlerin ise 95.85 ± 13.53 olduğu saptandı. Sağlık hizmetlerine erişimde bireylerin ölçekten aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlendi ($F=21.08$, $p=.000$). Gruplar arasındaki bu fark Bonferroni çoklu karşılaştırmalı test ile değerlendirildiğinde bireylerin puanları arasında bu farkın sağlık hizmetlerine erişimde hiç zorluk çekmeyen gruptan kaynaklandığı saptandı.

Kronik hastalığı olan bireylerin toplam ölçek puanları ile algıladıkları sağlıkları arasındaki ilişki incelendiğinde; bu iki değişken arasında negatif yönlü yani bireylerin algıladıkları sağlık düzeyi kötüleştikçe sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların toplamı da azalmaktadır ($r=-.256$, $p:.001$).

4.8. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Kronik Hastalık Durumları, Hastaneye Başvuru Özellikleri

Bu bölümde bireylerin kronik hastalık sayısı, kronik hastalık süresi, ilaç kullanma durumu, ilaç kullanma sayısı, hastaneye yatma sayısı ve hastanede kalış süresi, acil servise başvuru durumu ve sayısı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı incelenmiştir (Tablo 29).

Tablo 29: Bireylerin Kronik Hastalık Durumları, Hastaneye Başvuru Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kronik Hastalık ve Hastaneye Başvuru Özellikleri	Ölçek Puanı ($X \pm SD$) (n:550)	Önemlilik Testi, p
Kronik Hastalık Sayısı		
1	87.33 ± 14.02	$F=0.70$, $p=.552$
2	87.84 ± 14.58	
3	87.83 ± 13.34	
4 ve üzeri	90.40 ± 12.39	

Kronik Hastalık Süresi		
1	90.16±13.05	F=1.212, p=.305
2-4	87.36±12.59	
5-10	88.13±14.49	
11 ve üzeri	86.64±15.57	
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	87.25±13.80	t=-2.64, p=.009
Hayır	91.37±13.87	
Kullanılan İlaç Sayısı		
1	91.37±13.87	F=1.29, p=.079
2	86.60±14.42	
3 ve üzeri	87.17±13.26	
Hastaneye Yatma Sayısı		
1-3	87.57±14.43	F=1.128, p=.048
4-5	87.25±14.01	
6 ve üzeri	86.48±12.96	
Hastanede Kalış Süresi		
1 haftadan az	89.58±13.57	F=1.102, p=.049
1-2 hafta	87.39±14.18	
2 haftadan fazla	85.31±14.02	
1 aydan fazla	85.40±13.25	

Acil Servise Başvurma Durumu		
Evet	87.12±13.47	t=-2.25, p=.026
Hayır	90.24±14.77	
Acil Servise Başvurma Sayısı		
0	90.24±14.77	F=1.073, p=.043
1-3	87.40±12.82	
4-5	86.84±14.49	
6 ve üzeri	87.00±13.31	

Bireylerin hekim tarafından tanımlı kronik hastalık sayılarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde; bir, iki ve üç kronik hastalığı olan bireylerin sırasıyla puan ortalamalarının benzer oranlarda 87.33±14.02, 87.84±14.58 ve 87.83±13.34 olduğu ancak dört ve üzeri kronik hastalığa sahip olan bireylerin puan ortalamasının da 90.40±12.39 olduğu saptandı. Bu farklılıklar arasında istatistiksel açıdan fark görülmedi (F=0.70, p=.552).

En az bir kronik hastalığa sahip olan araştırma kapsamındaki bireylerin kronik hastalık süresine göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; bir yıldan az olan bireylerin puanın 90.16±13.05 olduğu, hastalık süresi 2-4, 5-10 yıl ve 11 yıldan daha uzun olan bireylerin ise ölçek puan ortalamalarının 88.13±14.49 ve 86.64±15.57 arasında değiştiği belirlendi. Hastalık yılı sürelerine göre bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puanlarının değişmediği belirlendi (F=1.212, p=.305).

Araştırmada bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç kullananların ortalaması 87.25±13.80 puan iken ilaç kullanmayan bireylerin ortalaması 91.37±13.87 puandır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptandı (t=-2.64, p=.009).

İlaç kullanan bireylerin kullandıkları ilaç sayısına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının hiç ilaç kullanmayanlarda 91.37±13.87, bir adet ilaç

kullananlarda 86.60 ± 14.42 , iki adet kullananlarda 87.17 ± 13.26 , üç ve daha fazla kullananlarda 88.46 ± 13.66 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($F=1.29$, $p=.079$).

Araştırmada bireylerin hastaneye yatma deneyimleri, yatma sıklığı sayısına ve hastanede kaldıkları süreye göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının hiç yatmayanların 92.71 ± 12.60 , bir-üç kez yatanların 87.57 ± 14.43 , dört-beş kez yatanların 87.25 ± 14.01 , 6 ve daha fazla yatanların 86.48 ± 12.96 puan aldığı görüldü. Bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($F=1.128$, $p=.048$). Yapılan ileri analizler sonucunda bu farkın 1-3 kez hastaneye yatan gruptan kaynaklandığı saptandı. Hastanede kalma sürelerine göre puanları incelendiğinde; hiç yatmayanlarda 92.71 ± 12.60 olduğu, bir haftadan az, bir-iki hafta, iki haftadan fazla ve bir aydan fazla süre yatanların sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı ortalamaları 85.31 ± 1.23 ve 98.58 ± 1.21 arasında değiştiği belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak da önemli bulunarak farkın 1 aydan fazla hastanede kalan gruptan kaynaklandığı belirlendi ($F=1.102$, $p=.049$).

Araştırmada bireylerin acil servise başvurma deneyimleri ve sıklığına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları acil servise hiç başvurmayanlarda 90.24 ± 14.77 , başvuranlarda ise 87.12 ± 13.47 tespit edildi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($t=-2.25$, $p=.026$).

Bireylerin acil servise başvurma sayılarına sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde hiç başvurmayanların 90.24 ± 14.77 puan, bir-üç kez başvuranların 87.40 ± 12.82 , dört-beş kez başvuranların 86.84 ± 14.49 , 6 daha fazla başvuranların ise 87.00 ± 13.31 puan aldığı saptandı. Bu fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($F=1.073$, $p=.043$). Gruplar arasındaki bu fark Bonferroni çoklu karşılaştırmalı test ile değerlendirildiğinde bireylerin puanları arasında bu farkın acil servise 1-3 kez başvuran gruptan kaynaklandığı saptandı.

4.9. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Yordanması

Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanını etkileyen yordayıcı; sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sağlık güvencesi, en uzun yaşanan yer, beraber yaşadığı kişi), sağlık algısı, yaşam kalitesi, sağlık hizmetlerine erişim, ilaç kullanma durumu, hastaneye yatma sayısı, hastanede

kalma süresi, acil servise başvurma durumu, acil servise başvurma sayısı gibi değişkenler çoklu regresyon analizi ile incelendi. Bu sonuçlar Tablo 30'da verilmektedir.

Tablo 30: Bireylerin Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Yordanması

Yordanan değişken	Yordayıcı değişkenler	B	Beta	F	t	P
Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplam Puanı	Yaş	-2.530	-.143	7.360	-3.325	.001
	Cinsiyet	-2.958	1.146		-2.582	.010
	Medeni Durum	1.795	.059		1.124	.261
	Eğitim Durumu	1.543	.102		2.032	.043
	En Uzun Yaşanılan Yer	1.365	.105		2.214	.027
	Çalışma Durumu	-1.764	-.064		-1.404	.161
	Mesleği	-.307	-.031		-.742	.459
	Gelir Durumu	.671	.028		.659	.510
	Sağlık Güvencesi	.786	.056		1.380	.168
	Beraber Yaşanılan Kişi	-.535	-.055		-1.060	.289
	Sağlık Algısı	-1.625	-.120		-2.180	.030
	Sağlık Hizmetlerine Erişim	2.106	.114		2.336	.020
	Yaşam Kalitesi	.390	.028		.509	.611
	İlaç Kullanma Durumu	1.135	.031		.699	.485
	Hastaneye Yatma Sayısı	1.065	.081		1.591	.112
	Hastanede Yatma Süresi	-.239	-.022		-.439	.661

	Acil Servise Başvurma Durumu	3.078	.0998		1.404	.161
	Acil Servise Başvurma Sayısı	-.363	-.031		-.445	.657

Analizde yordayıcı değişkenlerden yararlanarak kurulan modelin anlamlı olduğu saptandı ($F=7.360, p=.000$). Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek toplam puanını medeni hal, çalışma durumu, mesleği, gelir durumu, sosyal güvencesi, beraber yaşadığı kişi, yaşam kalitesi, ilaç kullanma durumu, hastaneye yatma sayısı, hastanede yatma süresi, acil servise başvurma durumu ve acil servise başvurma sayısı dışındaki değişkenlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun yaşanılan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim) etkilediği belirlendi. Oluşturulan regresyon modelinde Durbin-Watson=.952 olarak bulunmuştur. Bu değere göre modelin iyi oluşturulduğu göstermiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı ile değişkenler arasında korelasyon değeri $R=.447$, $R^2=.200$ bulundu. Sağlık okuryazarlığı ölçek puanındaki değişimin %20.0'si yukarıdaki değişkenler tarafından açıklanır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun yaşanılan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişimi gibi değişkenler sağlık okuryazarlığı ölçek puanında etkili değişkenlerdir ($p<.05$).

BÖLÜM V

5.TARTIŞMA

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini incelemek için yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki bölümlerde tartışılmıştır.

5.1.Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırma kapsamındaki bireylerin %39.6 'sının 65-74 yaş genç yaşlı, %36.0'sının 75-84 yaş orta yaşlı grubunda ve %24.4 'ünün 85 ve üzeri yaş ileri yaşlılık döneminde olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yürütülen TNSA çalışmasına göre; genel nüfusun %6.8'inin 65 ve üzeri bireylerden oluştuğu ve yaşlı grubun %4.1'inin 65-74 yaş, %2.2'sinin 75-84 yaş grubunda ve %0.4'ünün de 85 ve üzeri yaşta olduğu belirlenmiştir(36). Bu değerler göz önüne alındığında çalışma grubunun Türkiye popülasyonuna göre daha fazla oranda ileri yaş grubunda olduğu düşünülebilir. Bireylerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; %54.9'unun kadın, %45.1'inin erkek olduğu saptanmıştır. Bu bireylerin %69.6'sı evli, %30.4'ünün bekardır. Okuma yeteneği yaş arttıkça azalmaktadır (15). Yaşlıların %62'sinin araştırma tarihinde evli olduğu görülmüş ve yaş ilerledikçe evli olanların yüzdesi daha da düşmektedir (36).

Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; %46.4' ünün ilkokul mezunu, %25.5'inin ortaokul mezunu olduğu, %14.0'ünün okuryazar olmadığı, %13.3'ünün lise mezunu olduğu ve %0.9'unun üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Türkiyede 2013 TNSA verilerine göre 60 yaş üzeri bireylerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %39'u ilkokulu bitirmiştir ve yaş arttıkça eğitim düzeyinin azaldığı görülmektedir. Araştırma grubunun eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında erkeklerin yaklaşık %77'si; kadınların %61'i eskiden ilkokul diye isimlendirilen 5 yıllık okulu bitirmemiştir. Eğitimi olan kişiler değerlendirildiğinde; erkek ve kadınların cinsiyet farkı olamadan üçte birinden fazlası ilkokulu bitirmemiştir. Erkeklerin ortalama eğitim süresi 4.8'dir. Kadınların ortalama eğitim süresi ise 4.3 yıldır. Bu değerlere göre erkeklerin eğitim süresi kadınlara göre altı ay daha uzundur. (36).

Araştırmada bireylerin %44.0'ünün şehirde, %29.1'inin köyde, %14.4'ünün büyükşehirde, %12.2'sinin kasabada ve çok az oranda da (%0.3'ünün) yurtdışında yaşadığı bulgusu araştırma sonuçlarından elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre bireylerin yarısından

fazlasının kentsel alanlarda yaşadığı saptanmıştır. Ülkemizde kentlerdeki yaşlı nüfus %6 iken, kırsal kesimde %9 oranındadır (37). Özellikle büyük şehirlerde ayrımı iyice silikleşen yaşam alanlarında, son yıllarda şehir-köy diye ayrımın kalmadığı, şehirlerde köy oranının %3'e kadar azaldığı bilinmektedir. Bu nedenle ülkemizde sağlık okuryazarlığı değerlendirilirken şehir-köy ayrımının yapılmasının yanlış olabileceği belirtilmektedir (30).

Bireylerin %51.1'inin çalıştığı ve bu çalışan bireylerden de %28.2'sinin ev hanımı, %24.7'sinin işçi, %20.4'ünün devlet memuru, % 13.4'ünün diğer işlerde çalıştığı ve %13.3'ünün çiftçi olduğu saptanmıştır. Yetişkin diye adlandırılan grupta ülkemizde işgücüne katılım %47.9 oranında sağlanmaktadır. Yaşlılarda ise bu oran %11.9 olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı grubun işte kullanılma oranı da %11.7'dir. İstihdam edilen yaşlıların da %21.4'ünün ücretsiz aile işçisi olarak çalıştığı bildirilmektedir (36).

Bireylerin gelir durumları incelendiğinde; %55.7'sinin gelirinin giderinden az, %39.8'inin gelirinin giderine eşit ve %4.5'inin de gelirinin giderinden fazla olduğu görülmüştür. Gelir durumu açısından 65 yaş ve üzeri nüfus değerlendirildiğinde; bireylerin %31'nin hiç gelirinin olmadığı, %51'inin emeklilik sonucu kazandığı maaşı, %13'ünün ise yaşlılık nedeniyle bağlanan aylığı aldığı bulunmuştur. Yaşlılık nedeniyle kendilerine bağlanan aylığın 85 ve üstündekiler için önemli bir yer tuttuğu (%29) saptanmıştır (36). Ülkemizde giderek artan sosyo-ekonomik sorunlar, işsizlik, yaşlıların emekli maaşlarındaki düşük değerler yaşlılık döneminde beslenme, sosyal yaşam ve sağlık okuryazarlığını olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki bireylerden %35.8'inin Bağ-Kurlu, %32.9'unun Yeşil-Kartlı, %24.4'ünün Emekli Sandığına bağlı olduğu ve yalnızca %6.5'inin de özel sağlık sigortasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bireylerin sadece 36'sının (%0.4) sağlık güvencesinin olmadığı saptanmıştır. TNSA (2008) verilerine göre; yaşlıların %12'sinin sağlık güvencesinin bulunmadığı saptanmıştır (37). Sağlık Sen'in yürüttüğü çalışmada da toplumda sosyal güvencesi olmayan birey oranının %7 olduğu ve bu konunun düşündürücü olduğu belirtilmiştir (146). Araştırma kapsamındaki bireylerin sağlık güvencesine sahip olma durumları ülke genelini yansıtan TNSA sonuçlarına göre daha iyi bulunmuştur ve büyük çoğunluğunun da sosyal güvenlik kapsamında bulunması sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarını kolaylaştıracağı düşünülmüştür.

Bireylerin %71.7'sinin eşiyle, %14.9'unun yalnız, %12.5'inin çocuklarıyla, %0.5'inin akrabalarıyla yaşadığı ve %0.4'ünün bakımevi/huzurevinde yaşadığı belirlenmiştir. Bu verilere bakarak bireylerin %99.6'sının evinde ve sadece %0.4'ünün bakımevi/huzurevinde yaşadığı görülmektedir. DSÖ'de bireylerin yaşlılık dönemini yaşamlarını sürdürdükleri ve alışık oldukları kendi evlerinde ve çevrelerinde geçirmelerinin uygun olduğunu belirtmektedir (20). Ülkemizde yürütülen TNSA 2008 çalışması; yaşlıların yarısına yakınının (%44), çok ileri yaşlıların %57'sinin çocuklarıyla bir evi paylaştığı saptanmıştır. Ülkemizde aile büyüklüğü azalarak çekirdek aileler çoğalsa da yaşlıların çocuklarıyla beraber bir ev içinde yaşamaları gereksinimlerinin giderilmesi ve bakım almaları açısından aile/çocukların önemli bir yere sahip olduğunun bir göstergesi olduğu belirtilmiştir (37, 146). Öte yandan gençler yaşadıkları işsizlik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle aile büyükleriyle birlikte yaşamayı tercih edebilmektedirler.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %99.8'inin Türk vatandaşı olduğu ve hepsinin anadilinin Türkçe olduğu belirlenmiştir. Gazmararian ve ark.'nın (2003) İngilizce veya İspanyolca bilen 3260 yaşlı bireyle yürüttüğü çalışmada işlevsel sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün görülme sıklığını incelemiştir. Çalışma verilerine göre, anadili İngilizce olanların %33,9'unun, İspanyolca olanların ise %53,9'unun okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Çalışmada yaşanan yer, anadil, yaş, eğitim durumu, işi ve bilişsel özellikler gibi değişkenlerle sağlık okuryazarlığı seviyesi arasında ilişkiler gözlenmiştir.

5.2. Bireylerin Sağlık Algısı ve Sağlık Durum Değerlendirilmesi

Bu bireylerin BKİ değerleri incelendiğinde; %43.4'ünün zayıf, %34.0'ünün orta, %22.0'sinin şişman, %0.4'ünün aşırı şişman ve %0.2'sinin obez olduğu saptanmıştır. Buna göre yaşlı bireylerin 3/2'sinin istenen BKİ değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

Olumsuz sağlık davranışları açısından bireylerin %39.1'inin sigara kullandığı ve sigara kullanan bu bireylerden %57.20'sinin günde bir paketten az, %34.41'inin günde bir paket, %8.39'unun günde bir paketten fazla sigara tükettiği ve %60.9'unun hiç sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Bayık'ın (2007) yürüttüğü çalışmada yaşlılarda sigara kullanma oranının %21.5 olduğu belirlenmiştir. Bu oranla karşılaştırıldığında araştırma kapsamındakilerin sigara kullanma oranının daha yüksek olduğu söylenebilir (155). Bir diğer olumsuz sağlık davranışı olan alkol kullanma durumu incelendiğinde ise; %32.5'inin alkol kullandığı ve %67.5'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır. Alkol kullanan bireylerden %55.84'ü haftada iki günden az,

%35.20'si haftada iki gün, %7.26'sı haftada üç-beş gün, %1.7'si de her gün alkol kullandığını bildirmiştir. Bayık'ın (2007) yürüttüğü çalışmada yaşlılarda alkol kullanma oranlarının %10 olduğu belirlenmiştir. Bu oranla veriler karşılaştırıldığında araştırma kapsamındakilerin alkol kullanma oranının yüksek olduğu söylenebilir (155). Bilir (2009) sigara, alkol kullananların davranış değişikliği için eğitilmesi ve bilgilendirme çalışmalarının yapılmasını ve girişimlerin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinde de olumlu etkileri olacağını belirtmiştir (56).

Yaşlılıkla birlikte sağlık sorunlarında özellikle kronik hastalıklarda artış nedeniyle sağlık hizmetleri yaşlılar tarafından yaygın kullanılmaktadır. Ülkemizde 65 ve üzeri yaş grubunda %25'i gibi azımsanmayacak bir oranın kronik bir rahatsızlığı bulunduğu bilinmektedir (36). Sağlık hizmetlerine erişimde bireylerin %51.3'ü çok zorluk çektiğini, %32.0'si az zorluk çektiğini, %16.7'si hiç zorluk çekmediğini bildirmiştir. Buna göre yaşlıların yüksek oranda sağlık hizmetlerine erişimde güçlükler yaşadığı farkedilmektedir. Ülkemizde Sağlık Sen'in 2014 yılında yürüttüğü çalışmada bireylerin sağlıklı kalma, sağlık hizmetleri için sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşadığı saptanmıştır (146).

Araştırma kapsamındaki bireylerin sağlığı algılama durumları değerlendirildiğinde; %23.9'unun sağlığını iyi ve çok iyi, %34.7'sinin orta düzeyde, %41.4'inin de kötü ve çok kötü olarak algıladığı belirlenmiştir. Yaşlılarla yürütülen çeşitli çalışmalarda bireylere sağlığı algılama durumları sorulmuştur. Örneğin; Uğurlu'nun (2011) yürüttüğü çalışmada bireylerin %67.7'sinin sağlığını iyi olarak, %2.9'unun orta olarak ve %11.2'sinin çok iyi şeklinde ifade ettiği belirlenmişken yalnızca %18.1'inin kötü ve çok kötü şeklinde sağlıklarını algıladıkları saptanmıştır (149). Yaşlanmayla birlikte kronik hastalık sayısındaki artış ve semptomlar nedeniyle yaşlıların sağlığını kötü olarak algılamaları beklenebilir. Ancak bu dönemde yaşlıların bu sorunları kabullenilmesinin de yaygın olduğu düşünülebilir. Araştırmanın 5. alt hipotezi olan **'H1: Yaşlı hastalarda sağlık algısı kötü düzeydedir.'** hipotezi doğrulanmaktadır.

Bireylerin bu aktivitelerini yerine getirememesi doğrudan yaşam kalitelerini değerlendirmelerini de etkilemektedir (36). Yaşlılıkla beraber bağımlılık oranları da artan bireylerin yaşam kaliteleri kendileri tarafından düşük olarak değerlendirilebilmektedir. Son beş yılda 65 yaş üzeri kişilerde yaşam kalitesi ile ilgili 3151 yayın olduğu belirlenmiştir.(154). 'Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?' sorusu bireylere sorulduğunda %35.3'ünün orta, %31.8'inin kötü, %19.6'sının iyi, % 8.8'inin çok kötü ve %4.5'inin çok iyi olarak

değerlendirdiği gözlenmiştir. Netuveli'nin (2008) 65 yaş ve üzeri kişilerde yapılan çalışmasında yaşam kalitesi sorulduğunda kişilerin 2/3'ünün yaşam kalitesini iyi ya da çok iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir (154).

Bireylerden hepsinin kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalığı olan bu bireylerin %36.4'ünün iki, %27.6'sının bir, %25.6'sının üç, %10.4'ünün dört ve üzeri kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerin %32.5'inin 5-10 yıldır, %31.8'inin 2-4 yıldır, %17.3'ünün bir yıldan az, %14.5'inin 11-20 yıldır ve %3.9'unun 20 yıldan fazla süredir kronik hastalığının olduğu araştırma bulgularından elde edilmiştir. Bireylerin %82.5'inin ilaç kullandığı ve %38.90'mın bir, %37.80'inin iki, %23.30'unun üç ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı, yalnızca % 17.5'inin ise ilaç kullanmadığı saptanmıştır. Uğurlu'nun yaptığı çalışmada da hastaların %69'unun tanı konulmuş bir hastalığı olduğunu, bu hastaların ise %47.3'ünün iki, %21.7'sinin üç ve %6.1'inin dört hastalığının olduğu bulunmuş ve hastalık süresinin 2-10 yıl arasında değiştiği belirtilmiştir. Ayrıca hastalıklar nedeniyle bireylerin %74.7'sinin tedavi için ilaç kullandığı saptanmıştır (149).

Araştırma kapsamındaki bireylerin %42.85'inin 1-3 kez, %34.67'sinin 4-5 kez, %22.48'inin 6 ve daha fazla hastaneye yattığı, yalnızca %13.6'sının ise hiç hastaneye yatmadığı belirlenmiştir. Hastanede yatan bireylerden %36.55'inin 1-2 hafta, %26.89'unun 2 haftadan fazla, %26.47'sinin 1 haftadan az, %1.09'unun 1 aydan fazla bir süre hastanede kaldığı bildirilmiştir. Yaş arttıkça bireylerin hastanede daha fazla yattıkları ve acil servise daha çok başvurdukları belirlenmiştir. Acil servise başvurmak diğer hizmetlerden daha pahalı bir hizmettir (9,11). Sağlık sistemine geç başvuran bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri ve bakımından erken dönemde faydalanamamaları nedeniyle düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin de hastaneye yatış oranını arttırdığı bildirilmektedir (106).

Yaşlıların, gerek ekonomik koşullar gerekse sosyal güvencelerinin yokluğu gibi sebepler sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını etkilemektedir (36). Yaşlı bireylerin hizmet bedelinin tamamını ödemeleri halinde hastaneye başvuruları mümkün olabileceğinden kontrollere gitmeyi ertelemektedirler ve dolayısıyla sağlıkları kötüleşmekte ve acil servise başvuru sıklıkları artmaktadır. Bu çalışmada da bugüne kadar %73.3'ünün acil servise başvurduğu belirlenmiştir. Bu başvuru oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Başvuranların %44.42'sinin 1-3 kez, %33.0'ünün 4-5kez, %22.58'inin ise 6 ve daha fazla acil servise başvurduğu bildirilmiştir. Yaşlılar arasında acil servise başvuru yaygınlığının ve sıklığının

yüksek bulunmasında nedeni; bireylerin sağlıklarının koruyamamalarına, hastalık tanısı alanların tedavilerini düzenli olarak sürdürememelerine, komplikasyonlar yaşamalarına bağlı olabilir. Bu davranışlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin de etkili olabileceği söylenebilir.

5.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İncelenmesi

Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 87.96 ± 13.89 bulunmuştur. Yaşlı bireylerin ölçekten en az 51, en fazla 125 puan aldıkları gözlenmiştir. Ölçekten alınacak minimum puan 25, maximum puanın 125 olduğu göz önüne alınacak olursa; yaşlıların okuryazarlık açısından (3.5) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında bulundukları saptanmıştır. Bu bulguya göre araştırmanın 1. alt hipotezi '**H1: Yaşlı hastalar sağlık okuryazarlığı açısından zorluk çekerler.**' hipotezi kabul edilmiştir. Alt ölçeklerin madde puan ortalamaları incelendiğinde; *uygulama* alt ölçeğinin puan ortalamasının 17.73 ± 3.28 (min:9, max:25), *erişim* alt ölçeğinin 18.48 ± 3.30 (min:9, max:25) *anlama* 23.12 ± 4.52 (min:12, max:35), *değerbiçme* alt ölçeğinin puan ortalamasının 28.60 ± 5.03 (min:15, max:40) olduğu belirlenmiştir. Alt ölçeklerin puan ortalaması madde sayısına bölündüğünde; yaşlıların uygulama boyutuyla okuryazarlık açısından (3.5) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında bulundukları, erişim (3.7) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında bulundukları, anlama boyutuyla sağlık okuryazarlık açısından (3.3) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında bulundukları ve değerbiçme boyutuyla da (3.6) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında bulundukları belirlenmiştir. En düşük ortalamaya sahip olan alt ölçeğin uygulama ve en yüksek ortalamaya sahip olan alt ölçeğin ise değerbiçme olduğu belirlenmiştir. Buna göre yaşlıların uygulama boyutuyla sağlık okuryazarlıklarının düşük, değerbiçme boyutuyla sağlık okuryazarlıklarının da daha yüksek olduğu düşünülmüştür. Uygulama alt ölçeğine dahil olanlar değerlendirildiğinde; verilen önerilere uyma, aşı yaptıрма, tehlikeli alışkanlıkları bırakma, sağlıklı ürünlere ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgileri yararları için kullanma gibi özellikle yaşlı bireylerin uyum sağlayamayacağı ifadelerin yer aldığı görülmektedir. Sosyo-ekonomik koşulların yetersizliği nedeniyle bireylerin sağlıklı ürünlere ulaşması, aşı yaptırmayı zorlaştırmakta ve yaş ilerledikçe alışkanlıkların değiştirilmesi ve bırakılması da kolay olmamaktadır. Değerbiçme alt ölçeğine dahil olanlar değerlendirildiğinde ise; tıbbi bilgileri tartışma, tedavi seçeneklerinin yararlarını/tehlikelerini düşünme, tıbbi önerilerden kendisi için en iyisi olana karar verme, tehlikeli davranışlarını belirleme, diğerlerinin yanlışlarından ders alma, sosyal medyadan

edinilen bilgileri değerlendirme, alışkanlıklarını değerlendirme, sağlık seçimlerinin yararları/tehlikelerini değerlendirme yer almaktadır. Maddelere bakıldığında yaşla beraber bireylerin edindikleri deneyimlerinde etkili olduğu ifadelerin yer aldığı görülmektedir. Bireylerin edinimleri sonucunda bu alt ölçeğe daha yüksek derece ile cevap verdikleri düşünülebilir.

5.4.Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Bulguları Değerlendirmesi

Tokuda ve ark.'nın (2009) sağlık okuryazarlığının belirlenmesi için yürüttüğü çalışmada; bireylerin tanıtıcı özelliklerinin, sağlığı arama davranışının ve kronik hastalık varlığının, okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (11).

Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan incelendiğinde; yaşlı bireylerin yaşları arttıkça ölçek puanlarının azaldığı ve bu farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Bu farkın 65-74 yaş grubundan kaynaklandığı ve sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının da 65-74 yaş grubunda en yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu verilere göre '**H1:Yaşlı hastalar sağlık okuryazarlığı açısından zorluk çekerler.**' hipotezi kabul edilmektedir. ABD'de (2003) yürütülen yetişkin okuryazarlığının incelenmesi çalışmasında, 65 ve üstü yaş grubundaki kişilerin sağlık okuryazarlığı puanlarının tüm yaş grupları arasında en düşük olduğu bildirilmiştir (7,108). Toci ve ark.'nın (2013) yaşlı bireylerle yürüttüğü çalışmada yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının tam tersi yönde azaldığı saptanmıştır. İleri yaşlılık döneminde ise alınan puanların en düşük olduğu görülmektedir (100). Yaşlılık döneminde yaşlanmayla birlikte bilişsel yetilerde azalma söz konusudur. Bu durumun bireylerin sağlık okuryazarlığını etkileyebileceği düşünülmüştür. Bu bulguya göre araştırmanın 2. alt hipotezlerinden '**H1:Yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlığı puan ortalaması yaş arttıkça azalır.**' hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmadaki bireylerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlık ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; kadınların puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu bulundu. Bu çalışmadaki sonucun birçok çalışmada benzer sonuç verdiği saptanmıştır. Kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesi erkeklerden yukarıdadır; temel sağlık okuryazarlığı seviyesinin altındakilerin oranı erkeklerde %16.0 iken kadınların ki %12.0 olarak bulunmuştur (108) Ancak UNESCO'nun (2012) yaptığı çalışmalarda sağlık okuryazarlığı seviyesi kadınlarda daha düşük bulunmuştur. Dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık %16'sı (776

milyon yetişkin) temel sağlık okuryazarlığı seviyesinden yoksundur. Ne yazık ki bu bireylerin 2/3'ü kadındır (62). Ülkemizde Özdemir ve ark.'nın koruyucu sağlık hizmetlerini kullanan 456 kişiyle yaptığı çalışmada, kadınlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (148). Sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması kadınlarda daha yüksektir (99). Bireylerin sağlık okuryazarlığı puanlarının cinsiyete göre farklı olduğu, kadınların puanlarının erkeklere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (149). Böylece araştırmanın 3. alt hipotezlerinden **'H1:Yaşlı erkek ve kadın hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında fark vardır.'** hipotezi kabul edilmiştir.

Bireylerin medeni halleri ve sağlık okuryazarlığı toplam puanları incelendiğinde; evli bireylerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Bu hipotezle ilgili çalışmalarda karşılaştırmaya pek rastlanmamıştır. İki sağlık kurumunda 120 birey ile yürütülen kesitsel çalışmada, okuma/anlama (50) ve hesaplama bilgisi içeren (17) sorular sorulmuş, puanlama yüz puana kadar şeklinde yapılmıştır. Bireylerin neredeyse yarısının (%41) sağlık okuryazarlığının düşük, yarısından fazlasının (%59) ise yeterli olduğu görülmüştür. Bireylerin tanıtıcı özelliklerinde İşlevsel sağlık okuryazarlığının etkilendiği saptanmıştır. Kronik hastalığının olması, yaşı, medeni hali, cinsiyeti, yaşadığı yer, işi, ekonomik durumu ve sağlıklarını algılama derecesine göre puanlar farklılık göstermektedir (146).

Bireylerin eğitim durumları ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki görüldü. Okuryazar olmayan bireylerin oluşturduğu gruptan lise ve üzeri mezun olan bireylerin oluşturduğu gruba doğru puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim seviyesi arttıkça puan ortalamasının da arttığı gözlemlendi. Benzer olarak Pink'in (2008) yaptığı çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığının da arttığı tespit edilmiştir. (103). Ülkemizde Özdemir ve ark. koruyucu sağlık hizmetini kullanan 456 birey ile yürüttüğü çalışmada, ilkokul mezunlarında diğer gruplara kıyasla sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (148). Eğitim durumuna göre bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, eğitim durumu iyileştikçe toplam puanların da arttığı görülmüştür (146). Tokuda ve ark.'nın (2009) yürüttüğü çalışmada da eğitim durumunun sağlık okuryazarlığını etkilediği sonucu istatistiksel açıdan anlamlı görülmüştür. Eğitim durumu yükseldikçe sağlık okuryazarlığının arttığı, eğitim durumu kötüleştikçe sağlık okuryazarlığının yetersiz kaldığı belirlenmiştir (11).

Bireylerin yaşadıkları yerler kırsal kesimden kentsel kesime doğru geçiş gösterdiğinde sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının arttığı gözlemlendi. En uzun süre yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlığı toplam puanları arasında farklılık saptandı. Ancak gruplar arasındaki bu farkın sadece bir gruptan kaynaklanmadığı her grubun bu farkın oluşumunda rol oynadığı belirlendi. Büyükşehir belediyelerinin kurulması kanununda sonraki dönemde şehir-köy ayrımının önemsizleştiği, şehirlerde köy oranının %3 olduğu bilinmektedir (30). Bundan dolayı şehir-köy ayrımı ile sağlık okuryazarlığını değerlendirmek ülkemizde hatalara sebep olabilir (146).

Araştırmada bireylerin çalışma durumlarına göre sağlık okuryazarlık ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; çalışan bireylerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Bireylerin meslek gruplarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının değiştiği; çiftçilikle uğraşan ve diğer meslekleri (kendi işinde çalışan bakkal, emlakçı, taksici vb.) olan grupta en düşük, ev hanımlarını ve devlet memurlarının oluşturduğu grupta en yüksek bulundu. Bireylerin çalışma durumları ekonomik durumlarını etkilediği için doğrudan sağlık okuryazarlığını etkilemektedir.

Bireylerin gelir durumlarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulunmuş ve bu farklılığın geliri gidere eşit olan gruptan kaynaklandığı belirlendi. Hastaların sağlık okuryazarlığı puanları ekonomik durumuna göre incelenmiş ve gelirini giderinden az olarak ifade eden bireylerin puan ortalamalarının, gelirini giderine eşit şeklinde dillendiren ve gelirini giderinden fazla olarak ifade eden bireylere göre düşük seyrettiği belirlenmiştir (149). AB projesinde, sağlık okuryazarlığı maddi konuda problemi olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek bulunmuştur (99). Maddi durum ve sağlık okuryazarlığı arasında çift taraflı ilişki saptanmıştır. Bireylerin ekonomik durumu kötüleştikçe sağlık okuryazarlığı puanı da düşmektedir (150). Pink (2008) yürüttüğü araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde sağlık okuryazarlığının daha düşük, sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olduğu bölgelerde ise sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (103). Özdemir ve ark. koruyucu sağlık hizmetini kullanan 456 bireyle yaptığı çalışmada, düşük ekonomik durumu olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (1).

Bireylerin sağlık güvencesine sahip oldukları kurumlara göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil-

Karta sahip olan bireylerin puanlarının daha düşük olduğu saptandı. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde, katılımcıların %86.5'i SGK'ya, %1,3'ü özel sigortaya bağlıdır. Sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayanlar %6,9'unu oluşturmaktadır (146).

Bireylerin beraber yaşadığı kişilere göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalara bakıldığında eşiyle yaşayan bireylerin aldığı sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamalarının, diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı gözlemlendi. 65 yaş ve üzeri yaş grubunda bireylerin kiminle yaşamları sürdürdüğü sağlık hizmetlerine erişme ve kullanmayı, yaşam kalitesini, sağlık algısını ve verilen talimatları anlamayı etkilediği için sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir.

5.4. Bireylerin Sağlık Davranışları, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim ile İlgili Özellikleri ve Sağlık Okuryazarlığı Durumu Değerlendirilmesi

BKI değerlerine göre sağlık okuryazarlığı puanları arasında ancak istatistiksel açıdan fark saptanmadı. TURDEP-II çalışmasında ise, 12 yıl sonra BKI'si normal olanların toplumda %41'den %26'ya gerilediği, şişman kişilerin oranının ise fazla arttığı gözlemlenmiştir (119). Ancak çalışmalarda BKI ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki incelenmemiştir. Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında sigara içme, şişmanlık, hareketsiz yaşam, alkol kullanma durumu gibi dört faktör değerlendirilmiştir. Bu dört özellik sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Dört özellik içinden en güçlü ilişki de egzersiz ve şişmanlık arasında bulunmuştur (56).

Bireylerin sağlık davranışlarından olan sigara/alkol kullanma durumları ve kullanma miktarları ile sağlık okuryazarlığı toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak Tayland'da sağlık okuryazarlığı açısından sigaranın üzerindeki mesajlarının içme oranını azalttığı görülmüştür. Hindistan'da dumansız hava sahası projesinin de içme oranlarını azalttığı belirlenmiştir. BKI hesaplamayı öğreten kampanyalar sonucunda kolesterolü düşürerek kalp damar hastalıkları azaltılmıştır. Japonya ve Çin'de tuz tüketiminin 1980'lerde azaltılması konusunda kampanyalar düzenlenmiş ve okullardaki eğitimle ishali hastalıkların azaldığı saptanmıştır. Yürütülen projeler kapsamında Japonya'da davranış biçimi değişiklikleri ile anne ve çocuk ölüm oranlarının, kötü beslenmenin ve HIV geçişinin azaltıldığı saptanmıştır (93). Ayrıca toplumun kalkınması açısından sağlık okuryazarlığının önemli bir yer tutmaktadır (87).

Sağlığı algılama düzeyine göre bireylerin ölçekten aldıkları puanların ortalaması arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark belirlendi. İleri analizlere göre bireylerin puanlarının bu farkın ortaya çıkmasında sağlığını çok iyi ve iyi olarak algılayan bireylerden kaynaklandığı belirlendi. Tokuda ve ark.'nın (2009) yürüttüğü sağlık okuryazarlığı ve bedensel/ruhsal iyilik halinin ilişki durumunun belirlenmesi için yürütülen çalışmada; bedensel ve ruhsal sağlığın kötü olması okuryazarlığın düşüklüğüne zemin hazırladığı belirlenmiştir (11). Hastalıkların algılanması şeklinde tanımlanan sağlık durumu düşüklüğü, sağlık okuryazarlığı düşüklüğü ile ilişkilidir. Deneklerin %72'sinin de sağlıklarının “iyi, çok iyi veya mükemmel” olduğunu belirtmiştir (9). Weiss ile arkadaşlarının (1992) yürüttüğü bedensel ve ruhsal sağlık ile okuryazarlık durumu ilişkisini belirlenmek için olan çalışmada, okuma seviyesi düşük bireylerin bedensel sağlıklarının da kötü olduğu belirlenmiştir. Bireylerin tanıtıcı özelliklerinin elimine edilmesinden sonra okuma seviyesinin, bedensel sağlık ve ruhsal sağlık ilişkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirtilmektedir (145).

Sağlık okuryazarlığı düşüklüğü bilgileri anlamamaya, işlemleri ve önerilenleri yerine getirememeye ve sağlık hizmetlerine ulaşmada hizmetlerine sorunlara neden olduğu belirlenmiştir (12). Bu bulguya göre araştırmanın 4. alt hipotezi **‘H1: Sağlık algısı düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık puanı artar.’** hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca araştırma bulguları 6. alt hipotezlerden **‘H1: Sağlık algısı daha düşük olan yaşlılarda sağlık okuryazarlık puan ortalaması daha düşüktür.’** hipotezini de desteklemektedir. Ayrıca araştırma sonucundan elde edilen bulgular sonucunda sağlık algısı düzeyi kötüleştikçe bireylerin ölçek toplam puanlarında azaldığı için araştırmanın ana hipotezi olan **‘H1: Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasında anlamlı ilişki vardır.’** hipotezi de kabul edilmektedir.

Yaşam kalitesini değerlendirme düzeyine göre bireylerin ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark belirlendi. Bireylerin puanlarının bu farkın ortaya çıkmasında yaşam kalitesini çok iyi ve iyi olarak değerlendiren bireylerden kaynaklandığı belirlendi. Sorenson sağlık okuryazarlığının; bireylerin günlük yaşantıda kendileri ile ilgili karar vermek, şuanki yaşam kalitelerinin devamlılığını sürdürmek ve iyileştirmek için kullanılabilen araç olduğunu vurgulamıştır (99).

Sağlık hizmetlerine erişimde bireylerin ölçekten aldıkları puanlarda istatistiksel açıdan önemli bir fark belirlendi ve sağlık hizmetlerine erişimde hiç zorluk çekmeyen grubun puan

ortalaması en yüksek, zorluk çekme derecesi arttıkça puan ortalamasının düştüğü görüldü. Nielsen-Bohlman ve ark. (2004)'nın yürüttüğü çalışmada sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün bilgileri anlayamama, sağlık kuruluşlarına ulaşamama, işlem ve önerilenleri yapmada zorluklara sebep olduğu belirlenmiştir (12). Okuryazarlık ile sağlık kuruluşlarına ulaşma konusu ABD'de incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düşük olanların sağlık hizmetlerini daha çok kullandığı ancak bu hizmetlere ulaşmada çok zorlandıkları görülmektedir (105).

5.5. Bireylerin Kronik Hastalık Durumları, Hastaneye Başvuru Özellikleri ve Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi

En az bir kronik hastalığa sahip olan araştırma kapsamındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puanları ile kronik hastalık sayısı ve kronik hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak toplumu etkileyen sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün sosyoekonomik zararlar ve kronik hastalıklarla ilişkisinin olduğu belirtilmektedir (106). Sağlık okuryazarlığının düşüklüğü, bilgisel yoksunluk, kronik hastalıklarda artış, hastalık belirtilerini anlamama ve sağlık hizmetlerine başvurmama gibi önemli sağlık sonuçlarıyla da bağlantılıdır (152). Birçok hastalığının olması ve devamlı hastalıklar, sağlık hizmetinde öncelik verilmesi gereken alanlardır. Bireylerin sağlık durumları çoğunlukla var olan hastalıklarının yönetimini ve gerekli ise tedavisini de üstlenmesindeki isteğine bağlı olduğundan; sağlık okuryazarlığı ve kronik hastalıklar ile var olan sağlık durumları arasındaki bağlantının incelenmesi önem arz etmektedir (153). Kronik hastalıklar devamlı ve geçmesi mümkün olmayan hastalıklar olduğu için bireylerde sağlıkları ile ilgili olumsuz düşüncelerin oluşmasına sebep olmakta ve sağlık okuryazarlığı konusunda bireyler çabalamayı bırakmaktadır. Araştırma bulgularına bakıldığında 7. alt hipotez **'H1:Yaşlı hastalarda kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı puan ortalaması azalır.'** hipotezi red edilmektedir.

İlaç kullanmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ve bu bireylerin kullandıkları ilaç sayısı arttıkça ölçek puan ortalaması da düşmektedir. Williams ve ark. sağlık okuryazarlığı ile ilaç kullanım ilişkisini ilk kez incelemiştir. Astım kliniği ve acil serviste REALM ile yürütülen çalışmada, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin hastalıkları hakkındaki bilgileri anlamadıkları ve astım ilaçlarını yanlış kullandıkları, inhalerleri yapamadıkları tespit edilmiştir (151). İlaç kullanım miktarını belirlemek için Amerika'da yaş gruplarında yürütülen

çalışmada, nüfusun %12'sini oluşturan yaşlı grubun ülkedeki ilaçların %25'ini kullandığı (ortalama günde 4-5 ilaç) belirlenmiştir (134). Mark Williams ve ark., bireylerin temel okumaları ve matematiksel işlemleri gerçekleştirip gerçekleştiremediklerini incelediği kesitsel çalışmada; 2659 bireyin birçoğunun temel tıbbi bilgileri okuyamadığı ve anlayamadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların 1106'sı (%41,6) ilacı aç almaları gerektiğini, 691'i (%26) kontrole geleceği zamanı, 1582'si (%59,5) ise yazılı onam kağıdını anlayamamıştır. Sağlık okuryazarlığı düşüklüğünün, bireylerin kendi hastalıklarını tanımada ve önerilen tedaviyi anlamada ve tedavi sonuçlarının daha iyi olmasında bariyer oluşturduğu görülmektedir (78).

Araştırmada bireylerin hastaneye yatma deneyimleri, yatma sıklığı sayısına ve hastanede kaldıkları süreye göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hiç hastaneye yatmayan bireylerden 6 ve daha fazla hastaneye yatan bireylerin puanlarına doğru ölçek puan ortalamasının düştüğü saptandı. Hastalar, sağlık durumlarını ifade etmekte başarısız olmakta, hastalık durumlarını ve önerilen tedaviyi anlamamaktadırlar. Sağlık okuryazarlığı düşüklüğü, hastaneye yatış oranlarını arttırmaktadır (146). Davis (1998)'in yaptığı çalışmada da sağlık okuryazarlığı düşüklüğü sebebiyle sağlık kuruluşlarına son dönemde başvuran bireyler de koruyucu bakım hizmetlerinden faydalanamadıklarından hastaneye yatış oranı artmaktadır sonucuna varılmıştır (106).

Bu bireylerin acil servise başvuru durumları ve sayıları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puan arasında ilişki saptandı. Bireylerin ölçek puan ortalamaları düştükçe acil servise başvuru sayısı artmaktadır. Acil servise başvuru oranları ekonomik olarak giderleri arttırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşüklüğü, artmış sağlık maliyetleriyle de alakalıdır. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasının yılda kişi başı 143-7798 dolar ile sağlık alanında maddi yük oluşturarak sağlık harcamalarının toplamının %3-5'ini oluşturduğu hesaplanmaktadır (150). AB projesinde sağlık okuryazarlığı derecesi ile doktora gitme, acil servise, hastaneye başvurma, hastanede yatma arasında beklenildiği gibi ilişki saptanmıştır (99). Sağlık okuryazarlığı düşük olanların, birinci basamak hizmetlerden daha az yararlandıkları, acil servise başvurarak hizmet aldıkları da yapılan araştırmalarla kanıtlanmış bir bulgudur (12, 93, 147).

5.6. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Araştırmada bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanını etkileyen değişkenlerin etkisinin ne düzeyde olduğunu belirlemek için ileri bir analiz yöntemi olan regresyon analizine başvuruldu. Saptanan Durbin-Watson değeri (Durbin-Watson=.952) ardışık hata terimlerinin birbirlerine yakın olduğunu (dolayısıyla pozitif ilişkili olduklarını) gösterdi. Kurulan çoklu regresyon modelinin ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ($F=7.360, p=.000$). Analizde yordayıcı değişkenler ele alınarak kurulan model anlamlı bulundu ($F=7.360, p=.000$). Regresyon modelinin doğrusal olabilmesi için tanımlayıcı katsayısı (R^2) değerinin 1'e yaklaşması gerektiği ve değer 0'a yaklaştıkça modelde doğrusal bir ilişkinin bulunmadığı bildirilmektedir (156). Oluşturulan modelin doğrusal olmadığı söylenebilir ($R^2=.200, p=.000$). Sağlık okuryazarlığı ölçek puanında değişimlerin yaklaşık %20.0'sini; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, en uzun yaşanan yer, çalışma durumu, mesleği, gelir durumu, sosyal güvencesi, beraber yaşadığı kişi, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim, yaşam kalitesi, ilaç kullanma durumu, hastaneye yatma sayısı, hastanede yatma süresi, acil servise başvurma durumu ve acil servise başvurma sayısı gibi değişkenler açıklamaktadır. Her bir değişkenin etkisi kısmi korelasyon katsayısı Beta ile değerlendirildiğinde yaş grubu (Beta= -.143), cinsiyet (Beta= -.106), sağlık algısı (Beta= -.120) değişkenlerin sağlık okuryazarlığı ile negatif ilişkili olduğu, eğitim düzeyi (Beta= .102), en uzun süre yaşanan yer (Beta= .105), sağlık hizmetlerine erişim (Beta= .114) değişkenlerin pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Yani bireylerin yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı düşmektedir ($p=.001$). Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı kadınlarda daha yüksektir ($p=.010$). Bireylerin algıladıkları sağlık düzeyi iyileştikçe sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır ($p=.030$). Sağlık algısının değerlendirilmesi (1= çok iyi, 2=iyi, 3=orta, 4=kötü, 5=çok kötü şeklinde) likert yapıda olduğu için ilişki negatif yönlü olarak saptanmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği beklenildiği gibi artmaktadır ($p=.102$). Ülkemizde sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kır-kent ayrımı yanıltıcı olabilmektedir (146). Ancak regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanının kırsal kesimden kentsel kesime doğru gidildikçe arttığı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıkça artmaktadır. Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı ölçeğini etkileyen değişkenler arasında (yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, en

uzun yaşanılan yer, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim) yaş grubunun en çok etkilediği belirlenmiştir ($p=.001$).



BÖLÜM VI

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisini incelemek amacıyla yürütülen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Araştırma kapsamındaki bireylerin; %54.9'unun kadın, %69.6'sının evli olup yaklaşık üçte ikisinin genç ve orta yaşlı grubunda olduğu ve yaş ortalamasının 76.4 ± 2.5 olarak belirlendiği saptanmıştır. Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde de %46.4'ünün ilkökul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu bireylerin %44.0'ünün şehirde yaşadığı, %51.1'inin çalıştığı, %55.7'sinin gelirinin giderinden az olduğu ve bireylerin sadece %0.4'ünün sağlık güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Bireylerin %71.7'sinin eşiyle yaşadığı ve sadece %0.4'ünün bakımevi/huzurevinde yaşadığı bulunmuştur.

Yaşlı bireylerin %43.4'ü BKİ değerlendirmesine göre zayıftır, yaklaşık üçte birinin sigara ve alkol kullanma alışkanlığı bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde bireylerin %51.3'ü çok zorluk çektiğini bildirmiştir. Yaşlıların %34.7'si sağlığını orta derecede algılarken yaşam kalitesini %35.3'ü orta olarak ifade etmiştir.

Tüm bireylerin kronik hastalığı olup %32.5'inin 5-10 yıldır kronik hastalıkla beraber yaşadığı ve büyük çoğunluğunun (%82.5) ilaç kullandığı saptanmıştır. Bireylerin %42.85'inin 1-3 kez hastaneye yattığı ve hastanede yatan bireylerden %36.55'inin 1-2 hafta hastanede kaldığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin yaklaşık üçte ikisi yaşlılık döneminde acil servise başvurmuştur.

Araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamasının 87.96 ± 13.89 olup, 17.73 ± 3.28 ile en küçük ortalaması olan alt ölçeğin uygulama, en yüksek ortalaması olan alt ölçeğin ise 28.60 ± 5.03 puanı ile değerbiçme alt ölçeği olduğu görülmüştür. Yaşlıların okuryazarlık açısından az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyi arasında bulunmuştur. Ölçek için belirlenen değişim aralığı 74'dür. Alt ölçeklerin madde puan ortalamaları; *uygulama* 17.73 ± 3.28 (min:9, max:25), *erişim* 18.48 ± 3.30 (min:9,max:25) *anlama* 23.12 ± 4.52 (min:12,max:35), *değerbiçme* 28.60 ± 5.03 (min:15,max:40) bulunmuştur.

Kadınların erkeklere, evli olanların bekar olanlara, kentsel bölgede yaşayanların kırsal bölgede yaşayanlara, çalışanların çalışmayanlara göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması daha yüksektir. Yaş azaldıkça, eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları da artmıştır. Ev hanımları ve devlet memuru olarak çalışanların sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması en yüksektir. Geliri giderinden fazla olan bireylerin ölçek puanı en yüksektir. Emekli sandığı ve özel sağlık sigortalı bireylerin puan ortalamaları Yeşil-Kart, Bağ-Kurlu bireylere göre daha yüksektir. Eşleriyle beraber yaşayan bireylerin puan ortalamaları da diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin BKİ değerleri, sigara/alkol kullanma durumları ve kullanma sıklıklarına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ortalama puanları değişmemiştir.

Algılanan sağlık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi yükseldikçe bireylerin okuryazarlık puan ortalamaları da artmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde hiç zorluk yaşamadığını ifade eden bireylerin ölçek puan ortalaması daha yüksektir.

Bireylerin kronik hastalık sayıları ve kronik hastalık süresi ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Ancak ilaç kullanmayan bireylerin kullananlara, hastanede yatmayanların yatanlara, acil servise başvurmayanların başvuranlara göre okuryazarlık puan ortalaması daha yüksektir. Hastaneye yatma ve acil servise başvuru sayısı arttıkça puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir.

Tüm sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde; yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu; yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, gelir düzeyi, çalışma durumu, beraber yaşanan kişi, yaşanan yer gibi sosyo-demografik özelliklere, ilaç kullanımı, algılanan sağlık düzeyi, yaşam kalitesi, sağlık hizmetlerine erişim gibi sağlıkla ilgili değişkenlere göre değiştiği belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

Uygulamaya Yönelik Öneriler;

- Tüm sağlık kuruluşlarında yaşlı bireylerin bakımında görevli sağlık personelinin yaşlıların sağlık tanılmasını yaparken sağlık okuryazarlık durumunu değerlendirmeleri ve bakımı planlarken, sağlık eğitimi ve danışmanlık yaparken sağlık okuryazarlık durumunu göz önünde bulundurmaları önemlidir.

- Sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerle etkileşimde doktor/hemşire/eczacılar bireyin verilen önerilere uyup uymadığını, tehlikeli alışkanlıklarını değiştirme davranışlarını, sağlıkla ilgili verilen bilgileri kullanıp kullanmadıklarını, aşı yaptıрма, tarama programlarına katılıp katılmadıklarını değerlendirmelidirler.

-İleri yaşlı grupta olan, kadın, eğitim düzeyi düşük, kırsal alanda yaşayan, gelir durumu düşük, çalışmayan, evli olmayan, yalnız/huzurevinde yaşayan bireylerin okuryazarlık durumlarının daha düşük olması özelliğini dikkate alarak bakım verirken sağlık eğitimi ve danışmanlık yaparken iyi iletişim becerileri ile bu grupların özelliklerini dikkate alarak uygun yöntemlerden eğitim materyallerinden yararlanılmalıdır.

- Sağlık algısı ve yaşam kalitesi düzeyi düşük olan, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çeken, ilaç kullanan, hastaneye sık yatan ve acil servise başvuru sayısı fazla olan yaşlı bireylerin de okuryazarlık durumunun düşük olduğu göz önüne alınarak sağlık personeli bu gruba daha fazla özen göstermelidir.

- Sağlık çalışanları özellikle hemşireler, bireylere ilaçlarını nasıl kullanacaklarını, ilaçların etkileri, yan etkileri, ilaç etkileşimleri hakkında hasta ve yakınlarına eğitim vermelidir. Hastaların ilaçlarını doğru zaman ve miktarda alabilmeleri için kolaylaştırıcı materyalleri kullanmaları için cesaretlendirilmelidir.

-Sağlık kuruluşlarına yatarak ya da ayaktan başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi yönünde sağlık eğitimi birimleri oluşturulmalı, hemşirelerin sağlık eğitimi ve danışmanlık rollerini gerçekleştirebilmeleri için sorumlulukları artırılmalıdır.

- Hemşirelerin, özellikle yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını yükseltebilmesi için bu gruba yönelik yazılı, görsel eğitim materyalleri hazırlanmalıdır. Bu amaçla eğitim teknolojileri

birimi oluşturulabilir. Sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin bu eğitim materyallerine ücretsiz ulaşmaları sağlanmalıdır. Eğitim materyalleri okuryazarlığı farklı düzeyde olan bireylerin gereksinimlerine göre geliştirilmelidir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler;

-Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi için hemşirelik girişimlerinin etkisinin değerlendirilebileceği deneysel çalışmalar yürütülmelidir.

-Bölgesel ve ulusal boyutta sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için projeler yürütülmelidir.

-Sağlık okuryazarlığının daha iyiye götürülmesi isteğiyle oluşturulacak politikalarda bireylerin kültürel özellikleri, sağlık ve eğitim sistemini de içine alacak şekilde araştırma ve geliştirmeye ilgili planlamanın yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

-Hastalara yönelik hazırlanan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkileri farklı araştırmalarla değerlendirilmelidir.

-Türk toplumunun sağlık okuryazarlığı seviyesinin doğru tespit edilmesi ve böylece gerekli önlemlerin alınabilmesi için Türk kültürüne uygun sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları geliştirilmelidir.

-Bu çalışmanın daha büyük örneklem grubunda ve daha uzun sürede yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Özdemir L., Akdemir N., Akyar İ. Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu ve Geriatrik Sorunlar. Turkish Journal of Geriatrics 2005;8;2: 94-100.
2. Bremner J., Frost A., Haub C., Mather M., Ringheim K., Zuehlke E. World Population Highlights: Key Findings From Population Reference Bureau's 2010 World Population Data Sheet. Population Bulletin July 2010;65;2. (www.prb.org).
3. T.C Milli Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Özel Bakım Teknikleri, Ankara,2012: 27-41.
4. Özcan M. Yaşlılarda Bağışıklama (Aşı). Türk Geriatri Dergisi 2012;15: 42-58.
5. Kaptanoğlu Yıldırım A. Yaşlı Sağlığı. Aile Eğitim Programı T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2011: 9-17.
6. Kutsal A. Panel: Vasküler Yaşlanma/Damar Yaşlanması. Türk Geriatri Dergisi 2012;15: 15.
7. Kunter M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003. National Assessment of Adult Literacy U.S. Department of Education September 2006.
8. Dik A. Yaşlanmak ve Bilgeleşmek. Hemşirelik Forumu Dergisi İstanbul Eylül-Aralık 2005; 2;4: 45-49.
9. Mancusa MJ. Health Literacy: A Concept / Dimensional Analysis. Nursing and Health Sciences 2008;10: 248-255.
10. Healty People 2010:Understanding and Improving Health. US Department of Healt and Human Services. 2nd ed.Washington DC: US Government Printing Office November 2010.
11. Tokuda Y., Doba N., Butler JP., Paasche-Orlow MK. Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. Patient Education and Counseling 2009;75: 411-417.
12. Nielsen-Bohlman L., Panzer Allison M., Kindig David A. Health Literacy: 'A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press Washington DC 2004: 65-81.

13. Safeer RS., Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician* 2005;72;3: 463-468.
14. Yılmaz F., Çolak YM., Ersoy K. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkisi. IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Antalya 2010.
15. Gazmararian JA., Williams MV., Peel J., Baker DW. Health Literacy and Knowledge of Chronic Disease. *Patient Education Counseling* 2003;51;3: 267-275.
16. Kim Y., Leventhol B., Koh Y., Hubbard A., Boyce W. School Bullying and Youth Violence: Causes or Consequences of Psychopathologic Behavior?. *Arch. Gen Psychiatry* 2006;63: 1035-1041.
17. Idler EL., Benyamini Y. Self Rated Health and Mortality: A Review of Twenty Seven Community Studies. *J. Health Society. Behavior* 1997;38: 21-37.
18. Fişek NH. Halk Sağlığı' na Giriş. Ankara: Çağ Matbaası, Basım: 1-2 1983.
19. Baker DW., Parker RM., Williams M. Ve ark. Health Literacy and The Risk of Hospital Admission. *J Gen Int Med* 1998;13;12: 791-798.
20. WHO (World Health Organization) The Determinants of Active Ageing: Understanding the Evidence 2007. Active Ageing: A Policy Framework Geneva [<http://www.who.int/ageing>], Erişim tarihi: 08.05.2011.
21. Rosenzweig JL., Kahn CR., Weir GC., King GL., Jacobson AM., Moses AC., Smith RJ. Diabetes and The Healthcare System: Economic and Social Costs Joslin's Diabetes Mellitus. Fourteenth Edition. Lippincott Williams&Wilkins 2005;46: 777-786.
22. Abel T., Kickbusch I, editör. Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion. Cultural Capital in Health Promotion. In: Mc Queen DV, New York: Springer,2007: 43-73.
23. Zanchetta MS., Perreault M., Kaszap M., Viens C. Patterns in Information Strategies Used by Older Men to Understand and Deal With Prostate Cancer: An Application of The Modelisation Qualitative Research Design. *International Journal of Nursing Studies* 2007;44;6: 961-972.
24. Akyol Durmaz A. Yaşlılığın Tanımı ve Toplumsal Konumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Mayıs/Ağustos 1996; 12;2: 75-92.
25. Dereli N., Kadir L. Yaşlılık Dönemi Sorunları ve Gereksinimleri. HASEP 2 91-92 Halk Sağlığı Programı E.Ü.H.Y.O Karşıyaka Belediyesi İzmir 1991:1-5, 21-25.

26. Conk Z. Sağlıklı Yaşlılık ve Hemşirelik I.Ege Geriatri Kongresi Özet Kitabı İzmir Balçova Termal Tesisleri Ege Üniversitesi Basımevi İzmir 27-29 Nisan 1992:56-57.
27. Örnek T. ve ark. Geriatri Psikiyatri. Özgün Psikiyatrik Bozukluklar Dizisi Saray Tıp Kitabevi 1. Basım İzmir 1992:18-29.
28. Özcan R. Periferik Dolaşım Bozukluğuna Bağlı Bozukluklar, Kalp Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı İstanbul 1983:451-452.
29. Türkiye İstatistik Yıllığı 2008 Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası Yayın No: 3248 ISBN: 978-975-19-4480-1, 2009 (<http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf> Erişim Tarihi: Eylül 2009).
30. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014) İstatistiklerle Yaşlılar 2013, http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265, Ağustos 30, 2014.
31. Fadiloğlu Ç. Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Ege Üniversitesi, 1992;6;4: 27-36.
32. Cho CY., Alessi CA., Cho M., Aronow HU., Stuck AE., Rubenstein LZ., Beck JC. The Association Between Chronic Illness and Functional Change Among Participants in a Comprehensive Geriatric Assesment Program J Am Geriatric Society 1998;46;4: 449-455.
33. Roos NP., Havens B. Predictors of Successfull Aging: A Twelve-year Study of Manitoba Elderly. Am J Pub Health 1991;81;1: 63-68.
34. Wagner EH., LaCroix AZ., Grothaus L., Leveille SG., Hecht JA., Artz K., Odle K., Buchner DM. Preventing Disability and Falls in Older Adults: A Population Based Randomized Trial. Am J Pub Health 1994;84: 1800-1806.
35. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı Ankara;2012.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

37. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2009), “2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
38. Cankurtaran M., Halil M. Geriatrik Hastaya Yaklaşım Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28:262-266.
39. Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları 2005;33-40.
40. Beğen T. Yaşlanma ve Yaşlılık. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu İstanbul 12-13 Kasım 1998:9-13.
41. Özbek Z., Öner P. Geriatrik Fizyolojik ve Biyokimyasal Değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2008;6 (2): 73-80.
42. Nalbant S. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi 2008 [Erişim tarihi 21.04.2012]. Erişim adresi: www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm.
43. Karadakovan A. (ed.), Eti Aslan F. (ed.), Karadakovan A. Yaşlılık ve Bakım: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi Adana 2011:119-141.
44. Enç N. Yaşlılık ve Bakım Gereksinimleri. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya 2004:209-210.
45. Akdemir N, Akyar İ. Geriatri Hemşireliği. Akad Geriatri 2009;1: 73-81.
46. Fadiloğlu Ç. (ed.), Parlar S. Yaşlılarda Görülen İnkontinans. İleri Geriatri Hemşireliği Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri İzmir 2006:117-128.
47. Ergin K. Yaşlanma ile İlgili Fizyolojik Değişiklikler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992;8;2: 75-81.
48. Yasavul Ü. (ed.), Arıoğlu S., Geriatrik Yaş Grubunda Fizyolojik Değişiklikler. Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara 2003:812-819.
49. Illinois W. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. American Academy of Sleep Medicine 2005.
50. Moran MG., Thompson TL. 2nd, Nies AS. Sleep Disorders in The Elderly. Am J Psychiatry 1988;145;11: 1369-1378.
51. Antonovsky A. Unravelling The Mystery of Health, How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey Bass; 1987.

52. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization 1986 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf) (Ottawa Sağlığı Teşvik Sözleşmesi).
53. Grossmann R. Gesundheitsförderung Durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung Durch Projektmanagement. In: Pelikan JM, Demmer K & Hurrelmann K. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. München Weinheim 1993.
54. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt Ve Kalite Yönetimi. 2005.
55. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara1. Baskı Nisan 2011.
56. Bilir N. Yaşlılıkta Sağlığın Korunması Ve Koruyucu Hekimlik. Hacettepe Üniversitesi GEBAM 2009.
57. Aydın, P. Yaşlanan Beş Duyu: Göz. 1. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 2004:126-127.
58. Kars A. Yaşlılık ve Kanser. 1. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 2004: 45-50.
59. Allison SP. Cost Effectiveness of Nutritional Support in Elderly. Proc Nutr Soc 1995; 54: 690-693.
60. Samancıoğlu S., Karadakovan A. Yaşlı Sağlığının Korunması Ve Geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010;5;13: 136-137.
61. Keller D. New Technologies/New Literacies: Reconstructing Education for The New Millennium. International Journal of Technology and Design Education 2001;11: 67-81.
62. United Nations Educational Scientific And Cultural Organization (Unesco) The Global Literacy Challenge A Profile of Youth and Adult Literacy at he Mid-point of the United Nations Literacy Decade. 2003 – 2012, Erişim:[<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf>], Erişim tarihi: 06.04.2011.
63. Kirsch I. The International Adult Literacy Survey: Understanding What was Measured. Princeton NJ: Educational Testing Service 2001 Erişim: [www.ets.org/Media/Research/pdf/RR-01-25-Kirsch.pdf], Erişim tarihi: 15.05.2011.
64. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri 2011;http://hdr.vdpr.org/en/media/HDR_2011_EN:Complete.pdf.

65. T.C Avrupa Birliği Bakanlığı, AB Eğitim ve Gençlik Programları merkezi Başkanlığı (Hayat Boyu Öğrenme ve Gençlik Programları Türk Ulusal Ajansı), 28 Haziran 2013, Ankara.
66. Önal İ. Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi. Bilgi Dünyası 2010;11;1: 101-121.
67. Aşıcı M. Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık. Değerler Eğitimi Dergisi 2009; 7; 17: 9-26.
68. Nutbeam D., Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into The 21st Century. Health Promotion International 2000;15;3: 9-11.
69. Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promot. Int 2001;16;3: 289-297.
70. Medical Library Association Health Information Literacy. 2003, Erişim:[<http://www.mlanet.org/resources/healthlit/define.html>], Erişim tarihi:25.05.2011.
71. Morris NS., Maclean CD., Chew LD., Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a Brief Instrument to Identify Limited Reading Ability. BMC Family Practice 2006;7;21: 2296-2321.
72. Martin LT., Dastidar BG., Fremont A. Developing Predictive Models of Health Literacy. J Gen Intern Med 2009;24;11: 1211-1216.
73. U.S. Department Of Health And Human Services (2007) Quick Guide to Health Literacy and Older Adults. Washington DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion Erişim: <http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/default.htm>., Erişim tarihi: 20.02.2010).
74. Ishikawa H., Yano E. Patient Health Literacy and Participation in the Health-Care Process. Journal Compilation Blackwell Publishing Ltd. Health Expectation 2008;11: 113-122.
75. Okay A. Sağlık İletişiminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi 12.04.2011.
76. Quick Guide to Haelth Literacy U.S Health Depertmand of Health and Human Services. 2012.

77. Mccray AT. Promoting Health Literacy. J Am Med Inform Assoc 2005;12: 152-163.
78. Williams, MV., Davis T., Parker R.M., Weiss BD. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. Family Medicine 2002;34;5: 383-389.
79. Hoffmann T., Worrall L. Designing Effective Written Health Education Materials: Considerations for Health Professional. Disability and Rehabilitation 2004;26: 1166-1173.
80. Gökdoğan F., Kır E., Özcan A., Cerit B., Yıldırım Y., Akbal S. Eğitim Kitapçıkları Güvenilir mi?. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Antalya 2003;24-37.
81. Peerson A., Saunders M. Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does It Matter?. Health Promotion Int. April 16 2009.
82. Tones K. Health Literacy: New Wine in Old Bottles. Health Educ Res. 2002;17: 187-190.
83. Institute of Medicine National Academy of Sciences Health Literacy: A Prescription to end confusion Washington. 2003: 32-36.
84. Aydın S., Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. 2008: 19-29.
85. Castro C., Wilson C., Wang F., Schillinger D. Babel Babble: Physicians' Use of Unclearified Medical Jargon with Patients Am J Health Behavior 2007;7;31:89-95.
86. Canadian Council on Learning Health Literacy in Canada Initial Result from The International Adults Literacy and Skills Survey. 2007.
87. Rootman I., Gordon-El-Bihbety D., Frankish J. Ve ark. National Literacy and Health Research Program Needs Assessment and Environmental.
88. Betz LC., Ruccione K., Meeske K., Chang N. Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. Pediatric Nursing 2008;34;3: 231-239.
89. IOM. Health Literacy – A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM) The National Academies Press Washington DC 2004.

90. Selden CR., Zorn M., Ratzan S., Parker RM. Health Literacy; Current Bibliographies in Medicine National Institute of Health CBM. U.S. Department of Health and Human Services 2000:1-33.
91. Kirsch IS., Jungeblut A., Jenkins L., Kolstad A. Adult Literacy in America. 2002, <http://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf>.
92. Shone L., Conn MK., Sanders L., Halterman JS. The Role of Parent Health Literacy Among Urban Children with Persistent Asthma. Patient Education and Counseling 2009;75: 368–375.
93. Baker DW., Gazmararian JA., Williams MV., Scott T., Parker RM., Green D., Ren J., Peel J. Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. J Gen Intern Med 2004;19: 215–220.
94. Paasche-Orlow MK., Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. Am J Health Behavior 2007;31: 19-26.
95. Nutbeam D., The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science & Medicine 67 2008: 2072-2078.
96. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review Evidence Report/ Technology Assessment Mart 2011;199-207.
97. 18. European Health Forum Gastein, 2004.
98. Acemoğlu H. Sağlık Okuryazarlığı Nasıl Değerlendirilir/ Ölçülür? Dünyada Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri', Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.B.D., Ankara; 26 Aralık 2012.
99. Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 2012;25;12: 80.
100. Toci E. ve ark. Health Literacy and Socioeconomic Characteristics Among Older People in Transitional Kosovo. British Journal of Medicine & Medical Research 2013;3;4: 1646-1658.

101. Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı. Türk J Public Health 2014; 12; 1: 61-68.
102. European Commission Together for Health: A Strategic Approach for The EU 2008-2013. Com(2007) 630 final 2007.
103. Pink B. Health Literacy in Austuralia. Canberre Time 2008:9-13.
104. Doak CC., Doak LG., Root JH. The Literacy Problem In: Teaching Patients With Low Literacy Skills. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1996:1-9.
105. Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs Ad Hoc Committee on Health Literacy fort he Counsil on Scientific Affairs. American Medical Association JAMA Feb.10. 1999.
106. Davis TC. ve ark. Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care', Health Education and Behavior 1998;25: 613-624.
107. U.S. Department of Health & Human Services Quick Guide to Health Literacy and Older Adults: Health Literacy and Older Adults. Reteived November 5 2007 from <http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/literacy.htm>.
108. The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy U.S. Department of Education. National Center for Education Statistic 2006.
109. Pleasent A. Health Literacy Around the World: Part 1. Health Literacy Efforts Outside Of the United States USA 2011.
110. Ishikawa H., Kiuchi T. Health Literacy and Health Communication. BioPsychoSocial Medicine 2010;4: 18-21.
111. Çakmur H., Erem T., Koç M. ve ark. Kanser Tanısı Alan Geriatrik Olguların Demografik İncelemesi Türk Geriatri Dergisi 2000;3;1: 11-14.
112. Ünüvar N., Mollahaliloğlu S., Yıldırım N. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhhamerkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 2004.

113. Justification of Estimates for Appropriations Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health And Human Services 2013.
114. Paasche-Orlow MK., Riekert KA., Bilderback A., Chanmugam A., Hill P., Rand CS. ve ark. Tailored Education May Reduce Health Literacy Disparities in Asthma Self-management. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;172: 980-986.
115. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155: 97-107.
116. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlilik (UHY-ME) Çalışması Türkiye 2004.
117. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014.
118. Doyle G., Cafferkey K., Fullam J. The European Health Literacy Survey: Results From Ireland. April 2012.
119. Satman İ., Yılmaz T., Şengül A., Salman S., Salman F., Uygur S., Bastar İ., Tütüncü Y., Sargın M., Dinççağ N., Karşıdağ K., Kalaça S., Özcan C., King H., Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;25;9: 1551-1556.
120. Deveci F., Deveci SE., Türkoğlu S., Turgut T., Kirkil G., Rahman S., Açık Y., Muz MH. The Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elazığ, Eastern Turkey. *Eur J Intern Medline* 2011;22: 172-176.
121. ADA. Standards of Medical Care in Diabetes—2012. *Diabetes Care* 2012. 2012; 35: 11–63
122. Biessels GJ., Staekenborg S., Brunner E., Brayne C., Scheltens P. Risk of Dementia in Diabetes Mellitus: A systematic review. *Lancet Neurol* 2006;5: 64-74.
123. Iwata I., Munshi MN. Cognitive and Psychosocial Aspects of Caring for Elderly Patients with Diabetes. *Curr Diab Rep.* 2009;9: 140-146.

124. Wolf MS., Curtis LM., Wilson EA., Revelle W., Waite KR., Smith SG. ve ark. Literacy Cognitive Function and Health Results of The Lit Cog Study. J. Gen Intern Med. 2012;27: 1300-1307.
125. Levinthal BR., Morrow DG., Tu W., Wu J., Murray M. D. Cognition and Health Literacy in Patients with Hypertension. Journal of General Internal Medicine 2008;23;8: 1172-1176.
126. Laramée A., Morris N., Littenberg B. Relationship of Literacy and Heart Failure in Adults with Diabetes. BMC Health Serv Res 2007;7: 98.
127. Arıcı M., Turgan C., Altun B., Sindel S., Erbay B., Derici U., et al., Hypertension İncidence in Turkey (HinT): A Population-Based Study. J Hypertens 2010;28: 240-244.
128. Akalın E, Sayran F, Tanrıöver DM. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Kayıtların Önemi. TÜSİAD-T Haziran 2012;6: 529-531.
129. Brewer NT., Tzeng JP., Lillie SE., Edwards AS., Peppercorn JM., Rimer BK. Health Literacy and Cancer Risk Perception: Implications for Genomic Risk Communication. Med Decis Making 2009;29: 157-166.
130. Takahashi PY., Okhravi HR., Lim LS., Kasten MJ. Preventive Health Care in Elderly Population: A Guide for Practicing Physicians. Mayo Clin Proc 2004;79: 416-427.
131. Aydın S. The Incidence of Urinary Cancers in Turkey. The Journal of Turkish Urology 2007;33: 392-397.
132. Tokem Y., Taşçı E., Yılmaz Y. Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2013;4;5: 30-37.
133. Özer E., Özdemir L. Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009: 42-51.

134. Rathore SS., Mehta SS., Boyko WL., Schulman KA., Prescription Medication Use in Older Americans: A National Report Card on Prescribing. Family Medicine Journal 1998;30: 733-739.
135. Esengen Ş., Seçkin Ü., Borman P., Bodur H., Kutsal Gökçe Y., Yücel M. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 2000;3;1: 6-10.
136. Bayık A., Özgür G., Özsoy S., Erefe İ., Emeç-Uysal A., Melek Ö. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları. Türk Geriatri Dergisi 2002;5;2: 68-74.
137. Dişçigil G., Tekinç N., Anadol Z., Oklay A. Toplum İçinde Yaşayan ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Polifarmasi Türk Geriatri Dergisi 2006;9;3:117-121.
138. Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. 1.Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2006:393-400.
139. Işık AT., Doruk H., Mas MR. Yaşlılarda İlaç Kullanım İlkeleri. Klinik Gelişim Dergisi 2004;17;2: 25-31.
140. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan Dünya. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi Özel Ek: A6-A11 2006;52-59.
141. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğler T. Yaşlıda ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi 1999;2: 33-38.
142. Koskan A., Friedman D., Messias D. Health Literacy Among Hispanics: A Systematic Research Review (1992-2008). Hispanic Health Care Int. 2010;8;2: 65-76.
143. Gürol Arslan G., Eşer İ. Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanma Uyumu ve Hemşirenin Roller Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21;2: 147-157.
144. Golin CE., Liu H., Hays RD. ve ark. A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication. J Gen Intern Med 2002;17;10. 756-765.

145. Weiss BD., Hart G., Mcgee D.L, D'estelle S., Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills J Am Board Fam Pract. 1992;5:3,257-264.
146. Sağlık Sen, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Sağlık Sen Yayınları Aralık 2014.
147. Mccray A.T., Promoting Health Literacy J Am Med Inform Assoc. Sayı:12, Sayfa: 152-163,2005:12,152-163.
148. Özdemir H., Alper Z., Uncu Y., Bilgel N. Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. Health Education Research 2010;25;3: 464-477.
149. Uğurlu Z., Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi Doktora Tezi Ankara 2011.
150. Eichler K, Wieser S, Brügger U., The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review International Journal of Public Health 2009;4:5,313-324.
151. Sequeira SS., Eggermont LH., Silliman RA., Bickmore TW., Henault LE., Winter MR., Nelson K, Paasche-Orlow MK., Limited Health Literacy And Decline İn Executive Function İn Older Adults J Health Commun. 2013;18 Suppl 1:143-157.
152. Parker RM., Baker DW., Williams MV. and Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills Journal of General Internal Medicine 1995;10(10): 537-541.
153. CDC. Improving Health Literacy for Older Adults. Expert Panel Report US Department of Health and Human Services Centre for Disease Control and Prevention 2009 (www.cdc.gov/healthliteracy, erişim: 02.06.2014).
154. Netuveli G., Blane D. Quality of life in older ages. Br Med Bull 2008;85:113-126.
155. Bayık A., Sönmez S., Vural B. Yaşlılarda Beslenme Sağlığını Etkileyen Faktörler: Balıkesir İli Göçmen Konutları Beldesi Örneği Aile ve Toplum 2007;3:12:33-46.

156. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatıksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları.
Ankara: Emek Ofset;2005;5-16,69-124,153-285.



Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi

Ek 1: Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Sayın katılımcı, bu çalışma, sizin sağlık ile ilgili bilgileri okuma ve anlama durumunuzu belirlemek amacıyla yürütülecektir. Yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyi ile yaşlıların sağlıklarını nasıl algıladıkları ve kronik hastalıkları arasında ilişkiler de değerlendirilecektir. Hastalardan elde edilen bu bilgiler; kronik hastalığı olan yaşlı hastaların hastalıklarını daha iyi yönetebilmeleri ve sağlık personeli tarafından daha iyi bilgilendirilebilmeleri için yapılacak düzenlemelere yarar sağlayacaktır. Soru formunu yanıtlamanız için gerekli süre ortalama 10 dakikadır. Soru formunu eksiksiz doldurmanız çalışmanın doğruluğu yönünden önemli olacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Zuhal ÇİMEN

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Sosyo-demografik Özellikler

1. Doğum tarihiniz.....Yaşınız.....Yaş grubu.....
1)65-74 2) 75-84 3)85 ve üzeri
2. Cinsiyetiniz nedir?
1) Kadın 2)Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
1)Evli 2)Bekar
4. Eğitim Durumunuz nedir?
1)Okuryazar değil 2)İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4)Lise mezunu 5)Üniversite ve üzeri
5. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?
1)Köy 2)Kasaba 3) Şehir 4)Büyükşehir 5)Yurtdışı
5. Çalışıyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır
6. Mesleğiniz nedir?
1)Ev hanımı 2) Çiftçi 3)Devlet memuru 4)İşçi 5)Diğer

7. Kullandığı anadiliniz nedir?

1)Türkçe 2)İngilizce 3)Almanca 4)Diğer

8. Gelir durumunuz nedir?

1)Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3)Gelir giderden fazla

9. Sağlık güvenceniz nedir?

1)Bağkur 2) Emekli sandığı 3)Yeşilkart 4)Özel sağlık sigortası 5)Yok

10. Nerede yaşıyorsunuz?

1)Evde 2) Bakımevi/Huzurevi

12. Kiminle beraber yaşamınızı sürdürüyorsunuz?

1)Eş 2)Çocuklar 3)Akraba 4)Bakımevi/Huzurevi 5)Yalnız

Sağlık algısı ve sağlık durum değerlendirilmesi

1. Kilonuz.....

2. Boyunuz.....

3. BKI.....

1)Zayıf 2)Orta 3)Şişman 4)Aşırı şişman 5)Obez

4. Sigara, kullanıyor musunuz?

1) Evet (Evet ise 5. Soruyu cevaplayınız.) 2)Hayır (Hayır ise 6. Soruya geçiniz.)

5. Ne kadar sigara kullanıyorsunuz?

1)Günde 1 paketten az 2)Günde 1 paket 3)Günde 1 paketten fazla 4) hiç kullanmıyorum

6. Alkol kullanıyor musunuz?

1)Evet (Evet ise 7. Soruyu cevaplayınız.) 2)Hayır (Hayır ise 8. Soruya geçiniz.)

7. Ne kadar alkol kullanıyorsunuz?

1)Haftada 2 günden az 2)Haftada 2 gün 3) Haftada 3-5 gün 4) Her gün
5)Hiç kullanmıyorum

8. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1)Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) kötü 5) Çok kötü

9. Sağlık hizmetlerine erişimde ne derece zorluk çekiyorsunuz?

1)Çok zorluk çekiyorum 2)Az zorluk çekiyorum 3)Zorluk çekmiyorum

10. Yaşam kalitenizi genel olarak nasıl algılıyorsunuz?

1)Çok iyi 2)İyi 3)Orta 4)Kötü 5)Çok kötü

11. Hekimin tanı koyduğu kronik hastalığınız (uzun süre tedavi gerektiren hastalığınız) var mı?

1)Evet (Evet ise 12. Soruyu cevaplayınız) 2)Hayır (Hayır ise 14. Soruyu cevaplayınız.)

12. Kronik hastalık sayısı kaçtır?

1)1 2)2 3)3 4)4 ve üzeri

13. Kaç yıldır kronik hastalığınız var?

1)1 den az 2)2-4 yıl 3)5-10 4)11-20 5) 20 yıldan fazla

14. İlaç kullanıyor musunuz?

1)Evet (Evet ise 15. soruyu cevaplayınız.) 2)Hayır (Hayır ise 16. soruyu cevaplayınız.)

15. Kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?

1)1 tane 2)2 tane 3)3 ve daha fazla

16. Bu yatışınızdan önce kaç kez hastaneye yattınız?

1)1-3 kez 2)4-5 kez 3)6 ve üzeri

17. Hastaneye yatışınızda kaç gün kaldınız?

1)1 haftadan az 2)1-2 hafta 3)2 haftadan fazla 4)1aydan fazla

18. Bu güne kadar acil servise hiç başvurduğunuz mu?

1)Evet (Evet ise 16. Soruyu cevaplayınız.) 2) Hayır (Hayır ise 16. soruyu atlayınız.)

19. (Evet ise) Kaç kez başvurduğunuz?

1)1-3 kez 2) 4-5 kez 3)6 ve üzeri

Ek 2: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği:

Sayın katılımcı, bu çalışma, sizin sağlık ile ilgili bilgileri okuma ve anlama durumunuzu belirlemek amacıyla yürütülecektir. Soru formunu yanıtlamanız için gerekli süre ortalama 10 dakikadır. Soru formunu eksiksiz doldurmanız çalışmanın doğruluğu yönünden önemli olacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Zuhal ÇİMEN**Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL**

ERİŞİM		Hiç zorluk çekmiyorum (5 puan)	Az zorluk çekiyorum (4 puan)	Biraz zorluk çekiyorum (3 puan)	Çok zorluk çekiyorum (2 puan)	Yapamayacak durumdayım (1 puan)
	1.Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?					
	2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
	3.Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
	4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?					
	5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?					
ANL	1.İlaç kutularında bulunan prospektüslerin içeriğini					

	anlayabiliyor musunuz?					
	2.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
	3.Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenahanelerinde bulunan sağlıkla ilgili tehlikeler hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
	4.Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
	5.Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
	6.Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
	7.Ev, okul, işyeri, ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
DEĞERLE	1.Doktorunuzla ya da eczanızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					

	2.Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
	3.Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
	4.Tehlikeli davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
	5.Diğer insanların yaptığı tehlikeli davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
	6.Sağlık yetkilileri, arkadaşlar, aile ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz tehlikelerle ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
	7.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
	8.Besinler ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin tehlikelerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULA	1.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor					

	musunuz?					
	2.Aşı yaptıırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
	3.Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
	4.Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?					
	5.Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?					

Ek 3: Orijinal Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Appendix 1 – Instrument for assessment of health literacy

Access:

1. Are you able to find information about diseases?
2. Are you able to inform yourself about treatments?
3. Are you able to find information about risks such as e.g. smoking, obesity?
4. Are you able to find information on how to stay healthy?
5. Are you able to obtain information on e.g. healthy food and how to stay fit?

Understand:

1. Are you able to understand the content of leaflets that come with medications?
2. Are you able to understand medical prescriptions?
3. Are you able to read risk information brochures found at pharmacies, in hospitals or at a doctor's clinic?
4. Are you able to understand information about risky behavior as e.g. driving drunk, using drugs and smoking?
5. Are you able to understand the content of food labels?
6. Are you able to understand the importance of a healthy lifestyle?
7. Are you able to understand the importance of a healthy environment e.g. at school, at the workplace, at home and in the neighborhood?

Appraise:

1. Are you able to discuss medical information with your doctor/pharmacist?
2. Are you able to consider risk and benefit of treatment options?
3. Are you able to judge what medical advice is best for you?
4. Are you able to identify your own risk actions?
5. Are you able to learn from other people's risky behavior?
6. Are you able to critically appraise risk information from health authorities/friends, family/media?
7. Are you able to appraise your own health related habits?
8. Are you able to consider risk and benefit of healthy choices with regards to e.g. food and exercise.

Ek 4: Etik İzin Gerektirmediğine Kanıt

Attribution 3.0 Unported (CC BY 3.0)

This is a human-readable summary of (and not a substitute for) the [license](#).

Disclaimer



You are free to:

- **Share** — copy and redistribute the material in any medium or format
- **Adapt** — remix, transform, and build upon the material
- for any purpose, even commercially.
- The licensor cannot revoke these freedoms as long as you follow the license terms.

Under the following terms:

- **Attribution** — You must give [appropriate credit](#), provide a link to the license, and [indicate if changes were made](#). You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.
- **No additional restrictions** — You may not apply legal terms or [technological measures](#) that legally restrict others from doing anything the license permits.

Notices:

- You do not have to comply with the license for elements of the material in the public domain or where your use is permitted by an applicable **exception or limitation**.
- No warranties are given. The license may not give you all of the permissions necessary for your intended use. For example, other rights such as **publicity, privacy, or moral rights** may limit how you use the material.

[Learn more](#) about CC licensing, or [use the license](#) for your own material.

This page is available in the following languages:
[Castellano](#) [Castellano](#)
 (Espanña) [Català](#) [Dansk](#) [Deutsch](#) [English](#) [Esperanto](#) [français](#) [Galego](#) [hrvatski](#) [Indonesia](#) [Italiano](#)
[Latviski](#) [Lietuvių](#) [Magyar](#) [Melayu](#) [Nederlands](#) [Norsk](#) [polski](#) [Português](#) [Português](#)
 (BR) [Suomeksi](#) [svenska](#) [Türkçe](#) [íslenska](#) [česky](#) [Ελληνικά](#) [русский](#) [українська](#) [يارس العربیة](#)
 日本語 華語 (台灣) 한국어

Lisanslar Hakkında

Lisanlarımız ne yapar

Creative Commons telif hakkı lisansları ve araçları, kanunun oluşturduğu geleneksel "tüm hakları saklıdır" yapısı içinde bir denge oluşturur. Araçlarımız bireysel yaratıcılardan büyük şirket ve kurumlara kadar herkesin yaratıcı eserlerine basit, standartlaştırılmış bir yol ile telif izinleri vermesini sağlar. Araçlarımızın ve kullanıcılarımızın kombinasyonu geniş ve büyüyen dijital bir ortaklıktır ve telif hakları çerçevesinde kopyalanabilir, dağıtılabilir, düzenlenebilir, karıştırılabilir ve üzerine inşa edilebilir bir içerik havuzu olabilir.

Lisans tasarım ve gerekçesi

Tüm Creative Commons lisansları ortak birçok önemli özelliğe sahiptir. Her lisans, yaratıcılara yardımcı olur — eğer bizim araçlarımızı kullanıyorlarsa onlara lisansör diyoruz — en azından ticari olmayan çalışmalarının kopyalama, dağıtma, ve bazı kısımlarının kullanımlarına izin verirken diğer telif haklarını da korur. Her Creative Commons lisansı da lisansörlere, hak ettikleri eserleri için kredi alma imkanı sağlar. Her Creative Commons lisansı dünyada geçerlidir ve (çünkü telif hakları üzerine inşa edilmişlerdir) geçerli telif hakkı

süresince uygulanabilir. Bu ortak özellikler üstünde, lisansörlerin eserlerinin nasıl kullanılacağı konusunda ek izinler sunma seçeneğini de verir.

Bir Creative Commons lisansörü lisansı seçerken bazı basit sorulara yanıt verir — ilk olarak, ticarı kullanıma izin vermek istiyor muyum, ve ikinci olarak, eserimin kullanılarak yeni eserler yaratılmasını istiyor muyum? Eğer lisansör yeni eselerin yaratılmasına izin vermek istiyorsa, eseri kullanacak herhangi bir kişinin — biz bunlara lisans sahipleri diyoruz &mdash, bu yeni eserini de aynı lisans altında korunmasını isteyebilir. Biz bu fikre "LisansDevam" diyoruz ve (eğer seçilirse) bu fikir dijital commonsın genişlemesini sağlayan mekanizmalardan biridir. LisansDevam pek çoğu ücretsiz ve açık erişim olan yazılım projelerinde kullanılan GNU Genel Kamu Lisansından esinlenmiştir.

Lisanslarımız adil anlaşma gibi hukuk kuralları ile sağlanan ayrıcalık ve kısıtlamaların sağladığı haklarla sağlanan özgürlükleri etkilemez. Creative Commons lisansları kendi içinde açıkça tanımlanmamış olsa bile bir eserin lisans sahipleri tarafından kullanırken lisansörün kanunlarla edindiği haklardan da dolayı lisansörden izin gerektirir. Lisans sahipleri lisansöre atıfta bulunmalı, telif hakkı kurallarını eserin tüm kopyalarında bulundurmalı, eserin lisans sahibinin kopyalarına link vermelidir. Lisans sahipleri teknolojik olanakları kullanarak esere erişimi engelleyemez.

Basit Lisans Seçicimizi deneyin.

Telif Haklarının Üç "Katmanı"

Makina tarafından okunabilenİnsan tarafından okunabilenKanun

Kamu telif hakları lisanlarımız kendine has ve ilerici "üç katlı" bir yapıya sahiptir. Her lisans tüm avukatların çok sevdiği bir dili kullanarak geleneksel bir lisanslama aracı ile başlar, Biz buna her lisansın Kanun katı diyoruz.

Ancak tüm yaratıcılar, eğitimci ve bilim insanları avukat olmadıkları için, lisansları normal insanların anlayacağı şekilde de sunuyoruz - Commons deed (aynı zamanda insan tarafından okunabilen lisans olarak da bilinir). Commons Deed lisansör ve lisans kullanıcıları için bazı önemli terim ve durumları belirten ve özetleyen yararlı bir rehberdir. Her ne kadar Deedin kendisi bir lisans olmasa da ya da Kanun'un bir parçası olmasa da Kanun'un kullanıcı dostu arayüzü olarak düşünülebilir.

Lisans tasarımının son katmanı arama motorlarından ofis verimliliğine, müzik düzenlemesine kadar eserlerin yaratılmasında, kopyalanmasında, keşfedilmesinde algılamayı sağlayan yazılımdır. Webde bir eserin Creative Commons lisansı altında olduğunu anlamayı kolaylaştırmak için bu lisansın "makina tarafından okunabilen" versiyonu hazırlanmıştır. Yazılım sistemlerinin, arama motorlarının, ve diğer teknoloji tiplerinin anlayabileceği şekilde temel özgürlükler ve yükümlülükler tanımlanmıştır. Bunu gerçekleştirebilmek için CC Hak Tanımlama Dili (CC REL) adıyla lisansı yazılama tanıtan standart bir yol geliştirdik.

Yaklaşımımızla mümkün olan, açık içerikte arama yapmak önemli bir fonksiyondur. Google'ı Creative Commons'ın içeriğini taramak için, Flickr'ı albümleri, Jamendo'yu resimlere bakmak için, ve spinxpress. Wikimedia Commons'ı da genel yayınları bulmak için kullanabilirsiniz. Aynı zamanda lisanslarımızın temel kullanıcılarından olan Wikipedia'ı da multimedya arşivi için kullanabilirsiniz.

Birlikte ele alındığında, lisansların bu üç katmanı hak yelpazesinin sadece yasal bir kavram olmadığını garanti altına alır. Bu hem eser yaratıcısının, hem eseri kullanacakların hem de webin anlayabileceği bir yapıdır.

Lisanslar

Al

CC BY

Lisans, kullanan kişilere orjinal esere atıfta bulundukları sürece, eserini dağıtma, karıştırma, ince ayar yapma, ya da üzerine çalışma haklarını verir. Bu sunulan en kullanışlı lisanstır. Bu lisans eserin mümkün olduğu kadar çok kullanılması ve yayılması için önerilir.

[License Deed Görüntüle](#) | [Kanunu Göster](#)

[Atıf-LisanDevam](#)

CC BY-SA

Bu lisans eseri kullanan kişilere kendi eserlerini de aynı lisanla lisansladıkları sürece, karıştırma, ince ayar yapma, ve üzerine çalışma hakkı verir. Bu lisans genellikle "copyleft"ten bağımsız ve açık erişim yazılım lisansları ile karşılaştırılır. Wikipedia bu lisansı

kullanmaktadır ve Wikipedia gibi içeriklerden ya da benzerlerinden yararlanan eserler için önerilmektedir.

[License Deed Görüntüle](#) | [Kanunu Göster](#)

Atıf-Türetilemez

CC BY-ND

Bu lisans, size atıf yapıldığı sürece, eserin değiştirilmeden ticari ya da ticari olmayan dağıtım hakkını verir.

[License Deed Görüntüle](#) | [Kanunu Göster](#)

Atıf-Gayriticari

CC BY-NC

Bu lisans diğerlerinin ticari olmayan amaçla eserinizi karıştırmasına, ince ayar yaparak, ya da üzerine geliştirerek kendi eserlerinde kullanmasına izin verir. Ancak ortaya çıkan yeni eseri benzer lisans ile lisanslamak zorunda değildirler.

[License Deed Görüntüle](#) | [Kanunu Göster](#)

Atıf-Gayriticari-LisansDevam

CC BY-NC-SA

Bu lisans diğerlerinin ticari olmayan amaçla eserinizi karıştırarak, ince ayar yaparak, ya da üzerine geliştirerek kendi eserlerinde kullanmasına izin verir ve kullanan eserin orjinal lisansının aynısı ile yeni ürünü lisanslamalıdır.

[License Deed Görüntüle](#) | [Kanunu Göster](#)

Atıf-Gayriticari-Türetilemez

CC BY-NC-ND

Bu lisans 6 lisansımız içinde en sınırlayıcı olanıdır. Eseriniz size atıf vererek indirilebilir ya da paylaşılabılır ancak değiştirilemez ve ticari amaçla kullanılamaz.

[License Deed Görüntüle](#) | [Kanunu Göster](#)

Aynı zamanda public domain alanında “tüm hakları tanımıştır” aracı da sunuyoruz. CC0 tool aracı lisansörün tüm haklarından feragat etmesini ve bir eseri kamu malı ilan etmesini ve Kamu Malı İşaret aracı her hangi bir web kullanıcısının bir eseri Kamu Malı olarak "işaretlemesini" sağlar.



ÖZGEÇMİŞ

Lisans eğitimimi Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde tamamladım. (2008-2012). Yüksek lisanas eğitimimi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yapmaktayım (2012-2015).

‘Uluslararası Hemşire Göçünün Göç Eden Hemşirelere Ve Çok Kültürlü Bakıma Yansımaları’ isimli bildirimiz 2. Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi’nde poster bildirisi olarak sunulmuştur. 1. Ege İç Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumunda lisans tezimi olan ‘Presbiakuzili Yaşlı Hastaların Karşılaştığı Zorluklar’ ve ‘Dahiliye Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İş Gücünü Etkileyen Etmenler’ başlıklı çalışmalar sözel bildiri olarak sunulmuştur. Ege İç Hastalıkları Kongresi’nde ‘Hematoloji Hastalarının Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi’ isimli çalışmamız poster bildirisi olarak sunulmuştur. ‘Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması’ isimli çalışma ise 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi’nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Pedagojik Formasyon Sertifikası (Ege Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi), Motivasyon Geliştirme Sertifikası ve Yara Bakım Sertifikası programlarına katılmış bulunmaktayım.

Evliyim ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde çalışmaktayım. (2012- halen)

Zuhal ÇİMEN

(İletişim adresi= zhlaras@gmail.com)