



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GÖZ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Pelin GÖKÇE BULUT

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Tayfun YEŞİLŞERİT

Ağustos, 2021



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GÖZ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Pelin GÖKÇE BULUT

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Tayfun YEŞİLŞERİT

Ağustos, 2021

ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim. 01 / 08 / 2021

Pelin GÖKÇE BULUT



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında değerli vakitlerini bana ayırarak araştırmamın ilerlemesini sağlayan, tavsiyeleri ve engin bilgisi ile çalışmama ışık tutan, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa METE' ye, Dr. Öğr. Üyesi Nursel AYDINTUĞ MYRVANG'a ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tayfun YEŞİLŞERİT' e araştırma verilerinin toplanmasında destek veren Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Sefaköy Medipol Üniversitesi Hastanesi'ne; her zaman sevgisini ve desteğini hissettiğim büyük fedakarlıklar göstererek beni bugünlere getiren annem Sibel KARACA' ya, babam Erhan Ramazan GÖKÇE' ye, hayatım boyunca hep destekçim olan kardeşim Pınar GÖKÇE AKINCI' ya yoluma ışık tutup daha cesur adımlar atmamı sağlayan, bilgi ve tecrübesiyle beni destekleyen eşim Dr. Öğr. Üyesi Asker BULUT' a ve mutluluk sebebim olan biricik kızım Elis BULUT' a

Binlerce teşekkür ve minnetle... 26 /08 / 2021

Pelin GÖKÇE BULUT

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK

ONAY SAYFASI

BEYAN iii

TEŞEKKÜR iv

İÇİNDEKİLER v

SİMGELER VE KISALTMALAR ix

TABLO LİSTESİ x

TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELE xi

İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELE xii

1. GİRİŞ ve AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Sağlık Nedir? 3

2.2. Hastalık Nedir? 4

2.3. Sağlığı Etkileyen Faktörler 6

2.3.1. Tıbbi Model(The Medical Model) 6

2.3.2. Holistik Model(The Holistic Model) 7

2.3.3. İyiilik Modeli (The Wellness Model) 8

2.3.4. Çevre Modeli(The Environmental Model) 8

2.4. Okuryazarlık Nedir? 9

2.5. Okuryazarlık Kavramı ve Tanımları nedir? 10

2.5.1. 1950 Dönemi 10

2.5.2. 1965 Dönemi 10

2.5.3. 1970 Dönemi 11

2.5.4. 1985 Dönemi 11

2.5.5. 1990 Dönemi 12

2.5.6. 2000 Dönemi 12

2.6. Okuryazarlık Yaklaşımları nedir? 13

2.6.1. Geleneksel Okuryazarlık 13

2.6.2. İşlevsel Okuryazarlık 13

2.6.3. Bilinçlendirici Okuryazarlık 13

2.6.4. Çoklu ve Çeşitli Okuryazarlık 13

2.7. Sağlık Okuryazarlığı ve Tanımı	13
2.8. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	15
2.8.1. Fonksiyonel (İşlevsel)Sağlık Okuryazarlığı.....	16
2.8.2. İnteraktif(Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı	16
2.8.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	16
2.8.4. Temel Okuryazarlık	17
2.8.5. Bilimsel Okuryazarlık	17
2.8.6.Yurttaşlık Okuryazarlığı	17
2.8.7.Kültürel Okuryazarlık	18
2.9.Sağlık Okuryazarlığı Önemi	18
2.10.Sağlık Okuryazarlığına Farklı Yaklaşımlar	19
2.11. Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı	19
2.12. Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı.....	20
2.13. İletişim ve İletişim İşlevi Nedir?	21
2.13.1. Enformasyon	22
2.13.2. Sosyalizasyon.....	22
2.13.3. Motivasyon	22
2.13.4. Entegrasyon.....	22
2.13.5. Eğitim.....	22
2.13.6. Kültürel gelişme	22
2.13.7.Eğlenme.....	22
2.13.8. Tartışma.....	23
2.14 Sağlık İletişimi ve Sağlık İletişiminin Önemi.....	23
2.15 Sağlıkta Dönüşüm programı.....	23
2.15.1 Temel İlkeleri.....	24
2.15.1.1 İnsan merkezcilik.....	24
2.15.1.2 Sürdürülebilirlik.....	24
2.15.1.3 Sürekli kalite gelişimi.....	24
2.15.1.4 Katılımcılık.....	24
2.15.1.5 Uzlaşmacılık.....	25
2.15.1.6 Gönüllülük.....	25
2.15.1.7 Güçler Ayrılığı.....	25
2.15.1.8 Desantralizasyon.....	25
2.15.1.9 Hizmette Rekabet.....	25

2.15.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri.....	25
2.15.2.1 Planlayıcı ve Denetleyen Sağlık Bakanlığı.....	25
2.15.2.2 Herkesi Toplayan Genel Sağlık Sigortası.....	25
2.15.2.3 Kolay Erişilebilir, Yaygın, Güler yüzlü Sağlık Hizmetleri.....	25
2.15.2.4 Bilgi ve Becerili Sağlık İnsan Gücü.....	26
2.15.2.5 Sistemin Destekçisi Eğitim ve Bilim Kurumları.....	26
2.15.2.6 Kalite ve Akreditasyon.....	26
2.15.2.7 Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi.....	26
2.15.2.8 Sağlık Bilgi Sistemi.....	26
2.16. Göz nedir?	27
2.17. Göz Sağlığı Bilgileri ve Görmenin Tanımlanması	27
2.18. Gözde Meydana Gelen Kırma Kusurları	28
2.18.1. Emetropi.....	28
2.18.2. Ametropi	28
2.18.3. Miyop	29
2.18.3.1.Miyopun Nedenleri	29
2.18.3.1.A. Uzunluk (Aksiyel) Miyopi	29
2.18.3.1.B. Eğim (Kurvatur) Miyopi	29
2.18.3.1.C. İatropik Miyopi	29
2.18.4. Hipermetrop	30
2.18.4.1 Hipermetropi Nedenleri	30
2.18.4.1.A. Aksiyel	30
2.18.4.1.B. Kurvatur.....	30
2.18.4.1.C. İndeks	30
2.18.4.2. Hipermetropi Çeşitleri.....	30
2.18.4.2.A. Basit Hipermetrop	30
2.18.4.2.B. Patolojik Hipermetrop	31
2.18.5. Astigmatizma	31
2.19. Görme Kayıplarına Sebep Olan Hastalıklar	32
2.19.1. Retinal Arter Tıkanıklığı.....	32
2.19.2. Retinal Ven Tıkanıklığı.....	33
2.19.3. Retina Dekolmanı	34
2.19.4. Diyabetik Retinopati	35
2.19.5. Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu.....	36

2.19.6. Glokom.....	36
2.19.7. Katarakt.....	37
2.19.8. Metil Alkol Zehirlenmesi.....	37
2.20. Bulaş Riski Yüksek Olan Hastalıklar	37
2.20.1. Viral Konjoktivit.....	37
2.20.2. Bakteriyel Konjoktivit.....	37
2.20.3. Yeni Doğan Konjoktiviti.....	38
2.21. Göz Sağlığı Okuryazarlığı	38
3. GEREÇ YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	39
3.2. Araştırmanın Deseni ve Örneklem Yöntemi	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.5. Araştırma Varsayımları.....	40
3.6. Araştırmanın Hipotezleri	40
3.7. Veri Toplama Araçları	41
3.8. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	42
3.9. Araştırmanın Yöntemi	42
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
5.1. Tartışma.....	54
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	55
6. KAYNAKÇA.....	58
7. EKLER.....	64
Ek 1: Bilgi Formu	64
Ek 2: Gönüllü Olur Formu	69
Ek 3: Kurum İzin Yazısı	71
Ek 4: Etik Kurul Onayı	73
8.ÖZGEÇMİŞ	75
9.İNTİHAL RAPORU.....	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Found

BM : Birleşmiş Milletler

D : Diyoptri

nm : Nanometre

ml : Mililitre

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 4.1.	Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları.....	43
Tablo 4.2.	Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Değerleri.....	44
Tablo 4.3.	Göz Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	45
Tablo 4.4.	Ölçeklere Yönelik Normallik Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 4.5.	Cinsiyet Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.6.	Yaş Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.7.	Meslek Türü Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.8.	Toplam Görev Süresi Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.9.	Cinsiyet Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.10.	Yaş Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.11.	Meslek Türü Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.12.	Toplam Görev Süresi Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	50

Tablo 4.13.	Göz Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Arasında Korelasyon Değerleri	51
Tablo 4.14.	Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	52
Tablo 4.15.	Hipotez Tablosu	53



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1:	Sağlık okuryazarlık seviyesi	17
Şekil 2:	Risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı tablosu	20
Şekil 3:	Değer olarak sağlık okuryazarlığı basamakları	21
Şekil 4:	Araştırmanın Modeli	42



Türkçe Özet

Bulut, Gökçe, P (2021). Sağlık Çalışanlarının Göz sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Sağlık tanımı tarihsel süreç içinde ele alındığı döneme ve kültüre göre farklılıklar göstermiştir. Çevre koşulları ve sosyo ekonomik şartların değişmesi ile sağlık kavramı önem kazanmıştır. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması öncelikli hal almıştır. Tarihsel süreç içinde sosyo ekonomik ve kültürel değişimler hızla gerçekleşmiş insanlar çevreye uyum sağlamışlardır. İşte bu noktada uyum sağlayabilme becerisi, yaşam boyu öğrenme ile birleşerek insan içindeki potansiyeli ortaya çıkartmıştır. Yaşam boyu öğrenmeye bağlı olarak okuryazarlık kavramı önem kazanmıştır. Okuryazarlık tanımı en sade haliyle, okuma yazma becerisine sahip olmak olarak tanımlansa da zamanla yeterli görülmemiş, okuduğunu anlamak, yorumlayabilmek okuryazarlık şartlarını oluşturmuştur. Sağlık konusunda doğru karar vermek bilgiye erişimin hızlı gerçekleştiği bir dönemde oldukça zor olmaktadır. Yazılı ve sözlü bilginin anlaşılması sağlık personeli ve hasta arasındaki sağlık iletişiminin ve sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamaktadır. Gözlerimiz etrafımızda olanları algıladığımız duyu organımızdır. Sıklıkla rastlanılan bozuklukların, ani görme kaybı oluşturacak hastalıkların önlenabilir, tedavi edilebilir olması göz taraması ve kontrollerde görme kayıplarının en aza indirilmesi göz sağlığı okuryazarlığının önemini artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemektir. Çalışmada göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. Veri analizleri SSPS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin saptanmasında Pearson korelasyon analizi yapılmış ve sonucunda beklendiği şekilde göz sağlığı okuryazarlığı arttıkça sağlık okuryazarlığında arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Göz, Göz Sağlığı Okuryazarlığı

Abstract

Bulut Gokce P (2021). Investigation of the Relationship Between Eye Health Literacy and Health Literacy of Healthcare Professionals. Master Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

The definition of health has differed according to the period and culture in which it was addressed in the historical process. The concept of health has gained importance with the change of environmental conditions and socio-economic conditions. Protecting, improving and maintaining health has become a priority. In the historical process, socio-economic and cultural changes have taken place rapidly, and people have adapted to their environment. At this point, the ability to adapt has combined with lifelong learning, revealing the potential in people. The concept of literacy has gained importance due to lifelong learning. Although the definition of literacy is defined as having the ability to read and write in its simplest form, it was not seen enough over time, understanding and interpreting what one reads formed the conditions for literacy. Making the right decision about health is very difficult in a period when access to information is fast. Understanding written and verbal information emphasizes the importance of health communication and health literacy between health personnel and patients. Our eyes are our sense organs by which we perceive what is happening around us. The fact that frequently encountered disorders and diseases that will cause sudden vision loss can be prevented and treated, and minimizing vision loss in eye screening and controls increases the importance of eye health literacy. The aim of this study is to determine the level of eye health literacy and health literacy in health workers. In the study, a 5-point Likert scale was used to determine the level of eye health literacy and health literacy. Data analysis SSPS 24.0 package program was used. Pearson correlation analysis was performed to determine the relationship between eye health literacy and health literacy, and as a result, it was found that as eye health literacy increased, health literacy increased as expected.

Keywords: Health, Health Literacy, Eye, Eye Health Literacy

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık tanımı geçmişten şimdiye kadar birçok kültüre ve döneme göre farklılıklar göstermiştir. Sosyo-ekonomik koşullar, savaşlar, salgın hastalılar ve çevrenin hızlı değişimiyle birlikte birçok olumsuz koşul yerini kronik hastalıklar ve kansere bırakmıştır. Bununla birlikte sağlık toplumda daha önemli bir yer tutmuş, sağlığın sürekliliği önem kazanmıştır (Tekin, 2007).

Sağlığın fiziksel, psikolojik ve ekonomik faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. İnsanların yaşadığı çevreye uyum sağlayabilmeleri, sosyoekonomik ve kültürel değişimlere ayak uydurabilmesi için hayat boyu öğrenme süreci içinde olmaları gerekmektedir. Bu durum okuryazarlığa önem kazandırmıştır (Aldemir, 2003).

Başta okuryazarlık kavramı için adını soyadını yazıp imza atabilme becerisine sahip kişiler yeterli okuryazarlık seviyesine ulaşmış sayılırken zamanla okuduğunu idrak edebilme, yorumlayarak kullanabilme, yetenek ve kabiliyetlerin artırılması ile kişilerin okuryazarlıkla bağımsızlık kazandırmak amaçlanmıştır. Böylelikle dünyayı anlamak kolaylaşacak ve toplum için değişim başlamış olacaktır. İnsan psikososyal bir varlıktır. Hayat şartlarının zorlaşması ve stresli iş hayatı nedeni ile birçok kez kendisi ya da yakınları için sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlara başvurma gereksinimi duymaktadır.

Sağlık bilgilendirmeleri, sağlık personeli ve hasta ile yüz yüze yapılıyor olsa da bilgiye ulaşmanın kolay olduğu bir dönemde medya ve internet gibi birçok kanal bilgilendirme sağlamakta ve bu bilgilerin hasta tarafından idrak edilmesinde problem oluşturmaktadır. Hasta ve sağlık personelinin birbirini doğru anlamaları için anlaşılabilir bir dil doğrultusunda sağlıklı bir iletişim kurmalıdırlar.

Yazılı bildirimleri anlamaları, ilaç ve tıbbi cihaz kullanımını doğru yapabilmeleri için sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı çok büyük önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarı olmak, sağlık personelinin açıklamalarını anlamak, edindiği bilgiyi doğru karar vermede kullanabiliyor olmak, kendisi için tedavi seçeneklerini anlayabilmek ve yardım gerektiğinde nereye gidilmesi gerektiğini biliyor olmak demektir (Barrett ve Puryear, 2006). Buna bağlı olarak mesuliyet ve hakların farkında olmayı ve buna göre hareket etmeyi gerektirir. Bu durum sağlık okuryazarlığının yeterli olması ile mümkündür.

Modern sağlık anlayışı ile sağlığın korunup geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin devamlılığı, herkesin kendi sağlığı ve toplum sağlığından sorumlu olduğu kabul edilmiştir. Bu görüşe dayanarak sağlık konusunda yeterli bilgi seviyesi, farkındalık ve doğru davranış şekli geliştirme becerisine sahip olmayı gerektirir. Bu yönüyle sağlık okuryazarlığı önem kazanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerde gereksiz hastane harcamaları, acilden başvuru oranının yüksekliği, gereksiz tetkik sayısı ve hastanede yatış süresinin artması, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamama ile birlikte hastalık ve ölüm oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Kendir ve Kartal, 2016).

İnsanların bilgiye ulaşmaları elektronik ortamlar ve akıllı telefonlar sayesinde gerçekleştiğinden dünya genelinde göz hastalıkları ile ilgili problemlerde artış meydana gelmiştir. Dünya sağlık örgütü verilerine göre dünya genelinde 2,2 milyar insan kırma kusurları ve körlükten etkilenirken, 1 milyarlık kısmı önlenebilir boyutta olup tanısı konulmamış ve tedavisi başlamamış birçok hasta mevcuttur. 2014-2019 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü evrensel göz sağlığı gelişimi için bir eylem planı hazırlamıştır ve bu plan kapsamında 2019 yılına kadar olan süreçte görmeye engel teşkil edecek sorunların %25 azaltılması amaçlanmıştır. Bu durum göz sağlığı okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır (Kırağ, 2016).

Bu araştırmanın amacı, sağlık kurumlarında faaliyet gösteren sağlık çalışanlarının göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin var olup olmadığını ortaya koymak ve bu iki okuryazarlık düzeylerinin katılımcıların cinsiyet, yaş, meslek, toplam görev süresi gibi demografik verilerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık nedir?

Tıp tarihi, kendi yarasını iyileştirmeye çalışan ilk insanla başlamıştır (Tözün ve Sözmen, 2014). Tıp tarihçilerinin ele aldığı Yunan ve Roma tıbbından modern tıba gelene kadar sağlık tanımı birçok kültüre ve ele alındığı döneme göre farklılıklar gösterir (Kaplan, 2016). Tarihsel süreçte sosyal, ekonomik ve politik çevrenin hızlı değişimi sağlık alanındaki uygulamaları da etkileyerek insanın yaşam süresini uzatmış, hastalığa dair tanı ve tedavi şeklinde değişiklik göstermiştir. Salgın hastalıklar, enfeksiyonlar, savaşlar olumsuz çevre koşulları gibi birçok etken, yerini yaşam biçimi ile bağlantılı olarak, kanser ve kronik rahatsızlıklara bırakmıştır. Sosyoekonomik şartların iyileşmesi ile birlikte enfeksiyonların azalması, hastalıklardan ölüm sayısını azaltması ve yaşam süresindeki artışla birlikte kanser ve kronik rahatsızlıklar insan için problem oluşturmuştur. Sağlık kavramı toplumda daha önemli hale gelirken sağlığın korunması ve geliştirilmesi düşüncesi ile birlikte aynı zamanda sağlıkta süreklilik ve devamlılık ön plana çıkmıştır (Tekin, 2007). Sağlık, denilince akla tıp alanı ve bu alana ait kavramlar, uygulamalar gelse de sağlık başlı başına biyolojik ya da patolojik olarak düşünülmemelidir. Sağlık fiziksel, psikolojik, ekonomik faktörlerin bir arada bulunduğu bir örüntüyü oluşturur. Tüm bu faktörler birbirinden ayrılmadan bütünleşik olarak ele alınmalıdır.

150 yıldan bu yana ABD’de sağlığın tanımı ile ilgili beklentilerin artış göstermesi sağlık kavramının kişilerin; yaşamlarını sürdürebilmelerinden, hasta olmamalarına, günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeteneklerine, mutluluk duygusuna sahip olmalarına ve iyilik halinin sağlanmasına kadar geniş bir yelpazede tanımlamaları mevcuttur (Larson, 1991).

Aggleton sağlığın bariz tanımını resmi ve resmi olmayan tanımlarla açıklar. Resmi tanımında sağlık profesyonellerinin tanımını alırken, tanımları kendi arasında pozitif ve negatif olarak ayırır. Sağlığın resmi olmayan tanımındaki ifade ise sağlık alanında profesyonel olmayan kişilerin sağlığa ilişkin algılamalarını alır. Kişilerin sağlık algısı, zamanla ve farklı ülkelere göre değişiklik gösterir (Aggleton, 1990). Robinson ve Elkan sağlık tanımını negatif yönü ile ele almış, hastalığın yokluğu şeklinde belirtmiştir. Negatif tanımlarda kişinin hasta olarak tanımlanmasına ilişkin genel geçer normların bulunmaması en önemli problemi oluşturmuştur. Sağlığın

bozulduktan sonra tanımlanabilir olması, hastalığın önlenmesi ilkesine aykırı bir durum oluşturmuştur. Sağlığın pozitif tanımı içerisinde negatif tanımını da barındırmaktadır. Sağlığın pozitif tanımı için herkes tarafından kabul edilmiş bir tanım yoktur.

Seedhouse sağlığı belirli özelliklere sahip olma şeklinde tanımlamıştır. İdeal sağlığı açıklarken bir mal olarak, fiziksel, psikolojik uyum, kişisel güç, yetenek ve potansiyel olarak tanımlanmıştır.

Sağlığın pozitif yönünü ele alan yaklaşımlar şöyledir; Robinson ve Elkan (1996) "kişilerin hayatta kalabilme yeteneği" Bowling (1991) "stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla entegrasyon, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ve fiziksel uyum" Slee ve diğerleri (1996) "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" olarak tanımlanmıştır (Somunoğlu, 1999). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı pozitif yönüyle tanımlamıştır.

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (Erkoç vd, 2011) tarafından yapılan tanıma göre sağlık: “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Şüphesiz iyilik halinin tanımlanabilmesi için kişi ve toplumun birbiri ile etkileşimde olduğunu belirtmek gerekir. Gelir dağılımındaki dengesizlik, işsizlik, savaş, toplum içindeki huzursuz ortamın varlığı gibi birçok neden olması tam iyilik halinin olmasını imkânsız hale getirir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006).

1968 yılında Ottawa sözleşmesi ile sağlık, temel insan haklarından biri sayılmıştır. Sağlık tanımını biraz daha genişleterek gıda, eğitim, barınma, barış gibi temel ihtiyaçların yanında ekonomik kazancın yeterliliği, sosyoekonomik koşullar, sosyal adalet, fiziksel çevreyle birlikte içinde barındırdığı tüm sistem ve yapıları bütüncül sağlık anlayışı başlığında toplamış ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerini esas almıştır (Tözün ve Sözman, 2014) (Erkoç, vd, 2011).

2.2.Hastalık nedir?

İnsan hayatının doğum, gelişim ve ölüm süreçlerinden oluşması ve insanların bu süreci kontrol etme isteği ile birlikte hastalık etkenlerinin tanımlanması ve aşının bulunması salgın hastalıkların kontrolünü sağlamış, buna bağlı salgın hastalıklardan kaynaklı yaşanan ölümler azalmıştır.

Modern tıbbın hastalık kavramını açıklayışına kadar hastalıkların, doğaüstü güçlerden, kötü ruhlardan ya da tanrıdan geldiği, insanı cezalandırmak için gönderildiği düşünülmüştür. Avrupa'daki veba hastalığı 14. ve 15. yüzyılda insanların günahlarının bedeli olarak değerlendirilmiştir (Çınarlı, 2008). Şifa sağlayan doktorlar ve rahipler toplum içinde önemli bir güce sahip olmuştur. Eski çağlardan beri insan doğadan ve dini inancından aldığı güçle hastalıkları iyileştirmeye çalışmıştır. İnsanın hastalık, ölüm ve doğa olayları karşısındaki çaresizliğinin temelindeki düşüncede kötü ruhların etkisinin olması hastalıkların, dinsel ayinlerin ve büyü'nün etkisi ile düzeleceğine inandırmıştır.

Eski çağlarda insanlar ahlak ve dini yönden ele alındığında; sapkınlık ve hastalık ayrımının olmaması, fiziksel hastalıkların sebeplerini insanların içinde bulunduğu durum ya da geçmişinde yaşadığı ahlaki durum sebep olarak gösterilmiştir. Aydınlanma ve bilimsel buluşların artmasıyla birlikte mikroskopla hastalıklara neden olan mikroplar tanımlanmış, hastalık nedeni dini açıklamalardan çıkartılıp bilimsel açıklığa kavuşturmuştur. Buna bağlı olarak hastalık etkenleri değişmiştir (Çınarlı, 2008). Zamanla hastalık kavramının fiziksel yönü ve tıbbi boyutuyla ele alınması yeterli görülmemekle, hastalıkların oluşumunda etkisi olan sosyokültürel faktörlerle birlikte daha geniş boyutta incelenmiştir. Biyomedikal olarak hastalık kavramı; hekim tarafından tanısı konulan patolojik ve fizyolojik belirtilerle kendini gösteren normal olmayan bir durumu anlatır. Sosyokültürel olarak hastalık kavramı ise hastalık ve patolojik sürecin hasta tarafından algılanmasıdır. Nesnel olarak hastalık vücuttaki herhangi bir organın hasarını anlatırken, öznel olarak hastalık kişinin kendini rahatsız hissetmesi olarak açıklanır (Adak, 2015).

Tarih boyunca hastalık tanımı topluma, zamana ve çağa göre değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Hipokrat'a göre sağlık; sıcaklık, rüzgâr, toprak, yiyecekler ve kişilerin beslenme alışkanlıkları, cinsel hayatları gibi kişiye özel durumların birbiri ile uyumundan oluşmaktadır. İnsanın sosyal ilişkileri iç dünyasında bir denge oluşturmaktadır. Bu denge kan, balgam, sarı safra ve siyah safra ile kendini göstermektedir. Sıvılar sırayla hava, su, ateş ve dünya ile bağdaştırılmıştır. Hastalıkların doğal nedenlerle oluştuğu, elementler ve mevsimsel değişimlerle etkilenen sıvıların dengesizliği sebep olarak gösterilmektedir. Çin düşüncesinde insan vücudu, çevresi ve kendi içinde dengeli ve uyumlu olmayı sağlayan birçok sistemden oluşmaktadır. Kötü beslenme alışkanlıkları, uykusuzluk, hareketsizlik, aile ve

toplumsal uyumsuzluk oluşan dengeyi bozmakta ve hastalıklara sebep oluşturmaktadır (Çınarlı, 2008). Hastalığı insan vücudundaki organların yapısal ve fonksiyonel bozukluğu şeklinde yorumlamak insanı sadece biyolojik olarak ele alacaktır. İnsan metabolizması yaşamı sürdürebilmek için kusursuzca çalışmaya devam eder ve böylelikle fizyolojik bir denge kurulmuş olur. Bireylerin psikolojik durumu fizyolojik dengeye ile etkileşim halindedir. Yaşamın devamını sağlamak için fizyolojik ve psikolojik bir dengenin birlikte var olması gerekmektedir. Sağlık kavramında olduğu gibi hastalık kavramında da patolojik ve fiziksel değişimler tek başına ele alınmadan bir bütün olarak ele alınıp bireyi psikolojik, sosyal ve fizyolojik olarak değerlendirmek gerekmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

2.3. Sağlığı etkileyen faktörler

Bu faktörleri bireysel ve çevresel olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür:

Bireysel faktörler: kalıtsal materyallerimiz olarak genetiğimiz, yaş, cinsiyet, hormonlar ve metabolizma bozuklukları, düşük IQ seviyesi, kronik ya da ruhsal bir hastalığın varlığı, yüksek benlik saygısı, problem çözme becerisidir.

Çevresel faktörler: sigara, alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, büyüme ve gelişme ile birlikte yaşanılan toplumda olumlu desteğin var olmasıdır (Öz ve Yılmaz, 2009). Larson 'un (1991) sağlık kavram açıklamasına yönelik maddeleri (Sözmez, 2014) aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

2.3.1 Tıbbi Model (The Medical Model)

Tıbbi model, sağlık tanımının en çok kabul gören tanımıdır. Sağlık tanım olarak hastalığın vücutta herhangi bir semptom, anormallik ve patolojik bulguların olmamasıdır. Bu tanıma göre sağlık; hastalığın yokluğunda tanımlanmaktadır. Sağlık ölçümlemesinde kavram olarak ölüm kullanılmış, sağlık kavramı açıklanırken ölüm ve hastalık açıklamalarına yer verilmiştir (Larson, 1991; Somunoğlu, 1999).

Gelişmekte olan ölkelere bakıldığında bebek ölüm hızı ve kaba ölüm hızı istatistikleri uluslararası düzeyde sağlık statüsü ölçümünde kullanılmıştır.

Tıbbi modelleme hastaları fonksiyonellik ve sakatlık durumlarına göre sınıflandırır. Bu sınıflandırmada;

- Hastaların tedavi edilebilmesi
- Hastalığa ve sağlığının bozulmasına rağmen hastada fonksiyon kaybının olmaması durumudur.

- Hastaların sınırlandırılmış fonksiyonlarını yerine getirir durumda olmasıdır.
- Hastaların kendi başına yetebildiği aktivitelerinde kısıtlılığın olduğu durumdur.
- Hastaların kendi başına yetemediği durumdur.

Tıbbi modelde sağlığın negatif tanımı hastalığı esas almak gerektiğini vurgular. Mortalite ve morbiditenin çeşitli değişkenlere göre oranlarının azalıyor olması, anlamlı bir sonuç vermediğinden bilgi sağlama konusunda eksik kalmıştır (Tatar ve Tatar 1997).

Ivan Illic tarafından tıbbi modele eleştirel bir gözle bakılmıştır. Tıbbi uygulamaların insanları hasta ettiği düşüncesini savunmuştur. Tıbbi model negatif yönü ile ele alındığından hastalıkları önlemeye yarayan hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerini dikkate almaması eleştirilmiştir. Ayrıca sosyal olarak sağlığa ve ikili ilişkilere önem vermemektedir. Sosyal nedenler ve gelenekler göz ardı edilmektedir (Larson, 1991).

2.3.2 Holistik Model (The Holistic Model)

Holistik model sağlıklı insanı fiziksel, sosyal ve ruhsal yönleri ile ele alarak tanımlar. Daha çok pozitif yönü iyilik halinde olma kavramları ile ilgilenir. Holistik modelin sağlık tanımlaması en kapsamlı tanım olarak kabul edilir. Pozitif yönü ile sağlık, çalışma isteği, iyilik hali ve etkililik olarak söylenebilir. 1950'li yıllarda DSÖ yaptığı sağlık tanımı en geniş tanımdır. DSÖ sağlığın ölçümlenebilmesi için farklı yöntemler kullanmıştır. Wolinsky ve Zusman'a göre bedensel sağlık tıbbi olarak değerlendirilirken, sosyal sağlık ise iş ve görev verim gücü olarak, ruhsal sağlık ise insanın genel mutluluk hali olarak değerlendirilmektedir (Larson, 1991).

Breslow'a göre beden sağlığı; enerji düzeyi, belirtiler, kronik durumlar, sakatlıklar ve yetersizlik olarak sınıflandırılmaktadır (Somunoğlu, 1999). Ruh sağlığı pozitif ve negatif duyguyu temel alan sekiz maddelik gösterge kullanımı ile ölçümlenmektedir. Çalışabiliyor olmak, medeni durumu ile ilgili tatmin, toplumsallaşma ve toplum katılımını anlatır. DSÖ sağlık tanımının kapsamını değerlemeye yönelik çalışmaların yapıldığını göstermektedir. DSÖ sağlık tanımına ilişkin yapılan eleştiride tam iyilik halinin birçok değişkenden etkilendiği bilinmektedir ve iyilik halinin açıklanması ve değerlendirilmesi oldukça güçtür (Robinson ve Elkan, 1996).

İnsanların bedensel, sosyal ve ruhsal iyilik halinin kişiden kişiye değişiklik gösterdiğinden hangi koşulların mükemmel sağlık halinin oluşacağı hakkında bir kesinlik bulunmamaktadır. Diğer eleştirilen nokta sağlık tanımının sakatlık ve hastalığın olmadığı durumlarda genel boyutu ile ele alınmıştır. Fiziksel problemler, ruhsal problemler, sakatlık hali ve sosyal problemlerin varlığı, kişileri hasta olarak tanımlamaktadır (Seedhouse, 1986).

2.3.3 İyilik Modeli (The Wellness Model)

İyilik modeli DSÖ sağlık tanımına ait iyilik tanımını detaylı açıklar. Subjektif sağlık özelliğini içerir. Sağlık daha çok bedensel iyilik, rahatlık, enerji ve görevleri yerine getirme çabası olarak tanımlanır. Daha iyi hissetme durumudur. İyilik modelinin amacı iyilik halinin devamını sağlayan şartları geliştirmektir. İyilik modeli dört farklı madde üzerinde durmaktadır.

- Fiziksel olarak hareketli olmak
- Bilinçli beslenmek
- Stres yönetimi
- Kendine karşı sorumluluk (Dever, 1991).

2.3.4 Çevre Modeli (The Environmental Model)

Çevre modeli sistem teorisinin ürün ve sonucunu içerir. Sistem teorisi bireyin tutumlarını ve sistemi büyük ölçekte ele alır. Sağlık tanımı çevre modeli de tüm yönleri ile ele alınmış, dünya tarafından kabul görmüş en kapsamlı modeldir (Larson, 1991). Üzerinde durulması gereken diğer nokta; kişileri yaşadığı çevreden ve dünyadan soyutlamak mümkün değildir. Kişiler içinde yaşadıkları ortam, çevre ve dünya ile etkileşim halindedir (Seedhouse, 1986). Wylie Sağlığı; canlıların çevre şartlarına uyumu için gösterdiği, sürekli devam eden bir çaba olarak tanımlanmıştır. Hastalığın tanımını ise “uyumsuzluk” olarak açıklanmıştır. Romana sağlığı; günlük olağan faaliyetleri yapmaktaki engellerden etkilenmeyecek şekilde istikrarlı ve devamlılık sağlayan bir yetenek olduğunu söylemiştir. Sigerist ise sağlığı hayata karşı mutlu tutum ve yaşamın getirdiği yükümlülükleri idrak etme kabulleniş olarak açıklar. Eğitim ve sosyo ekonomik koşulların değişip gelişmesi ile sağlık önem kazanmış ve çevre modelinin önemi artmıştır (Larson, 1991). İnsanların sağlık statüsünün yeterli olabilmesi için uyum sağlayabileceği beklentilere, sosyal ortama ve ikili ilişkilerde

toleransa sahip olması gerekir. Bu süreçte kişilerin sosyal ve çevresel değişkenlere uyumu önem kazanır.

2.4.Okuryazarlık nedir?

İnsanlığın evrimsel süreci içinde sosyal, ekonomik ve kültürel değişimler giderek hız kazanmıştır. İnsanların yaşadıkları çevreye ve topluma uyum sağlayabilmesi için hayat boyu süren bir eğitimin içinde olması gerekmektedir. Yaşam boyunca eğitimin, eğitim sistemine dahil edilmesi ile insanların potansiyelini ortaya çıkartan geniş kapsamlı bir görüş benimsenmiştir. Buna bağlı olarak okuryazarlık kavramı da önem kazanmıştır.

Türk Dil Kurumu Genel Sözlükte (2011) okuryazarlık kavramını “okuryazar olma durumu” olarak izah etmiştir. Okuryazar tanımında “okuma yazması olan öğrenim görmüş kimse” olarak tarif edilmiştir. Okuryazarlığın yaygın tanımı ise kişinin yazılmış metni okuyabilmesi ve bir metni yazıyor olabilmesi becerisine sahip olması demektir (Aldemir, 2003).

Okuryazarlık herhangi bir dildeki sembol ve işaretlerin okunması, yazılması ve idrak edilmesini anlatmaktadır. Eski ve yeni okuryazarlık durumu karşılaştırıldığında adını soyadını yazıp okuma becerisine sahip olmak yeterli gelmemiş, çizilen çerçevenin dışına çıkmıştır. Sadece okuyup yazmakla bilgilerin öğrenilmesi değil aynı zamanda yorumlamak ve kullanabilmek okuryazarlığın şartlarını oluşturmuştur (Polat, 2006). Okuryazarlığın karmaşık nitelikte olduğu, aşama gerektirdiği ve giderek geliştiği bilinmektedir. Okuryazarlık temel, orta ve üst düzey okuryazarlık olarak sınıflandırılmıştır. İşlevsel okuryazarlıkla kişilerin sosyal, ekonomik ve vatandaşlık görevinin bir parçası olarak düşünülmüştür.

Farklı dönemlerde okuryazarlığa farklı anlamlar yüklenmiştir. Beş yıllık eğitim sonrasında sahip olunan bilgilerle aynı olduğu, bazı dönemlerde ise yetişkinler için farkındalık oluşturmak amacı ile kullanılmıştır. Okuryazarlığın temel hak olarak kabul edilmesi ile herkesin okuma yazma bilmesi gerektiği düşünülmüştür. Kişilerin yetenek ve kabiliyetlerinin artırılması, hayat kalitesinin artırımı, bilinçli alınan kararların devamı ve öğrenimin sürdürülmesi için temel öğretim içerisinde üst düzey okuryazarlık geliştirilmesi amaçlanmıştır. Günümüzde teknolojinin gelişmesi ile okuryazarlık bilgisayar, dijital, teknolojik ve e- okuryazarlık olarak gelişmiştir (Güneş, 2019).

2.5.Okuryazarlık kavramı ve tanımları nedir?

Eski zamanlardan şimdiye kadar okuryazarlık kavramına ait farklı açıklamalar yapılmıştır. Okuryazar; işlevsel okuryazar, işlevsel okumaz yazmaz, geleneksel, işlevsel ve bilinçlendirici tanımları mevcuttur. Bu tanımların tarihsel süreçlerinden bahsederek;

2.5.1 1950 Dönemi

Uluslararası ilk tanımı United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) 1951 yılındaki bir toplantıda Eğitim istatistiklerini normalleştirmekle görevli komite tarafından yapılmıştır. Okuryazar, “günlük hayattaki basit ve kısa cümleleri okuyup anlayarak yazabilen kişi” olarak açıklanmıştır (Güneş, 2000).

UNESCO 1962 yılında Paris’te yapılan bir toplantıda okuryazarlığı; “kendisinin ve toplumun gelişimine katkısı olacak okuma yazma, hesap yapma yaşadığı topluma karşı sorumluluklarını yerine getirmek için yeterli bilgi ve beceri edinmiş kişi” olarak açıklanmıştır. 1962 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından Roma’da Okuma Yazma ve Toplum Dünya konferansında okuryazar “en az beş yıl eğitim görmüş ve günlük gazeteleri zorlanmadan okuyabilen kişi” olarak açıklanmıştır (Du Sautay, 1966). Bir sonraki sene Filipinler’de okuryazar tanımı “gazeteleri, haberleri, ilanları, mektupları ve vergi bildirim formlarını anlayarak okuyabilen, doldurabilen ve mektup yazabilen kişi” olarak tanımlanmıştır (Güneş, 1992). Yukarıdaki okuryazarlık tanımları zamanla değişmiş temel yeteneklerin yerini üst düzey yetenekleri içinde barındıran en az ilkokul mezunu kadar bilgili okuryazarlık önem kazanmıştır.

2.5.2 1965 Dönemi

1965 yılıyla birlikte fonksiyonel (işlevsel) okuryazarlık konuşulmuştur. İşlevsel okuryazarlıkla birlikte modern yaşamda “günlük yaşamda yerine getirilmesi gereken becerileri yapabilen kişi” olarak tanımlanmıştır. Fonksiyonel okuryazarlığın geleneksel okuryazarlıktan farkı, modern toplumda zorunlu olan görevler için gerekli olan okuma yazma becerilerine sahip olmaktır. Tahran’da Dünya Eğitim Bakanları Kongresinde fonksiyonel okuryazarlık tanımı kabul edilmiştir (Güneş, 2019). Okuma ve yazma kalkınma ile ilişkilendirilmiş; sosyo ekonomik önceliklere, geleceği inşa gücü gereksinimine bağlı olarak fonksiyonel okuma yazma üzerinde durulmuştur.

Fonksiyonel okuryazarlığı sadece bir hedef olarak düşünüp hareket etmemek gerekir. Fonksiyonel okuryazarlık; insanların sosyoekonomik hayatta vatandaşlık görevleri ve sorumluluklarının farkına varmasının bir yolu olarak görülmelidir. Tek başına temel bilgi ve beceriler olarak değerlendirilmeden üretimi fazlalaştırmaya, insanları iş hayatına hazırlamaya, insanı hayata katmaya ve toplumun algılanmasını sağlayan bir kültüre değer verir (Güneş, 1992).

2.5.3 1970 Dönemi

Dünyamızda yaşanan siyasal gelişmeler okuryazarlık tanımını değiştirmiştir. Okuryazarlığı sosyoekonomik ve kültürel olarak değerlendirilmeden önce, insanların özgür olmasını sağlamak amacıyla sürdürülmesi gerektiği söylenmiştir. Bu fikrin ilerlemesindeki en önemli etkiyi “Ezilenlerin Pedagojisi” kitabı oluşturmuştur. Kitabın yazarı Paulo Freire okuma yazma kavramını “insanların kişilik gelişimi ve hayatlarına yeni bir düzen getirmesi” olarak yorumlamıştır. Okuma yazma insanlara geniş bir sosyal girişim ve bilgiye erişim de büyük bir kolaylık sağlamalıdır (Freire,1974). 1975’te Persopolis’te uluslararası okuma yazma sempozyumunda okuryazarlık eğitiminin kişilerin gelişmesi ve özgürlük sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerektiği beyan edilmiştir (Güneş,1992). Okuryazarlığın olmaması başka insanlara bağımlı olmayı zorunlu kılar, yazı ile yapılması gereken tüm işlemlerle ilgili bağımsız hareket özgürlüğünü kısıtlamaktadır. Okur yazarlık insanlara kendi seçimlerini başkalarına bırakmadan özgürce yapabilmeyi, sorumluluk üstlenebilmeyi, yetişkinlerin amaç belirleyip hayatlarına yön vermesini, tek başına seçim yapabilmeyi ve toplumda özgürce hareket edebilme imkânı sağlar.

2.5.4 1985 Dönemi

1985 yılında Paris’teki konferansta okuryazarlık hak olarak kabul edilmiştir. Konferansta yazılan raporda okuryazarlık hakkı; soru sorma ve düşünme hakkı, yaratma ve hayal kurma hakkı, tarihsel geçmişi kaleme alma ve içinde bulunduğu ortamı öğrenme hakkı, eğitim kaynaklarına erişim hakkı, ortaklaşa ve bireysel becerileri geliştirme hakkı olarak açıklanmıştır (Güneş, 1996). 1987 yılında Toronto’da Yetişkin Eğitim Konseyi toplanmış, okuma yazma bilen insanları; “teknolojik gelişmelere bilgi ve becerileri olarak yetiştirebilmeleri, iş ve yaşam şartlarının iyileştirilmesi için gereken tüm bilgileri edinebilmeleri” şeklinde ifade edilmiştir (Velis, 1990).

2.5.5 1990 Dönemi

1990'lı yıllarda okuryazarlığın yaygınlaştırmasına yönelik çalışmalara ilköğretimde başlanmasına karar verilmiştir. Böylece hem çocuklar hem de yetişkinlerin okuryazarlık kazanması ile ilgili iki yönlü bir yaklaşım benimsenmiştir. UNESCO Tayland'da Herkes İçin Eğitim Dünya Konferansı'nda bu görüşü kabul etmiştir. Raporda "her yaş grubu insan için temel öğrenme araçlarını ve yaşamlarını sürdürmek, var olan becerilerini geliştirmek, çalışma hayatına ve ülke kalkınmasına katılmak, hayat standartlarının iyileştirilmek, mantıklı kararlar almak ve öğrenmenin yaşam boyunca devamını sağlayacak temel öğrenimin içeriği oluşturur" şeklinde karar alınmıştır. Çoklu ve birçok türü olan okuryazarlık anlayışı ön plana çıkmıştır (UNICEF, 1990). 8 Eylül 1992 tarihinde United Nations International Children's Emergency Found (UNICEF) Türkiye Temsilciliği Yetişkin Eğitimi Okuryazarlık Projesi kampanyası başlatılmış, okuryazarlığın düşük olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde 13 ili kapsayan okuryazarlığı yaygınlaştırmayı amaçlayan çalışmalar yapılmıştır. UNICEF destekli projede herkesi kapsayan okuma yazma kitapları çeşitli kılavuzlar hazırlanmış, yetişkinlere okuma yazma öğretilmiştir (Güneş, 2019).

2.5.6 2000 Dönemi

2000'li yıllarda okuryazarlık kazandırmak için genellikle bölgesel girişimler uygulanmıştır. Ülkemizde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde destek projeleri 25 şehirde yürütülmüştür. Sosyoekonomik olarak gelişmesi gereken, önceliğin genç kız ve kadınlardan oluştuğu, yetişkin nüfusun hepsinin ihtiyaçlarını içeren ve eksikleri tamamlayan bir imkân sağlanmıştır. Okuryazarlık kişilerin isim soyisim yazması ve imza atabilme becerisi ile başlayıp; yıllar içinde modern toplumun getirdiği faaliyetleri yapabilir hale gelmesi, kişilerin sosyoekonomik rolü ve vatandaşlık görevlerine hazırlanması, temel eğitimin ötesinde kişisel gelişmenin bağımsız olmasının sağlanması, yaşam şartlarının iyileştirilmesi ile birlikte yeni alışkanlıkları edinebilme ve yeni görüşlere açık olma tanımları da eklenmiştir. Kişilerin kapasitelerini geliştirmeyi, bilgi ile doğru karar vermeyi ve aynı zamanda öğrenmenin devamlılığından bahsedilmektedir.

2.6 Okuryazarlık yaklaşımları nelerdir?

UNESCO 2016 raporunda okuryazarlık yaklaşımlarını geleneksel, işlevsel, bilinçlendirici, çoklu ve çeşitli okuryazarlık olarak belirtmiştir (Unesco, 2016).

2.6.1 Geleneksel okuryazarlık

Örgün eğitime erişemiş genç ve yetişkinlere okuma yazma öğretmeye dönük bir yaklaşımdır. Bu yaklaşıma ait amaç en çok kişiye ulaşmak ve okuryazarlık bilmeyen kişi sayısını en aza indirmektir. Herkese aynı anda ve aynı yöntemle öğretim yapılmaktadır (Akroman, 2011).

2.6.2 İşlevsel okuryazarlık

Modern dünyanın getirdiği değişimlere uyum sağlayabilmek için gerekli olan okuma yazma becerisi olarak ele alınır. İşlevsel okuryazarlıktan bahsedebilmek için hem bireysel hem de toplumsal olarak gelişmeye katkı sağlamalıdır.

2.6.3 Bilinçlendirici okuryazarlık

Okuryazarlık bilgi ve beceri aktarımının dışında toplumdaki tüm kesimi bilinçlendirecek sosyoekonomik ve kültürel olarak gelişime sebep olmalıdır. Okuryazarlık kişilere bağımsızlık kazandırarak, kişilerin dünyayı anlaması ve sorgulamasını sağlar; böylelikle yeni bir toplum için değişim başlamış olur (Freire, 1974) (Unesco, 2016).

2.6.4 Çoklu ve çeşitli okuryazarlık

Okuryazarlıkla ilgili yapılan kapsamlı çalışmalarda okuryazarlığın hedefi, kullanılan lisan, kurum ve sistemler incelenmiş; çok çeşitli okuryazarlık yaklaşımının var olduğu kabul edilmiştir. UNESCO hazırladığı raporlarda okuryazarlığı tek çeşit olarak ele almamış; kültürel, dilsel ve koşul durumlara göre çeşitlenen okuryazarlık olduğundan bahsetmiştir (Unesco , 2016).

2.7 Sağlık okuryazarlığı kavramı ve tanımı

Kişiler hayatları boyunca birçok kez sağlık konusunda bilgilendirme alarak, hastalığın tedavisi ve ilaçların nasıl kullanılacağı ile ilgili kararlar verirler. Bilgilendirmelerin çoğu sağlık personelleri tarafından yüz yüze yapılsa da birçok bilgiye medya ile ulaşım sağlanmaktadır. Medya aracılığı ile bilgilendirme sağlık

bilgilerinin kavranıp, idrak edilmesinde problem oluşturmaktadır. Teknolojinin gelişimi ile birlikte hastalıklar ve korunma yolları, tedavi yöntemlerinin değişmesi, hasta ve sağlık personelinin birbirlerini anlayabilmesi sağlıklı bir iletişimle kurulabilir. Hastaların ilaçları doğru şekilde kullanamamaları ve yazılı bilgileri anlayamamaları sağlık problemlerine sebebiyet verir. Sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığı bu bağlamda büyük önem taşımaktadır. Hastaların doğru bilgiyi anlamaları ve kullanabilmeleri konusunda kritik öneme sahip olan sağlık okuryazarlığı, internet ortamında hastaların bilgiye kolay erişebiliyor olmaları değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığının önemini bir kez daha ortaya çıkmaktadır (Parker, 1995).

Sağlık okuryazarı olmak: kişilerin sağlık durumu ile ilgili sağlık personellerinin açıklama ve tedavi seçeneklerini idrak edebilir, yardım için nereye gidilmesi ve kime başvurması gerektiğini biliyor olmak demektir. Bu durum beraberinde ilaçları ve tıbbi cihazları doğru şekli ile kullanabilmeyi de içermektedir (Barret ve Puryear, 2006). Sağlık okuryazarlığı ilk defa 1974 yılında Simonds tarafından Bir Sosyal Politika olarak Sağlık Okuryazarlığı başlıklı makalede bahsedilmiştir (Simonds, 1974). Bu kavram zamanla anlam değişimine uğramıştır (Zheng, Lamoureux, Chiang, and et al, 2011). İlk bahsedildiği yıllarda istenilen ilgiyi görememiş olsa da 1990 ve 2000’li yıllarda ilgili çalışmalar artmıştır (Güven, 2016). Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Tabipler Birliği, Tıp Enstitüsü gibi ulusal ve uluslararası kuruluşların konuyla ilgili raporlarının olması ve farklı tanımlamalarla farklı konulara önem vermeleri ile sağlık okuryazarlığına önemi arttırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını sağlıkta iyi halin devamlılığı ve gelişimi için hastaların sağlık bilgilerine erişme ve idrak edebilme yeteneği olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998).

Amerikan Tabipler Birliği sağlık okuryazarlığını en basit hali ile “yazılı metinleri okuyabilmeyi, basit sayısal işlemleri yapabilmeyi, reçetelendirilmiş ilaçlarla birlikte sağlıkla ilgili her türlü gerecin okunup anlaşılması ve tüm bu kabiliyetlerin uyumlu olmasını” vurgulamıştır (Üçpunar, 2014). Tabipler birliği ise sağlık okuryazarlığını “kişinin kendi sağlığı hakkında karar vermesi ve doğru kararın uygulaması için gerekli olan sağlık bilgisine sahip olmak ve bilgiyi kullanabilmek” olarak açıklamıştır (Institute of Medicine , 2004).

Sağlık okuryazarlığı; kişileri sağlıklı olmaya özendirecek ve devamlılığını sağlayacak şekilde bilginin erişilme, anlama, kullanma becerisi ile isteklendirmeyi sağlayan bilişsel ve sosyal yetenekleri anlatır (Erkoç ve ark. 2011). Ayrıca sağlık

sistemi içinde var olmak için kritik düşünme, problem çözme becerisi, bilgi alışverişi ve karar verme yeteneğini içermektedir (Mancuso, 2009). Sağlık okuryazarlığı; kişilerin yaşam tarzı ve şartlarının farklılaştırılıp kişisel sağlık ve toplum sağlığını yükseltmek amacı ile bilgi, kişisel yetenek ve güven seviyesine ulaşılmasıdır. Bununla birlikte temel sağlık bilgisine ulaşmak, idrak etmek ve sonraki nesillere aktarmak olarak da tanımlanabilir (Sezgin, 2011).

Sağlık broşürlerinin okunması ve tarif edilenlerin yapılmasından farklı olarak sağlıkla ilgili gerekli bilgilere kolay ulaşım ve bilgileri kullanabilme becerisi çok önemlidir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı kişilerin okuryazarlık seviyesi ile doğrudan ilintilidir. Zayıf okuryazarlık sosyokültürel gelişimi sınırlar ve sağlık okuryazarlığına etki ederek sağlık üzerinde direkt etki gösterir (Erkoç ve ark. 2011).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının 2013 yılına ait bilgilerde hamile kadınların en az bir kez hastaneye gitme oranı %98, hastaneye giden hamilelerin muayene sayısı 4,3 iken yine aynı yıla ait Türkiye'deki doğumların çoğu hastanede gerçekleşmiştir. Türkiye'deki hastanede yapılan doğum oranı %98 dir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2013). İlgili rakamlar Türkiye'de sağlık hizmetlerinin hayatımızdaki önemli yerini bir kez daha göstermektedir. Tüm yaşamımız boyunca kendimiz için çok kez sağlık hizmeti almak için hastaneye gitmekteyiz. Sistemin komplike hali hastalara daha çok sorumluluk yüklemektedir.

Sağlık personelleri, internet ortamı ve medyanın gücü ile birçok bilgiye kolay ulaşılabilir olması ile sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin sağlıkları hakkında karar verebilir olmalarını gerektirmektedir. Elde edilen bilginin anlaşılmasının kolay, pratik şekilde tatbik edilebilir ve hastanın doğru kararı vermede kullanıyor olması gerekmektedir. Hastaların doğru karar vermesi; temel sağlık bilgisi, kendi mesuliyet ve haklarının farkında olması ve bu temelde hareket etmesine bağlıdır. Bu durum hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeterli olmasıyla mümkündür (Center for Disease Control and Prevention, 2009). Nutbeam sağlık okuryazarlığının; ilaç kullanım tarifnamelerini okumak ve doktor randevusu almaktan daha geniş anlamda olduğunu söylemektedir. Sağlık okuryazarlığı ile kişilerin sosyal ve ekonomik yönü ile daha güçlü olmaktan bahseder (Nutbeam, 2000).

2.8 Sağlık okuryazarlığı düzeyi

Sağlık okuryazarlığının çok yönlü görüşe sahip olması basit sağlık işlemlerinden karmaşık geniş anlama varıncaya kadar Nutbeam sağlık okuryazarlığını

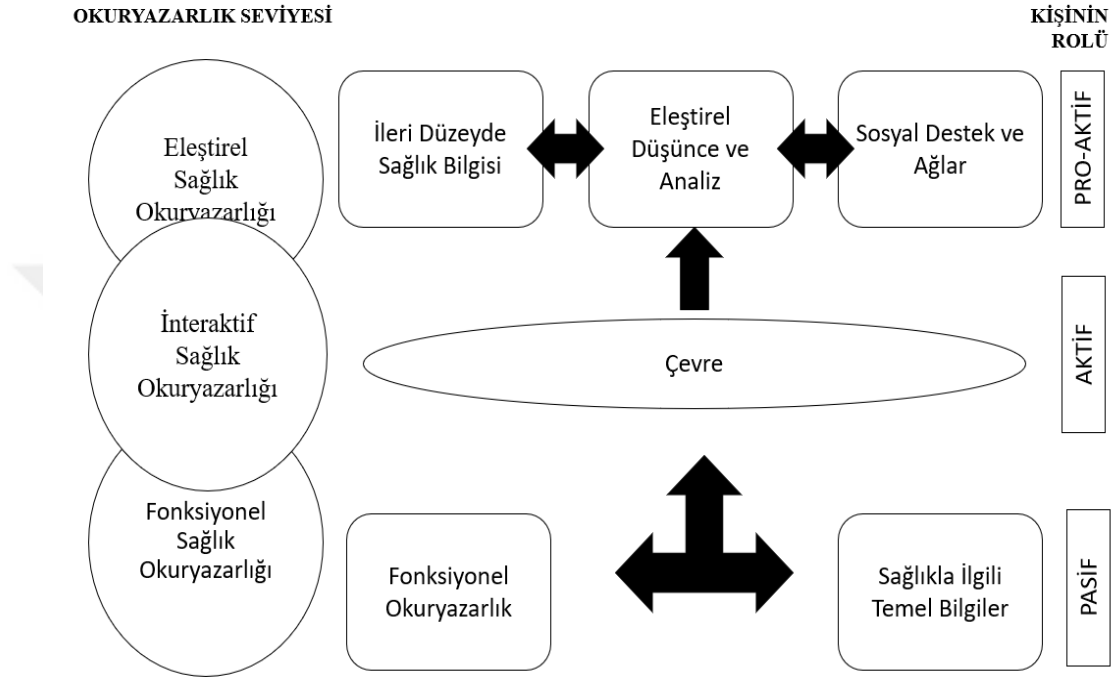
üç ayırmıştır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, İnteraktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığıdır. Bu üç tanımda birbiri ile ilişki halindedir. Kichkbuch sağlık okuryazarlığına ait tanımların açıklamalarını yapmıştır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığından eleştirel sağlık okuryazarlığına doğru yönelimde hastaların görevi her basamak için ayrı belirtilmiştir. Hastaların görevi başta pasif olarak tanımlanmışken daha sonra aktif hale geçmiştir. Daha sonraki basamak olarak eleştirel düşünceye sahip olmak ve analizini yapabilir hale gelerek proaktif yapıya evrilmiştir (Kickbusch, 2004).

2.8.1. Fonksiyonel (İşlevsel) sağlık okuryazarlığı: Hastalara sağlık riskleri hakkında doğru beyanlarda bulunarak, sağlık sisteminin doğru kullanımı hakkında bilgiler verir. Temelde sağlık okuryazarlığına ait basit düzey bilgilerin hastalar tarafından bilinir olmasını anlatmaktadır. Örnek olarak sağlıklı beslenmek ve temel ilk yardım bilgisi sayılabilir. Basit düzeyde yazılı ve sözlü olarak sağlıkla ilgili verilmesi istenilen bilgileri anlama, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanmak gerektiğini anlayabilme, sağlıkla ilgili riskleri fark edebilme becerisine sahip olmalıdır. Hastalar fonksiyonel sağlık okuryazarlığı basamağında pasif roldedir. Fayda daha çok bireysel bazda olmakla birlikte toplumsal faydası da azımsanamaz büyüklüktedir (Nutbeam, 2000) (Sezgin , 2013b).

2.8.2. İnteraktif (Etkileşimli) sağlık okuryazarlığı: İnteraktif sağlık okuryazarlığı hastaların, sağlık hizmeti veren kurum ve kişiler ile iletişim içinde olması ve sosyal bilişsel yeteneklerinin olması anlamına gelir. Hastaların bilgilerinin arttırılması, motive etmek ve kendine güven düzeyini arttırmak üzerinde durmuştur. Sağlık koşullarının değişmesi halinde hastaların edinilmiş bilgiyi kullanabilmeleri gerekmektedir (Yalçın, vd, 2014). İnteraktif sağlık okuryazarlığında amaç, fonksiyonel sağlık okuryazarlığında edinilen bilgilerin uygulama haline geçilmesidir. Sağlığı koruyucu etkinlikler ile hasta pasif düzeyden aktif hale geçer (Nutbeam, 2000). İnteraktif sağlık okuryazarlığı aynı fonksiyonel okuryazarlıkta olduğu gibi faydası daha çok bireyseldir (Sezgin , 2013b).

2.8.3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Eleştirel sağlık okuryazarlığında hastadan sağlık hizmeti sunanlar ve sosyal medya üzerinden eriştiği sağlık bilgilerini doğru açıklanması ve yorumlanması beklenmektedir. Hastalar sadece kendi sağlıkları için

değil toplum sağlığını da gözeterek hareket ederler. Bu basamakta hasta proaktif yapıdadır. Sağlık okuryazarlığının gelişi ile birlikte hasta sağlıkta sosyal, ekonomik ve sağlık alanında makro politik yapılan değişiklikleri anlayabilir düzeydedir. Temiz su kaynakları, temiz tarım gibi birçok farklı konudaki taleplerle toplum sağlığına olumlu etki eder (Sezgin , 2013b) (Güven, 2016).



Şekil 1: Sağlık okuryazarlık seviyesi Kaynak: (Güven, 2016)

Zarcodolas ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını dört başlık altında incelemiştir. Bunlar temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlıktır.

2.8.4. Temel okuryazarlık: hastaların temel düzeyde okuma yazma, anlama ve sayısal işlem yapabilme becerilerini içerir. İstatistiksel verileri anlayabilme, ilaç kullanım talimatlarını doğru uygulayabilme, tedavi risklerini anlama ve yorumlama yeteneğine sahip olunmasıdır.

2.8.5. Bilimsel okuryazarlık: tüm yönleri ile gelişen bilim ve teknolojinin sağlık alanındaki hızı gittikçe artmaktadır. Hastaların sağlık alanında kullanılan bilim ve teknolojiyi kullanma, takip edebilme becerisini gerektirmiştir.

2.8.6. Yurttaşlık okuryazarlığı: hastalar tarafından devlet düzeninin bilinmesi, hiyerarşik yapının anlaşılması, yaşanan toplumdaki ilişki halinde olunan mercilerin birbirleri ile ilişkisinin anlaşılması yurttaşlık okuryazarlık seviyesini arttırmakla birlikte kendisi ya da diğer kişiler için sağlık haklarını savunmak ve eylemleri daha geniş kitlelere taşımak açısından becerileri arttırır (Zarcadoolas, et al, 2006).

2.8.7. Kültürel okuryazarlık: kültürü en geniş anlamıyla açıklamaya çalışırsak bir toplumun dilini, inancını, davranış biçimini, geleneklerini, yaşam tarzını, insani temel haklarını, toplumun ortak değerlerini anlatan bir kavramdır (Unesco, 1982). Bu kavramlar toplum içinde ortak paydaya sahip olmayı ve bunları insanlar arasında iletebilmesini sağlar. İnsanlar gerek sağlıkla ilgili konuları ve diğer tüm konuları toplumda yaşadığı, yetiştiği kültüre göre değerlendirir ve yorumlar. Kültürel alışverişte sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık hizmeti alanlar karşılıklı bir alışveriş içinde olur, farklı kültürde yetişmiş kişilerin görüşlerine saygı duymak olağan farklılıkların farkında olmayı gerektirir (Zarcadoolas, et al 2006).

Nutbeam ve Zarcadoolas yaptıkları okuryazarlık tanımı ve sınıflandırmalarında okuryazarlığın okuma yazma ve anlama becerisinden çok daha fazla boyutunun olduğunu anlatmaya çalışmışlardır (Sezgin, 2013a).

2.9 Sağlık okuryazarlığı önemi

Sağlık okuryazarlığı; sağlığın korunup sürekliliğinin sağlanması, hastalık hali, tekrar sağlıklı hale dönme ve sağlık hizmetlerine kavuşuncaya kadar, sağlık sunucuları tarafından verilen tavsiyelere, ilaç ve tıbbi cihaz kullanım talimatlarına varıncaya değin geniş bir alana etki etmektedir. Ne zaman doktora gitmemiz gerektiğine karar vermemiz, hangi basamak sağlık kuruluşuna başvuracağımız, hangi doktora randevu oluşturmak gerektiğini bilmek ve reçete edilen ilaçların kullanım talimatlarını okuya bilmek gibi günlük hayatta gerçekleştirdiğimiz birçok şey sağlık okuryazarlığı ile ilgilidir. Kişilerin sağlıklarıyla ilgili kararları doğru şekilde verebilmeleri için sağlık sunan kişi ve kurumların bilgilendirmelerini doğru şekilde anlamaları gerekir. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kişilerle karşılaştırıldığında gereksiz hastane harcamaları ve tetkiklerin, acilden başvuruları sayılarının ayrıca hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu söylenebilir. Bu sebepler gereksiz yere işgücü kaybı ve sağlık harcamalarının artışına sebep olmaktadır (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016) (Baker, Parker and Williams, 1998). Sağlık okuryazarlığı ile sağlık yönetimi

arasındaki ilişki incelendiğinde yine sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları görülmüştür. Buna bağlı olarak hastaneye yatış oranlarının arttığı belirlenmiştir. Kronik hastalıkların tedavi ve yönlendirmelerinin daha zor olduğu, hastaların kronik hastalıklarının tedavisi ve hastalığın gidişatı konusunda kişisel tutumları ve davranışları sağlık okuryazarlık seviyeleri ile doğru orantılıdır. Sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olduğu toplumlarda ölüm ve hastalık oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Kendir ve Kartal, 2016; Akbulut, 2015). Son zamanlarda kronik hastalık tanısı alan hasta sayısı artmıştır. Kronik hastalıklar sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye’de sadece 22 milyon kişi kronik hastalık tanısı taşımaktadır ve ölümlerin çoğunun sebebi kronik hastalıklara bağlı olmaktadır. Kronik hastalıklar tek başına ele alındığında bile sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır. (T.C Sağlık Bakanlığı, 2013).

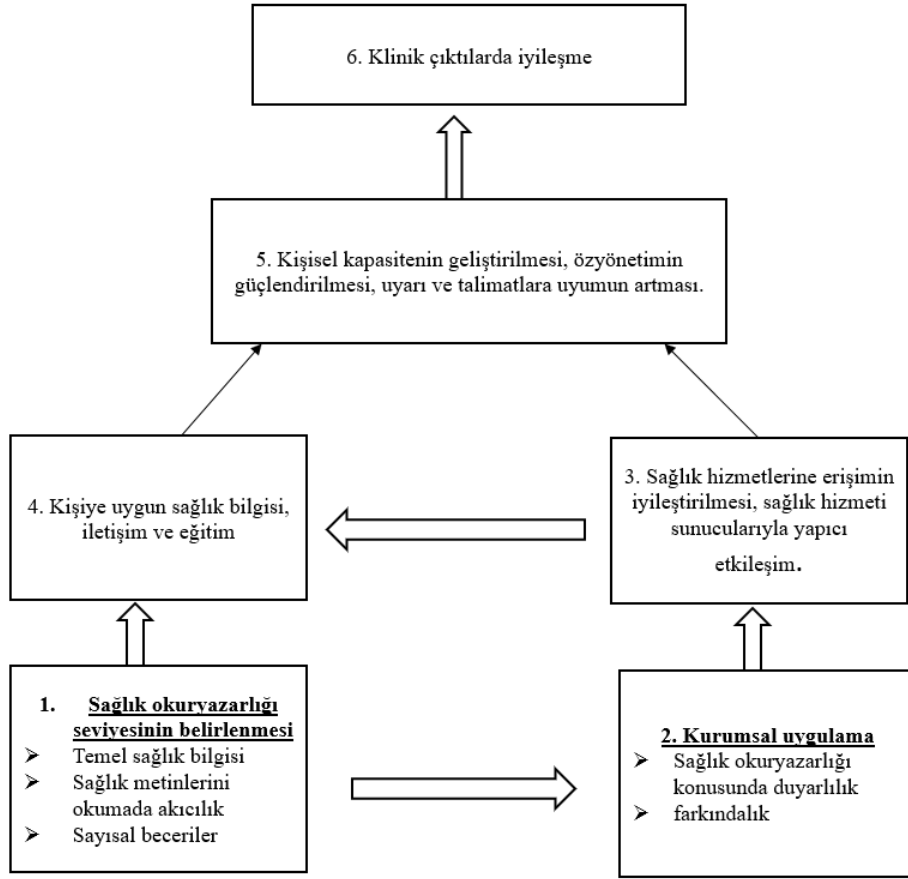
2.10 Sağlık okuryazarlığına farklı yaklaşımlar

Gün geçtikçe sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar artmış farklı alanlarla ilişkisi ortaya konmuştur. Buna bağlı olarak tanımsal değişimler meydana gelmiştir. İki farklı görüş gelişmiştir: sağlık okuryazarlığını risk olarak anlamlandıran ve sağlık okuryazarlığına değer olarak bakan görüş ortaya çıkmıştır.

2.11 Risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı nedir?

Sağlık ve okuryazarlık arasındaki ilişkinin var oluşu artan farkındalıkla birlikte okuryazarlığın tanımı farklı yönleriyle irdelenmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık maliyetlerinin artışı, iletişim bozukluğu ve yönetiminin zorluğu sebepleriyle riskli olarak değerlendiren bakışın temelinde maliyet, yönetimde sıkıntılar ve klinik sonuçların olumsuzluğu yatmaktadır. Asıl hedeflenen klinik sonuçları düzeltmektir. Olumsuz etkileri ortadan kaldırmak için hastanın sağlık okuryazarlık seviyesinin belirlenmesi ve sağlık sunucularının hasta ile birlikte hareket etmesi hedeflenmelidir. Hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşması sağlanmalı, hasta ile olumlu bir iletişimle gerekli bilgilendirme ve eğitici bir rol benimsenmelidir. Hastaların talimatlara uymaya başlayarak klinik olarak olumlu bir düzelme sağlanmış olur. Risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı seviyesi düşüklüğü hastanın kendi sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta ile olumlu iletişim ve bilgilendirmenin sağlık

kuruluşlarında başlaması sebebiyle sağlık okuryazarlığı hastalığın iyileşmesi için bir aracı olarak görülmüştür. (Nutbeam, 2008).



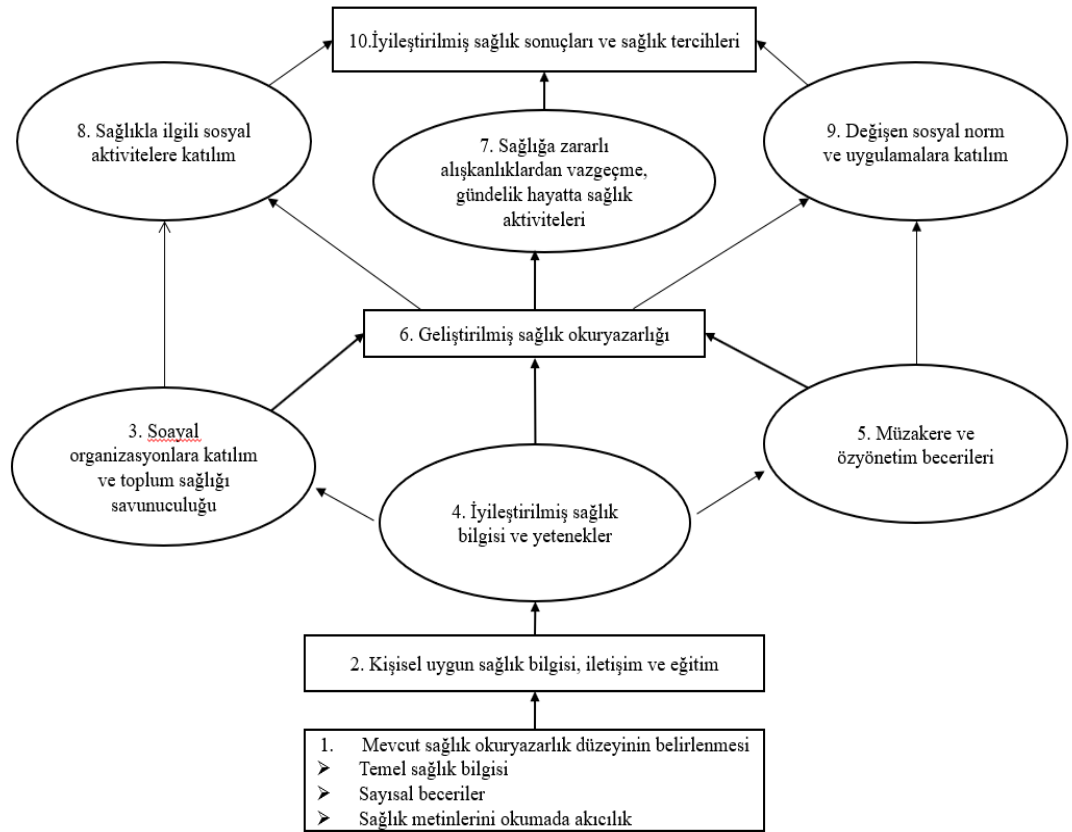
Şekil 2: Risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı tablosu
(Kaynak: Nutbeam, 2008).

Bu tabloda okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi, klinik olumlu sonuçların oluşmasına kadar geçen basamaklar verilmiştir.

2.12 Değer olarak sağlık okuryazarlığı nedir?

Dünya sağlık örgütünün sağlık tanımı baz alınarak sağlık okuryazarlığının basit sağlık hizmetleri ve bilgilendirmelerinden çok daha fazla olduğu görüşü benimsenmiştir. Sağlığın korunması ve devamının sağlanması gerektiği anlatılmıştır. Yaşanılan sağlık okuryazarlığı gelişmesi ile hastanın sadece kendi sağlığını değil toplum sağlığına da etkisi de oldukça fazladır. Tablo 3’de sağlık okuryazarlığına değer bakış açısıyla bakan görüşün sağlık okuryazarlık basamakları gösterilmiştir. Bu yaklaşımda hasta pasiften proaktife doğru gelişmektedir. Birinci basamakta hastanın sadece kendi sağlığı için söz sahibiyken, okuryazarlık seviyesi yükseldikçe çevresi ve tüm toplum için söz sahibi olmaktadır. Risk faktörü olarak görülen bakış açısında

olduğu gibi hastanın okuryazarlık seviyesinin belirlenmesi ile başlar. Hastanın herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurması gerekmeksizin ve eğitim alacak kişinin hasta olmasına bakılmaksızın kişiye uygun bir iletişim yolu ile istenilen bilgilere erişim sağlanarak okuryazarlık düzeyini artırır. Bilgiler örgün öğretim ve kurslar aracılığıyla hayat boyu devam eden öğrenme anlayışıyla bilgi aktarımı sağlar.



Şekil 3: Değer olarak sağlık okuryazarlığı basamakları (Kaynak: Nutbeam, 2008).

Bilgi aktarımı ile hasta pasif roldedir. Bilgilerin muhakeme edilmesi ile aktif hale geçer. Toplum sağlığı ile ilgili konularda fikir beyanı ve sağlığın geliştirilmesine bağlı değişiklikleri politika değişimini sağlayarak oluşturmaya çalışarak aktif bir rol üstlenir. Tüm bu gelişimler kişisel olarak değil toplumun sağlığı ile ölçülebilir (Nutbeam, 2008).

2.13 İletişim ve iletişim işlevi nedir?

İletişim insan yaşamının her döneminde bebeklikten yetişkinliğe her evrede farklı düzeylerde var olmaktadır. Değişim ve gelişimin toplum içinde sürekli olması, insanların birbirleri ile devamlı iletişim halinde olması artan önemini ve yoğunluğunu

açıklamaktadır. İletişimin görevi sadece bilgi iletimini sağlamak değil, insanların karşılıklı olarak daha iyi anlaşabilmek, yakınlaşmayı sağlamak ve toplumun bütünlüğünü oluşturmak açısından oldukça önemli görevi vardır. İnsanlar iletişim halinde oldukları her anda, doğru anlamak ve doğru anlaşılacak isterler.

İletişim sözlü, yazılı ya da beden dilini kullanarak gerçekleştirilebilir. Bunun için insanlar çeşitli sesler çıkartarak, mağara duvarlarına resimler yaparak ve konuşarak iletişimi oluştururlar. İnsanın bulunduğu her yerde iletişim vardır. İnsanın kendini anlatması en önemli ihtiyaçlarından birisidir. İletişimin en önemli özelliğinden biri bize iletişime geçtiğimiz kişi ya da kurum hakkında bir bilgi iletmesi ve sürdürülebilirliğini sağlamasıdır. Böylelikle sağlıklı bir iletişim oluşmaktadır (Vardarlier ve Öztürk, 2020).

İletişimin sosyal hayattaki işlevi

İletişimin toplumsal işlevlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Tabak, 2003).

2.13.1 Enformasyon: Kişisel, çevresel, ulusal ve dünyadaki değişimleri anlamak, doğru kararlar alabilmek için gerekli olan veri ve bilginin saklanması, yayılması, işlenmesi olarak açıklanmaktadır.

2.13.2 Sosyalizasyon: Toplumda yaşayan insanların ulusal bağlılık ve bilincini arttırıp, bilgi birikiminin oluşturulması ile birlikte sosyal hayata daha aktif katılımın oluşması buna bağlı olarak sosyal hayatın değişimin sağlanması amaçlanmaktadır.

2.13.3 Motivasyon: toplumun desteklenmesi kabul edilen doğru amaçlara ulaşmaya yardımcı olacak psikolojik çevrenin geliştirilmesi, teşvik edilmek motivasyon başlığı altında incelenmektedir.

2.13.4 Entegrasyon: dünyadaki tüm insanların birbirlerini anlama, tanıma iletişim halinde oldukları insanların hayatlarını anlama, beklentilerini anlayabilmeleri için gerekli olan bilgilere erişimdir.

2.13.5 Eğitim: insanların gelişimi için bilgi ve duygularının aktarımını sağlayan iletişimin eğitime olan katkısı oldukça fazladır.

2.13.6 Kültürel gelişme: hayal gücü ve yaratıcılığın artması geçmişten gelen bilgilerin aktarılması iletişimin görevlerindendir.

2.13.7 Eğlenme: Ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı kalabilmek için ses ve görüntünün ortak bir anlam oluşturması iletişikle sağlanmaktadır.

2.13.8 Tartışma: insanların birbirlerini bilgi ve düşünce aracılığıyla etkileyebilmek ve doğru anlayabilmek için sözlü ve sözsüz iletişimi başlatmaları gerekmektedir (Tabak, 2003).

2.14 Sağlık iletişimi ve sağlık iletişiminin önemi

Sağlık iletişimi; sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan insanların sağlıkları hakkında riskleri, farkındalıkları ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilerin elde edilmesidir. Sağlıkla ilgili risklerin farkındalığı çözümü için gerekli bilincin oluşturulması amaçlanır. Yaşanan teknolojik gelişmeler ile sağlık sektörü de gelişmiş ve hastaları modern tedavi yöntemlerine yönlendirmiştir. Böylelikle hastanede sağlık personellerinin hasta ile ilişkisi, iletişimi daha çok artmış ve önem kazanmıştır. Sağlık iletişimini hasta ve personel arasında düşünmeden sağlık personelleri arasındaki sağlık bilgileri ile ilgili yanlış davranış ve tutumların değiştirilmesi ile ilgili her türlü uğraş sağlık iletişimi kapsamında bulunmaktadır. Sağlık iletişimi ile toplumda yer edinmiş yanlış bilgilerin değişimi ile topluma yarar sağlanmak hedeflenmiştir (Vardarlier ve Öztürk, 2020).

Sağlık çalışanları ile doğru ve aynı zamanda etkili bir iletişim kurulması için hastaya seçilen kelimelerde dikkatli olunmalı, konuşmanın hastanın sosyokültürel seviyesine uygun olması gerekmektedir. Hastanın eğitimi ve sosyokültürel özellikleri göz önünde bulundurularak tıbbi terimleri kullanmak ya da kaçınmak gerekmektedir. Hastaların bilgilendirilmesi sırasında olabildiğince basit bir seviyeden başlanarak söylenenlerin hasta tarafından anlaşılması sağlanmalıdır. Hastalığını ve tedavisini anlayan hastanın iyileşeceğini biliyor olması, sağlık personeline bu konuda güveniyor olması tıbbi uygulamalardan daha çok memnuniyet duymalarını ve bilgilendirilmelerin doyurucu olmasıyla birlikte tedaviye uyum sağlamalarına neden olur. Ülkemizde sağlıklı hayat sürme bilincinin arttığı bir dönemde sağlık harcamaları da buna bağlı olarak artış göstermiştir. Bu artışla gereksiz tahlil, acilden başvuru, hastaneye yatış oranlarını artıp, devletin sağlık harcamalarını arttırmakta ve sağlık hizmetini olumsuz etkilemektedir (Özmen, 2018).

2.15 Sağlıkta Dönüşüm Programı

1982 Anayasasında Türkiye Cumhuriyeti Sosyal devlet olarak tanımlanmıştır. Ve sosyal devlet anlayışında sağlık hizmetlerinin sunumu kamu eliyle gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de daha etkili sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirebilmek,

var olan sağlık sistemi içinde, sağlığa ulaşma konusundaki adaletsizliklerin giderilmesi için 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetinin koruyucu ve tedavi edici özelliğinin bulunması sebebi ile Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında değışikliklere gidilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programındaki amaç; belirlenen politikaları etkin şekilde uygulayıp halkın sağlığa kolay ulaşabilmesini sağlamak ve hastalıkları önlemektir. Bununla birlikte kaynakların daha etkin şekilde kullanılması daha düşük maliyet oluşturur. Var olan kaynaklarla daha fazla hizmet üretilebilmektedir.

Bunlara örnek olarak koruyucu hekimlik, malzeme yönetimi ve ilaçların akılcı kullanımı gösterilebilir. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşmaktaki eşitsizliğin azaltılması amaçlanmıştır. Hizmetin sunumunda birinci basamak sağlık hizmet sağlayıcıları olan aile hekimlikleri hasta odaklı hizmet sunmaya başlamıştır. Bununla birlikte performansın ölçülebilir olması ile sağlık çalışanlarının daha fazla hastaya hizmet vermesi ve verilen hizmetin karşılığının ücretlere yansması amaçlanmıştır. Halkı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğu ölçüde ve sağlık hizmetlerinin finansmanına maddi durumu ile orantılı katkıda bulunması sağlanmıştır (Bulutoğlu, 2003).

2.15.1 Temel İlkeleri

Temel ilkeleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Akgül, vd., 2018).

2.15.1.1 İnsan merkezilik: Bu ilke ile sistemin planlamasından hizmet sunumuna kadar olan süreçte hastanın ihtiyaç ve beklentilerini esas alır.

2.15.1.2 Sürdürülebilirlik: Bu ilke ile mevcut kaynakların sağlık sistemi ile uyumlu olması ve devam ettirilebilme durumunu anlatmaktadır.

2.15.1.3 Sürekli kalite gelişimi: Halka sunulan sağlık hizmetlerinde daha iyi olmayı hedefler ve kendini denetleme mekanizması ile geri bildirim oluşturmayı anlatmaktadır.

2.15.1.4 Katılımcılık: Sistem içinde var olan tüm tarafların görüş ve önerilerinin değıerlendirilmesini anlatmaktadır.

2.15.1.5 Uzlaşmacılık: Sektördeki farklı bölümlerin çıkarlarının korunması ve ortak noktanın bulunmasını amaçlamaktadır.

2.15.1.6 Gönüllülük: Sağlık hizmetinin arz ve talebinde bireysel ve kurumsal olarak ayırım yapmadan tek amaca yönelik hareket etmesini sağlamaktır.

2.15.1.7 Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetinde finansman, denetim, planlama ve hizmet üreten tüm birimlerin birbirinden ayrılmasını anlatmaktadır.

2.15.1.8 Desantralizasyon: Yerinden yönetimin oluşturulması anlatılmaktadır.

2.15.1.9 Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunucularının birbiri ile rekabet ortamının oluşturulması, böylelikle maliyetlerde azalma ve sağlık hizmetinin kalitesinde bir artma oluşacaktır.

2.15.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.15.2.1 Planlayıcı ve Denetleyen Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı sistem içindeki hedefine ulaşmak için entegre yapılanmayı, stratejik planlamasıyla yeni görev ve amaçlarını gözden geçirmeyi, sağlık alanında daha aktif olmak için idari kontrol ve mali kontrolü merkezde olduğu gibi taşraya entegre etmeye yardımcı olacaktır. Sistemin içindeki farklı bilgi seviyesine sahip sağlık personeli için eğitim düzenleyecek ve planlayacaktır. Sosyal devlet anlayışında olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkacaktır. Sağlık bakanlığı aynı zamanda kaliteli hizmet ve sağlık hizmeti alan kişilerin eğitilmesi görevini de üstlenmektedir.

2.15.2.2 Herkesi Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Programın hakkaniyet amacına uygun olarak halkın maddi gücü doğrultusunda katkıda bulunup, ihtiyaç anında kullanabilecekleri sigorta modeli oluşturulmuştur. Bu amaç sosyal devlet olmanın temelini oluşturmaktadır. Anayasamızın 56. Maddesinde yer almaktadır.

2.15.2.3 Kolay Erişilebilir, Yaygın, Güler yüzlü Sağlık Hizmetleri

Farklı bir ülkede uygulanan bir sağlık programının ülkemizde birebir uyguluyor olmak oldukça zordur. İklim koşulları sebebi ile sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylerin var olması, metropolde yaşamak gibi iki farklı kendine özgü çözüm bekleyen durumun çözümü farklılık gösterecektir. Halkın hak ettiği sağlık hizmetlerinin sunulmasında var olan farklılıklar göz önüne alınmalıdır. Tek pencere sistemi içerisinde hastaya yönelik koruyucu hizmetler, tanı ve tedaviler hastanın seçeceği hekim tarafından gerçekleştirilecektir. Hasta memnuniyetini temel alan aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılacaktır. Türkiye'deki hastanelerin hepsi ayrımsız sigorta ile anlaşmalı ve sevk sistemi esasına uygun halka hizmet sunmaktadır.

Hastaneler sağlık hizmetleri kalitesi ve sözleşme esasıyla ücretlendirme konusunda denetlenmektedir.

2.15.2.4 Bilgi ve Becerili Sağlık İnsan Gücü

Dönüşümün gerçekleşmesi, bilgili ve deneyimli insanların varlığına bağlıdır. Amaca ulaşabilmek için etkili yöneticiler gerekmektedir. Hekimlerin yöneticilikte görevlendirilmeleri hekimlerin sağlık alanındaki görevlerinin dışına çıkmaları sebebiyle işletme alanında daha deneyimsiz yöneticiler olmalarına sebep olmaktadır. Sağlık yöneticiliğinin hekimlikten ayrı tutarak güçlendirilmesi gerekmektedir.

2.15.2.5 Sistemin Destekçisi Eğitim ve Bilim Kurumları

Başarının devamlılığı için sağlık politikası, sağlık işletmeciliğı, sağlık ekonomi ve planlamasını bilen personele ihtiyaç vardır.

2.15.2.6 Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe kaliteye ne kadar önem veriyorsak aynı önemi az kullanılan sarf malzemelerine de göstermemiz gerekmektedir. Hizmet sunumun ve geri dönüşlerin değerlendirildiğı bir birim oluşturulmalıdır. Günümüzde sağlık hizmeti sunucuları ve finansal kaynak sağlayıcılar kaliteye daha fazla önem vermiştir.

2.15.2.7 Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi

İlaçların tıbbi cihazların uluslararası standartlara erişmesi için standardizasyonunun yapılması, ruhsat verilmesi ve akılcı kullanılması gerekmektedir. Türkiye ilaç harcaması oldukça fazladır. Tıbbi cihazlarda genellikle yurtdışından ithal edilmiştir. Denetimler ve kalibrasyonu yurtdışı referansları göz önünde bulundurulmuştur. Tıbbi cihazların düzenli olarak kalibrasyonunun yapılması tanı ve tedavide güvenilirlik sağlayacaktır.

2.15.2.8 Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık politikası belirlenmesi ve sağlıkla ilgili sorunların tespiti ve önlem alınması, sağlık hizmetlerinin kalite değerlendirmesi, bilimsel araştırma için yeterli veriyi sağlayacak görev üstlenecektir.

2.16 Göz nedir?

Göz orbita çukuruna yerleşmiştir ve orbitanın kemik duvarları ile korunur. Yetişkinlerde ön-arka çapı 21-26 mm kadardır, ortalama ağırlığı 7-9 gr, ortalama hacmi 7 cc kadardır. Göz küresi dıştan içe doğru sklera, koroid ve retinadan oluşur. Gözün içinde ön kamara, arka kamara ve vitreus boşluğu bulunur. Ön ve arka

kamaranın içi aköz hümörle doludur. Vitreus içinde vitre saydam ve jelimsi yapıdadır. Arka kamara ve vitreus boşluğunda lens bulunur. Sklera en dış tabakadır. Önde kornea ve korneanın bitim yerinden arkaya kadar sklera yerleşir. Koroid tabakası orta tabakayı oluşturur, lens ve koroid tabaka birleşimi uvea olarak isimlendirilir. İç tabaka retina tarafından oluşturulur. Gözün anatomik olarak iki segmenti mevcuttur. Ön ve arka segment olarak ayrılır. Kornea skleranın devamı olup görünür ışığın 400 ile 700 nm dalga boylu ışınları geçirebilen saydam bir dokudur. Kornea optik kırıcılığı en fazla olan bölümdür (43 D). Kornea; epitel tabaka, bowman tabakası, stroma, descment tabakası ve endotel tabakadan oluşur. İçinde kan ve lenf damarları içermez (Sattarpanah, 2020).

Limbus sklera ile kornea arasındaki damarlı, yarı şeffaf yapıya sahip geçiş bölümüdür. Limbusun korneadan farklı olarak damarsal yapıları fazla olduğu için bağışıklık sistemi hücrelerince zengin, kendini yenileyebilir yapıdadır. Sklera, gözün fibröz ve koruma sağlayan dış katmanıdır. Önde kornea ve optik sinire kadar devam eder. Sklerada kornea gibi damarsız bir yapıdır. Beslenmesi koroid tabakadan ve skleranın üzerini kaplayan episkleradan sağlanır, lenf damarları bulunmaz. İris uvea dokusunun en öndeki bileşeninden oluşur kan damarları, kas dokusu, bağ doku ve irise rengini veren pigment hücrelerinden oluşur. Konjktiva göz kapaklarının iç yüzeyi ve skleranın üzerini örter. Pupilla çapını değiştirip göze gelen ışınların miktarını ayarlayıp kontrol eder. Ön ve arka kamarayı ayıran perde görevindedir. Koroid retina ve sklera arasında kalan bölümdür. Koroid kendi içinde damar katmanlarından oluşur (Sattarpanah, 2020).

2.17 Göz sağlığı bilgileri ve görmenin tanımlanması

Gözün görevi çevredeki görüntüleri net şekilde korneada oluşturmaktır. Cisimlerden yansıyan ışınlar gözümüzde ilk başta kornea ve lenste kırılıp görüntü ters ve net olacak şekilde retinada oluşturularak beyne iletir. Gözün ortalama kırıcılığı 62 D dir. Ve en çok kırıcı ortamı 43 D ile korneadır. Lensin kırma gücü 19 D dir. Kornea daha çok durgun sabit bir yüzey özelliğindeyken lensin uyum yapma yeteneği ile diyoptrik gücü değişebilir. Doğumla birlikte başlayan görme fonksiyonu zamanla gelişir. Gözün büyümesinin tamamlanması 10-12 yaşlarına kadar devam eder. Göz tembelliğine sebep olacak faktörler erken dönemde fark edilmezse ambliyopiye sebebiyet verir. Görme işlevinde herhangi bir engelin olması kişileri görme engelli olarak tanımlanmaktadır. Retinada ışığa duyarlı hücrelerin ışığı algılamasıyla görme

işlevi başlarken göz yapısı sonucu görmenin gerçekleşmesi, görme engelinin düzeyini belirlemektedir. İki göz için görüş %10'dan daha az ise ve günlük hayatta görme gücü yok ise kişi yasal anlamda kör olarak tanımlanmaktadır. İki göz için görüş %30 olan, görüş için farklı araçları kullanan kişi az gören olarak tanımlanır. Görme işlevini bozan çok sayıda göz hastalığı mevcuttur ancak dünya genelinde en sıklıkla rastlanılanları kırma kusurları oluşturur (Buyurgan ve Demirdelen, 2009) (Kırağ, 2016) (Sattarpanah, 2020).

2.18 Gözde Meydana Gelen Kırma Kusurları

Kırma kusurları gözdeki görüş netliğinin azalmasına bağlı ortaya çıkmaktadır. Sık karşılaşılan refraksiyon kusurlarıdır. Çocukluk çağında fark edilmeyerek düzeltilmemiş kırma sorunlarının sosyal ve sağlık problemleri oluşturması sebebiyle önceden tanısı, tedavisi ve gerekli yönlendirmelerin yapılabilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hekimler için önem taşımaktadır (Dadacı, vd , 2015).

2.18.1 Emetropi: Normal şartlar altında gözde meydana gelen görüntünün retina üzerine düşmesi ile net bir görüntü oluşur. Bu durum gözde herhangi bir kırma kusurunun olmadığını gösterir (Ağca, 2007). Uzaktaki bir cisimden göze paralel gelen ışınlar uyum yapmayan gözde retina üzerinde odaklanır. Emetrop gözde uzak nokta sonsuz kabul edilir, sonsuzluk durumu birbiri ile uyumlu retinadır.

2.18.2 Ametropi: gözün emetrop olmadığı durumda uzak odağın sonsuzda olmadığını anlatır. Gözün ametrop olarak değerlendirilebilmesi için aksiyel ya da refraktif kusurunun olması gerekmektedir. Miyop gözde göz küresi normalden uzun, hipermetrop gözde ise göz küresi normalden kısa olması sebebiyle aksiyel ametropi oluşturur. Refraktif ametropiyi ise göz küresinin çap ve boyutları normal sınırlar içindedir fakat kırıcılık güçleri miyopide aşırı kırma gücüne sahipken hipermetrop gözde az kırma gücü vardır (Aydın ve Akova, 2001) (Liesegang, et al, 2007).

2.18.3 Miyop: miyop kelime olarak eski Yunanca 'daki myein (kapalı) ve ops (göz) birleşiminden oluşmuştur. Bu terimle anlatılmak istenen miyop hastaların göz kapaklarını kısarak iğne deliği (pinhol) etkisi oluşturarak daha net bir görüntü elde edilmeye çalışılır (Yanoff and Duker, 1998). Miyop bir gözde göz küresi normal boyutundan daha uzun olması sebebiyle ışınlar retina önünde odaklanır (Öndeş, 2020). Miyop gözlerde merkez kornea eğim dikliği ve aksiyel uzunluk emetrop bir gözle karşılaştırıldığında daha yüksektir (Erdoğan, vd, 2001) (Klein et al, 2009) (Dirani, et al, 2008).

2.18.3.1 Miyopinin nedenleri

Miyopinin nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Karadayı, vd , 2005)

2.18.3.1.A Uzunluk (aksiyel) miyopisi: gözün ön arka uzunluğu normalden fazla olduğu için uzak cisimlerden göze gelen ışınlar retina önünde odaklanır. En çok görülen çeşididir. Gözün kırıcı ortamlarında herhangi bir anormallik yoktur.

2.18.3.1.B Eğim (kurvatür) miyopisi: göz boyutlarında herhangi bir bozukluk olmaksızın kornea ve lens eğiminin artışına bağlı göze gelen ışınları fazla kırarak retina önünde odaklanmasına bağlı ortaya çıkmaktadır. Keratokonustaki gibi kornea dik ya da göz içindeki lensin eğriliğinin fazla ve olmasına bağlı oluşabilir.

2.18.3.1.C İndeks miyopisi: göz merceğinin merkezindeki sertleşme yaşla birlikte katarakt oluşturur ve buna bağlı olarak lensin yapısal değişimiyle kırıcılığı artar. Kırıcılığın artışıyla meydana gelen miyopi indeks miyopisi olarak adlandırılır. Şeker hastalığına bağlı şeker seviyesindeki fazla artış göz içi sıvısının şeker miktarını artırarak kırıcılığı geçici bir süreliğine artırır ve geçici olarak miyopi ortaya çıkar. Şeker hastalarında normal gözlük muayenesinin yapılması için kan seviyesindeki şekerin normal sınıra inmesi beklenmelidir.

2.18.3.1.D İatropik miyopi: yapay gözyaşı damlaları refraktif durumu değiştirerek geçici olarak kırıcılığı artırır ve miyopiye sebep olur (Karadayı, vd , 2005).

Okuma yazma emetrop öğrencileri ön kamara derinliği, aksiyel uzunluk ve keretometri değerlerindeki artış sebebiyle miyopiye çevirmiştir (Hepşen, vd, 1998). Miyopi beş yaş ve ergenlik çağında gelişmeye başlar. Vücudun gelişimi ile beraber gözdeki bir milimetrelik uzama üç diyoptrilik bir artış meydana getirir. Büyüme çağıyla birlikte miyop numaralarda artış olur. Miyop hastaların uzağı görememe şikâyeti vardır, yakını net görebilirler. Nesnelerin uzaklaşması sebebiyle net görülmediklerini düşündüklerinden dolayı kırma kusurlarının farkında değildirler (İnceoğlu, 2010).

2.18.4 Hipermetrop: altı metre uzaklıktan gelen ışık ışınların akomodasyon sağlamamış gözde retina arkasında odaklanmasıdır. Uzak nokta retina arkasında bulunur. Retina üzerinde sadece konverjan yani ışığı toplayıcı özellik gösteren ışınlar toplanır. Bu durum kırma gücünde bir problem olmayıp gözün kısalığından kaynaklanabileceği gibi kırma gücünün yetersizliği de sebebiyet vermektedir.

2.18.4.1 Hipermetropinin nedenleri

Hipermetropinin nedenlerini üç başlık altında incelemek mümkündür (İnceoğlu, 2010).

2.18.4.1.A Aksiyel hipermetropi: gözün aksiyel uzunluğunun kısa olmasına bağlı oluşan en sık rastlanılan hipermetrop çeşididir. Yeni doğmuş bebeklerin hipermetrop olmalarının sebebi aksiyel uzunlukları kısa olduğu içindir.

2.18.4.1.B Kuvertür hipermetropisi: kornea ve lensin gözün kırıcı ortamlarının kuvertür değişiminin düz olmasına bağlı oluşur.

2.18.4.1.C İndeks hipermetropisi: Lensin kırıcılık gücündeki azalmaya bağlı oluşan hipermetropidir. Şeker hastalarının düşen kan şekerleri ile birlikte hastalar hipermetrop hale geçebilir (İnceoğlu, 2010).

2.18.4.2 Hipermetropinin çeşitleri

Hipermetropinin çeşitleri iki başlık altında incelenmiştir (Yağcı ve Eğrilmez, 2001) (İnceoğlu, 2010)

2.18.4.2.A Basit hipermetropi gözün optik sisteminde herhangi bir problem olmaksızın aksiyel uzunluk, kırıcı ortamın düz olması ve lens gücündeki azalmaya bağlı olarak ortaya çıkabilir. Kıрма kusuru olarak değerlendirilirler. Total hipermetropi; latent ve manifest hipermetropinin toplamıdır. Sikloplejik damlalarla belirlenir. Manifest hipermetropi; sikloplejik damlalar olmadan hastanın tolere edebileceği maksimum pozitif diyoptridir. Latent hipermetropi; hastaların istemsizce akomodasyon gücüne bağlı olarak düzelttikleri hipermetropidir. Sadece latent hipermetropisi olan hastalar akomodasyon yaparak düzeltme sağladıkları için net görürler ve herhangi bir konveks lense gerek duyulmaz. Sikloplejik damlalarla ölçülen total hipermetropiden, manifest hipermetropinin çıkartılması ile latent hipermetropi bulunur. Absolu (mutlak) hipermetropi hastanın akomodasyon yapması görüşünü düzeltmez. Fakültatif hipermetropi; manifest hipermetropiden absolu hipermetropinin çıkartılmasıdır.

2.18.4.2.B Patolojik hipermetropi nadiren görülür. Kıрма kusuru olarak değerlendirilir bunun yanında cerrahi bir tedavi gerektirebilir. Göz küresinin şekil bozuklukları sonucunda patolojik hipermetropi görülebilir (Yağcı ve Eğrilmez, 2001) (İnceoğlu, 2010).

2.18.5 Astigmatizma

Yunancada stigma nokta anlamını taşır ve astigmatizma ismini stigma kelimesinden alır. Nokta şeklinde odaklayamayan anlamını taşımaktadır. Astigmatta eğrilik farklılığı mevcut olduğundan paralel gelen ışınları bir noktada toplayamaz ve iki farklı odak çizgisi arasında koni benzeri bir şekil oluşur. Astigmatlı bir gözde birbirine dik iki meridyende kırıcılık güçlerinin farklılığından kaynaklı iki farklı odak noktası oluşur. Meridyenler arasında oluşan dik açılı çizgisel odakların arasındaki boşluk Sturm aralığı vardır ve aralığın ortasındaki daireye en az bulanıklık halkası denir. Bu noktada görüntü en az bulanıklığa sahiptir (Yağcı ve Eğrilmez, 2001). Nokta şeklinde odaklanamayan astigmatizmanın tam düzeltme ile odağı nokta şeklinde görüntülenir. Sturm aralığının küçük olması bulanıklığında az olduğunu anlatır. Bulanıklığın en az olduğu nokta en az konfüzyon halkasıdır. Hastalarda silindirik düzeltme yapılamayacaksa en az konfüzyon halkasının retina üzerine düşürülmesi sağlanmalıdır. Astigmatik ametropinin sferik (ekivalan) eş değeri hesaplanması: Sferik eş değeri = sferik değeri + silindirik değeri/2

Yüksek astigmatlı lenslerin düzeltilmesine dayanamayan yetişkin hastalarda sferik eşdeğer korunarak silindirik değerin azaltılması yoluna gidilebilir. Daha çok ilk defa gözlük kullanacak hastalar için tercih edilir ve kısmen düzeltme sağlanarak hastanın alışma süresinden sonra düzeltme miktarı artırılabilir (İnceoğlu, 2010). Astigmatizma kırıcılığın bulunduğu eksene göre isimlendirilir. Regüler astigmatta dikey vertikal meridyenin daha kırıcı ise kurala uygun astigmat olarak adlandırılır. En çok karşılaşılandır. En fazla kırma gücü dik eksen olan 70 ve 110 derece arasındadır.

Yatay horizontal meridyen daha kırıcı ise kurala aykırı astigmat olarak adlandırılır 160 ve 20 derece arasındadır. Oblig eğik astigmat en çok kırma gücüne sahip eksen eğik meridyende bulunur. 20 ile 70 ya da 110 ve 160 derece arasındadır. Korneanın yapısı gereği ön yüzünde vertikal çap horizontal çapa göre daha kısadır. Buna bağlı olarak 0,50-0,75 D'lik kurala uygun astigmatizma vardır. Bu durum korneanın arka yüzü tarafından lense bağlı olarak kurala aykırı 0,25-0,50 D'lik astigmatizma geliştirerek nötrülenir. Ön ve arka yüze bağlı nötrleşme dengesinin bozulması halinde astigmat sorunları ortaya çıkar. Kornea ön yüzü astigmatizmanın oluşmasında önemli bir faktördür. Lens kaynaklı oluşan astigmatlar lentiküler astigmat olarak bilinir. Lensin eğimindeki eşitsizlikten değil daha çok lensin eğiminden kaynaklanmaktadır (Öztürker, 2006;İnceoğlu, 2010;Aydın ve Akova, 2001).

Kırıcılık eksenlerinin birbirine dik (90 derece) konumlandığı astigmatizma, düzenli (regüler) astigmat olarak tanımlanır. Düzensiz (irregüler) astigmatizma ise kırıcı eksenlerin eğriliği düzensizse kırma güçleri de düzensizleşir. Kırıcı eksenler 90 dereceden farklı eksenlerde olursa düzensiz astigmat olarak tanımlanır. Katarakt, keratokonus, kornea yaralanmaları düzensiz astigmata sebep olabilir (Aydın ve Akova, 2001). Düzensiz astigmatizmanın gözlük lensleri ile düzeltilmesi mümkün değildir. Sert kontak lensler ile düzeltilir. Astigmatlı hastalar uzak ve yakın görüşte sıkıntı yaşarlar. Bir eksenin net oluşu diğer eksenin bulanık görüşe sebep olmasıyla birlikte gözün akomodasyonu sonucu bulanık görüşün netleştirilmeye çalışması gözde yorgunluğa, yanma ve baş ağrısına sebep olabilir. Astigmatın düzeltilmemesi çocukluk çağında göz tembelliğine sebebiyet verir.

2.19 Görme kayıplarına sebep olan hastalıklar

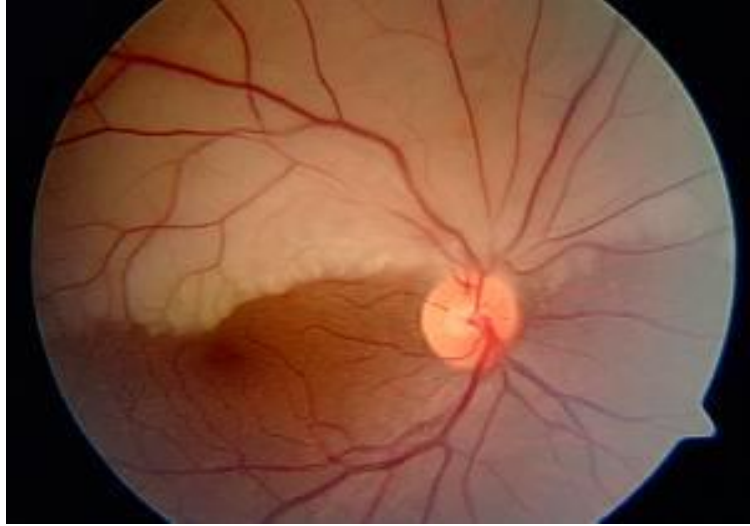
2.19.1 Retinal arter tıkanıklığı

Retinayı besleyen ana atardamarın tıkanması olarak tarif edilir. En sık nedeni kalp ve şah damarı (carotis ater) üzerindeki pıhtılaşmış kanın retinal arteri ani tıkanmasıyla oluşur. Ani, tam görme kaybına neden olur (Gülen, vd, 2014) (Talay, 2017).



Resim 1: Retinal arter tıkanıklığını gösteren renkli Fundus görüntüsü.

Kaynak: <http://www.todnet.org/html/todnet.asp?a=tib2> e.15.06.2021

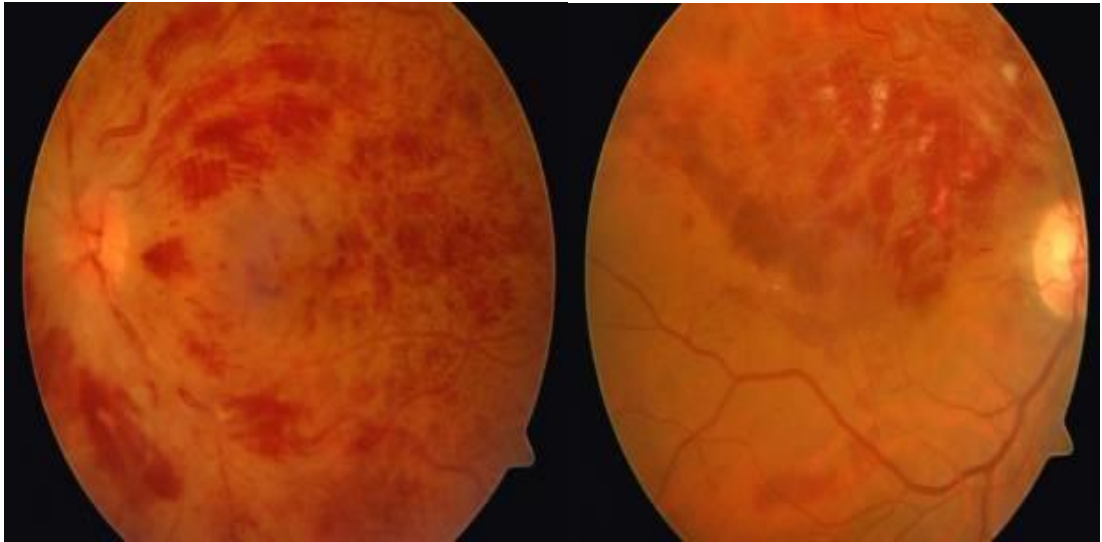


Resim 2: Retinal arter tıkanıklığını gösteren renkli Fundus görüntüsü.

Kaynak: <http://www.todnet.org/html/todnet.asp?a=tib2> e.15.06.2021

2.19.2 Retinal ven tıkanıklığı

Diyabetik retinopatiden sonra en çok görülen retinanın damar hastalığıdır. Elli yaş üstü bireyleri etkiler ve cinsiyete bağlı değişiklik göstermez. Damar sertliği ve hipertansiyondan etkilenen atardamarlar aynı kılıfı paylaştıkları toplar damarlara bası yaparak tıkanıklığa sebebiyet verirler. Gözün arkasındaki toplar damarlarda genişleme ve torbalanma görülür. Gözün arkasında retina tarafında yaygın kanamalar ve ödem görülür. Tedavi edilmediği takdirde hastaların yarısında gözbebeğinde yeni damar oluşumu ve kontrol altına alınamayan göz tansiyonu gelişir (Gülen ve ark, 2014).

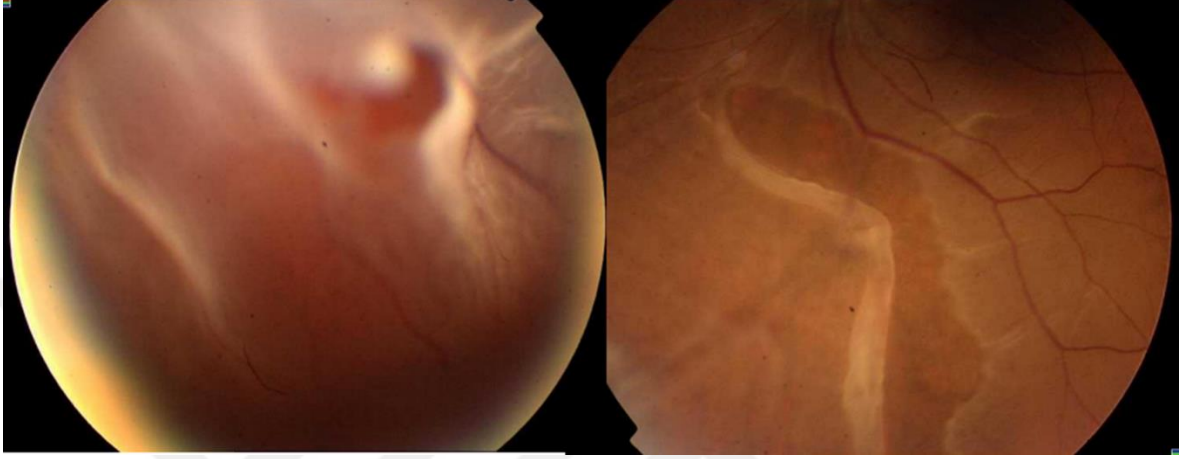


Resim 3: Retinal ven tıkanıklığını gösteren renkli Fundus görüntüsü.

Kaynak: <http://www.todnet.org/html/todnet.asp?a=tib2> e.15.06.2021

2.19.3 Retina dekolmanı

Retina dekolmanı, retina sinir tabakasının koroidden ayrılması olarak tanımlanır. Sinek uçuşmaları, flaş çakması, periferik görme alanında ayrılmaya uyan görme alanı defekti gibi belirtilere sebep olur. Miyopi, travma, göz bebeğini daraltıcı damla kullanımı, aile bireylerinde hastalığın varlığı veya geçirilmiş katarakt ameliyatı öyküsü olan hastalar retina dekolmanı için yüksek risk taşırlar (Gülen ve ark, 2014).



Resim 4: Retina dekolmanını gösteren renkli Fundus görüntüsü.

Kaynak: <http://www.todnet.org/html/todnet.asp?a=tib2> e.15.06.2021

2.19.4 Diyabetik retinopati

Şeker hastalığına bağlı retinanın damar hastalığıdır. Diyabetik retinopati körlüğün en sık karşılaşılan sebeplerindendir. Diyabetin görülme sıklığının artması ve tedavi yöntemleriyle diyabet hastalarının yaşam süresinin artması görülme sıklığını arttırmıştır. Şeker hastalığının süresi ve tipi, kan şekerinin kontrolü ve hamilelik, böbrek hastalığı, yüksek tansiyon diyabetik retinopati riskini arttırmakla birlikte ilerleyici seyrini de hızlandırır.

Retinanın en ince damarlarının tutulumuyla birlikte damar tıkanıklıkları ve damar geçirgenliğinde artış meydana gelir. Bunun sebebi kandaki yüksek şeker miktarıdır. İnce damarlarda baloncuklar ve genişlemeler, geçirgenliği artmış damarlardan kan içindeki yağ içeriğinin retinada birikmesine neden olur. Yine yapısı bozulmuş damarlardan retina içine kanama meydana gelebilir. İnce damarların tıkanması sebebiyle retina beslenemez ve sinir liflerinde bir hasar oluşur. Beslenemeyen bölgelerde damar endotelinden salınan büyüme faktörleri (VaskülerEndotelialGrovtFaktör) retina ve optik sinirde yeni damar oluşumunu

tetikler. Oluşan damarlar kırılğan bir yapı gösterir ve retina içine kanamalar meydana getirerek görmeyi önemli ölçüde azaltır.

Diyabetik retinopati uzun zaman belirtisiz seyredebilir. Şeker hastalığı tanısı konmuş hastanın gözüyle ilgili herhangi bir sıkıntısı olmasa bile periyodik aralıklarla doktor kontrolünde ve izleminde olması gerekir. Diyabetik retinopati önlenabilir bir hastalık olduğu için hastalığa bağlı görme kayıpları ve körlükler de önlenabilir. Diyabetli hastaların düzenli takibinin olmaması hastaların körlük riskini artırır. Şeker hastası olan hamilelerde ve ergenlik çağında retinopatinin ilerlemesi hızlı olacağından düzenli kontrol önemlidir. (Erol, 2005).



Resim 5: Diyabetik retinopatisini gösteren renkli Fundus görüntüsü.
Kaynak: <http://www.todnet.org/html/todnet.asp?a=tib2> e.15.06.2021

2.19.5 Yaşa bağlı makula dejenerasyonu

Makula retinanın ortasında net görmeden sorumlu küçük bir alandan oluşur. Makula dejenerasyonu makulanın anatomisinin ve işlevinin bozulmasını anlatır. Bu durumda bakılan nesnenin orta kısmı gözükmeyen, periferdeki alanlar görünür haldedir. Görüş bu durumdan etkilenir ve tam bir körlük yaşanmaz. Altmış beş yaş üstü hastalarda görme kayıpları ortaya çıkartır. Kuru tipte olan makula dejenerasyonu en sık görülen çeşididir ve zamanla makulada incelme meydana getirerek yavaş ilerler. Yaş tipte olanı ise koroid tabakasından makula bölgesine kan damarlarının ilerlemesiyle meydana gelir. Damar sızıntıları vardır ve sızan serum görmeyi azaltmasına neden olur. Hızlı şekilde görmede kayıp gelişir (Erol, 2005).



Resim 6: Yaşa bağı makula dejenerasyonunu gösteren renkli Fundus görüntüsü.
Kaynak: <http://www.todnet.org/html/todnet.asp?a=tib2> e.15.06.2021

2.19.6 Glokom

Glokom; geri dönüşü olmayan, retinanın sinir lifi harabiyetine neden olan, herhangi bir belirti göstermeyip uzun yıllar içinde görme alanında kayıplara yol açabilen ilerleyici bir hastalıktır. Glokom Dünyada körlük sebepleri arasındaki sıralamada ilk üç içine girmektedir. Göz içi basıncının yüksek olması optik sinir başına baskısı yaparak sinirlerin uzun süreli harabiyetine sebep olur. Hastalığın belirtisiz ilerleyici özellik göstermesi sebebiyle görme kayıplarının yaşanması hastalığın erken tanı ve tedavisinde doktor kontrolünün önemini ortaya koymaktadır (Sezer, 2009).

2.19.7 Katarakt

Lens yaşlandıkça ağırlığında ve kalınlığında bir artış meydana gelir. Akomodasyon yapma gücü azalır. Yaşla birlikte lens içinde meydana gelen kimyasal değişimlerle lensin refraksiyon gücü ve saydamlığını değiştirir (Özkan, 2020). Saydamlığın değişmesi lensin içine giren ışık miktarını düşürür. Bu durum hastaların görme fonksiyonuna ve kalitesine etki eder. Katarakt görme kaybının en çok görülen nedenlerinden biridir. Dünya sağlık örgütü dünya genelinde 18 milyon kişinin katarakt sebepli körlük yaşadığını belirtmiştir. Dünya genelindeki körlüklerin %48'ini oluşturur (Gürdal, 2020).

2.19.8 Metil alkol zehirlenmesi

Metil alkol; sanayide ve denizcilikte çözücü olarak kullanılan bir kimyasaldır. Boyalar, cam suları, kaçak yollarla üretilmiş rakı, kolonya, ispirto ve diğer alkollü içeceklerin içerisinde bulunabilir. Otuz ml ya da yirmi dört miligramda zehirlenme etkisi otaya çıkartır. Klinik olarak belirtileri 12 ile 24 saat sonra ortaya çıkmaya başlar. Baş ağrısı, bulantı, kusma, taşikardi, hızlı solunum, hipertansiyon, mental durumdaki değişimler, çift görme, görme keskinliğinde azalma optik diskte ödem ve optik sinirin tam ya da kısmi zarar görmesi ile sonuçlanabilir (Kaplan, 2019).

2.20 Bulaş riski yüksek olan hastalıklar

2.20.1 Viral konjonktivitler: Viral konjonktivitlerin en çok karşılaşılan nedenini adenovirüsler oluşturur. Çok bulaşıcı özellik gösterirler. Sosyal yaşam içinde gerekli hijyen koşullarına uyulmaması viral konjonktivitlere sebep olabilir. Gözde sulu akıntı ve kızarıklık görülebilir. Genellikle enfekte olmuş kişilerle ve direkt eşya teması ile bulaş sağlar. Aileye kişisel hijyene dikkat edilmesi gerektiği, hasta kişinin havlu ve çarşaflarının diğer aile fertlerinden ayrılması gerektiği söylenmelidir.

2.20.2 Bakteriyel konjonktivitler: Konjonktivite en sık yol açan bakteri kaynaklı enfeksiyonlardır. Ani başlayan gözde kızarıklık, yanma, batma, akıntılı gözle ortaya çıkar. Tek gözün tutulumu ile başlayarak diğer göze de bulaşır. Viral konjonktivitte olduğu gibi kişisel hijyen ve ortak kullanılan eşyaların ayrımı bulaşı azaltacaktır.

2.20.3 Yenidoğan konjonktiviti: Yenidoğan döneminde en sık görülen bulaşlardanır. Kimyasal, viral ve bakteriyel olabilir. İlk bir gün içinde gerçekleşenler göz koruyucularına karşı gelişen konjonktivitir tahriş edici özeliğinin olması sebebi ile gümüş nitrat uygulamasından vazgeçilmiştir. Kimyasal konjonktivit ilk 24 saate ortaya çıkar ve 48 saat içinde gerileyip kendini sınırlandırdığından tedavi gerektirmemektedir. Birçok bakteri çeşidi yenidoğanda konjonktivite sebep olabilir. Bunlardan biri Neisseria gonorrhoeae (gonore); hamile anneden bebeğine vajinal doğumla geçebilir. Teşhisinin konulmaması ile korneada yaralanmalar ve gözde delinmeyle birlikte körlüğe sebebiyet verebilir (Muhittin ve Balıkoğlu Yılmaz, 2012) (T.C Sağlık Bakanlığı, 2021)

2.21.Göz sağlığı okuryazarlığı nedir?

Görme bozukluğu sıklıkla rastlanılan kusurlardandır birçoğunun tedavi edilebilir ve önlenabilir olması göz sağlığı okuryazarlığının önemini ortaya çıkartır. Görme engeli kişilere sosyal hayatta birçok sorun oluşturur. Bu durum tüm yaşam boyunca kişilere ve topluma maddi ve manevi sorumluluk yüklemektedir. Toplumsal boyutta eğitim ve iş bulma sıkıntısı oluştururken, bireysel anlamda düzeltilmesi zor psikolojik sonuçlar oluşturur. Göz sağlığı taramalarında ve doktor kontrollerinde erken dönemde göz problemlerinin tespit edilmesi görme kayıplarının en aza indirilmesi için gerekirse okul öncesi çağdan başlayarak koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenabilir hastalıkların fark edilmesi, erken tanı konulması, hekim tarafından uygun görülen tedavinin başlaması ve böylelikle hayat kalitesinin artması sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması ile mümkündür (elikay, vd, 2016).

Sağlığı geliştirme abasinda olmak; göz sağlığı okuryazarlığı seviyesini de arttırmakta, göz sağlığını ait tutum ve davranışlarda gelişmeye sebep olmaktadır. Bulaşıcı göz hastalıkları hakkında toplumda farkındalık oluşturulması yine toplum sağlığı açısından koruyucu özellik taşımaktadır (Paudel, et al, 2019).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde insanların yaşam tarzlarının değişmesi ile birlikte çok farklı hastalık türleri baş göstermiştir. Bunlardan bazıları göz hastalıklarıdır. Göz rahatsızlıkları olan insan sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu hastalıklardan korunma, bu hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak, ancak göz sağlığı okuryazarlığının ve sağlık okuryazarlığının yüksek olabilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu araştırmanın amacı, sağlık kurumlarında faaliyet gösteren sağlık çalışanlarının göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin var olup olmadığını ortaya koymak ve bu iki okuryazarlık düzeylerinin katılımcıların cinsiyet, yaş, meslek, toplam görev süresi gibi demografik verilerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı ortaya koymaktır. Literatür incelendiğinde göz sağlığı okuryazarlığı ile ilgili çalışma sayısının az olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi incelendiğinde, göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma göz sağlığı okuryazarlığı üzerine literatüre katkı sağlayacaktır.

3.2. Araştırmanın Deseni ve Örneklem Yöntemi

Araştırma deneysel olmayan nicel yapıda ilişkisel tarama yöntemidir. Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden tarama deseni ile hazırlanmıştır. Tarama deseni, bir evren içerisinde seçilen bir örneklem üzerinde yapılan çalışmalar ile evren genelindeki eğilim, tutum ve görüşlerin nicel olarak betimlenebilmesini sağlar. Tarama deseni, bir grubun belirli bir konu ya da sorun hakkındaki görüşlerinin bir dizi soru aracılığıyla belirlenmesidir. İlişkisel tarama modeli, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan tarama yaklaşımına denir. İlişkisel tarama modelinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011). Genel olarak tarama modelleri; seçilen grup içindeki bireylerden grubun mevcut durumunu belirlemeyi, görüş, inanç ve tutumları hakkında bilgi elde etmeyi sağlar (Creswell, 2013). Örneklem metodu olarak seçkili örneklem yöntemlerinden “basit tesadüfi (rastsal) örneklem” yöntemi kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Biruni Üniversite Hastanesi ve Sefaköy Medipol Hastanesin de yapılmıştır. Araştırmanın evreni 700 kişidir ve 306 kişi ile yüz yüze anket yapılmıştır. Biruni Üniversite Hastanesinde yaklaşık 450 kişi faaliyet göstermektedir. Sefaköy Medipol Üniversite Hastanesinde yaklaşık 250 kişi faaliyet göstermektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığı değerlerine göre ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla $2,67 \pm 0,56$ dikkate alındığında, R programında %80 power' a göre toplam 198 bireyin alınması hesaplanmıştır. Araştırmanın örnekleme, 306 kişiden oluşmaktadır.

3.4. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma, çalışmamızın evreninde bulunan örnekleme seçilmiş sağlık çalışanları ve bu sağlık çalışanlarının bu anketlere, veri toplama araçlarına vermiş olduğu cevaplar ile sınırlı olmaktadır.

3.5. Araştırma Varsayımları

Yapılan bu araştırmada veri toplama araçlarına cevap veren örneklemin evreni temsil ettiği, veri toplama araçlarının araştırmanın belirlenen hedefini karşıladığı ve örnekleme yer alan sağlık çalışanlarının ölçeklere doğru, yansız ve samimi görüş bildirdikleri varsayılmaktadır.

3.6. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına yönelik olarak sorular ve ana hipotez aşağıda belirtilmiştir:

H₁: Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki bulunmaktadır.

H₂: Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H₃: Yaş değişkenine göre katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H₄: Meslek türü değişkenine göre katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H₅: Toplam görev süresi değişkenine göre katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler toplanırken;

- Kişisel Bilgi Formu,
- Göz Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
- Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır.

3.7.1 Kişisel Bilgi Formu

Literatür bilgisine bakarak güncellenen 11 soruluk demografik bilgiler kısmında bireylerin cinsiyet, yaş, çalıştığı kurum, eğitim durumu, görevi, toplam görev süresi, bulunduğu kurumda toplam görev süresi, haftalık çalışma saati, çalışma şekli, çalıştığı birimi isteyerek seçip seçmediği, şu anda çalışma olduğu birimde neden çalıştığı ölçen sorular sorulmuştur.

3.7.2 Göz Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Uğur Yılmaz, Enes Gökler, Celal Emre Güneş, Osman Parça tarafından 2018 yılında oluşturulmuştur. Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. 5' li Likert tipinde bir ölçektir. Katılım sağlayan bireylerin göz sağlığı okuryazarlığını saptama amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri α 0,938 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 20' dir. Anket sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi, 1,00-1,80=Bilmiyorum 1,81-2,60=Çok zor 2,61-3,40=Zor 3,41-4,20=Kolay 4,21-5,00=Çok kolay şeklindedir. Ölçekten alınan puan arttıkça göz sağlığı okuryazarlığı seviyesinin yüksek, ölçekten alınan puan azaldıkça, göz sağlığı okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğu açıklanmaktadır.

3.7.3 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla geçerlilik ve güvenilirliği T.C. Sağlık Bakanlığı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” ile belirlenmiş Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılacaktır (13). Ölçek 32 sorudan oluşmaktadır, katılımcılar her bir soruda geçen konular için zorluk derecesine göre beşli Likert ölçeğine göre çok kolay/kolay/zor/çok zor/fikrim yok cevaplarından birini işaretleyeceklerdir.

Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90' in üzerinde bulunmuştur. Ölçeğin yüksek seviyede güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 160, en düşük puan ise 32' dir. Anket sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi, 1,00-1,80=Çok zor 1,81-2,60=Zor 2,61-3,40=Kolay 3,41-4,20=Çok kolay 4,21-5,00=Bilmiyorum şeklindedir.

3.8. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

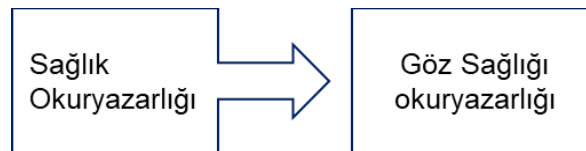
Araştırmaya alınma kriterleri, Biruni Üniversite Hastanesinde ve Sefaköy Medipol Üniversite hastanesinde faaliyet gösteriyor olması, sağlık çalışanı olması (hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanı), dışlanma kriterleri ise, kurumda 1 yıldan az faaliyet gösteren sağlık çalışanları olmasıdır.

3.9. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmadan elde edilen veriler analiz edilirken, SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. İlk önce demografik bilgileri tespit etmek amacıyla frekans analizleri yapılmış ve bunun sonucunda cinsiyet, yaş, çalışılan kurum, eğitim durumu, toplam görev süresi, çalışılan kurumda toplam görev süresi, çalışılan kurumu seçme nedeni vb. gibi demografik bilgilerin yüzdelik oranları saptanmıştır.

Sonrasında ölçeklerin ortalamaları alınmıştır. Normallik testleri yapılmış ve dağılımın normal olduğu saptanmıştır. Ölçeklerin güvenilir olduğunu saptamak amacıyla, Cronbach Alfa değerlerini bulunmuş ve ölçeklerin güvenilir olduğu saptanmıştır.

Göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla Pearson Korelasyon analizi ve Basit Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Bu iki değişkenin demografik verilere göre farklılaşıp farklılaşmadığını bulmak amacıyla bağımsız örneklem t-testleri ve Anova analizleri yapılmıştır.



Şekil 4: Araştırmanın Modeli

Araştırmanın modeli yukarıdaki gibidir. Araştırmada, sağlık çalışanlarının genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri üzerinde pozitif yönlü etkisinin ve ilişkisinin olduğu düşünülerek bu model kurulmuştur. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda sağlık okuryazarlığının göz sağlığı okuryazarlığı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve H_1 hipotezi onaylanmıştır. Bu sebeple kurulan bu model kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları

Değişken Türü	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	214	69,9
	Erkek	92	30,1
Yaş	21-26 yaş arası	164	53,6
	27-32 yaş arası	62	20,3
	33-38 yaş arası	54	17,6
	39-44 yaş arası	11	3,6
	45 ve üzeri	15	4,9
Çalıştığınız Kurum	Üniversite Hastanesi	306	100
Eğitim Durumu	Lise	34	11,1
	Lisans	164	53,6
	Yüksek Lisans	94	30,7
	Doktora	14	4,6
Göreviniz	Doktor	40	13,3
	Hemşire	99	32,5
	Tıbbi Sekreter	32	10,5
	Sağlık Teknikeri	72	23,7
	Diğer	63	20,0
Toplam Görev Süresi	0-5 yıl arası	164	53,59
	6-10 yıl arası	62	20,26
	11-15 yıl arası	54	17,64
	16 yıl ve üzeri	26	8,51
Haftalık Çalışma Saatiniz	0-40 saat arası	81	26,4
	41-50 saat arası	119	38,9
	51-60 saat arası	106	34,7
Çalışma Şekliniz	Sürekli Gündüz	212	69,3
	Vardiyalı	94	30,8
Çalıştığınız Birimi İsteyerek mi seçtiniz?	Evet	250	81,7
	Hayır	56	18,3
Şu anda çalışmakta olduğunuz birimde çalışma nedeniniz?	Eğitime uygun	133	43,5
	Kendi isteğim	120	39,2
	İsteğim dışında	53	17,3

Katılımcıların demografik verileri incelendiğinde, %69,9'u kadın, %30,1'i ise erkektir. Yaş aralıklarına bakıldığında, %53,6'sı 21-26 yaş, %20,3'ü 27-32 yaş, %17,6'sı 33-38 yaş, %3,6'sı 39-44 yaş, %4,9'u ise 44 yaş ve üzeri aralığında bulunmaktadır. Katılımcıların eğitim durumları, %11,1'i lise, %53,6'sı lisans, %30,7'si yüksek lisans, %4,6'sı ise doktora mezunudur. Katılımcıların %13,3'ü doktor, %32,5'i hemşire, %10,5'i tıbbi sekreter, %23,7'si sağlık teknikeri, %20'si ise diğer (fizyoterapist, diyetisyen, ebe vb.) grubu içerisinde yer almaktadır. Katılımcıların %69,3'ü sürekli gündüz, %30,8'i ise vardiyalı çalışmaktadır. Ankete katılım sağlayanların %43,5'i eğitimine uygun olduğu, %39,2'si kendi isteğiyle, %17,3'ü ise istedi dışında çalıştığı birimde görevlendirilmiştir.

Tablo 4.2: Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Değerleri

Ölçek	Cronbach Alfa Değeri
Göz Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Toplam	0,94
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam	0,92
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye ulaşma alt boyutu	0,88
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye anlama alt boyutu	0,91
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye değerlendirme alt boyutu	0,95
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye kullanma uygulama alt boyutu	0,93
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye ulaşma alt boyutu	0,86
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye anlama alt boyutu	0,95
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye değerlendirme alt boyutu	0,81
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye kullanma/uygulama alt boyutu	0,92

Tablo 4.2' de görüldüğü üzere Göz Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Cronbach Alfa Değeri (0,94), Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Cronbach Alfa Değeri (0,92) olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara göre iki ölçekte yüksek derecede güvenilirlerdir.

Güvenilirlik analizinde değerlendirme yapılırken aşağıdaki değerlendirme kriterleri baz alınmıştır (Köklü, vd., 2006):

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ güvenilir değil
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ düşük güvenilirlikte
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ oldukça güvenilir
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$ yüksek derecede güvenilir

Tablo 4.3: Göz Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler	X	Ss	Minimum	Maksimum
Göz Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	3,22	0,56	1.35	4.28
Toplam				
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam	3,33	0,53	1.72	4.16
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye ulaşma alt boyutu	3,39	0,64	1.36	5.00
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye anlama alt boyutu	3,42	0,59	1.45	4.72
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye değerlendirme alt boyutu	3,27	0,60	2.05	4.69
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye kullanma/uygulama alt boyutu	3,46	0,57	1.56	4.62
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye ulaşma alt boyutu	3,38	0,56	1.65	4.72
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye anlama alt boyutu	3,42	1,03	1.75	4.85

Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye değerlendirme alt boyutu	3,29	0,60	1.82	4.96
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye kullanma/uygulama alt boyutu	3,15	0,60	1.76	5.00

Tablo 4.3' de görüldüğü üzere Göz Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin ortalaması ($x=3.22$) olarak 'Kolay' aralığında, Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin ortalaması da ($x=3.33$) olarak 'Kolay' aralığında saptanmıştır. Bu analiz sonucunda sağlık çalışanlarının göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilmektedir. Sağlık çalışanları göz sağlığı ve genel sağlık ile ilgili bilgilere kolay bir şekilde ulaşabilmektedir.

Tablo 4.4: Ölçeklere Yönelik Normallik Analizi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	s.d.	p	İstatistik	s.d.	p
Sağlık Okuryazarlığı Genel Skor	0,158	306	0,268	0,988	306	0,412
Göz Sağlığı Okuryazarlığı Genel Skor	0,165	306	0,245	0,981	306	0,315

Görüleceği üzere, her iki normallik testi sonucunda $p>0.05$ olduğundan normal dağılımın sağlandığı belirtilmiştir.

Grup Farklılığı Analizleri

Katılımcılara yönelik demografik ve genel bilgiler için boyutlara ilişkin ifadelerin anlamlı farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Boyut ifadelerine yapılan Kolmogorov- Smirnov normallik testi sonucunda $p>0.05$ olduğundan normal dağılımın sağlandığını belirten hipotezi kabul edilmiştir. Normal dağılım sağlandığı için 2 grup için Bağımsız Örneklem T-Testi, 3 ve üzeri grup için Anova testi uygulanmıştır.

Tablo 4.5: Cinsiyet Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	X	Ss	t testi		
					t	sd	P
Göz Sağlığı	Kadın	214	3,25	0,54	1,494	304	0,136
Okuryazarlığı	Erkek	92	3,14	0,62			

Tablo 4.5' de Göz sağlığı okuryazarlığı seviyesinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı saptamak için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda, göz sağlığı okuryazarlığının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Kadınların göz sağlığı okuryazarlığı puanlarının ortalaması (3,25), erkeklerin ise (3,14) olarak bulunmuştur. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların erkek veya kadın olmasının göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri üzerinde bir etkisinin olmadığı ortaya konmuştur. Bu sebeple H_2 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.6: Yaş Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	X	SS	X^2	P
21-26 yaş arası	164	3,08	0,56		
27-32 yaş arası	62	2,99	0,44		
33-38 yaş arası	54	3,35	0,57	5,776	0.01
39-44 yaş arası	11	3,19	0,53		
45 ve üzeri	15	3,23	0,70		

Tablo 4.6' da Göz sağlığı okuryazarlığı seviyesinin yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda, göz sağlığı okuryazarlığının gruplar arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p<0.05$). Bu sebeple H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Göz sağlığı okuryazarlığının en yüksek olduğu yaş grubu (3,35) ortalama ile 33-38 yaş aralığıdır. Bunu sırasıyla 44 ve üzeri yaş, 39-44 yaş, 21-26 yaş aralıkları takip etmektedir. Bu gruplar arasında en düşük göz sağlığı okuryazarlığına sahip olan ise (2,99) ortalama ile 27-32 yaş aralığıdır.

Tablo 4.7: Meslek Türü Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	X	SS	X ²	P
Doktor	40	3,72	0,65		
Hemşire	99	3,32	0,48		
Tıbbi Sekreter	32	2,58	0,72	15,256	0.01
Sağlık Teknikeri	72	3,20	0,65		
Diğer	63	2,75	0,91		

Tablo 4.7' da Göz sağlığı okuryazarlığı seviyesinin meslek türü değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı bulmak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda, göz sağlığı okuryazarlığının gruplar arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p < 0.05$). Bu sebeple H_4 hipotezi kabul edilmiştir. Bu gruplar arasında en yüksek göz sağlığı okuryazarlığına sahip olan (3,72) ortalama ile doktorlardır. Bunu sırasıyla hemşireler, sağlık teknikleri takip etmektedir. En düşük göz sağlığı okuryazarlık seviyesine sahip olan grup ise (2,58) ile tıbbi sekreterlerdir.

Tablo 4.8: Toplam Görev Süresi Değişkeni Açısından Göz Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	X	SS	X ²	P
0-5 yıl arası	164	3,24	0,58		
6-10 yıl arası	62	3,16	0,54		
11-15 yıl arası	54	3,22	0,45	2,587	0.212
16 yıl ve üzeri	26	3,10	0,56		

Tablo 4.8' de Göz sağlığı okuryazarlığı seviyesinin toplam görev süresi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı saptamak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda, göz sağlığı okuryazarlığının gruplar arasında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($p > 0.05$). Toplam görev süresi 0-5 yıl olan katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı ortalamaları (3,24), 6-10 yıl arası olanların (3,16), 11-15 yıl arası olanların (3,22), 15 yıl ve üzeri olanların ise (3,10) olarak bulunmuştur. Yapılan bu analiz sonucunda, katılımcıların toplam görev süresinin 0-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 15 yıl üzeri aralıklarında olmasının göz sağlığı okuryazarlığı

düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu sebeple H₅ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.9: Cinsiyet Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	X	Ss	t testi		
					T	Sd	P
Sağlık	Kadın	214	3,34	0,54	0,291	300	0,772
Okuryazarlığı	Erkek	92	3,32	0,52			

Tablo 4.9' de Sağlık okuryazarlığı seviyesinin cinsiyete göre değişip değişmediğini ortaya koymak için yapılan bağımsız örneklem t-testi neticesinde, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Kadınların sağlık okuryazarlığı ortalamaları (3,34), erkeklerin ise (3,22) olarak bulunmuştur. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların erkek veya kadın olmasının sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde bir etkisinin olmadığı ortaya konmuştur. Bu sebeple H₂ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.10: Yaş Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	X	SS	X ²	P
21-26 yaş arası	164	3,45	0,55		
27-32 yaş arası	62	3,10	0,48		
33-38 yaş arası	54	3,23	0,45	5,760	0.01
39-44 yaş arası	11	3,43	0,54		
44 ve üzeri	15	3,31	0,39		

Tablo 4.10' da Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin katılımcıların yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı saptamak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda, sağlık okuryazarlığı puanlarının gruplar arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p<0.05$). Bu sebeple H₃ hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının en yüksek olduğu yaş grubu (3,45) ortalama ile 21-26 yaş aralığıdır.

Bunu sırasıyla 39-44 yaş, 44 ve üzeri yaş, 33-38 yaş aralığı takip etmektedir. Bu gruplar arasında en düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan ise (3,10) ortalama ise 27-32 yaş aralığıdır.

Tablo 4.11: Meslek Türü Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	X	SS	X ²	P
Doktor	40	3,28	0,64		
Hemşire	99	3,65	0,48		
Tıbbi Sekreter	32	2,65	0,60	9,289	0.01
Sağlık Teknikeri	72	3,25	0,61		
Diğer	63	2,90	0,62		

Tablo 4.11' da Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin katılımcıların meslek türü değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı saptamak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonucunda, sağlık okuryazarlığının gruplar arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p < 0.05$). Sağlık okuryazarlığının en yüksek olduğu meslek grubunu (3,65) ortalama ile hemşireler oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla doktorlar, sağlık teknikerleri takip etmektedir. Sağlık okuryazarlığının en düşük olduğu meslek grubunu ise göz sağlığı okuryazarlığında olduğu gibi (2,65) ile tıbbi sekreterler oluşturmaktadır. Bu sebeple H_4 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.12: Toplam Görev Süresi Değişkeni Açısından Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	X	SS	X ²	P
0-5 yıl arası	164	3,28	0,65		
6-10 yıl arası	62	3,22	0,60		
11-15 yıl arası	54	3,21	0,59	2,456	0.326
15 yıl ve üzeri	26	3,15	0,52		

Tablo 4.12' de Sağlık okuryazarlığı seviyesinin toplam görev süresi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı saptamak için yapılan tek yönlü ANOVA analizi

sonucunda, sağlık okuryazarlığı seviyesinin gruplar arasında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görölmektedir ($p>0.05$). Toplam görev süresi 0-5 yıl olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamaları (3,28), 6-10 yıl arası olanların (3,22), 11-15 yıl arası olanların (3,21), 15 yıl ve üzeri olanların ise (3,15) olarak bulunmuştur. Yapılan bu analiz sonucunda, katılımcıların toplam görev süresinin 0-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 15 yıl üzeri aralıklarında olmasının sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu sebeple H_5 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.13: Göz Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Göz Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ¹	1									
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ²	0,658**	2								
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye ulaşma ³	0,614**	0,880**	3							
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye anlama ⁴	0,717**	0,567**	0,880**	4						
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye değerlendirme ⁵	0,612**	0,577**	0,765**	0,877**	5					
Tedavi ve hizmet ile ilgili bilgiye kullanma uygulama ⁶	0,687**	0,475**	0,502**	0,923**	0,877**	6				
Hastalıklardan korunma/Sağlığın	0,826**	0,667**	0,767**	0,819**	0,718**	0,658**	7			

geliştirilmesi ile ilgili bilgiye ulaşma ⁷										
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye anlama ⁸	0,895**	0,618**	0,895**	0,867**	0,444**	0,594**	0,587**	8		
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye değerlendirme ⁹	0,915**	0,865**	0,915**	0,689**	0,532**	0,598**	0,693**	0,697**	9	
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgiye kullanma/uygulama ¹⁰	0,559**	0,665**	0,585**	0,658**	0,512**	0,666**	0,757**	0,593**	0,586**	10

****p<0.01**

Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda, göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif, aynı yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,658^{**}$ $p<0.01$).

Buna göre, sağlık çalışanlarının göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeylerinde de artış gözlemlenmektedir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre araştırmanın ana hipotezi (H_1) kabul edilmiştir.

Korelasyon analizi yorumlanırken aşağıdaki değerlendirme kriterleri baz alınmıştır (Köklü ve diğ., 2006):

r değeri	İlişki
0.00	İlişki yok
0.01- 0.29	Düşük düzeyde ilişki
0.30- 0.70	Orta düzeyde ilişki
0.71- 0.99	Yüksek düzeyde ilişki

Tablo 4.14: Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Beta	T değeri	P değeri
Değişkenler			

Bağımlı Değişken: Göz Sağlığı Okuryazarlığı			
Bağımsız Değişken: Sağlık Okuryazarlığı	0,658	15,139	0.00

R=0,658 R²=0,433 F=229,199 P=0,000

Yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, sağlık okuryazarlığının göz sağlığı okuryazarlığı üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre sağlık okuryazarlığı göz sağlığı okuryazarlığını yüksek seviyede (R=0,658 R²=0,433 F=229,199 P=0,000) açıklamaktadır. Regresyon varsayımları ile ilgili yapılan analiz sonucunda çoklu bağıntı ve eş varyanslılık problemi ile karşılaşılmadığından ve hata terimleri normal dağıldığından elde edilen modelin göz sağlığı okuryazarlığını açıklamak için kullanılması istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.15: Hipotez Tablosu

Hipotez Adı	Hipotez	KABUL/RED
H ₁	Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki bulunmaktadır.	KABUL EDİLDİ
H ₂	Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır	REDDEDİLDİ
H ₃	Yaş değişkenine göre katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır	KABUL EDİLDİ
H ₄	Meslek türü değişkenine göre katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır	KABUL EDİLDİ

H₅ Toplam görev süresi değişkenine göre **REDDEDİLDİ**
katılımcıların göz sağlığı okuryazarlığı
düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri
anlamli şekilde farklılaşmaktadır



5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Yapılan analizler sonucunda çalışmamıza katılan kadınların sağlık okuryazarlığı ile erkeklerin sağlık okuryazarlığı arasında cinsiyete göre anlamli şekilde farklılaşmamaktadır. (Soysal, vd., 2020) yapmış olduğu çalışmada sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet değişkeni incelenmiş ve sonuçta cinsiyet değişkenine göre sağlık okuryazarlığı arasında anlamli bir fark bulunmamıştır. (Değerli,2018) yapmış olduğu çalışmada cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamli bir farklılık bulunmamıştır. (Okyay, vd, 2016) çalışmasında sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet değişkeni arasında anlamli farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda cinsiyet değişkenine göre göz sağlığı okuryazarlığı ilişkisi incelendiğinde katılımcıların kadın ve erkek olmasının göz sağlığı okuryazarlığında anlamli bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada cinsiyet değişkenine göre göz sağlığı okuryazarlığı ilişkisi incelendiğinde kadınların göz sağlığı okuryazarlığı erkeklere

göre daha yüksek bulunmuştur (Öndeş, 2020) Literatürde çalışmamızı destekleyen ya da farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır.

Bu çalışmada olduğu gibi kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Güven,2016). Yaş değişkenine göre sağlık okuryazarlığı incelendiğinde sağlık okuryazarlığının en yüksek olduğu yaş 21-26 yaş aralığındadır. En düşük sağlık okuryazarlığın olduğu yaş grubu 27-32 yaş aralığına göre sağlık okuryazarlığı anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Yapılmış başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu yaş 28-37, en düşük sağlık okuryazarlığına sahip 48-60 yaş grubundakiler olduğu gözükmemektedir (Güven,2016). (Soysal, vd,2020) yapmış olduğu çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaş değişkeni karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık olmamıştır.

Değerli, (2018) yaptığı çalışmada yaş değişkeni ve sağlık okuryazarlığı incelendiğinde aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda meslek türü değişkeni açısından değerlendirildiğinde göz sağlığı okuryazarlığı arasında anlamlı bir farklılaşma mevcuttur. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığının en yüksek olduğu meslek türü hemşireliktir. Göz sağlığı okuryazarlığının en yüksek olduğu meslek doktorluk olarak belirlenmiştir. Yapılan farklı bir çalışmada ise göz sağlığı okuryazarlığı ve meslek türü değişkeni arasında anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır (Öndeş, 2020).

5.2. Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetleri sunumunun hasta odaklı olması ve hastaların sistem içinde daha çok var olması, kendi bakımlarında daha aktif bir rol üstlenmeleri ve daha çok sorumluluk alabilmeleri için sağlık okuryazarlığının yüksek olması gerekmektedir. Bunun için sağlık sistemi içinde, sağlığa ulaşma konusundaki adaletsizliklerin giderilmesi gerekmektedir. Türkiye’de 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı uygulanmaya başlanmıştır. Programın amacı: sağlığa erişimde eşitsizliğin ortadan kaldırılması, halkın sağlığa kolay erişebilirliğinin artırılması ve sağlık için harcanan maliyeti daha fazla düşürmektir. Bu durum ancak kaynakların daha etkin kullanılması ile mümkündür.

Sağlık çalışanlarının hasta odaklı çalışması ve hastalarla sürekli iletişim halinde olunması sebebiyle, sağlık iletişimin önemini ortaya koymaktadır. Literatür incelendiğinde göz sağlığı okuryazarlığı ile ilgili çalışma sayının az olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık

okuryazarlığının arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple çalışma göz sağlığı okuryazarlığı üzerine literatüre katkı sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasında ki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan çalışmada sağlık kurumlarında faaliyet gösteren sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin var olup olmadığını ve demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını aramaktadır. Edinilen verilere göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Göz sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach alfa değeri (0,94), sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach alfa değeri (0,92) olarak saptanmış her iki ölçek de yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Göz sağlığı ve sağlık okuryazarlığı tanımlayıcı istatistikler göz sağlığı okuryazarlığının ortalamasını kolay, sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ortalamasını kolay aralıkta saptamıştır.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığını saptamak amacıyla yapılan normallik analizi sonucunda; Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk analizi sonuçlarına bakıldığında $p > 0.05$ olduğundan veriler normal dağılım göstermektedir.

H₁: hipotezini test etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda; göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasında beklenildiği üzere anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki pozitif, aynı yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyi beklenildiği gibi artmaktadır. H₁ hipotezi kabul edilmiştir.

Yaş değişkenine göre göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı incelendiğinde H₂: hipotezini test etmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda; göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının cinsiyet değişkenine göre değişmediği ortaya çıkmıştır. Araştırmayı tasarlarken kadınların sağlık okuryazarlığının, erkeklere göre daha yüksek çıkacağını tahmin ettik. Beklenilmedik üzere aralarında anlamlı bir fark oluşmamıştır. H₂: hipotezi reddedilmiştir.

H₃: hipotezini testini test etmek için yapılan ANOVA analizi sonucu; göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasında yaş gruplarına göre beklenildiği üzere anlamlı şekilde farklılaşarak H₃: hipotezi kabul edilmiştir. Göz sağlığı okuryazarlığı seviyesinin en yüksek olduğu yaş aralığı (3,35) ortalama ile 33-38 yaş arasındadır. Sırasıyla 45 yaş ve üzeri, 39-44 yaş, 21-26 yaş aralığı takip eder. En düşük göz sağlığı okuryazarlığına sahip olan (2,99) ortalama ile 27-32 yaş aralığıdır. Yaş değişkenine göre sağlık okuryazarlığı değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının en

yüksek olduğu yaş (3,35) ortalama ile 21-26 yaş aralığıdır. Sırasıyla 39-44 yaş, 45 ve üzeri, 33-38 yaş takip etmektedir. En düşük sağlık okuryazarlığı (3,10) ortalama ile 27-32 yaş aralığıdır.

H4: hipotezini test etmek amacıyla yapılan ANOVA analizi sonucu, sağlık okuryazarlığı ve göz sağlığı okuryazarlığı en yüksek çıkacak meslek grubunu doktorlar olarak tahmin ettik. En yüksek göz sağlığı okuryazarlığına sahip meslek gurubu beklenildiği üzere doktorlar olarak tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığında ise beklenmedik üzere en yüksek sağlık okuryazarlığına sahip meslek grubu hemşireler olarak tespit edilmiştir. Meslek değişkenine göre en yüksek göz sağlığı okuryazarlığı (3,72) en yüksek ortalama ile doktorlardadır. Sırasıyla hemşireler, sağlık teknisyenleri en düşük sağlık okuryazarlığı ise (2,58) ortalama ile tıbbi sekreterlerdedir. Sağlık okuryazarlığı meslek türü değişkenine göre incelendiğinde en yüksek olduğu meslek grubu beklenenin aksine doktorlar yerine hemşirelerin (3,65) ortalama ile sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Sırasıyla doktorlar, sağlık teknisyenleri, en düşük sağlık okuryazarlığının olduğu meslek grubu (2,65) ortalama ile tıbbi sekreterler olmuştur.

H5: hipotezini test etmek amacıyla yapılan ANOVA analizi sonucunda Göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı görev süresi değişkenine göre incelendiğinde çalışma süresinin göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı farklılaşmadığı görülmüştür. Araştırmanın tasarlanmasında uzun çalışma süresine sahip katılımcılar için daha yüksek göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı beklenirken, beklenilenin aksine anlamlı bir farklılık olmamıştır H5: hipotezi reddedilmiştir.

Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda beklenildiği üzere, göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif, aynı yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, sağlık çalışanlarının göz sağlığı okuryazarlığı düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeylerinde de artış gözlemlenmektedir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre araştırmanın ana hipotezi (H1) kabul edilmiştir.

Göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki pozitif, aynı yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyi beklenildiği gibi artmaktadır.

Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, sağlık okuryazarlığının göz sağlığı okuryazarlığına etkisinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre sağlık

okuryazarlığı göz sağlığı okuryazarlığını yüksek seviyede ($R=0,658$ $R^2=0,433$ $F=229,199$ $P=0,000$) açıklamaktadır.

Göz sağlığı okuryazarlığına ait literatür incelemesinde yerli çalışmaların azlığı bilinmektedir. Sonraki çalışmalara kaynak olması için çalışmaların arttırılması, göz sağlığı okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi ve ayrıca göz sağlığı okuryazarlığını arttırıcı eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.



6. KAYNAKÇA

Adak, N. (2015). Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları, Atatürk Üniversitesi AOF <https://docplayer.biz.tr/56215966-Saglik-sosyolojisinin-temel-kavramlari.html> e.15.07.2021

Aggleton, P. (1991). *Health J&L Composition Ltd.* London. ISBN 10: 0415008166 ISBN 13: 9780415008167

Ağca, A. (2007). *Presbiyopinin Cerrahi Tedavisi İçin Acufocus Corneal Inlay (ACI) İmplantasyonunun Etkinlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi.* Uzmanlık tezi istanbul.

Akbulut, Y. (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi*, yayın no:3, ISBN 978-605-36-178-9 syf113.

Akgül yılmaz, vd, (2018) Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmeti Memnuniyeti: İstanbul Örneği Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi Cilt: 40, Sayı: 2, Aralık 2018, ISSN: 2149-1844, ss/pp. 347-369 DOI: 10.14780/muiibd.511035

Akroman, A. (2011). Alphabétiser : Comment et pourquoi ? Abidjan, Edilis,

Aldemir, A. (2003). *Bilgiye erişimde yeni yaklaşım*. ANKARA: bilgiye erişimde değişen yollar ve 2.tıbbi bilgi yönetim ve teknolojileri sempozyum kitabı *Bilgi Dünyası*, 8(2), syf 326-328.

Aydın, P., Akova, Y. (2001). *Temel göz hastalıkları*. Ankara: Güneş kitabevi.ISBN 9789752775923

Baker, D., Parker, R., & Williams, M. (1998). Health Literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*.13 (12), 791-798. Doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x

Barret, S., Puryear, J. (2006, november). *journal of health care for the poor and underserved*. muse.jhu.edu. e.02 01, 2021

Bolsoy, N., Sevil, Ü. (2006) *Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi* Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9, Sayı: 3, syf 78-87

Bowling A. (1991) *Measuring Health*. Open University Press, Milton Keynes

Bulutoğlu, K. (2003). Kamu Ekonomisine Giriş: Demokraside Devletin Ekonomik Bir Kuramı, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları, s. 263. ISBN:975-08-0570-4

Buyurgan, S., Demirdelen, H. (2009). Total kör bir öğrencinin öğrenmesinde dokunma,ışitsel bir bilgilendirme, hissetme ve müze. *Türk eğitim bilimleri dergisi* 7(3), 563-580.

Center for Disease Control and Prevention. (2009). improving health literacy for older adults. *expert panel report* . USA. <https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/olderadults-508.pdf> e.15.04.2021

Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4nd ed.). ISBN-13 978-1-4522-2610-1, ISBN: 1-4522-2610-5 Thousand Oaks, CA: Sage.

Çelikay, Osman;ve ark. (2016). *İlköğretim okulu öğrencilerinde göz sağlığı taraması sonuçlarımız*. Ankara: Türkiye Klinikleri Ophthalmol cilt:25, sayı:4, doi: 10.5336/ophthal.2015-48981.

Çınarlı, İ. (2008) *Sağlık İletişimi ve Medya*.ISBN:978-605-395-121-6 Ankara

Dadacı, Z., Öncel Acır, N., & Borazan, M. (2015). Göz polikliniğine başvuran ilköğretim dönemindeki çocuklarda kırma kusurları ve ambliyopi sıklığının değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. Cilt:15 sayı:3

Değerli, H. (2018), Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi Ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Algılarına Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Dever, A. (1991). (second edition), *Community Health Analysis, Global Awareness at the Local Level* (Gaithersburg, Maryland AN Aspen Publication).Cilt:55 Sayı:5 doi:10.1016/S0001-2092(07)68667-0

- Dirani, M., Sheker, S., & Baird, P. (2008). Evidence of shared genes in refraction and axial lenght: the genes in myopia gem twin study. *Invest Ophthalmol Vis sci*,49 (10) 4336-4339. DOI:10.1167/iovs.07-1516
- Du Sautay, P. (1966). La planification et L'organisation des programmes d'alphabetisation des adultes Afrique. *Guides pratiques pour extrascolaire 4* (s. 19). UNESCO. <https://excerpts.numilog.com/books/9782402207904.pdf> e.15.04.2021
- Erdoğan, E., Asyalı, A., Demirbay, P., Köklü, G., & Fırat, E. (2001). Emetrop ve miyop gözlerde aksiyel uzunluk ve kornea parametrelerinin karşılaştırılması. *MN Oftalmoloji*, cilt:8 sayı:1 26-28.
- Erkoç, Y., Çom, S., Keskinlik, B., & Karakaya, K. (2011). *sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü* . Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. ISBN 978-975-590-361-3 Bakanlık yayın: 814
- Erol, N. (2005). *Göz hastalıkları, Esen Ofset Matbaacılık, 2005, Eskişehir*
- Freire, P. (1974). *La pedagogie des opprimes suivi de conscientisation et revolution*. Paris: Maspero. volume 30, pp. 62-64;
- Gülen, M., Ay, M. O., Avcı, A., Acehan, S., & İçme, F. (2014). Oftalmolojik Aciller. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, cilt: 23 sayı 2 syf:303-327
- Güneş, F. (1992). *Yetişkinlere Okuma Yazma Öğretimi*. çıraklık ve yaygın eğitim genel müdürlüğü yayınları .
- Güneş, F. (1996). *yetişkin eğitimi*. Ankara: ocak yayınları.
- Güneş, F. (2000). *okumayazma öğretimi ve beyin teknolojisi*. Ankara: ocak yayınları.
- Güneş, F. (2019). Okuryazarlık Yaklaşımları. *Sınırsız Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, cilt:4 sayı: 3 syf:224-246.
- Gürdal, F. (2020). *katarkt hastalarında göziçine yerleştirilen asferik torik gil ve asferik monofokal gil sonrası optik performansların değerlendirilmesi*. Ankara : T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi. Uzmanlık tezi 03 06, 2021
- Güven, A. (2016). *Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi*. Ankara: Hacettepe üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü sağlık kurumları yönetimi anabilim dalı, Yüksek Lisans Tezi,
- Hepşen, İ., Everiklioğlu, C., & Bayramlar, H. (1998). *Emetrop Ortaokul Öğrencilerinde Yoğun Okumanın Miyopi Oluşumuna Etkisini Prospektif İncelenmesi: İlk Sonuçlar*. *İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, cilt:5 (2) sayfa148-152.
- İnceoğlu, N. (2010). *Kırma kusurları ile korneanın biyomekanik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilimdalı.Uzmanlık tezi
- Institute of Medicine. (2004). *A Prescription to end confusion, the national academies press*. Washington DC: health literacy. PMID: 25009856 Bookshelf ID: NBK216032 DOI: 10.17226/10883
- Kaplan, A. (2019). Metil alkol zehirlenmesi. Ş. Şimşek içinde, *Göz Kliniği Bülteni*. Ankara: Anadolu kitabevi.ISBN:978-605-67794-4-2
- Kaplan, M. (20.10.2016). Kültürel Bir İnşa Süreci Olarak Sağlık:Kavramsal Ve Tarihsel Bir Bakış. *Dört Öge*. Yıl:5 sayı:10 syf:11-18

Karadayı, K., Çiftçi, F., Akın, T., Yıldız, T., & Bilge, A. (2005). Yapay Gözyaşı İle Refraksiyon Değişikliği. *T Oft Gazetesi sayı 25*, 191-196.

Karasar, N., (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Nadir Kitap Yayınlar. ISBN:9786055426583

Kendir Çopurlar, C., & Kartal, M. (2016). what is health literacy? how to measure it? why is it important? *Turkish journal of Family Medicine and Primary Care*,10(1) syf 42-47. DOI: 10.5455/tjfmpe.193796

Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). sağlığın tanımı: başaııkma. *journal of istanbul kùltür üniversitesi*(3), 47-49.

Kickbusch, I. (2004). improving health literacy in the europen union: towards a "Europe of infomad and active health citizes" 7th europe health forum Gastein. A key priority for enabling good health in Europe http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Fact_Sheets.pdf e.18.02.2021

Kırağ, N. (2016). *Hemşirenin yürüttüğü saplık geliştirme programının ilkokul öğrencilerinin göz sağlığını koruma davranışlarına etkisi*. izmir: Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü halksağlığı hemşireliği anabilimdalı, Doktora tezi,

Klein, A., Suktitipat, B., Duggal, P., Lee, K., Klein, R., Bailey-Wilson, J., & Klein, B. (2009). Heritability analysis of spherical equivalent axial lenght, corneal curvature, and anterior chamber depth in the beaver dam eye study .*Arch Ophthalmol*. 2009 May; 127(5): 649–655.. DOI: 10.1001/archophthalmol.2009.61

Larson, J. (1991). *The Measurement of healty concepts and Indicators*. ISBN:0-313-27339-1. ISSN:0886-8220.

https://books.google.com.tr/books?id=LxVpxE8u0GgC&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false 15.03.2021

Liesegang, T., Skuta, G., & Cantor, L. (2007). *Clinical Optics* (Cilt 3). USA: American Academy of Ophthalmology. ISBN: 978-1-5655-791-3

Mancuso, J. (2009). Assement and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and health science*, 77-89. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x> e.20.03.2021

Muhittin, T. ve Balıkoğlu Yılmaz, M. (2012) *Çocuklarda Konjonktivit Türk Pediatri Arşiv Dergisi sayı 47 syf240-246 DO I: 10.4274/tpa.927*

Nutbeam, D. (2000). a challenge forcontemporary health education strategies into the 21st century. *HealthLiteracy as a public HealthGoal, Health Promotion International, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259–267,*

Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *journal of social science & medicine* 67, 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050> e.20.03.2021

Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary,WHO health education and health promotion unit*. switzerland. Vol.13. No. 4.https://www.researchgate.net/profile/Don-Nutbeam/publication/12979284_The_WHO_health_promotion_glossary/links/542022590cf203f155c2aa6e/The-WHO-health-promotion-glossary.pdf e.20.03.2021

Okyay, P (Ed.) ve Abacıgil, F (Ed.) (2016), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

Ottowa sözleşmesi (1968). 20 Mart 1954 8663 sayılı Resmî Gazete

- Öndeş, S. (2020). *18 Yaş Üstü Bireylerin Göz Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. İzmir T.C. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık tezi
- Öz, F., & Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik dergisi*, Volume 16, Issue 3, 82-89.
- Özkan, B. (2020). *Komplikasyonsuz katarakt cerrahisinin retina üzerine etkisinin optik koherans tomografi anjiyografi ile değerlendirilmesi*. Adana, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi uzmanlık tezi,
- Özmen, S. (2018) *Sağlık İletişimine Giriş İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Sağlık İletişimi S-9 17*
<http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/saglikiletisimiau226.pdf> 20.03.2021
- Öztürker, Z. (2006). *Lasik sonuçlarımız.Uzmanlık tezi* İstanbul: Beyoğlu Göz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.
- Parker, R. (1995). The Test Of Functional Health Literacy İn Adults A Ne Instrument For Measuring Patients Literacy Skills. *Journal Of General Internal Medicine*, Oct;10 (10):537-41. DOI: 10.1007/BF02640361
- Paudel, P., Thi Yen, P., Kovai, V., & ark. (2019). *Okul Göz Sağlığı Geliştirmenin Vietnam'da Çocukların Göz Sağlığı Okuryazarlığına Etkisi*. *Health Promotion International* ,cilt:34 sayı:1 113-122. Doi:https://doi.org/10.1093/Heapro/Dax065
- Polat, C. (2006). Bilgi Çağında Üniversite Eğitimi İçin Bir Açılım. *A.Ü Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi* 30, 249-266.
- Robinson, J. and Elkan, R. (1996), *Health needs assessment: theory and practice*. London: Churchill Livingstone.
- Sattarpanah Karganroudi, S. (2020). *Farklı Kırma Kusurlarında Sikloplejinin İridokorneal Açığa Pentacam İle Değerlendirilmesi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi
- Seedhouse, D. (1986). *Health: The Foundations for Achi*. John Wiley Sons ltd. Nurs Times. 1986 Jan 22-28;82(4):36-8.
- Slee, V.N et all (1996). *Health Care Terms* Tringa press Saintpoul, Minnosota
- Sezer, S. (2009). *Açık açılı glokom bulgularında glokomatöz optik sinir başı hasarı progresyonunun izlenmesinde heideleberg retina tomografisi3 cihazı glokom modülü verilerinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi Şanlıurfa: Harran Üniversitesi.
- Sezgin, D. (2011). *Çelişkiler, Alternatifler Ve Sağlık İletişimi*. *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*, 140-150. ISBN: 9789755396002
- Sezgin, D. (2013_a). Sağlık İletişimi . *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi Özel Sayı 3*, 73-92.
- Sezgin, D. (2013_b). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Ankara üni.İletişim fakültesi*, 74-92.
- Simonds, S. (1974). Health education as social policy. *health education monographs* 2(1) , 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102> e.25.03.2021
- Somunoğlu, S. (1999), *Kavramsal Açıdan Sağlık*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* cilt:4 sayı:1

Soysal, A. ve Obuz, E. (2020). Sağlık Okuryazarlığı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 17 (2), 1198-1217. DOI: 10.33437/ksusbd.677560

Sönmez S. *İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Anne ve Çocuk Sağlığı Ders Notu*. http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/cocukgelisimilisans_ao/annev ecocuksagligi.pdf. E. 21.08.2021

Tabak, R.S. *Sağlık iletişimi. İstanbul literatür yayınları* ISBN: 9789758431007

T.C Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> e. 15.08.2021

T.C Sağlık Bakanlığı. (2013). T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı . Türkiye. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1k%20istatistik%20y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1%202013.pdf>. E.21.08.2021

T.C Sağlık Bakanlığı.(2021). TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü;: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/gonore/liste/gonore.html> e.10.07.2021

T.C Sağlık Bakanlığı (2016) *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeklerigüvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması* ISBN : 978-975-590-594-5 Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1025 Baskı : 1

Talay Dayangaç, G. (2017). *Retinal ven tıkanıklığı hastalarında diğer göz santral korneal kalınlık ile sağlıklı gönüllülerde sağlıklı korneal kalınlıklarının oct ölçümleri ile karşılaştırılması. uzmanlık tezi* İzmir: İzmir kuzey sekreterliği Tepecik eğitim ve araştırma hastanesi göz hastalıkları kliniği.

Tatar M. ve Tatar F. (1997) "*Sağlığın Ölçülmesi:Kavramsal Bir Çerçeve*".cilt.12 sayı78.

Tekin, A. (2007). *Sağlık-Hastalık Olgusu Ve Toplumsal Kökenleri*. Isparta: Süleyman Demirel Ünivesitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilimdalı, YL tezi,

Tözün, M., & Sözman, M. K. (2014). *Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi Ve Temel Kavramları* . *Smyrna Tıp Dergisi* derleme .syf 58-62

Türk Dil Kurumu (2011), *Genel Sözlük*

Türk Oftalmoloji Derneği, (2021). Tıbbi Retina Birimi Halka Yönelik Web Sayfaları, <https://www.todnet.org/html/todnet.asp?a=tib2> | e: 20/07/2021

Unesco. (1982). *mexico city declaration on cultural policies world conference on cultural Policies*, (S. 26 July-6 August). Mexico City. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505> e.15.06.2021

Unesco. (2016). *Lire Le Passe Ecrire L'avenir, La Promotion De L'alphabetisation Ces 50 Dernieres Anees Une Breve Analyse* . Paris, Fransa. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/unesco-promoting-literacy-over-five-decades-fr.pdf> e.15.06.2021

Unicef. (1990). *Herkes İçin Eğitim Dünya Beyannamesi Ve Temel Öğrenme İhtiyaçlarının Karşlanması İçin Hareket Çerçevesi* . ISBN: 9280600664 9789280600667 Ankara, Türkiye.

- Üçpunar, E. (2014). *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması* . Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YL tezi
- Vardarlier, P., Öztürk, C. (2020). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Rolü Sosyolojik Düşün Dergisi, Cilt/Volume: 5 – Sayı/Issue: 1 1-18,
- Velis, J.-P. (1990). *Lettre d'illettrie:Nouvelles d'une contree recemment redécouverte dans les (pays industrialises*. Paris: Edition La Decouverte Paris UNESCO . ISBN / ISSN: 2707119172 (Éd. La Découverte) 9232026511 (UNESCO)
- Yağcı, A., & Eğrilmez, S. (2001). *sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu optisyenlik bölümü Görme optiği*. Türkiye Optik ve Optometrik Meslekler Birliği-Derneği <https://docplayer.biz.tr/1237274-Gorme-optigi-ve-refraksiyon.html> 20.04.2021
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). sağlık okuryazarlığı. *Taf Preventive medicine bulletin*, cilt:13 sayı:4 syf:321-326.
- Yanoff, M., & Duker, J. (2018). *Optics and refraction* . London: ophtalmology. Paperback ISBN: 9780323528207 eBook ISBN: 9780323528214 Hardcover ISBN: 9780323528191
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F, Greer, & D.S. (2006). *Advancing health literacy, a framework for understanding and action* . USA: john wiley&sonsinc. ISBN: 978-0-787-98433-5. Temmuz 2006.
- Zheng, Y., Lamoureux, E., Chiang, P., & et al. (2011). literacy is an independet risk factor for vision impairment and poor visual functioning. *ophthalmol* , Vol.52, 7634-7639. doi:<https://doi.org/10.1167/iovs.11-7725>.

7. EKLER

Ek 1: Bilgi Formu

Sn. Katılımcı

Bu araştırma yüksek lisans tez çalışması kapsamında yapılmakta olup, amacı sağlık kurumlarında faaliyet gösteren sağlık çalışanlarının göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini saptamak ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Bu yüzden lütfen aşağıdaki sorulan içtenlikle cevaplayınız. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır, Birinci bölümde demografik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde göz sağlığı okuryazarlığı anketi, üçüncü bölümde sağlık okuryazarlığı anketi bulunmaktadır.

Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Pelin GÖKÇE BULUT

a. **Cinsiyet:** K () E ()

b. **Yaşınız:** 21- 26 () 27-32 () 33-38 () 39-44 ()

45 ve Üzeri ()

c. **Çalıştığı Kurum:** Özel Hastane () Üniversite Hastanesi ()

d. **Eğitim durumu (mezun):** Lise () Lisans () Yüksek Lisans ()

Doktora ()

e. **Göreviniz:**

f. **Toplam Görev Süreniz:** 0-5 yıl arası () 6-10 yıl arası ()

11-15 yıl arası () 16 yıl ve üzeri ()

g. **Bulunduğunuz Hastanede çalışma süreniz:** 0-5 yıl arası ()

6-10 yıl arası () 11-15 yıl arası () 16 yıl ve üzeri ()

h. Haftalık Çalışma saatiniz: 0-40 saat () 41-50 saat () 51-60 saat () 61+ ()

i. Çalışma Şekliniz: Sürekli gündüz () Sürekli gece () Vardiyalı ()

j. Çalışma birimi isteyerek mi seçtiniz? Evet () Hayır ()

k. Şu an çalışmakta olduğunuz birimde çalışma nedeniniz:

Uzmanlık alanım olduğu için/eğitimime uygun ()

Kendi isteğimle görevlendirildim ()

İsteğim dışında görevlendirildiğim için ()

GÖZ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdaki durumlar sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Zor	Zor	Kolay	Çok Kolay	Bilmiyorum
1.Göz sağlığını korumak ile ilgili yeterli bilgiyi edinmek.					
2.İki yılda bir göz uzmanı tarafından rutin göz kontrollerinin olduğunu hatırlamak.					
3.Çocuklukta erken dönemde düzeltilmeyen görme problemlerinin ileriki yıllarda ambliyopi (göz tembelliği) geliştirebileceğini bilmek.					
4.Göz tembelliğinde uygulanan kapama tedavisi ile görmeyi en üst düzeye çıkarıp gözün görmesinin artırıldığını bilmek.					
5.Gözünde kırma kusuru olan hastaların en az yılda bir kere kontrol yapması gerektiğini bilmek.					
6.Kontakt lenslerle de kırma kusuru düzelebildiğini, net bir görüş sağlandığını bilmek.					
7.Kontakt lens takılı iken havuz, duş, sauna gibi ortamlara girme konusunda doğru kararı vermek.					
8.Kontakt lens kullanımı sırasında gözümde oluşabilecek kızarıklık, ağrı, sulanma gibi olumsuz şikâyetleri değerlendirmek.					
9.Konjonktivitın bulaşıcı bir göz enfeksiyonu olduğunu ve bulaşın önlenmesinde alınması gereken gerekli önlemleri bilmek.					
10.Glokomun görme sinirlerinde harabiyete neden olan ilerleyici görme kaybı ile sonuçlanan sinsi bir hastalık olduğunu bilmek.					
11.Ailede glokom hastalığı bulunduğunda periyodik göz kontrollerini yaptırılması gerekliliğini bilmek.					
12.Glokomun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu bilmek.					
13.İlaçla tedavi edilemeyenlere cerrahi tedavi uygulanacağını bilmek.					
14.Gözümde ağrı, kızarıklık, görme kaybı geliştiğinde keratit, üveit, glokom gibi ciddi bir göz hastalığı olabileceğini ve hemen göz doktoruna gitmem gerektiğini bilmek.					
15.Kataraktın ileri yaş hastalığı olduğu gibi gençlerde, bebeklerde hatta doğuştan olabileceğini bilmek.					
16.Kataraktın tedavisinin cerrahi olduğunu bilmek.					
17.Yaşlılık, bazı ilaçların kullanımı, güneş ışığına yoğun maruziyet, diyabet (seker) hastalığının katarakta yol açtığını bilmek.					
18.Kan şekeri ne kadar kontrolsüzse göz etkilenmesinin fazla olduğunu bilmek.					
19.Diyabet hastalarının periyodik göz muayenelerini yaptırmasının önemini bilmek.					
20.Yaşlılığa bağlı bazı hastalarda görme merkezinde bozulma gelişebileceğini bilmek.					

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdaki durumlar sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Zor	Zor	Kolay	Çok Kolay	Bilmiyorum
1.Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2.Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3.Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8.Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9.Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10.Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11.İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					

12.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13.Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14.Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15.Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16.Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17.Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19.Fazla kilo, yüksek tansiyon gibi sağlık için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak.					
22.Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak.					
23.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak.					

24.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek.					
25.Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak.					
26.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek.					
27.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak.					
28.Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek.					
29.Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek.					
30.Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek.					
31.Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak.					
32.Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak.					

Ek 2: Gönüllü Olur Formu

Sizi “**Sağlık Çalışanlarında Göz Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** ” başlıklı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgiler

i aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

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

Katılımcının/Vasisinin/Velisinin Adı Soyadı:

İmza/Tarih:

Onama Tanıklık Eden Kişinin Adı Soyadı

İmza/Tarih

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Tayfun YEŞİLŞERİT

İmza:

Ek 3: Kurum İzin Yazısı

Ek 4: Etik Kurul Onayı

8.ÖZGEÇMİŞ

9.İNTİHAL RAPORU