



T.C.

UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN YAŞAM
KALİTESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BAKİ TOPALLAR

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. BERKAY EKİCİ

ANKARA, 2019

T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN YAŞAM
KALİTESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BAKİ TOPALLAR

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. BERKAY EKİCİ

ANKARA, 2019

KABUL VE ONAY

Baki TOPALLAR tarafından hazırlanan "**Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin İncelenmesi**" başlıklı bu çalışma, **25.06.2019** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gamze EKİCİ -Başkan



Doç. Dr. Berkay EKİCİ - Danışman



Dr. Öğr. Üyesi Aşlıhan ALHAN - Üye



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.




Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Ufuk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.


[Tarih ve İmza]

Baki TOPALLAR

ÖZET

TOPALLAR, Baki. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.

Bu çalışmanın amacı koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlık ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ilişkisini incelemektir. Çalışmamızda Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi kardiyoloji polikliniğine başvuran ardışık 88 hasta değerlendirildi. Dışlama kriterleri doğrultusunda 24 hasta çalışma dışında bırakılmış olup, 64 hastanın sağlık okuryazarlık (SOY) seviyelerinin ölçümü ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Koroner arter hastalarının (KAH), sağlıkla ilgili konularda bilgi düzeyleri-yeterliliklerinin değerlendirilmesinin yanında, sağlık okuryazarlık düzeyleri, kronik hastalıkları, demografik özellikleri ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma verileri bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren anket, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY) ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile yapılmıştır.

Çalışmamızda KAH olan bireylerin genel olarak ASOY ve NSP alt parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir. ASOY- Tedavi Hizmetleri alt kategorilerden sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konuları ile NSP alt parametrelerinden Enerji Seviyesi ($p=0,005$ $r=-0,346$), Fiziksel Aktivite ($p=0,001$ $r=-0,410$) ve NSP toplam skoru ($p=0,014$ $r=-0,308$) arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir.

ASOY- Hastalıklardan Korunma alt kategorilerden sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konuları ile NSP alt parametrelerinden Enerji Seviyesi ($p=0,005$ $r=-0,350$), Ağrı ($p=0,012$ $r=-0,315$), Emosyonel Reaksiyon ($p=0,026$ $r=-0,280$), Fiziksel Aktivite ($p<0,001$ $r=-0,491$) ve NSP toplam skoru ($p=0,006$ $r=-0,344$) arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir.

ASOY- Sağlığın Geliştirilmesi alt kategorilerden Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konuları ile NSP alt parametrelerinden Enerji Seviyesi ($p<0,001$ $r=-0,544$), Ağrı ($p<0,003$ $r=-0,457$),

Emosyonel Reaksiyon ($p=0,002$ $r=-0,381$), Fiziksel Aktivite ($p<0,001$ $r=-0,597$), Sosyal İzolasyon ($p=0,016$ $r=-0,325$), Uyku ($p=0,010$ $r=-0,323$) ve NSP toplam skoru ($p<0,001$ $r=-0,541$) arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir.

Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek koroner arter hastası olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu görmekteyiz.

Bireyin hizmet sunucu ile tedaviye ortak olması, kendisine önerilen olumlu sağlık davranışlarını benimsemesi ve uygulaması, tedavi sürecinde sağlık profesyonelleri ile iletişiminin yüksek olması bireyin sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler

Koroner Arter Hastalığı, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi, Koroner Arter Hastalığı ve Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

TOPALLAR, Baki. Analysing Quality of Life and Health Literacy Level of Individuals with Coronary Artery Disease, Master Thesis, Ankara, 2019.

The aim of this study is to investigate the relationship between health literacy and quality of life about health of Coronary Artery Patients. In this study a total of 88 consecutive patients have been evaluated admitting to the Ufuk University Faculty of Medicine, Department of Cardiology, Ankara, Turkey. 24 patients have been excluded from the study according to the exclusion criteria and health literacy levels and quality of life of 64 patients have been evaluated. The aim of this study is to achieve not only investigating competencies of knowledge levels on health related issues but also the relationship between health literacy levels, chronic diseases, demographic characteristics and quality of life about health. The study data consist of the European Health Literacy Scale, Nottingham Health Profile and especially the questionnaire containing the descriptive characteristics of the individuals.

In this study, generally it has been observed statistically significant negative correlations between the European Health Literacy Scale and Nottingham Health Profile sub-parameters in individuals with Kroner Artery Disease.

Statistical significant negative correlations have been observed between European Health Literacy Scale-Treatment Services sub-categories reaching to information, understanding information, evaluating information, using information for health-related issues and the Nottingham Health Profile sub-parameters, Energy Level ($p=0,005$ $r=-0,346$), Physical Activity ($p=0,001$ $r=-0,410$) and Nottingham Health Profile total score ($p=0,014$ $r=-0,308$). In addition, statistical significant negative correlations have been observed between European Health Literacy Scale, Disease Protection sub-categories reaching to information, understanding information, evaluating information, using information for health-related issues and Nottingham Health Profile sub-parameters, Energy Level ($p = 0,005$ $r = -0,350$), Pain ($p = 0,012$ $r = -0,315$), Emotional Reaction ($p = 0,026$ $r = -0,280$), Physical Activity ($p <0,001$ $r = -0,491$) and Nottingham Health Profile total score ($p = 0.006$ $r = -0.344$). And, statistical significant negative correlations have been observed between European Health Literacy Scale, Health Promotion sub-categories reaching to information, understanding information,


evaluating information, using information for health-related issues and Nottingham Health Profile sub-parameters Energy Level ($p < 0.001$ $r = -0.544$), Pain ($p < 0.003$ $r = -0.457$), Emotional Reaction ($p = 0.002$ $r = -0.381$), Physical Activity ($p < 0.001$ $r = -0.597$), Social Isolation ($p = 0,016$ $r = -0,325$), Sleep ($p = 0,010$ $r = -0,323$) and Nottingham Health Profile total score ($p < 0,001$ $r = -0,541$).

It has been observed that quality of life about health is better in individuals with Coronary Artery Disease with high health literacy level. The individual being a partner to treatment with the service provider, adopting and applying the positive health behaviors suggested to him, and having high communication with health professionals during the treatment process is very important for the health of the individual.



Keywords

Coronary Artery Disease, Health Literacy, Health Literacy and Quality of Life, Coronary Artery Disease and Health Literacy



İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No. |
|--|------------------|
| ÖZET..... | i |
| ABSTRACT..... | iii |
| İÇİNDEKİLER | v |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | x |
| GRAFİKLER DİZİNİ | xi |
| SİMGELER VE KISALTMALAR..... | xii |
| GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| BÖLÜM 1 | |
| GENEL BİLGİLER | |
| 1.1. OKURYAZARLIK KAVRAMI..... | 3 |
| 1.2. OKURYAZARLIK İLE İLGİLİ TANIMLAR..... | 3 |
| 1.3. OKURYAZARLIK TÜRLERİ | 4 |
| 1.3.1. Görsel Okuryazarlık..... | 5 |
| 1.3.2. Bilgi Okuryazarlığı | 5 |
| 1.3.3. Bilgisayar Okuryazarlığı..... | 6 |
| 1.3.4. Medya Okuryazarlığı | 7 |
| 1.3.5. Teknoloji Okuryazarlığı..... | 8 |
| 1.4. OKURYAZARLIKTA YETERLİLİK DURUMU..... | 9 |
| 1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI..... | 11 |
| 1.5.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Kavramsal Yapı | 14 |
| 1.5.2. Birey Ve Toplum İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi..... | 15 |
| 1.5.3. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bir Model | 17 |
| 1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SEVİYELERİ..... | 18 |
| 1.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER | 20 |

| | |
|--|----|
| 1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK SİSTEMLERİ İLİŞKİSİ..... | 21 |
| 1.9. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SONUÇLARI | 22 |
| 1.10. SAĞLIK ALGISI | 24 |
| 1.11. KORONER ARTER HASTALIĞI..... | 24 |

BÖLÜM 2

YAŞAM KALİTESİ

| | |
|---|----|
| 2.1. SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI..... | 28 |
| 2.2. YAŞAM KALİTESİ VE KORONER ARTER HASTALIĞI..... | 28 |

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

| | |
|--|----|
| 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ | 32 |
| 3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI | 32 |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ | 32 |
| 3.4. ÇALIŞMA MATERYALİ | 33 |
| 3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI..... | 33 |
| 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI..... | 33 |
| 3.7. NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ..... | 35 |
| 3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ | 35 |
| 3.9. ETİK KURUL ONAYI..... | 36 |
| 3.10. ARAŞTIRMA PLANI | 36 |

BÖLÜM 4

BULGULAR

| | |
|---|----|
| 4.1. ARAŞTIRMA GRUBUNUN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ..... | 37 |
| 4.1.1. Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi | 37 |
| 4.1.2. Hastaların Eğitim Durumu Grafiği | 37 |
| 4.1.3. Meslek Grubuna göre Cinsiyet Dağılımı | 38 |

| | |
|--|----|
| 4.2. AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ MADDE DAĞILIMINA GÖRE YANIT YÜZDELERİ | 39 |
| 4.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımı Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı..... | 42 |
| 4.2.2. Araştırma Grubunun Yaş Aralığı..... | 43 |
| 4.2.3. Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi | 43 |
| 4.2.4. Cinsiyet ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... | 44 |
| 4.2.5. Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi..... | 45 |
| 4.2.6. Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi) ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki İlişkisi..... | 45 |
| 4.2.7. ASOY ve Yaşam Kalitesi Ortalama Değerleri (n=64) | 46 |
| 4.2.8. Demografik özelliklerden Yaş ve Nottingham Sağlık Profili İlişkisi..... | 46 |
| 4.2.9. Demografik özelliklerden Vücut Kütle İndeksi (VKİ) ve Nottingham Sağlık Profili İlişkisi | 47 |
| 4.2.10. Sağlık Okuryazarlığı Seviyesine Göre Demografik Verilerin Yaşam Kalitesi İle Olan İlişkisi | 47 |
| 4.2.11. ASOY ve Yaşam Kalitesi Parametreleri Arasındaki İlişki..... | 48 |
| 4.2.12. ASOY Seviyelerine Göre Başlangıç Demografik Veriler ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeyleri..... | 50 |
| 4.2.13. Cinsiyete Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Demografik Veriler | 51 |
| 4.2.14. Öğrenim Düzeyi, Demografik Veriler ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi İlişkisi | 51 |
| BÖLÜM 5 | 52 |
| TARTIŞMA | 52 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 62 |
| KAYNAKÇA..... | 65 |
| EKLER | 74 |
| EK 1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği | 74 |
| EK 2. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu..... | 76 |
| EK 3. Nottingham Sağlık Profili..... | 77 |

| | Sayfa No. |
|--|------------------|
| EK 4. Bilgilendirilmiş Onay Formu..... | 78 |
| EK 5. Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu | 79 |
| ÖZGEÇMİŞ | 80 |



TABLULAR DİZİNİ

| | Sayfa No. |
|--|------------------|
| Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri..... | 19 |
| Tablo 2: Flanagan'ın İnsan Yaşamındaki Önemli Alanlar Sınıflaması. | 30 |
| Tablo 3: Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri..... | 37 |
| Tablo 4: Araştırma Grubunun Meslek Grubuna Göre Cinsiyet Dağılımı..... | 38 |
| Tablo 5: ASOY Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri..... | 39 |
| Tablo 6: Genel ve Üç Boyuttaki Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımı Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı..... | 42 |
| Tablo 7: ASOY ve Yaşam Kalitesi Ortalama Değerleri | 46 |
| Tablo 8: ASOY ve Yaşam Kalitesi Parametreleri Arasındaki İlişki..... | 48 |
| Tablo 9: ASOY Seviyelerine Göre Başlangıç Demografik Veriler ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeyleri | 50 |
| Tablo 10: Cinsiyete Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ve Demografik Veriler..... | 51 |
| Tablo 11: Öğrenim Düzeyi, Demografik Veriler ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi İlişkisi..... | 51 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | Sayfa No. |
|---|------------------|
| Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları | 14 |
| Şekil 2: Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı..... | 15 |
| Şekil 3: Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlık Bakım Sürecine Katılım ve Sağlık Sistemi Arasındaki Olası Yollar | 18 |
| Şekil 4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler | 21 |
| Şekil 5: Araştırma Planı..... | 36 |



GRAFİKLER DİZİNİ

| | Sayfa No. |
|---|------------------|
| Grafik 1: Araştırma Grubunun Eğitim Durumu Grafiği | 37 |
| Grafik 2: Araştırma Grubunun Yaş Aralığı Grafiği | 43 |
| Grafik 3: Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre SOY Düzeyi | 43 |
| Grafik 4: Araştırma Grubunun Cinsiyete Göre SOY Düzeyi | 44 |
| Grafik 5: Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre SOY Düzeyi | 45 |
| Grafik 6: Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi) ve SOY Arasındaki İlişkisi | 45 |
| Grafik 7: Demografik Özelliklerden Yaş ve Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi) İlişkisi | 46 |
| Grafik 8: Demografik Özelliklerden Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ve Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi) İlişkisi | 47 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|---------------|--|
| A | : Ağrı |
| AMA | : Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü |
| ASOY | : Avrupa Sağlık Okuryazarlığı |
| DM | : Diabetes Mellitus |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ER | : Emosyonel Reaksiyon |
| ES | : Enerji Düzeyi |
| FA | : Fiziksel Aktivite |
| HL | : Health Literacy (Sağlık Okur Yazarlığı) |
| HT | : Hiper Tansiyon |
| IOM | : Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) |
| KAH | : Koroner Arter Hastalığı |
| KOAH | : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| Mİ | : Miyokart İnfarktüsü |
| NSP | : Nottingham Sağlık Profili |
| PCI | : Perkutan Koroner Girişim |
| SI | : Sosyal İzolasyon |
| SOY | : Sağlık Okuryazarlığı |
| U | : Uyku |
| UNESCO | : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization |
| VKİ | : Vücut Kütle İndeksi |

GİRİŞ VE AMAÇ

Problemin Tanımı ve Önemi

Okuryazarlık, kişilerin kendilerini geliştirmede, hedeflerine ulaşmada, toplumsal yaşamda ve iş hayatındaki rollerini sürdürmede, sorunlarını çözmede yeterli düzeyde okuma, yazma, konuşma ve bilgiyi işleme kabiliyeti olarak tanımlanır (National Institute For Literacy, 1991, s. 102-173).

SOY; kişilerin sağlıkları ile ilgili doğru sağlık kararları alabilmeleri için gerekli olan temel sağlık bilgi ve hizmetlerine ulaşma, edindiği bilgileri işleme ve anlama düzeyi ile ifade edilmektedir (HHS U.S. Department of Health and Human Services, 2000; Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kındıg, 2004).

SOY, sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artıran, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılması, sağlık hizmeti alanlar için karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan bir öge olarak belirtilmektedir (Ishikawa & Yano, 2008, s. 113-122).

Literatürde, SOY düzeyi yetersiz olan kişilerin hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgilerinde, kronik hastalılar ile ilgili öz bakım ve hastalık sürecini yönetmede ayrıca sağlık bakım sistemine erişmek açısından gerekli olan beceriler açısından yetersizlik, sağlık harcamalarında ve mortalite oranlarında artma ayrıca sağlık bakım hizmetlerinden az faydalandığı belirtilmektedir (Mancusa, 2008, s. 248-255; Tokuda Y., Doba, Butle, & Paasche-Orlow, 2009, s. 411-417).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bakılmaksızın SOY düzeyinin tüm dünyada düşük olduğu görülmektedir. Örneğin, Avusturya'da toplumun %60'ının SOY düzeyi sağlığı korumak için optimal kabul edilen sınırların altında yer aldığı; Amerika'da yetişkin nüfusun yaklaşık %50'si sağlık bilgilerini anlama ve hayata geçirmede zorluk yaşadığı belirtilmektedir (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kındıg, 2004).

Bu çalışmanın başlıca amacı; KAH olan bireylerin SOY düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. KAH olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri, SOY düzeyleri ve sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak incelenmiştir. Çalışmamızda, demografik ve kişisel bilgilerin yer aldığı form, ASOY Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili kullanıldı. Uygulanan

anketlerde hastaların sosyo-demografik özellikleri, kronik hastalıkları ile birlikte SOY düzeyleri ve Nottingham sağlık profili total skoru, ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel aktivite, uyku durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.



BÖLÜM 1

GENEL BİLGİLER

1.1. OKURYAZARLIK KAVRAMI

Okuryazarlık başlığı altında söz konusu kavram ile ilgili yapılan tanımlar ve gelişimi, kavrama ilişkin dinamikler ve etkileri ele alınacaktır. Okuryazarlık konusu ile ilgili yapılan tanımlardan yola çıkarak okuryazarlık çeşitlerine değinilerek okuryazarlığın günümüzde nasıl bir etkisi olduğuna değinilecektir.

1.2. OKURYAZARLIK İLE İLGİLİ TANIMLAR

Okuryazarlığın kavramsal olarak durumuna bakıldığında “okumak” ve “yazmak” fiillerinden meydana geldiğine ve umumi manada ele alındığında ise simgelerin kullanarak oluşturduğu yazı ve yazıların (sembollerin) seslendirilmesi fiilini hatırlattığı görülmektedir. Bu çağrışımlar (hatırlatmalar) yaşadığımız yer küreyi okumamıza yardımcı olan araçlardır. Burada kullanılmış olan dünya (yer küre) sözcüğü en geniş anlamı ile değerlendirildiğinde “bilgi, beceri ve sosyal hayatımızın bir yanı olan etkileşim normlarını” ifade etmektedir (Türkoğlu, 2016, s. 3).

İngilizce “literacy” olarak adlandırılan, dilimizde; “Okuryazarlık” olarak isimlendirilen bu kavramın okuma ve yazma fiilinin bir araya getirilmesi anlamını ifade etmektedir. Kavramın geçirdiği gelişim süreci göz önüne alındığı zaman okuryazarlığın ilk okuma ve yazmadan çok daha kapsamlı bir olgu olduğu dikkat çekmektedir.

Okuryazarlık toplumlarda gelişmişliğin kriterlerden biri olarak tüm dünyada kabul edilmiştir. Ülkelerin devlet politikalarında önemli bir yer tutmaktadır. Okuryazarlık günlük hayatımızda farklı şekillerde karşımıza çıkmakta ve kullanılmaktadır. Genel olarak ifade edecek olursak okuma ve yazma eylemine sahip kişilere okuryazar, okuryazar olmak ve bu eylemi kullanmaya ise okuryazarlık denilmektedir. Okuryazar olamama durumuna ise genel olarak öğrenim görmemiş, bilgisiz olmak ile ifade edilir.

Bireyin toplumsal yaşam içinde varlığını koruya bilmesi ve sürdürebilmesi yaşam kalitesi standartlarını sağlayabilmesi becerilerinin ilk sırasında okuryazarlık

kabiliyeti yer almaktadır. Okuryazar olma durumu bireyin sosyal yaşantısında ekonomik, sosyal ve kültürel olarak bireye katkıda bulunur. Yaşam ve koşullarını çok daha iyi anlamlandırıp kendi yaşamı üzerinde kararlar almayı kolaylaştırarak daha etkin rol almasını sağlar.

Bilgi edinmenin en kolay yollarından biri olan okuryazarlık bireyin tüm yaşamı boyunca devam etmektedir. Sadece bilgi edinmek ile sınırlı kalmayıp bireyin okuma eylemi ile öğrenilen bilgilerini yaşamına aktarması, davranış ve alışkanlıklarına, edinilen yeni ve doğru kavramlara göre şekillendirmesi önem arz etmektedir. Daha geniş bir ifade ile bir dili eksiksiz düzeyde konuşabilmede, kişinin toplumsal yaşamında ve iş yaşamında iş gereklerini yerine getire bilmede, kendisini ve bilgisini ilerleterek amaçlarına erişmede, sorunlarını gidermede ayrıca bilgiyi tasnif etmede ve işlemede okuma yazma temellindeki becerisidir.

Bireyin toplumdaki amaçlarına ulaşması ve bilgi dağarcığını geliştirmesi için yazılı ve sözlü bilgileri aktif bir şekilde kullanması gerekmektedir.

Günümüzde okuryazarlık kavramı tüm yaşamı ilgilendiren, onunla devam eden, hareketli, kazanılan bilgi ve becerinin yaşamda etkin bir şekilde kullanılmasını kapsayan bir terimdir. İlgili okuryazarlıktan ulaşılan bilgi ve beceriyi karşılaştığı problemlerde kullanmayan bireyler için okuryazar kavramının kullanılması doğru değildir. Bireyin okuryazar kavramının kullanılması doğru değildir. Bireyin okuryazar olduğunu söyleyebilmek için, okuryazarlığa müteveccih bilgi ve becerisinin bireyde gözle görülür bir değişime neden olması gerekmektedir. Bu varyasyon ferdin kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmesinin yanı sıra sosyal olayları idrak etmesine kadar birçok alanda çeşitlilik gösterir (Kara, 2017, s. 16) .

1.3. OKURYAZARLIK TÜRLERİ

UNESCO' nun 1970'lerden beri sıklıkla kullandığı “İşlevsel Okuryazarlık” ifadesi, bilinen okuryazarlık kavramından da öte, eskiden edinilmiş bilgiler ile yeni öğrenilen bilgiler arasında bağlantı kurabilme, istidlal ve yeni dizgeler oluşturabilme gibi keyfiyetleri de çevreleyerek yayılmıştır. 2000’li yıllardan itibaren eğitimin gelişip değişmesi ile öğretim ile ilgili uygulamalar yeni ifadelerle birleşerek anlam sahası genişlemiştir. Bilgi kavramının ortaya koyulması ile farklı ortamlarda sunulması bilgi teknolojilerinin yapılandırmasına neden olmuştur. Teknolojik sağlık reformları ile yeni

okuryazarlık ve çoklu okuryazarlık çeşitleri ortaya çıkmıştır. Çoklu zekâ faaliyetleri, disiplinler arası bakış, değişim istekleri, farklı kültürel yapı ve toplum gereksinimlerinin değişimi okuryazarlık çeşitliliğini arttırmıştır. Ayrıca okuryazarlık beklentileri arasında yeni beklentilerin oluşmasına neden olmuştur (Üçpınar, 2014, s. 6) .

Kişilerin sosyal ve kültürel birikimlerinden yararlanmaları, bilginin tasnifi, işlenmesi, etkin ve verimli bir şekilde değişimler oluşturmaları okuryazarlık ile mümkündür. Buradan da anlaşılacağı üzere bilginin informe edilmesi ve içselleştirilmesi kadar, kazanılan bilgilerden yeni okuryazarlık türlerinin oluşturulması da çok önemlidir.

1.3.1.Görsel Okuryazarlık

Görsel okuryazarlığı “resimsel veya grafikli görüntülerde takdim edilen bilgiyi okuma, anlama ve anlama becerisi” olarak isimlendirilmektedir. Görsel okuryazarlık ile ilişkili olan, “her türden bilgiyi çevirme kabiliyeti, grafik veya bilgiyi göndermeye yardımcı olan formlara dönüştürme yeteneği” olarak tanımlanan görsel düşüncedir (Stokes, 2001, s. 12).

Görsel okuryazarlık günlük yaşantımızda sık sık kullanılan türlerden biridir. Özellikle görsel tasarımlarla birçok şey anlatılma yoluna gidilmektedir. Günlük yaşantımızda oldukça sık karşılaşılan grafikler, afişler, simgeler ve logolardan fertlerden kendilerine verilmek istenen olumlu iletileri anlamlandırarak bilgi sağlarlar. Sağlık hizmetlerinde kamuoyunu bilgi vermek için oldukça sık kullanılan usullerden biridir. Birkaç örnek verecek olursak halk sağlığı hizmetleri alanında obezite ile mücadelede bilgilendirmelerde, Aile Sağlığı Merkezlerinin yürüttüğü hizmetlerin tanıtılmasında, sunulan hizmete erişim kolaylığının tanıtılmasında vb. şekilde sık kullanılan bir okuryazarlık türüdür.

1.3.2. Bilgi Okuryazarlığı

Okuryazarlık türlerinden bir diğeri olan bilgi okuryazarlığı kavram olarak soyuttur. Düzgün şekilde paketlenmiş, bir metafor olarak kuramsal bir ifadedir. Simgesel olarak, bilgi okuryazarlığı bilgiyi kullanma kabiliyetini temsil ediyor gibi görünür (Behrens, 1994, s. 316-317).

ABD’ de en sık kullanılan terimlerden biri olan bilgi okuryazarlığı, 1980’lerin sonunda ve 1990’larda ve halen günümüzde düzenli olarak kullanılmaktadır (Jacobson, 2011, s. 62-63).

Enformatik ihtiyaçlarını tanımak ve bilgiyi dinamik bir şekilde tanımlama, değerlendirme ve kullanmak için geniş bir tanım yapılmıştır (Bruce, 1999, s. 33-47).

Medya okuryazarlığı araştırmalarında çok fazla karşımıza çıkan ve 1990’ların ortalarında modern dijital araçları kullanmak için gereksinim duyan teknik becerilerle birlikte kullanılan bir ifadedir. Bu kavram 2000’lerin sonlarında genel olarak kütüphaneciler tarafından kullanıldı ve şimdi kavram, internet gibi dijital kaynakları kullanmak ve doğru becerileri, davranışları ve tavırları etkili yönetebilmek amacıyla bir süreç olarak görülen bilginin ifadesi olarak göze çarpmaktadır.

Bilgi okuryazarlığı kavramı ile hayatın içinde ilgili alanlarda kullanımı, eleştirilmesi ve değerlendirilmesi şeklinde kullanılmaktadır. Bireyin tüm yaşamı boyunca en çok kullandığı okuryazarlık türlerinden biridir. Karşılaştığı, yaşamını ilgilendiren bilgileri anlamlandırmak, ihtiyaç duyduğu bilgiye ulaşmada kaynakları en etkin bir şekilde kullanma ve edindiği bilgileri de anlama kabiliyeti şeklinde de ifade edebiliriz.

1.3.3. Bilgisayar Okuryazarlığı

Bilim ve teknik bilginin hızlı bir şekilde geliştiği toplumda bilgisayar kullanmak kişinin becerisine ve bilgi seviyesine yüksek düzeyde katkı sağlamaktadır. Bilginin hızla yükselmesi ile beraber kişinin bilgiye rahatça ulaşması, bilgisayarın getirdiği yeniliğe duyulan gereksinimi fazlalaştırmaktadır (Demirli, 2018, s. 8-9) .

OECD, bir öğrencinin bilgisayar okuryazarlığı hedeflerini;

- a) Bir bilgisayar tertibatındaki başlıca bulunan yazılımın ve ekipmanın işlevselliği,
- b) Programları ve uygulamaların kontrol edilmesi ve kullanılması,
- c) Algoritmik düzende ki sorunların çözümlenmesi,
- d) Bilgi teknolojilerindeki etik, toplumsal ve ekonomik sonuçların belirlenmesidir.

Bilgisayar kullanımı iyi olan bir kişi, bilgisayarı gündelik hayatında etkin ve etkili bir biçimde kullanabilir. Bilgisayar okuryazarlığının genel manada başlıca üç boyutu vardır (Benzer, Aksaya, Çiftci, Saraç, Bağcı, & Çömek, 2012, s. 3-4) .

İletişim ve bilgi teknolojileri hayatın her aşamasında oldukça yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Bireyin bu teknolojileri ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde kullanabilmesi hayatını kolaylaştırmaktadır. Sektörel olarak hizmet alan ve hizmet sunan açısından örneklendirecek olursak; Hastane bilgi teknolojilerinin sunmuş olduğu laboratuvar hizmetlerinden tetkik sonuçlarına ulaşmada yapılan kolaylığı verebilir. Birey Laboratuvar sonuçlarına sistem üzerinden bulunduğu her ortamdan ulaşabiliyor ve bunu paylaşabiliyor. Bu örnekte değinmek istediğimiz nokta bilgisayar teknolojilerinin kullanımının hizmet veren ve hizmet alan bazında kolaylığını ve hızını anlatmaktır. Yine sağlık sektöründe merkezi hasta randevu sistemi de örnek olarak verilebilir. Birey sağlık kuruluşuna gitmeden ilgili dal hekiminden randevusunu uygun saate oluşturabiliyor. Yukarıda verdiğimiz örnekleri çoğaltabiliriz. Bilgisayar Okuryazarlığı ile bu kolaylıklardan daha etkin faydalanarak fertler hayatı kolaylaştırmada daha etkin rol almaktadır.

1.3.4. Medya Okuryazarlığı

Medya okuryazarlığı, kişinin medya karşısında nasıl konumlandığı ve nelere maruz kaldığını anlamlandıran bakış açısıdır. Medya okuryazarlığı konusunda yüksek bilgiye sahip olanlar, medyaya ilişkin güçlü ve geniş bakış açısına sahiptirler. Bu bireylerde medyadaki mesajları farklı açılardan anlamlandırabilme yorumlama kabiliyeti bulunurken, medya okuryazarlığı düşük olan bireylerde ise güçsüz ve sınırlı bakış açısıyla medyadaki mesajların sadece yüzeysel yorumlamasını yapabilmekle kalmaktadırlar (Türkoğlu, 2016, s. 27-28).

Medya okuryazarlığı “çeşitli bağlamlarda mesajlara erişme, analiz etme, değerlendirme ve yaratma becerisi” olarak tanımlanmıştır.

ABD'nin 1992'de yayımladığı “Medya Okuryazarlığı Ulusal Liderlik Konferansı” tarafından yapılan bu tanım, birçok rekabet ortamının var olmasına rağmen, geniş çapta kabul görmektedir. Bununla birlikte, medya okuryazarlığı araştırması ve ilgili eğitim girişimleri ve iletişim politikası, eğitimciler ve teknoloji uzmanları, politika yapıcılar ve eleştirel akademisyenler (Kritik Teori), yüksek kültürün savunucuları ve

kamusal ahlak savunucuları arasındaki gergin gerilimleri yansıtmaktadır. Medya okuryazarlığı daha çok özellikle görsel-işitsel okuryazarlık, dijital okuryazarlık, reklam okuryazarlığı, internet okuryazarlığı, film okuryazarlığı, görsel okuryazarlık, SOY vb. ile ilişkilidir. Son yıllarda “medya okuryazarlığı”, insanların değişen medya ortamı hakkında bildikleri ile belirli politika hedeflerini karşılamak için bilmeleri gerekenler arasındaki uçurumu kapatmak için tasarlanan politikalar ve girişimler dizisine işaret etmenin kestirme bir yolu haline gelmiştir (Livingstone & Van Der Graaf, 2010, s. 250-258).

Bilgi teknolojilerinin yoğun bir şekilde kullanımı ile medyanın hayatımızdaki yeri, hızı ve şekli daha fazla önem kazanmıştır. Medya okuryazarlığı çeşitli şekillerde karşımıza çıkarken diğer okuryazarlık türleri ile de yakın ilişki içerisinde. Medya okuryazarlığında iletişim araçları, bilgileri çözümleyip değerlendirerek topluma iletir. Bu iletişim sürecinde bireyin medya bilgilerini doğru anlamlandırması, kendi iletilerini oluşturma sürecine olumlu katkıda bulunur. Medya okuryazarlığı iletişim araçları ile gelen mesajları ve bilgileri doğru okuyarak çözümler ve bu iletilere eleştirel bakan bireylerin oluşmasına da fayda sağlamaktadır.

1.3.5. Teknoloji Okuryazarlığı

Problemlere çözüm bulma ve eleştirel düşünme yoluyla öğrenme sürecini geliştirmek için bilgiye ulaşmak, değerlendirmek, bütünleştirmek, oluşturmak ve iletişim kurmak için teknolojiyi etkili bir biçimde kullanma kabiliyetidir (Estes, 2017, s. 5-19).

Teknoloji okuryazarlığı, bir kişinin iletim ve iletişim kurmasına, sorunları çözümlere bilmesine ayrıca gelecekteki gelişmeler açısından yaşam boyu öğrenme kabiliyetlerini geliştirmesine yardımcı olur.

Teknoloji Becerileri: Teknoloji kullanma kabiliyeti açısından, herhangi bir bilimsel veya bilimsel olmayan mecrada teknolojiyi etkin bir biçimde kullanmak için sahip olması gereken bilgisayar becerileridir (Benton & Leland, 2014, s. 235).

Teknoloji okuryazarlığı, problem çözme ve eleştirel düşünme yoluyla öğrenme sürecini geliştirmek için bilgiye erişmek, değerlendirmek, entegre etmek, oluşturmak ve iletişim kurmak için teknolojiyi etkin bir şekilde kullanma becerisidir.

“Teknolojik Okuryazarlık, teknolojiyi kullanma, yönetme, değerlendirme ve anlama becerisidir”. Teknolojik okuryazarlık birbirine bağlı üç boyutu kapsar:

1. Bilgi,
2. İmgeleme ve hareket etme yolları,
3. Yetenekler (Shackelford, 2007, s. 1-3).

1.4. OKURYAZARLIKTAKİ YETERLİLİK DURUMU

Okuryazarlık yalnız bilişsel kabiliyetleri değil, sosyal tarafları da gerektiren çok yönlü bir terimdir. Kişilerin belli bir kabiliyete ve yeteneğe sahip olması için SOY’ un yeterli düzeyde ulaşması gereklidir. Bireylerin yeterli temel okuma ve yazmadaki becerileri yaşamın içindeki günlük hallerde etkin bir biçimde kullanabilmedir (Üçpınar, 2014, s. 9-10).

Literatürde altı boyutta ele alınan okuryazarlıkta yeterlilik durumu; Operasyonel (fonksiyonel), bilgisel, İnteraktif (etkileşim), kültürel, otonomi ve ortama dayalı olarak tanımlanmaktadır. Bu boyutlar SOY’ da bir gereksinim olarak görülmektedir.

Operasyonel Yeterlilik: Okuryazarlıktaki temel kabiliyetlerin gündelik yaşantı içinde oluşan durumlar etkin olarak kullanılmasıdır. Bu beceriler ve kabiliyetler, ilaçların etkileri ve yan etkilerinin okunması, kişinin kendi sağlığına ait bilgilerinin okunması, genel sağlık bilgilerinin bilinmesi, sağlık profesyonelleri aracılığıyla verilmiş olan sözlü veya yazılı bilgileri okuma, çözümlenme ve anlamlandırma kabiliyeti olarak tanımlanır (Demirli, 2018, s. 5-6).

Başka bir ifade ile örneklendirecek olursak; sağlık profesyonellerinin tedavi sürecinde vermiş olduğu bilgileri anlamlı hale getirme noktasında tedavi sürecine aktif katılmaktır.

İnteraktif Yeterlilik: Kişinin özgüvenin, yönetiminin güçlendirilmesi ayrıca sosyal bilincinin artırılması ve geliştirilmesi için çevresi ile işbirliğidir. Birey, sağlık profesyonelleriyle ortak kapsamda problemlerin merkezinde bulunmaktadır. Öz yönetim, birey sağlığının iyi haline getirilmesi ve güçlendirilmesi için kişi aracılığıyla alınan eylemlerden ve kararlardan oluşmaktadır. Bu nedenle, öz yönetim, gelişmiş

bilişsel ve okuma yazma becerileri ile beraber sosyal becerileri de içermektedir. (Uğurlu, 2011, s. 8-9).

Bireyin kendi sağlığı konusunda karar alabilmesi için öz yönetim düzeyinin sağlık profesyonelleri ile yapacağı diyalog ve etkileşimler bireyin öz yönetimini destekleyerek sunulan öneriler ve çözümlere aktif katılımını olumlu sağlık davranışının kazanılması yakından etkilemektedir.

Bilgisel yeterlilik: Sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini ölçme kabiliyetidir. Tıpta aktif bir inceleme alanı olan otorite ve geçerlilik kavramları, sağlık bilgisi için kritik birer kavramdır. Bilgisel yeterlilik, sağlık bilgisi alanında ihtiyaç duyduğu konularda farkındalığı, olası güncel bilgi kaynaklarını tanımlama, ilgili bilgiye erişime ulaşmada kullanılır. Stratejiler bilginin kalitesini özel durumlarda değerlendirerek, tahlil eder, kavrar ve sağlığa yönelik kararlarda aktif bir şekilde kullanmaktadır (Üçpınar, 2014, s. 5).

Kişinin kendi sağlığı konusunda edindiği bilgileri doğru bir şekilde ayırt etme, edinilen bilgileri hayatına uygulamada önemli bir yere sahiptir. Bu bilgileri nerden, kimden, nasıl ve güvenilirliği konusunda kişiye önemli katkı sağlamaktadır.

Otonomi Yeterliliği: SOY' da bireysel bir erk olarak nitelendirilmiştir. Kişiyeye sunulan sağlık bilgisinin analizini ve becerilerini kapsamaktadır.

Bilgiye Dayalı Yeterlilik: Herhangi bir sağlık bilgisinin otoritesini ve geçerliliğini belirleyen yetenektir.

Ortama Dayalı Yeterlilik: Çevresel konularda uzmanlık gerektiren yeterliliklerdir. Kişilerin kimileri sağlık ortamlarında rahatlık içinde iken, bir kısım kesim ise rahatlık içinde değildir. Sağlık alanlarında rahat olan kişiler, ortamda karşılaştıkları olayları daha iyi yorumladıkları ve etkileşim içinde buldukları zaman öğrenme gerçek düzeyde gerçekleşecektir (Demirli, 2018, s. 6).

Kültürel yeterlilik: Sağlık sistemi içinde bulunulan sosyal ortamdan, düşünce yapılarından, kural ve iletişimden, dinsel ve etik konulardan, alışkanlıklarından ve inandığı şeylerden etkilenmektedir. Bu nedenle bu açıdan değerlendirilme gereksinimine ihtiyaç duyulmuştur. İnanç sistemi, sosyal sistem gibi hayatın içinde oldukça önemli bir yere sahip olan olguların, uygulamaların anlamını yorumlama

yeteneğidir. Bireylerin kararlar alabilmesi ve bunları uygulayabilmesi, kişisel ve toplumsal özelliklerden oldukça yoğun bir şekilde etkilendiği için bu husus çok önemli bir şekilde göz önünde bulundurulmalıdır (Çimen, 2015, s. 106-117).

Bireyin bulunduğu, yaşadığı toplumsal yapının, iklimin, coğrafyanın ve inancın kültür üzerinde yapmış olduğu etkiler bireyin hayatında önemli bir yere sahiptir. Kişisel özellikleri oldukça yakından etkilediğinden dolayı ayrı bir öneme sahiptir.

1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için önemli bir bileşen olan SOY kavramı 1970’lerde ortaya çıkmış, son yirmi yılda üstünde yapılan çalışmalar yoğunlaşmıştır. SOY, okuryazarlığın daha genel düzeylerine bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO)’un belirlediği ve birçok ülkenin kabul ettiği tanıma göre okuryazarlığı; SOY, bireyin sağlığı, sağlıklı olmanın, yaşamının teşvik edilmesi ve sürdürülmesi için bilgiye erişme, anlama ve kullanma bilgisinin motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmıştır. SOY, broşürleri okumak ve başarılı bir şekilde randevu almaktan daha fazlasını ifade eder. İnsanların sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri etkili bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirerek, SOY’ un güçlendirilmesi için kritik öneme sahiptir (World Health Organization, 1998).

SOY’ un birçok tanımı yapılmıştır. Yapılan tüm tanımlar temelde sağlık kararları verebilmek için bilgiyi elde etme, işleme ve anlama becerilerini içerir. Bunlar arasında en sık kullanılan tanımlar Amerikan Tıp Birliği (AMA) tarafından SOY, “sağlık bakım ortamındaki işleyişin gerektirdiği temel okuma ve hesap yapma görevlerini yerine getirme yeteneğini içeren beceri grubu” dur (American Medical Association (AMA)., 1999). IOM ise SOY’ u “bireylerin uygun sağlık kararları verebilmeleri için ihtiyacı olan temel sağlık bilgisi ve hizmetini elde etme, işleme ve anlama kapasitesi” olarak tanımlamıştır (Nielsen, Panzer, & Kindig, 2004).

Okuryazarlık gibi SOY’ da sadece alfabeyi okuyabilmekten öte insanlara toplum içinde aktivitelere katılmak için güven ve gerekli becerileri sağlar. SOY, sağlık alanında bilgiye erişmeye ve etkili bir biçimde kullanmaya fayda sağlamaktadır. Ayrıca bilgi kapasitesini iyileştirmektedir (Erünel, 2017).

Kişilerin hayatlarının sağlıklı bir biçimde devam etmesi için, ilgili düzeyde SOY' un olması gereklidir. Toplum içindeki bireylerden, sağlık kararlarını yönlendiren, gerekli sağlık bilgisine sahip olan özelliklerden olması beklenmektedir. Kişilerin sağlık bilgisine ulaşmaları, ulaştıkları bilgiyi anlamlandırmaları, açıklamaları ve bir sonraki nesillere bırakmaları SOY açısından çok önemli olduğu yapılan tanımlardan da anlaşılmaktadır. SOY, yine hekim tarafında tavsiye edilen ilaçların kutu ve şişelerindeki kullanma talimatlarını, tedaviye katılım protokollerini, tıbbi bilgilendirme afiş ve broşürlerini, hekim açıklamalarını, tedavi izin formlarını, gerekli karmaşık sağlık hizmetleri ile baş etme kabiliyetini içine almaktadır. SOY kavramı, kişilerin doğru ve sağlıklı karar alınması sağlamak için ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisini ve hizmetini anlama, sağlama ve işleme düzeyi olarak adlandırılmaktadır.

SOY, toplumun yaşam kalitesini ve süresini artırma yönünde etki sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri verilirken, klinik becerilerin ve iletişimlerin kazanılmasına fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetinden yararlanan bireyler sağlık hakkında bilgi sahibi olmak istemektedirler. Kişilerin SOY ile kazanılan becerileri, bazı faktörlere göre değişme göstermektedir. Bu faktörler, kişinin hizmete erişme yatkınlığı, sağlık bilgisi, sağlık çalışanları, sağlık kurumları gibi özelliklere sahip olanlardır. Hizmete erişmede sağlıkla ilgili hususlarda ihtiyaç duyulduğunda sağlık kurumunu ve sağlık profesyonelinin seçme hakkı vardır. Ayrıca sağlık kabiliyetinden olan, sağlık bilgisini anlama ve sağlık sorununu anlatma bireyin SOY' undan kaynaklanmaktadır. Sağlık kurumlarında sağlık bakım hizmeti verenler, iletişim becerileri, kurumsal olanaklar ve işaret ve levhalar da sağlık bilgisi kapsamına girmektedir. SOY' da başka özellikler, yaşam dönemleri, sağlık inancını etkileyen eğitim, dil ve kültür farklılığıdır (Demirli, 2018, s. 16-17).

SOY, kişisel bakımın yanı sıra kamu ve kişisel sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. Kavramsal olarak, SOY dinamik ve sağlıkla ilgili kararlara sağlık bilgilerinin uygulanması, anlaşılması, değerlendirilmesi ve uygulanması için bilgi, motivasyon ve yetkinlikleri ifade eder.

ABD'de yapılan kapsamlı araştırmalar, düşük SOY' un hem bireyin sağlığı hem de sağlık sistemi üzerindeki etkisini belirtmiştir. SOY' un sağlık için bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Düşük SOY, tıbbi formları ve broşürleri okuyup anlama, randevu yapma ve tutma ve aşağıdaki ilaç talimatlarına uyma güçlüğüyle iyi bir sağlık çıktısı elde etmek veya korumak için bir engel görevi görebilir. Bu güçlükler,

okuryazarlık tecrübesinin düşük olduğu sosyal damgalama, hastalar tarafından daha da kötüleştirilebilir ki bu da sosyal destek ve tavsiye almak için bir engel oluşturabilir. SOY ‘u düşük olan hastalar, daha yüksek sağlık maliyeti çıktıları ile sonuçlanacak biçimde sağlıksızlık ve hastaneye yatma riskinin yüksek olduğu bir durumdur (İbrahim ve diğerleri, 2008, s. 449-455).

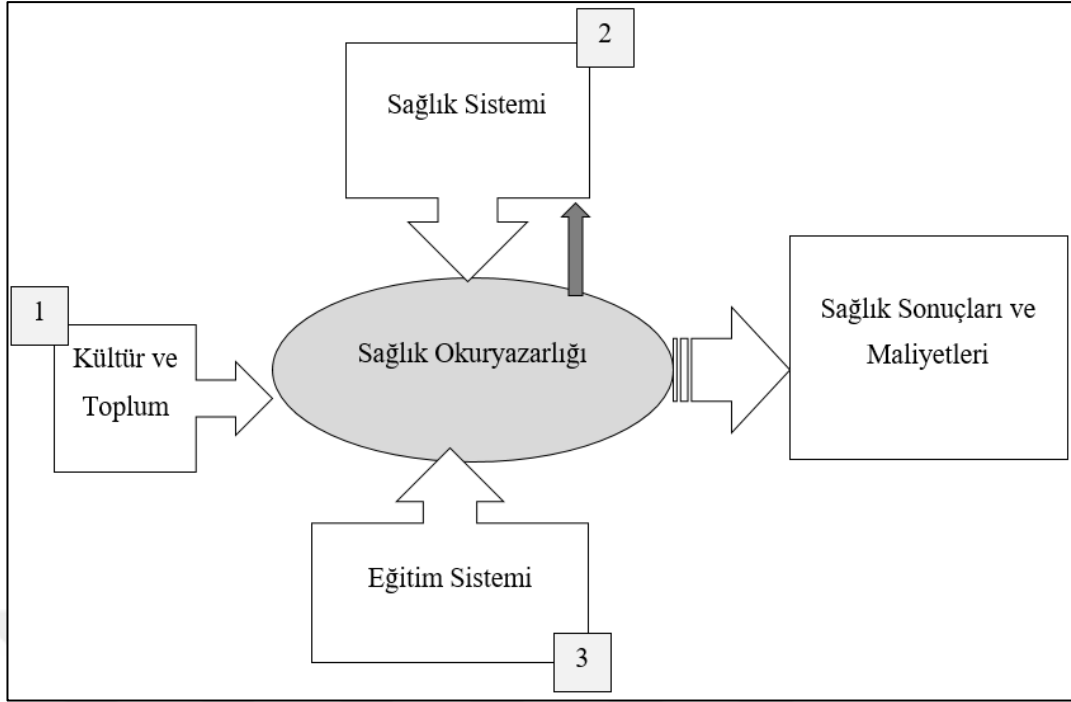
SOY, sağlık kararlarını uygun bir biçimde verebilmek için gereken temel sağlık bilgilerini, hizmetlerini elde etmek, işlemek ve anlamak için kişisel becerilerden bahsetmektedir (Tijssen, 2017, s. 446-454).

SOY, bir okuryazarlık alanı olarak kabul edilmiştir ve “bireylerin uygun sağlık kararlarını vermek için gerekli temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasiteleri ne derece” olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, SOY sadece okuma ve yazma becerisinden daha fazlasıdır, fakat bir sağlık bağlamında okuma yazma becerilerinin başarılı bir şekilde uygulanmasına ilişkindir.

SOY, bireyleri, sağlık sistemlerini ve sağlık profesyonellerini ilgilendiren bir kavramdır.

SOY, “kişilerin, en uygun sağlık kararını vermesi için gereken esas sağlık bilgisi ve hizmetleri alma, işlevlik kazandırma ve anlama düzeyidir (Baskaradoss, 2018, s. 172) .

Bireylerin geçirmiş oldukları eğitim süreci, yaşadıkları toplumsal ve kültürel öğeler, ayrıca ülkenin sağlık sisteminin yapısı SOY düzeyini yakından etkilemektedir. Bu faktörler sağlık çıktılarının ve sağlık ekonomisi kapsamında maliyetleri yakından etkilemektedir. Ülkelerin üzerinde önemle durduğu sağlık ekonomisi ve maliyetleri açısından, maliyet etkili, yaşam kalitesini artırıcı, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılarak daha sağlıklı bir toplum açısından çok önemli bir yere sahiptir. Aşağıdaki şekilde de SOY’ un potansiyel olarak etkilediği alanlar verilmiştir.



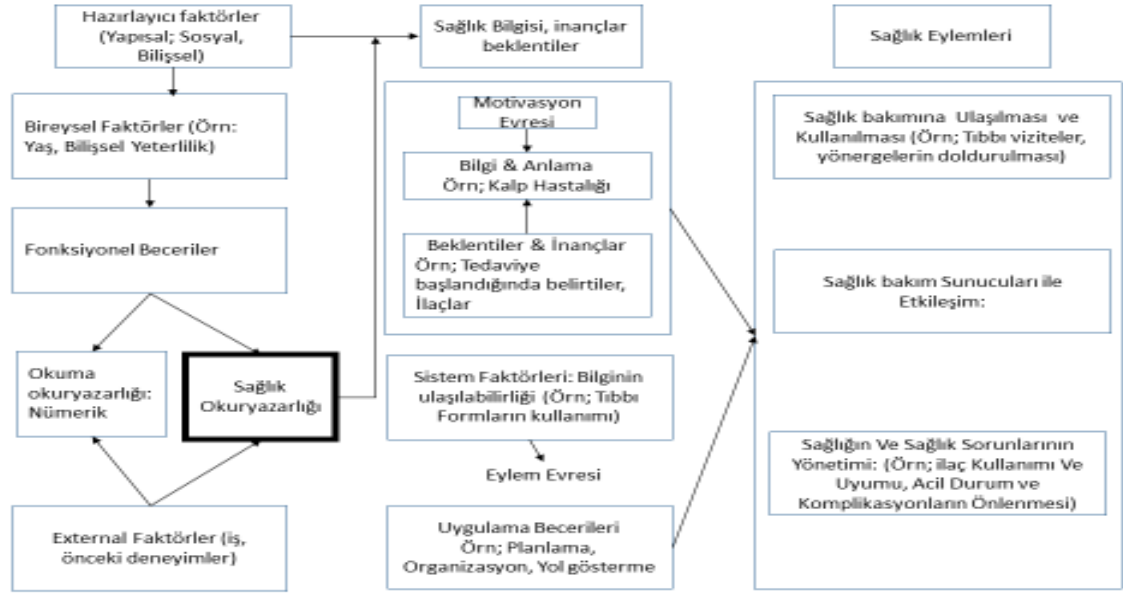
Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları

Kaynak: (Tanrıöver, Yıldırım, Çakır, & Akalın, 2014, s. 19)

1.5.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Kavramsal Yapı

1991’li yıllardan sonra SOY’ a yönelik farkındalık artmış ve birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçek birçok araştırmaya alan niteliğinde olmuştur. Kavramsal modeller ölçek üzerinden geliştirilen ölçekler ile değerlendirilmiş ve özellikle bireylerin becerilerine ve bilgilerine ek olarak SOY belli boyutlarda incelenmiştir (Tanrıöver, Yıldırım, Çakır, & Akalın, 2014, s. 19-20).

SOY’ konusunun önemi sevileri ve modelleri üzerinde artan yoğun çalışmaları da beraberinde getirmiştir. Tüm bu süreç ve özellikleri bireylerin sistem hakkında ayrıca tanı ve tedaviye erişimde bilgi edinmelerinin önemini artırmıştır. Bilgiye ve sunulan hizmete erişimdeki kolaylık tedavinin planlanması, uygulanması ve bireyin katılım sürecini artırmıştır. SOY bireyin tüm yaşamı boyunca sağlığı hakkındaki ihtiyaç duyduğu bilgilere ulaşmada, mevcut sağlık sisteminden yeterli düzeyde hizmete erişimde, tavsiye edilen tedavi sürecine aktif katılım sağlamasında ve karar vermesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Shone ve arkadaşlarının (2009) belirttiği gibi SOY’ un kavramsal yapısı Şekil 2’de görülmektedir.



Şekil 2: Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı

Kaynak: (Shone, Conn, & Halterman, 2009, s. 368–375)

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

1. Belli bir sağlık sistemine erişme ve etkin kullanma,
2. Sağlık bakım hizmeti verenlerle iletişim içinde olma,
3. Var olan hastalıkların yönetimi olmak üzere üç madde de ele alınmıştır.

Bu davranışlara ulaşmak için çevresel ve bilişsel etmenlerin hazırlayıcı olmakla beraber, kişisel etmenlerin, sahip olunan sosyal güvenlik kurumunun, iş hayatı ve önceki deneyimlerin okuryazarlığı etkilediği gibi doğrudan SOY' un da etkilediği belirtilmektedir. SOY' un bilgi, inançlar ve beklentilerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Shone, Conn, & Halterman, 2009, s. 368-375).

1.5.2. Birey Ve Toplum İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi

SOY' da yetersizlik olumsuz sağlık çıktılarına neden olur; SOY seviyesi düşük kişilerin kendi sağlıklarına yönelik doğru karar alması, bilgiyi sağlaması, sunulan sağlık hizmetlerden faydalanması, hastalık sürecinin yönetimi gibi konularda sorun yaşamaktadır.

Kişilerin bütün mevcut sağlık bilgisine gereksinimleri vardır. Yapılan bir çalışmada kişilerin ilaç kullanmaları, onam formları ve tıbbi kavramları gibi sağlıkla alakalı kavramları okumakta ve anlamakta zorluk yaşadığı görülmüştür. Bunun temel nedeni ise, oldukça fazla tıbbi kavramların kullanılmasıdır. Ayrıca bireylerin anlamadıkları konuları sormaktan çekindikleri belirtilmiştir. Bu husus, genellikle otokontrolün gerektiği ilaç kullanma ve kronik hastalıkları yönetme gibi problemlere yol açmaktadır (Sezer, 2012, s. 11-12).

SOY, toplumun sağlıklı yaşam sürecini, kalitesini arttırmakta ve sağlık hizmeti sunucularına tıbbi ve iletişim uygulama, klinik beceriler kazandırma, tedavi ve tanıya dâhil olma gibi ek öge sağlamaktadır.

Kişiler ve sağlık sistemi, eğitimdeki sistem, sağlıkla ilgili konular arasında işlevsellik özellik gösteren SOY bireyin yetiştiği sosyal yapıdaki kültürel öğelere dayanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması aktivitelerinin planlanması, uygulanmasında önemli bir yer tutan SOY' un toplum açısından önemi; ulaştığı ve davranış değişikliği oluşturduğu insan sayısının artışı, negatif sağlık neticeleri, kronik hastalıklardaki artış, sağlık bakımının maliyetlerindeki yükseliş, bilgi taleplerine yönelik artış, şeffaflık ve hakkaniyet olmak üzere vb. başlıklar üzerinde durulmuştur.

Düşük SOY seviyesinin kişiler üzerindeki etkilerini destekleyen çalışmalar günümüzde artmaktadır. Halk sağlığı, koruyucu sağlık hizmetlerini yetersiz düzeyde kullanımı, zamanında sağlık bakım hizmetine başvurmada gecikme, kişinin sağlık durumunu anlamasındaki bilgi eksikliği, sağlık hizmet sunucusunun tıbbi talimat/tavsiyelerine uymada yetersizlik, öz bakım ve öz yönetim yetersizliği ölüm nedenlerinde birer unsur olarak gösterilmektedir.

Gelişmiş veya gelişmemiş ülkelerde SOY kavramı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlıkta eşitsizliğin giderilmesi noktasında SOY' un önemli bir yere sahip olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda SOY ile ilgili yetersizliğin iyileştirilmesi, ülkelerin SOY eğitimine daha erken, çocuk döneminde başlatılarak ayrıca öğrenim süresince desteklenmesi ve yetişkin eğitimlerinin verilmesi önem arz etmektedir.

1.5.3. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bir Model

SOY, hasta bireylerin katılımı ve sağlık sistemi arasındaki olası yolları açıklarken daha önceki SOY çalışmalarından elde edilen kanıtlar, yeterli ve fonksiyonel SOY eksikliğinin daha kötü sağlık çıktısını gösterdiği gibi, iyiye doğru gidiş noktasında da katkıda bulunduğunu açıkça göstermektedir. Gelecekteki araştırmalar için, SOY ve sağlık sonuçları (Johnston, Diab, Kim, & Kirshblum, 2016, s. 230-240) arasındaki arabulucuları tanımlamak için teorik olarak yeni çerçeveler gereklidir, bu da SOY' un sağlıkla ilişkili nedensel etkilerini ve mekanizmalarını anlamamızı geliştirecektir (IkChoc, 2004, s. 1309-1321).

Sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerine giden yol olarak dört ara faktörü içeren sağlık hizmeti kullanımını SOY' a bağlayan bir kavramsal çerçeve önermiştir:

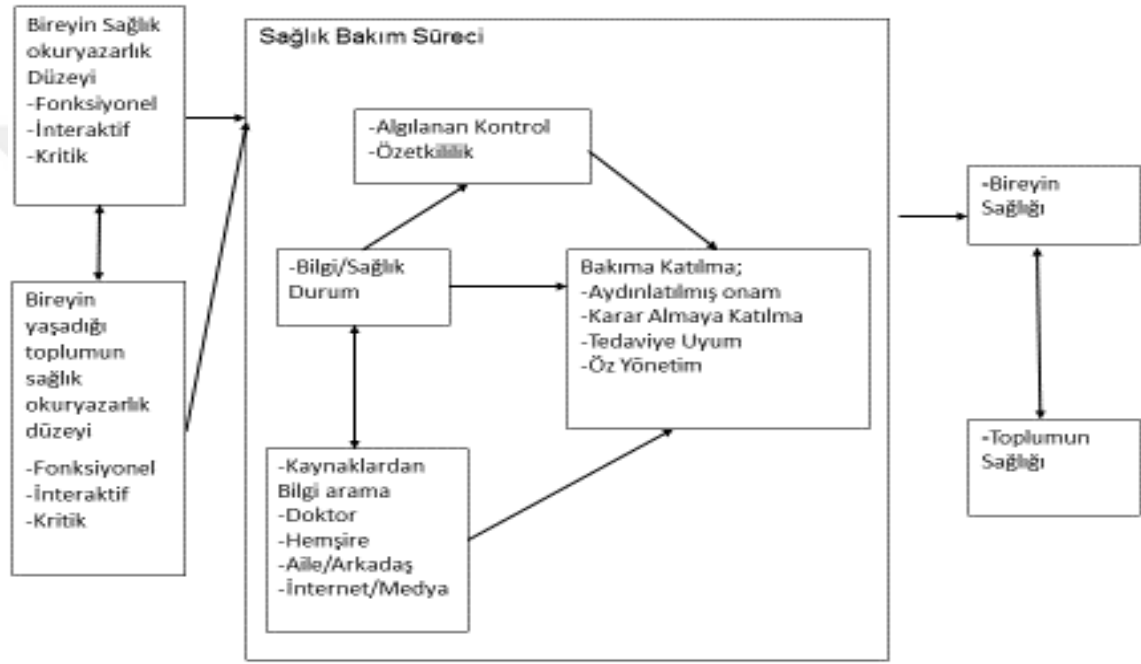
1. Hastalık ve sağlıkla ilgili öz bakım bilgisi,
2. Risk unsuru oluşturan sağlık davranışı,
3. Hastalığı önleyici bakım ve düzenli hekim ziyaretleri
4. İlaç tedavisine uyum.

Ayrıca, yazarlar, sınırlı SOY' un sağlık sonuçları üzerindeki olumsuz etkilerinin sosyal desteğin mevcudiyeti ile kontrol altına alınmasını önermiştir (Ishikawa & Yano, 2008, s. 113-122).

Bu çerçeve, önceki araştırmalarda ima edilen SOY ve sağlık arasındaki olası araçların iyi bir değerlendirmesini sunsa da, deneysel çalışmalarda test etmek için daha özellikli yol modelleri gereklidir.

Lee'nin çerçevesine ve daha önce gözden geçirilmiş olan önceki çalışmalarına dayanarak, bir hastanın SOY' un sağlık hizmeti bakımı sürecine ve nihayetinde sağlığını ilgilendirilen konulara katılımını nasıl etkilediği konusunda olası mekanizmaları araştırmak için bir ön model geliştirilmiştir (Şekil 3). Bu modelde, hastanın SOY' u, bireylerin iyi bir şekilde sağlık sistemini tanınması, sağlıkları ile ilgili sunulan ve verilen hizmetleri tanınması, sağlığını iyi bir düzeyde sürdürülmesi için bilgiye erişmede, anlama ve kullanma becerilerini belirleyen üç düzeyde (işlevsel, iletişimsel ve eleştirel) bilişsel ve sosyal becerilerini içerir. Hastanın bir sağlığı ile ilgili olumsuz bir sorunu olduğunda, yeterli SOY, hastanın sorunu anlamasına, çeşitli kaynaklardan bilgi edinmesine ve daha iyi tedavi uyumuna ayrıca daha sonra kendini

yönetmeye yardımcı olacak şekilde bilgilendirilmiş ve paylaşılmış kararlar almasına yardımcı olacaktır. Ayrıca, SOY sağlık durumunun doğrudan ve dolaylı olarak sağlığıyla ilgili ulaştığı bilgi ve anlayışla sağlık hizmeti sunum sistemine katılım sürecinin içinde bulunabilmesi için kişinin sağlığına ve öz yeterliliğine ilişkin algılanan kontrol ile ilişkili olabilir. Bunları, güçlendirmenin kritik olduğu düşünülen kavramlar olduğu için, SOY ile ilişkilerini araştırmak, SOY' un öz yeterlik ve güçlendirme gibi önceki benzer kavramlarla ilgili anlamını anlamada yardımcı olacaktır (Ishikawa & Yano, 2008, s. 112-113).



Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Bakım Sürecine Katılım ve Sağlık Sistemi Arasındaki Olası Yollar

Kaynak: (Ishikawa & Yano, 2008, s. 112-113).

1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SEVİYELERİ

Okuryazarlık ile SOY arasındaki güçlü bağlara rağmen, yukarıda belirtilen tanımda yer alan sağlık eğitimi ve iletişim programlarının zorluklarını göz önünde bulundurmak önemlidir.

Seviye 1, 'işlevsel SOY' , sağlık riskleri konusunda var olan bilgilerin iletişiminin ve sağlık sisteminin ne şekilde kullanılması gerektiğine dayanan geleneksel sağlık bilgisini ve eğitimini ortaya sunmaktadır. Bu tür eylemler, sağlık riskleri ve sağlık hizmetleri hakkında daha iyi bilgiye ve öngörülen eylemlere uyuma yönelik sınırlı hedeflere sahiptir. Genel olarak, bu tür faaliyetler bireysel fayda ile

sonuçlanacaktır, ancak nüfus yararına yönelik olabilir (örneğin, aşılama ve tarama programlarına katılımı teşvik ederek). Tipik olarak bu tür yaklaşımlar etkileşimli iletişimi davet etmemekte, beceri geliştirme ve özerkliği teşvik etmemektedir. Bu eylem biçiminin örnekleri arasında bilgi broşürlerinin üretimi ve geleneksel hasta eğitimi yer almaktadır (Nutbeam, 2000, s. 259–267).

Seviye 2, 'interaktif SOY, son 20 yılda gelişen sağlık eğitimine yaklaşımın sonuçlarını yansıtmaktadır. Bu, destekleyici bir ortamda kişisel becerilerin gelişimine odaklanmıştır. Eğitime bu yaklaşım, bilginin bağımsız olarak hareket etmesi için kişisel kapasitenin geliştirilmesine, özellikle de alınan tavsiyelerde bulunmak için motivasyon ve özgüvenin geliştirilmesine yöneliktir. Yine, bu aktivitenin çoğu, nüfusun yararından ziyade bireysel yarar sağlayacaktır. Bu eylem şeklinin örnekleri, davranışsal neticeleri, sosyal ve kişisel beceri geliştirmelerine yönelik birçok çağdaş okul sağlık eğitimi programında bulunabilir (Nutbeam, 2000, s. 259–267). Seviye 3, 'kritik SOY', etkili sosyal ve politik eylemin yanı sıra bireysel eylemleri desteklemeye yönelik bilişsel ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtmaktadır. Bu paradigma dahilinde, sağlık eğitimi bilgi iletişimine, sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerine yönelik farklı eylem şekillerinin politik ve örgütsel imkanlarını araştıran bilgi ve becerilerini geliştirmektedir. Bu tür bir SOY, bireyin yararları ile birlikte, toplum yararına daha açık bir şekilde bağlantılı olabilir. Bu durumda sağlık eğitimi, sağlığın bu sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde hareket etmek için bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirmeye yönelik olacaktır (Nutbeam, 2000, s. 259–267).

Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri

| Sağlık Okuryazarlığının Düzeyi ve Eğitimsel Hedefi | İçerik | Sonuçlar | |
|--|--|--|---|
| | | Bireysel Fayda | Toplumsal Fayda |
| Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Bilgi İletişimi | Sağlık risklerine ve sağlık hizmetleri Kullanımına yönelik olgusal bilginin aktarılması | Sağlık hizmetleri ve riski bilgisinin gelişmesi ve tavsiye edilen faaliyetlere uyum | Toplumsal sağlık programlarına katılımın artması (örneğin Bağışıklama taraması) |
| İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Kişisel Becerilerin Gelişmesi | Destekleyici bir çevrede becerilerin geliştirilmesi | Motivasyon ve özgüven gelişimi, bilgiye yönelik bağımsız bir şekilde davranma kapasitesinin gelişimi | Sosyal gruplarla etkileşim, sosyal normları etkilemek için kapasite gelişimi |
| Kritik Sağlık Okuryazarlığı: Kişi ve Toplum Güçlendirmesi | Sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerine yönelik bilgi sağlama, politik ve/veya örgütsel değişim için fırsatlar oluşturma | Sosyal ve ekonomik zorluklar için bireysel esnekliğin gelişimi | Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine yönelik davranmada kapasite gelişimi, toplumu güçlendirmenin gelişimi |

Kaynak: Nutbeam, 2000.

1.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SOY teriminin daha iyi anlaşılması için, okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörler ile çıktılarının iyi anlaşılması gereklidir. SOY, sosyal ve kültürel faktörlerden, demografik faktörlerden, genel okuryazarlık seviyesinden, kişisel özelliklerden, psikososyal faktörlerden, herhangi bir hastalık ile ilgili tecrübelerden, sağlık hizmeti sunucularından etkilenmektedir.

SOY' a etki eden başlıca demografik unsurlar; medeni durum, çalışma durumu, yaş, cinsiyet, gelir, ırk ve eğitimidir. Genellikle ileriki yaş dönemlerinde, evli olmayanlarda, eğitim durumu düşük olanlarda, kadınlarda SOY da düşüktür (Balçık, Taşkaya, & Şahin, 2014, s. 321-326).

Kültürel unsurlardan; dil ve lehçe farklılığı, etnik köken, demografik hareketler SOY' u etkileyen faktörleri kapsamaktadır. Ayrıca bu özelliklere sahip olan kişiler, sağlıkla ilgili bilgiyi okuma, yazma ve anlamada zorlanmaktadırlar.

SOY' a etki eden psikososyal faktörler; toplumsal destek, öz yönetim, sosyal destek, yeterlilik davranışları, sağlık sorunları ile ilgili bilgiye ulaşmak gibi unsurları içermektedir. Bireylerin sağlığa yönelik inanç seviyelerinin az olması, bu inançların davranışlara dönüştürülememesi, çevreden ve aileden edinilen sosyal bağlılığın az olması, sağlık konusundaki bilgisizlik, hastalık konusunda yeteri düzeyde bilginin olmaması SOY' un düşük olmasına neden olmaktadır.

Bireylerin genel okuryazarlığı SOY' u etkilemektedir. Fakat yüksek okuryazar düzeyinin SOY düzeyine sahip olmak anlamına gelmemektedir. Yapılan araştırmalara göre, düşük okuryazar düzeyindeki bireylerin sağlık bilgilerini anlamakta zorlandığı bulgusuna ulaşılmışsa da yüksek düzeyde okuryazar kişilerin düşük düzeyde SOY bulunabilmektedir.

SOY' a etki eden kişisel özellikler; hafıza ve anlamlandırma, görme, konuşma, işitme, sosyal ve bilişsel yetenekler, fiziksel becerilerdir. Bütün bu yetenek ve becerilerin azalması SOY seviyesinin düşük olmasına yol açmaktadır (Balçık, Taşkaya, & Şahin, 2014, s. 321-326).



Şekil 4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kaynak: (<http://www.healthliteracyconnection.ca/healthliteracy.aspx>, 2003)

Hastalığa yönelik tecrübeler, hastalığın tipi, hastalığın şiddeti, hastalığın süresi, tedavini karmaşık olması, komplikasyonu, başka hastalıkların mevcut olması gibi unsurlar hastalığın yönünü değiştirmektedir. Hastalığın süresi artış gösterdikçe, başka hastalıklar vuku buldukça, tedavi karmaşık hale dönüştükçe hastaların SOY' u etkilenmektedir.

Sağlık sistemi SOY' u önemli düzeyde etkilemektedir. Sağlık sisteminin karmaşık yapısı, hasta-hekim ilişkisi, sağlık hizmetine erişim seviyesi, sağlık güvencesinin kapsamı başlıca bu etkenler arasındadır. Bu faktörler; bireylerin sağlık bilgisini, sağlığını etkilemektedir (Balçık, Taşkaya, & Şahin, 2014, s. 321-326).

SOY seviyesi yaşlılarda, azınlıklarda, öğrenim seviyesi düşük olanlarda, yaşanan ülkenin dilini iyi kullanamayanlarda ve yoksullarda daha düşük düzeyde olduğu ifade edilmektedir. Avrupa SOY açısından ülkeden ülkeye göre farklılık göstermekte ve kimi grupların dezavantaja sahip oldukları görülmektedir. Sosyal statünün düşük olduğu toplumlarda, öğrenim düzeyi düşük olanlar ve gelir düzeyinin düşük olduğu toplumlarda sağlık durumunu kötü olarak ifade edenler, sağlık sorunları nedeniyle sosyal aktivite sınırlaması olanlar ve yaş düzeyi ilerlemiş olanların SOY' u düşüktür. Yapılan çalışmalarla bu söylem pekiştirilmektedir.

1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK SİSTEMLERİ İLİŞKİSİ

Günümüz sağlık sistemleri fertleri daha karmaşık yapıya sahip bir sağlık sistemine yönlendirmektedir. Bu kompleks yapı ve sistem içerisinde bireylerin sağlıklarını en iyi şekilde yönetebilmesi için SOY gereklidir. Tüm dünyada artan nüfus ve bakım maliyetleri sağlık sistemi üzerinde yükün artmasına neden olmuştur. Sağlık sistemi üzerinde artan yükten dolayı hastalara ayrılan sürenin kısıtlı olmasını da beraberinde getirmiştir. Gelişmiş ekonomilerde bile sağlığın ekonomiye katkısının konuşulduğu

günümüzde, finansal olaraktan sürdürülebilir bir sağlık sistemi için artan maliyetlerinde önüne geçilmesi yönünde birçok uygulama var. Bu uygulamalardan bir tanesi de SOY' un geliştirilmesidir. Kişinin kendi sağlığını yönetebilmesi ve gerekli bilgileri alıp anlayabilmesi gerek teşhis gerekse tedavi sürecinde sistemin içerisinde etkin ve aktif olması sağlanmaktadır.

Artan bilgi teknolojileri ile beraber kişiler bilgi ve enformasyon sağanağı altında kalmıştır. Sağlıkları ile ilgili araştırma yaparken veya bilgi ararken kaynakları ve bilgileri doğru yerden ve doğru adresten aramaları konusunda kişinin kendi sağlık bilgisini yönetebilmesi gerekmektedir.

Tüm dünyada ölüm nedenlerinin başında gelen tıbbi hatalarda sağlık sistemi içerisinde gerek hizmeti alan gerek hizmeti sunan tarafı çok yakından ilgilendirmektedir. Bu kompleks sistemin içerisinde herhangi bir tıbbi hata riskine mahal vermemek için hizmeti alan ve hizmeti sunan tarafın sürecin başından sonuna kadar güçlü bir işbirliği gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

1.9. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SONUÇLARI

SOY kişilerin doğru hizmet ve bilgiye ulaşma kabiliyetlerini, hizmeti kullanma yeteneklerini, sağlık hizmetlerinin doğru okunmasını, anlamasını geliştirmekte ve desteklemektedir. Sağlık kaynaklarının doğru kullanılması ve hizmetlerin kalite şartlarında oluşturulması, kişinin ve toplumun sağlığının yetkin olmasını güçlendirmektedir. Yeterli düzeyde SOY' a sahip olan kişiler, hayat kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetlerinden yararlanmasına, sağlık hizmetinin yükselmesine, sağlık maliyetlerinin azalmasına neden olmaktadır. Yetersiz SOY' a sahip kişiler, yetersiz düzeyde sağlık bilgisine sahip oldukları için, hasta olma riskleri yüksektir. Tedavi tekniklerini anlam seviyeleri düşük, hastaneye yatma oranı yüksek olan kişilerdir. Bunlar sağlık hizmeti maliyetlerin yüksek olmasına sebep olurlar.

2003 ve 2006 yıllarında Amerika'da sağlık harcamaları 106 milyar dolardan 236 milyar dolara yükselerek artmıştır. Yapılan araştırmalar neticesinde, sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik toplumun SOY oranının yükseltilmesi gerektiğine burğu yapılmıştır. Amerika'da SOY' u arttırmaya yönelik olarak insan kaynakları bölümünde sağlık konularının işlenmesi, seviye tespiti için kurumlar arası işbirliğinin yapılması, uygulama programları ile güçlendirilmesi, ders programlarına dahil edilmesi

gibi birçok çalışma getirilmiştir. Tıbbi bakım planlamalarında, bir hastanın belirtileri tanımlandığı esnada kullandığı sözlü anlatım becerisi, hizmeti uygulayacak kişinin hasta üzerinde koyacağı teşhisini de etkilemektedir (Çatı, Karagöz, Yalman, & Öcel, 2018, s. 67-80).

Yapılan birçok araştırmaya göre; SOY' u düşük olan kişilerin, hastalık, sağlık ve tedavi ile ilgili bilgilerindeki eksiklik;

1. Kronik hastalıklara yönelik bakım ve hastalığı yönetmede yetersizlik;
2. Sağlık bakım hizmetlerine ulaşmada yetersizlik,
3. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde, mortalite oranlarında ve ilaç hatalarında artış,
4. Sağlık hizmetlerinden daha az faydalanma gibi neticeler ortaya çıkmaktadır.

Başka bir çalışmada ise SOY' u düşük olan kişilerin;

1. Semptomatik dönemde sağlık davranışlarını anlamada yetersizlik,
2. Talimatlara bağlılıkta eksiklik ve yetersizlik,
3. Tıbbi önerilerde yetersizlik,
4. Hastaneye yatma yönünden büyük risk taşıma,
5. Acil servislerden yararlanma oranlarında görülen artış,
6. Sağlık durumunu düşük düzeyde anlama,
7. Refleks geliştirme hususunda yetersiz kalma konuları vurgulanmaktadır.

Ancak SOY oranları düşük olan bireylerin kişisel sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları görülmektedir. Tedavilerin büyük çoğunlukta acil hizmetlerde sağlandığı kanıtlanmıştır. Williams ve arkadaşlarının 1995 yılında yaptıkları çalışma neticesinde; hastaneye başvuran hastalardan %41,6'sı aç karnına ilaç alması gerektiğini anlamamıştır. %26'sı randevu tarihini, %59,5'i ise standart onay bilgi yazılarını anlamamışlardır. De Walt ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmaya göre, astımlı çocuğa sahip olan ailelerin düşük SOY ailelere göre daha fazla hastaneye gittikleri saptanmıştır. Farklı bir çalışmaya göre, SOY oranı düşük olan ailelerin bebeklerinin sıvı ilaçlarını dozlarının ayarlanmasında daha çok hata yaptıkları gözlemlenmiştir (Çatı, Karagöz, Yalman, & Öcel, 2018, s. 70-85).

Tüm bu çıktılar göz önüne alındığında SOY seviyesinin düşük oranda olması, toplumda ve bireylerde önemli sorunlara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalara göre,

kişilerin onay formları, tıbbi terimleri, ilaç talimatlarını okumakta ve anlamakta güç çektiği tespit edilmiştir. Bunun temel sebebi ise yüksek oranda tıbbi terimlerin kullanılması fakat buna karşılık kişilerin anlamadıkları konulardan soru sormalarından çekindikleridir.

1.10. SAĞLIK ALGISI

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

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

Sağlık algısını değerlendirmek için “Genel olarak sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?” diye bireylere sorulmakta ve alınan cevaplar (çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü) değerlendirilmektedir. DSÖ’nün tanımında sağlık algısı “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” belirtilmiştir. Cevaplara göre çok iyi ve iyi şeklindeki cevaplar “sağlığın iyi algılanması”, kötü ve çok kötü şeklindeki cevaplar ise “sağlığın kötü algılanması” olarak iki grup halinde ifade edilebilmesi için orta şekilde cevap verenler de “sağlığın kötü algılanması” grubuna dâhil edilmiştir (Çimen, 2015, s. 31-32).

1.11. KORONER ARTER HASTALIĞI

Koroner arter hastalığı, vücutta koroner arterlerin genel olarak damar sertliği yani ateroskleroz sebebiyle tıkanması veya daralmasıdır. Atardamarların tıkanması ya da sertleşmesi, arter duvarlarının iç kısmında yağ birikintileri meydana gelmesine neden olur. Buna başlıca bireyin kolesterolünün yüksek olması sebep olmaktadır. Arterlerin fazla tıkanmış durumda anormal arter tonu ve fonksiyonu kalp kasındaki kan akışını sınırlandırmaktadır. Yeterli düzeyde kan akışı olmadan kalbe oksijen ve kan gitmediği

için vücut gereksinim duyduğu hayatsal fonksiyonlara aç hale dönüşür. Bu durum anjin adıyla nitelendirilen göğüs ağrılarına neden olabilmektedir. Kalp kasının bir bölümüne giden kan tamamen kesilerek, kalbin enerji gereksinimleri kan miktarını aşar ve kalp krizi oluşabilir. Bu durum kalp kasının hasar görmesine ve zedelenmesine sebep olur (Clinik, 200-2009).

Hipertansiyon (HT), diabetes mellitüs (DM), hiperlipidemi (HL), obezite, sigara içiciliği ve genetik faktörler KAH olma riskinde rol almaktadır.

Koroner arter hastalığı, Türkiye’de ve gelişmiş ülkelerde mortalite ve morbiditenin en önde gelen sebeplerindedir. Günümüzde teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler, tedavi ve tanı yöntemlerindeki ilerlemeler, hayat süresinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artması gibi unsurlar kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır. İleri yaş veya orta yaş olarak bilinen koroner arter hastalığı, kişinin hayat kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir. Koroner arter hastalığı, semptomları, bireyin hastaneye başvurma gereksinimi, uzun tedavi süresi ve beraberinde yaşanan zorluklar nedeniyle kişinin günlük hayatını ve kalitesini yüksek düzeyde etkilemektedir.

Hastalığın ilerleyen dönemlerinde göğüs ağrısı, yorgunluk, nefes darlığı gibi sıkıntılar baş göstermeye başlamaktadır. Bu semptomlar hastanın hayatsal aktivitelerini kısıtlamakta ve kişinin sosyal, ekonomik, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Koroner arter hastalığı, dispne ve ağrı ile karakterize solunum güçlüğü, yorgunluk gibi sebeplerle koşma, yürüme, eğilme, merdiven inme, merdiven çıkma gibi fiziksel güç gerektiren rutin aktivitelerde zorluklara sebebiyet vermektedir. Bu zorlukları fonksiyonel bağımsızlığın azalmasına irritabiliteye, konsantrasyon güçlüğüne, anksiyeteye ve stres gibi sonuçların ortaya çıkmasına yol açar. Bireyin kişisel otokontrol kaybı, rutin aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlik, ölüm korkusu, hasta olan bireylerin hayat kalitesini azaltan önemli sorun olarak görülmektedir. Kinezyofobi, kognitif davranışsal korku ve kaçınma modelinde yer alan bir kaçınma fenomenidir. Bu model, kronik birçok rahatsızlıkta olduğu gibi koroner arter hastalıkta da büyük önem taşır. Semptomların ortaya çıkma riski, semptomlar da kötüleşme bireyin günlük hayatını kısıtlamasına neden olmaktadır. Bu durum ilerleyen zamanlarda hayat memnuniyetsizliği ve emosyonel sorunlar ile sonuçlanmaktadır. Bu sebeplerdir ki; KAH, hasta ve hastalığa uyum rehabilitasyonunda büyük önem taşımaktadır (Yümin, Özel, & arkadaşları, 2017, s. 75-81).

BÖLÜM 2

YAŞAM KALİTESİ

Hayat kalitesi, toplumların ulaşmayı hedefledikleri en önemli evrensel amaçlardan bir tanesidir. Merkezde 1970 yılında Maslow'un ortaya attığı ihtiyaçlar hiyerarşisi ile ilişkilendirilmektedir. Subjektif anlamda bireyin hayat doyumu ile ilişkilidir. Bu ihtiyaçlar nicelik ve nitelik ile ilgilenmekte ve bu doğrultuda ifade edilmektedir. Hayat kalitesinin analizinde ortak bir standart olmaması, subjektif ve objektif açıdan incelenmeye neden olmaktadır. Bu bağlamda yapılan çalışmalara göre, hayat kalitesi göstergeleri, medeni durum, cinsiyet, yaş, sosyal destek, konut özellikleri, eğitim, iş hayatı, yaşanılan yer, konut özellikleri, boş zaman aktiviteleri ve gelir altında sınıflandırılmıştır. Hayat kalitesi bu etkenlere bağlı olarak literatürde verilmeye başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda dul ya da boşanmış olmak, kadın olmak, eğitim düzeyi düşük olmak, sosyal desteğin zayıf olması, konutun yetersiz özellikleri, yaşlı olmak, süregen ve ıvegen bir hastalığı bulunmak, yetersiz boş zaman aktivitelerinin olması gibi etkenler hayat kalitesini önemli oranda düşürmektedir. Aristo'nun "Nikomakhos'a Etik", Platon'un "Devlet" adlı eserleri, hayat kalitesi etrafındaki tartışmalara öncü olmaktadır. Bu eserlerden de anlaşıldığı üzere, hayat kalitesi bugün olduğu gibi antik dönemde de sürekli tartışılan konular arasında yer almıştır (Edisan & Kadioğlu, 2013, s. 1-4). Fakat yaşam kelimesi ilk kez Long'un 1960 yılında yayınladığı, "On the Quantity and Quality of Life" adlı makalesinde geçmiştir. Hayat kalitesi, insan hakları alanında yaşanan gelişmelere paralel olarak bütün politik kararların alınmasında oneli bir gösterge olmuştur. Toplumların bir şekilde ulaşmak istediği amaçlarına ulaşması evrensel bir hal olarak görülmüştür. Hayat kalitesinin evrensel bir amaç haline getirilmesinin temel nedeni, 1970 yılında Maslow'un ortaya koyduğu ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanmaktadır. Bu teori kapsamında insan ihtiyaçları önceliklerine göre beş başlık halinde sıralanmıştır;

1. Fiziksel ihtiyaçlar (yiyecek, su ve barınma gibi),
2. Sosyal ihtiyaçlar (herhangi bir gruba ait olma hissiyatı, sevgi ve saygı),
3. Güvenlik ihtiyacı (korunma, emniyet, sağlık),
4. Saygı görme ihtiyacı (toplumsal statü, toplum içinde sayılma),

Kişisel düşünceleri, idealleri ve ilgileri ortaya koyma ihtiyacı (kişisel hayatı zenginleştirme, kişisel amaçları gerçekleştirme, kendini geliştirme).

Maslow teorisi, insan hayatının her döneminde karşılanması gerekli gereksinimleri sıralarken hayat kalitesi, ihtiyaçların nicelik ile birlikte kalitesinin de önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Örnek olarak, hayat süresinin uzun olmasından ziyade kalitesinin iyi olması gelirin iyi düzeyde olması bireyin memnuniyet durumu gibi konulara değinmektedir. Çünkü kalite olgusu, bilinçlenmenin önemli bir sürecidir. Hayatın bütün döneminde sürekli ulaşılmaya çalışılan mükemmellik düzeyidir (Aksungur, 2009; Torlak & Yavuzçehre, 2008, s. 23-44).

Hayat kalitesinin bütün bilimlerde genel geçer görülen tek bir ifadesi yoktur (Bilir, Özcebe , Vazioğlu, Aslan, Subaşı, & Telatar, 2005, s. 663-658). Fakat bütün ifadelerdeki temel unsur, insan olgusu ve bu olgunun öznel değerlendirme sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü, hayat kalitesini, bireyin kendi hedeflerine, çıkarlarına, standartlarına ve beklentilerine göre değer ve kültür sisteminde kendi hayatını algılaması olarak ifade etmiştir. Bu tanımda esas önemli olan konu, hayat kalitesinin amaçlarına ulaşılması için temel özellik teşkil eden standartların dışarıdan empoze edilmemesi ve bireyin hayatını tümüyle kendisini değerlendirmesidir. Ayrıca bu değerlendirmenin sürdürülebilir olması hayat kalitesinin yani yaşam kalitesinin önemli unsurudur (Bilir, Özcebe , Vazioğlu, Aslan, Subaşı, & Telatar, 2005, s. 663-668; Top, Özden, & Sevim, 2003, s. 18-23).

Hayat kalitesine yönelik tanımlar genellikle bireyin hayatı ile ilgili subjektif algısı etrafında yerleşse de yaşam kalitesi, subjektif ve objektif boyutta incelenmektedir. Objektif göstergeler, sağlık, gelir, eğitim, meslek ve yaşanılan yer iken, subjektif göstergeler, verilen bu imkânlardan duyulan tatmin ve doyumdur. Kimi bilim adamlarına göre, objektif göstergelerin kimilerine göre ise subjektif göstergelerin yaşam kalitesinde daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bazı araştırmacılara göre ne objektif göstergelerin ne de subjektif göstergelerin evrensel sistemde belli bir standartlığı yoktur. Fakat konu ile alakalı yapılan çalışmalara göre hayat kalitesi göstergeleri; bütün demografik, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerden etkilenebilmektedir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016, s. 137-144).

2.1. SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI

Sağlığın geliştirilmesi; kişinin, ailenin, toplumun ve toplumu meydana getiren gruplarının mevcut sağlık durumlarını iyileştirmek, geliştirmek ve iyilik derecelerini yükseltmeye dair faaliyetleri ifade etmektedir. Sağlığın geliştirilmesinde bireyin başarılı olabilmesi için alkol ve madde kullanımının terk edilmesi, sigara içmenin bırakılması, şiddet davranışlarının olmaması gereklidir. Fiziksel aktiviteler, cinsel davranışlar, sağlıksız bir şekilde kilo alımı, aile ve iletişim problemleri, stres yönetimi gibi risk faktörü oluşturan davranışlar sağlığın gelişmesinde etkilidir. Bu davranışlar, bireyin kendi hayat felsefesinin benimsendiği, hayatının her alanında uygulandığı sağlıklı yaşama eşlik etmektedir. Kişi ancak bu şekilde başarılı olabilir ve sağlıklı bir hayat sürdürebilir. Ayrıca kişi hayat seviyesini daha iyi bir konuma getirebilmektedir (Özarslan, 2013, s. 24-25).

Sağlığı korumaya yönelik davranışlar, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin tamamıdır. Sağlığın daha iyi bir konuma getirilmesi veya sağlığın geliştirilmesi, bireyde herhangi bir hastalık veya sağlık bozukluğunu önlemeye yönelik değildir. Kişinin sağlık durumunu iyileştirmeyi hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesinde sağlıklı hayat şekli ve aktiviteleri önemli katkılarda bulunur. Sağlıklı yaşam şekli, egzersiz, kendini geliştirme, beslenme, stres yönetimi ve bireylerarası destekten oluşmaktadır. Pender, Walker ve Sechrit, sağlık hayat şekli davranışlarını, kendi kendine var olan hareketlerin birçok yönlü modeli, iyilik düzeyini korumaya ve geliştirmeye hizmet eden olgular olarak tanımlamaktadır. Ayrıca sağlıklı yaşam biçiminde birey kendini gerçekleştirme ve bireyselliği tamamlama yönüne doğru eğilim göstermektedir. Bu araştırmada ise sosyal ve sağlık alanlarındaki meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşama biçimi araştırılmış ve özbakım gücü düzeyleri belirlenmiştir. Ayrıca ikisi arasındaki ilişki analiz edilerek sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörler ortaya koyulmaktadır (Ünalın, Şenol, Öztürk, & Erkorkmaz, 2007, s. 101-109).

2.2. YAŞAM KALİTESİ VE KORONER ARTER HASTALIĞI

Yaşam veya hayat kalitesi, bireyin yaşadığı sosyal çevre ve kültürel değerleri içinde beklentileri, hedefleri, standartları ile olarak hayattaki pozisyonunun algılanması şeklindedir. Bireyin psikolojik durumu, dini inanç ve değerleri, fiziksel sağlığı, çevresiyle

yakın ilişkisinden karışık bir yolla etkilenen geniş perspektifli kavramdır. Yaşam kalitesi, sosyal, kültürel ve çevresel olgulara iyice gömülmüş nesnel bir değerlendirmedir. Bu görüş araştırmacılar tarafından yansıtılmaktadır (Group, 1994, s. 41-57).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında yalnızca sakatlık ve hastalığın olmaması değil, sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden iyilik hali olarak ifade edilmesi yalnızca sağlık kavramını değil, yaşam kalitesini de etkilemiştir. Yaşam kalitesi konusunda sağlıklı bakım uygulamaları ve araştırmaları giderek önem kazanmaktadır. 1973 yılından itibaren gittikçe artan klinik araştırmalar hayat kalitesi kavramının ana çıktısı olarak adlandırılmaktadır (Organisation, 1958; Fries & Singh, 1996, s. 33). Yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumunun ölçülmesinde ve tedavi etkilerinin analizinde önemli bir faktördür. Fakat sağlık ölçümünde farklı bireylere farklı şeyler ifade eden terim olduğundan yaşam kalitesinin net bir tanımının yapılması oldukça zordur.

Sağlığa yönelik yaşam kalitesi temelde bireyin sağlığı tarafından belirlenmiş, çeşitli klinik girişimlerle etkilenen genel bir hayat kalitesinin birleşiminden oluşmaktadır. Bireyin hastalığı ve hastalığına dönük uygulanan tedavi, fonksiyonel olarak bireyi ne açıdan etkilemektedir? Bu soru sağlıklı yaşam kalitesinin temelinde yer almaktadır. Sağlıklı yaşam kalitesi ölçümleri ile kişilerin kendilerini nasıl hissettikleri, gündelik hayat aktivitelerini nasıl yaptıkları, hastalık durumu ve hastalıktan nasıl etkilendiği, kişinin bakış açısıyla değerlendirilmektedir.

Yaşam kalitesi, toplumun sağlık tanımını içerdiğinden, çok geniş kapsamlı bir olgudur. İnsan hayatındaki önemli alanlar, hasta ve sağlık gruplarında yapılan çalışmalar neticesinde farklı şekillerde sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Flanagan yaptığı çalışmada yaşam kalitesini yönlendiren 15 bulgu ve 5 ana dal tespit etmiştir (Tablo 2) (Flanagan, 1978, s. 38).

Tablo 2: Flanagan'ın İnsan Yaşamındaki Önemli Alanlar Sınıflaması.

| |
|---|
| Fiziksel ve maddesel iyilik <ol style="list-style-type: none">1. Ekonomik iyilik durumu ve finans güvenliği2. Kişisel ve sağlık güvenliği |
| Diğer insanlarla ilişkiler <ol style="list-style-type: none">1. Eşlerin birbirleriyle ilişkileri2. Çocuk sahibi olma ve çocuk büyütme3. Anne-baba, dede, torun ya da bütün akraba ilişkileri4. Sosyal çevre ve arkadaş ilişkileri |
| Sosyal, toplumsal ilişkiler <ol style="list-style-type: none">1. Toplum içinde yardımda bulunma2. İdari işlerde görevde bulunma ve yerel işlere katılma |
| Kişisel gelişme ve görevleri yerine getirme <ol style="list-style-type: none">1. Entelektüel gelişim süreci2. Anlayarak planlama yapma3. Mesleki rolün sürdürülmesi4. Yaratıcılık ve bağımsız bir şekilde kendini anlatma |
| Eğlence, dinlenme <ol style="list-style-type: none">1. Sosyal çevre ile ilişkiler2. Dinlenme faaliyetleri, gözlemsel ve pasif eğlence3. Aktif olarak eğlenceye katılma |

Kaynak: Flanagan, 1978.

Sağlık yaşam kalitesi kişinin işlevsel, biyolojik ve fizyolojik bozuklukları ve belirtileri dikkate alınarak iyilik ya da hastalıkta bulunması halidir. Algılanan sağlık kişinin mevcut sağlık durumundan etkilenmekte ve objektif değerlendirilmektedir (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998, s. 542; Wilson & Cleraly, 1995, s. 59). Kimi bireyler, bir ya da birden çok kronik hastalık sebebiyle sıkıntı yaşamakta ve kendilerini sağlıklı saymaktadırlar. Kimi bireyler ise herhangi bir nesnel belirti olmadan kendilerini hasta olarak ifade etmektedirler (Flanagan, 1978, s. 138).

Kişilerin mevcut ihtiyaçlarının karşılanması ve toplum içinde her zamanki rolünün korunması için iyilik halinin sürdürülmesi gereklidir. Bunun için sağlıklı yaşam kalitesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bireyin gündelik işlevlerini yerine getirmedeki yeterlilik sağlıklı yaşam kalitesinin odak noktasıdır (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998, s. 542). İşlevsel kapasite, kişinin sosyal, psikolojik, ruhsal, fiziksel ve sosyal alanlardaki rutin işleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtmaktadır (Leidy, 1994, s. 196).

İşlevsel performans ile birey günlük hayattaki işlevleri kapsama alanına almaktadır (Wilson & Cleraly, 1995, s. 59). Toplumun bütünü tarafından iyi olarak nitelendirilen fakat kendisini hasta olarak gören birey, mevcut kapasitesinden daha düşük işlevsel performans becerisine sahiptir (Flanagan, 1978, s. 138).

Hayat kalitesi ve sağlıkla ilgili sonuçların analizinde kullanılan ltler hastalığa ve jeneriğe zđu olmak üzere 2 sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır. Jenerik ltler, genel popülasyonda kullanılan, farklı sağlık durumlarına ve hastalıklara uygulanan, geniş kapsamlı ilgi alanını analiz eden ltlerdir. Hastalığa ait ltler ise, yalnızca o hastalık grubunda kullanılmakta olan ltlerdir (Quality Of Life Instruments Database) (Bellamy, Hochberg, Silman, Smolen, Weinblatt, & Weisman, 2003, s. 21-30).

Koroner arter hastalığu (KAH) gerek gelişmiş ülkelerde, gerekse ülkemizde mortalite ve morbidite sebebi olarak önde gelen hastalıklardandır. Yaşadığımız yüzyılda gerek tıp, teknoloji ve bilgi teknolojileri alanındaki ilerlemeler, hastalıklarda tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, bireylerin ortalama yaşam süresinin uzaması ve tüm dünyada yaşlı nüfusunun artması sonucunda kronik hastalıklarda da artış oluşturmaktadır.

Orta ve ileri yaşlarda görülme sıklığu fazla olan KAH, bireyin yaşam kalitesini önemli lde etkilemektedir. KAH gerek belirtileri gerekse başvuru süresi ve tanı tedavi aşamaları uzun süren, ayrıca beraberinde meydana getirdiğu güçlükler sebebi ile yaşam kalitesini önemli lde bozan bir hastalıktır.

KAH olan bireylerin hastalıkları ile ilgili tüm bu süreçlerde aktif olarak bulunmaları, sağlıkları ile ilgili kararlara aktif katılmaları, bireyin süreç içerisinde hastaneye gelişi ile başlayan tedavi sürecinde bulunması, tedavi sürecinin uyumunu ve başarisını artırdığu bilinmektedir. Bireylerin bu sürece aktif katılmaları ve sağlıkları ile ilgili bilgiye erişme-kullanma noktasında sağlık okuryazarlığu oldukça yüksek bir öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığu düzeyleri yüksek bireylerin tedaviye uyumu ve bilgiye erişimi, hizmet sunucu ve hizmet alıcı olarak kendisinin bu süreçteki rollerini kullanmasına yardımcı olmaktadır. Bilgi teknolojilerinin her geçen gün daha fazla gelişmesi ve bilgiye erişimin hızı ve kolaylığu yaşamımızın büyük bir parçasını oluşturmaktadır.

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma, bir vakıf üniversitesi hastanesinde kardiyoloji kliniğine başvuran koroner arter hastası olan ayrıca, koroner anjiyografi olmuş hastalara uygulanarak verilen cevaplar doğrultusunda tanımlayıcı, bir çalışma olarak tasarlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmaya Ekim 2018 tarihinde literatür taramasıyla başlanmış olup, 27.11.2018 tarihinde etik kurul onayından sonra Kasım 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında, Ufuk Üniversite Dr. Rıdvan Ege Hastanesi Kardiyoloji Anabilim dalında veri toplanmış ve Mayıs 2019 tarihinde sonlandırılması planlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Çalışmamızda kardiyoloji polikliniğe başvuran ardışık 88 hasta değerlendirildi. Dışlama kriterleri doğrultusunda 24 hasta çalışma dışında bırakılmış olup, 64 hastanın SOY seviyelerinin ölçümü ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Bu araştırma koroner arter hastası olan bireylerin SOY' un değerlendirilmesi bir vakıf üniversitesi hastanesi örneğini sunmayı hedeflemektedir. Koroner arter hastalarının, sağlıkla ilgili konularda bilgi düzeyleri-yeterliliklerinin değerlendirilmesinin yanında, SOY düzeylerinin, sağlık hizmet sunumunu, sağlıkla ilgili bilgiye erişimini, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kullandıkları araçları ve bu hizmetlerden yararlanırken hangi düzeyde zorlukla karşılaştıklarını amaçlamıştır.

Dâhil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Okuryazar olmak,
- Türkçe bilmek,

- Noninvaziv tanısal iskemi testleri sonucunda koroner anjiyografi endikasyonu olmak
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden kişiler örnekleme alınmıştır.

Dışlama Kriterleri:

- Görme veya işitme problemi olan hastalar örnekleme dışı bırakılmıştır.

Ufuk Üniversite Dr. Rıdvan Ege Hastanesi Kardiyoloji kliniği ve Anjiyo birimine başvuran KAH 'larına araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerle yüz yüze görüşme yoluyla anket formları doldurulmuştur.

3.4. ÇALIŞMA MATERYALİ

Çalışmamızda; ASOY Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili ve demografi özelliklere ilişkin anketler kullanılmıştır. Koroner anjiyografi sonucunda anket sorularından haberdar olmayan alanında deneyimli bir kardiyolog uzmanınca değerlendirilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI

Araştırma evreninin belirtildiği sınırlar içerisinde olması nedeniyle sonuçların genellemesi en önemli sınırlılığımızdır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler koroner arter hastası olan bireylere ayrı ayrı oluşturulan sosyo-demografik bilgilerin olduğu form ve rahat anlaşılabilir sorulardan oluşan anketler ile toplanmıştır. Çalışma sonuçları katılımcıların verdikleri cevapların doğru olduğunu varsayarak oluşturulmuştur. Verilerin toplanmasında kullanılan anketler ise ASOY Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili uygulanmıştır.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeği, 15 yaşın üzerindeki bireylerin SOY' düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir bir ölçektir. Ölçek, sağlıkla ilgili üç format (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve

uygulama) içermektedir. Ölçek 47 maddeden ve 12 boyuttan oluşmaktadır. Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. “Bilmiyorum” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylık oluşturması açısından toplam puan 0-50 değerleri arasında olacak şekilde standardize (Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]) edilmiştir.

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

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

3= Ortalamanın aralığı 50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer Ölçekte 0 en düşük SOY' u,

50 en yüksek SOY' u göstermektedir.

SOY düzeyi, elde edilen değerlere göre genel, tedavi, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi olarak dört bölümde incelenmiştir:

(0-25) puan: yetersiz SOY

(>25-33) : sorunlu – sınırlı SOY

(>33-42) : yeterli SOY

(>42-50) : mükemmel SOY uyarılma çalışmasında,

Avrupa çalışması ile karşılaştırılabilir olması amacıyla 50'lik indeks ve aynı kesme noktaları kullanılmıştır (Okyay, 2016, s. 22-23)

Nottingham Sağlık Profili anketi çalışmada yaşam kalitesine ait bilgilerin oluşturulması kapsamında uygulanmıştır. Nottingham Sağlık Profili, bireylerin sağlık sorunlarını ve bu sorunların gerçekleştirdikleri günlük aktivitelerini nasıl etkilediğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. NSP, İngiltere'de (1985) geliştirilmiş 32 ve birçok dile çevrilmiştir. Küçük deveci ve arkadaşları tarafından (2000), Türkçe versiyonu düzenlenmiş, osteoartritli hastalarda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Kankaya & Karadakovan, 2017, s. 21-29). NSP yaşlı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılmaktadır. Her bir sorunun puan ağırlığı farklıdır. Her alan 0-100 arasında puanlandırılır. Puan arttıkça sağlık durumu kötüleşir (Kankaya & Karadakovan, 2017, s. 21-29).

Araştırmaya Katılan Bireyleri Tanıtıma Formu: Form, Koroner Arter Hastası olan bireylerin yaş, yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık durumu Sigara içiciliği ve Sağlıkla İlgili bilgi edinme, Hasta haklarını bilme konularını içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

Anketlerden ASOY Ölçeği beşli likert yöntemi ile uygulanmıştır. Anketler (EK-1. EK-2 ve EK-3) olmak üzere üç ayrı anket uygulanmış olup bunlardan; Demografik özellikler kısmında 17 soru, ASOY Ölçeği 47 soru ve Nottingham Sağlık Profili ise 38 sorudan oluşmaktadır.

3.7. NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

Nothingham Sağlık Profili (NSP) Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde NSP Türkçe versiyonu kullanıldı. NSP'nin fiziksel mobilite, ağrı, uyku, emosyonel reaksiyonlar, sosyal izolasyon ve enerji başlıklı alt bölümleri vardır. Her bölüm 0-100 arası puanlandırılır (Adile, Sermin, Yesim, & Tansu., 2000, s. 31-38). NSP genel bir sağlık sorgulaması şeklinde olup hastalıkların bireyler üzerindeki bedensel, emosyonel ve sosyal etkilerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ağrı, fiziksel aktivite, enerji uyku, sosyal izolasyon ve emosyonel reaksiyon olmak üzere altı bölümde toplam 38 soruya evet veya hayır şeklinde cevap verilir (Mckenna, Hunt, & Mceven, 1981, s. 93-97). Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 22.0 programı kullanılarak yapıldı. Uygulanan ölçek ve anketlerin istatistiksel değerlendirmesinde student t testi, Mann Whitney u testi değişkenler arasında korelasyon analizinde Pearson testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sürekli değişkenler, ortalama ve standart sapma olarak verildi. Kategorik değişkenlerin sıklığı ve yüzdeleri verildi. Karşılaştırmalarda; öncelikle normal dağılım testi olan Kolmogorov- Smirnov testi yapıldı ve değişkenlerin normal dağılımlı olmadığı sonucuna ulaşıldı ($p < 0,05$). Değişkenler normal dağılımlı olmadığından parametrik olmayan testlerden ikili gruplar için Mann-Whitney U, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. İki'den fazla gruplar için ise Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Sürekli verilerin korelasyonları Spearman Korelasyon analizi ile araştırıldı.

İstatistiki analizde SPSS 22.0 kullanıldı. P değeri 0.05 altı istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.9. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın yürütüleceği Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi'nden ve Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü tarafından 14.11.2018 tarih ve 96064710/897 sayı ile Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. (Ek 5) Hastalara bilgilendirme yapıp yazılı onam alınmıştır.

3.10. ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 5: Araştırma Planı

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMA GRUBUNUN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

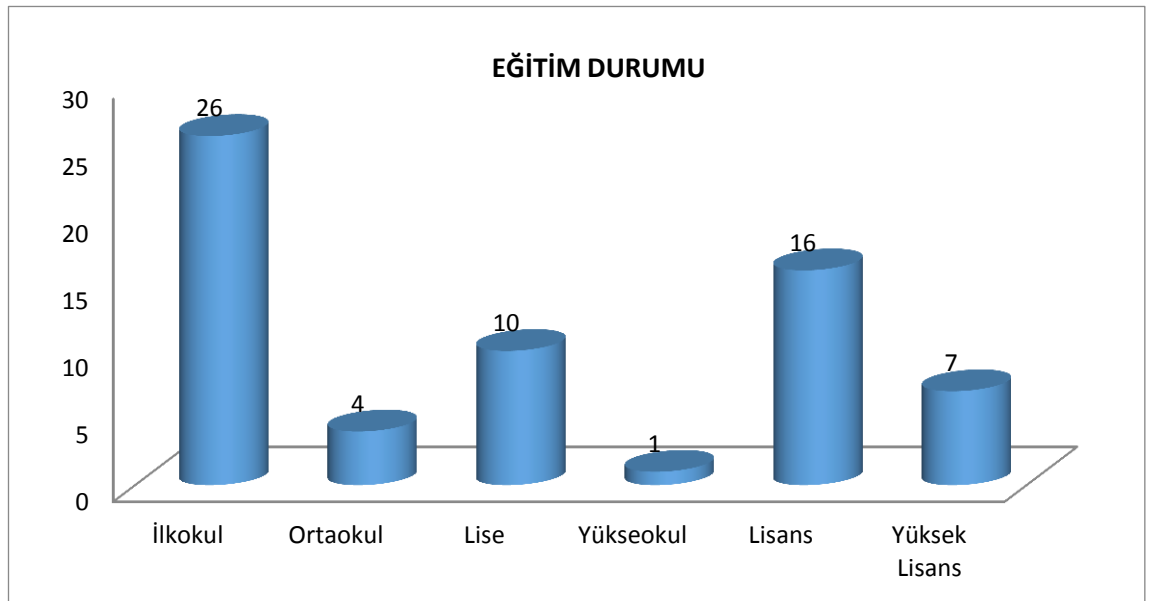
4.1.1. Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi

Tablo 3: Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri

| Sosyo-Demografik Özellikler | Sayı | % |
|-------------------------------------|------|-------|
| Cinsiyet (n=64) | | |
| Erkek | 39 | 60,9% |
| Kadın | 25 | 39,1% |
| Yaş Grupları (n=64) | | |
| 15-30 | 3 | 4,7% |
| 30-45 | 3 | 4,7% |
| 45-60 | 22 | 34,4% |
| 60 üzeri | 36 | 56,3% |
| Öğrenim Durumu (n=64) | | |
| İlkokul ve Ortaokul | 30 | 46,8% |
| Lise | 10 | 15,6% |
| Yüksekokul, Lisans ve Yüksek Lisans | 24 | 37,5% |

4.1.2. Hastaların Eğitim Durumu Grafiği

Grafiğe bakıldığında araştırma grubunun büyük kısmını ilkokul mezunları oluştururken lisans mezunları ise ikinci sırada yoğunluğu oluşturmaktadır.



Grafik 1: Araştırma Grubunun Eğitim Durumu Grafiği

Katılımcıların 26'sı (%40) ilköğretim, 4'ü (%6) ortaokul, 10'u (%15) lise, 1' (%1,5) yüksekokul, 16'sı (%25) Lisans, 7' si (%10) Yüksek lisans eğitimini almış kişilerden oluşmaktadır.

4.1.3. Meslek Grubuna göre Cinsiyet Dağılımı

Araştırma grubundaki kadın katılımcılar arasında ev hanımı oranı %60,0 en fazla iken, kadın katılımcılardan esnaf ve memur olanların oranı aynıdır (% 4,0). Kadın katılımcılardan katılımcıların ikinci sıradaki yüksek paya sahip oran emekli sınıfıdır (%24,0). Kadın katılımcıların %8,0'ini ise mimarlar oluşturmaktadır. Araştırmada erkek katılımcılar üzerinden meslek grubu değerlendirmesinde ise; emekli sınıfı %33,3 en fazla iken %2,6 ile Ev Hanımı, İç Mimar, Müteahhit, Ziraat Mühendisi, Şoför, Pilot, Asker, Öğretmen, Yazılımcı, İşçi, Sosyal Hizmet Uzmanı aynı yüzdelik orana sahip, %5,1 Yönetici, Mühendis, Serbest Meslek, Memur birbirleri ile aynı yüzdelik dilimde yer almaktadır. %10,3 ü Çiftçi, %7,7 si de öğrencidir. (Tablo 4).

Tablo 4: Araştırma Gurubunun Meslek Grubuna Göre Cinsiyet Dağılımı

| Meslek | Erkek (n=39) | | Kadın (n=25) | | Toplam (n=64) | |
|----------------------|--------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ev Hanımı | 0 | 0,0% | 16 | 64,0% | 16 | 25,0% |
| İç Mimar | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Çiftçi | 4 | 10,3% | | | 4 | 6,3% |
| Müteahhit | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Sosyal Hizmet Uzmanı | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Esnaf | | | 1 | 4,0% | 1 | 1,6% |
| Memur | 2 | 5,1% | 1 | 4,0% | 3 | 4,7% |
| Öğrenci | 3 | 7,7% | | | 3 | 4,7% |
| Emekli | 13 | 33,3% | 6 | 24,0% | 19 | 29,7% |
| Mimar | | | 2 | 8,0% | 2 | 3,1% |
| Ziraat Mühendisi | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Yönetici | 2 | 5,1% | | | 2 | 3,1% |
| İşçi | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Mühendis | 2 | 5,1% | | | 2 | 3,1% |
| Yazılımcı | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Öğretmen | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Asker | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Pilot | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Şoför | 1 | 2,6% | | | 1 | 1,6% |
| Serbest Meslek | 2 | 5,1% | | | 2 | 3,1% |

4.2. AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ MADDE DAĞILIMINA GÖRE YANIT YÜZDELERİ

Tablo 5: ASOY Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri

| Madde No | Madde İçeriği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------|--|----------------|------------|--------------|------------------|-------------------|
| | TEDAVİ HİZMET | Çok Zor | Zor | Kolay | Çok Kolay | Bilmiyorum |
| | Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma | | | | | |
| 1 | Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak | 6,30% | 23,40% | 50,00% | 10,90% | 9,40% |
| 2 | Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak | 7,80% | 23,40% | 48,40% | 12,50% | 7,80% |
| 3 | Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak | 7,80% | 20,30% | 40,60% | 20,30% | 10,90% |
| 4 | Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak | 3,10% | 7,80% | 48,40% | 32,80% | 7,80% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama | | | | | |
| 5 | Doktorunuzun size ne dediğini anlamak | 1,60% | 9,40% | 64,10% | 17,20% | 7,80% |
| 6 | İlacınızın prospektüsünü anlamak | 6,30% | 25,00% | 50,00% | 10,90% | 7,80% |
| 7 | Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak | 7,80% | 18,80% | 48,40% | 17,20% | 7,80% |
| 8 | Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatları anlamak | 3,10% | 4,70% | 54,70% | 29,70% | 7,80% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme | | | | | |
| 9 | Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek | 4,70% | 14,10% | 50,00% | 18,80% | 12,50% |
| 10 | Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek | 7,80% | 21,90% | 51,60% | 10,90% | 7,80% |
| 11 | Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek | 7,80% | 18,80% | 37,50% | 20,30% | 15,60% |
| 12 | Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek | 12,50% | 29,70% | 28,10% | 7,80% | 21,90% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama | | | | | |
| 13 | Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak | 1,60% | 6,30% | 59,40% | 21,90% | 10,90% |
| 14 | İlaç tedavisinde talimatları takip etmek | 1,60% | 6,30% | 56,30% | 28,10% | 7,80% |
| 15 | Acil bir durumda ambulans çağırmak | 4,70% | 7,80% | 42,20% | 37,50% | 7,80% |
| 16 | Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarının takip etmek | 1,60% | 9,40% | 51,60% | 29,70% | 7,80% |
| | HASTALIKLARDAN KORUNMA | | | | | |
| | Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma | | | | | |
| 17 | Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak | 1,60% | 14,10% | 42,20% | 28,10% | 14,10% |
| 18 | Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak | 3,10% | 21,90% | 46,90% | 15,60% | 12,50% |
| 19 | Olmanız gereken aşilar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak | 3,10% | 26,60% | 43,80% | 15,60% | 10,90% |
| 20 | Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak | 3,10% | 18,80% | 53,10% | 15,60% | 9,40% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama | | | | | |
| 21 | Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak | 4,70% | 7,80% | 54,70% | 23,40% | 9,40% |
| 22 | Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak | 4,70% | 7,80% | 62,50% | 15,60% | 9,40% |
| 23 | Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak | 1,60% | 4,70% | 60,90% | 23,40% | 9,40% |

Tablo 5 (Devam): ASOY Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri

| Madde No | Madde İçeriği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme | | | | | |
| 24 | Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarına ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek | 1,60% | 14,10% | 53,10% | 20,30% | 10,90% |
| 25 | Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek | 1,60% | 20,30% | 48,40% | 18,80% | 10,90% |
| 26 | Hangi aşılara ihtiyacınız olduğuna karar vermek | 9,40% | 26,60% | 40,60% | 10,90% | 12,50% |
| 27 | Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek | 6,30% | 29,70% | 34,40% | 15,60% | 14,10% |
| 28 | Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek | 7,80% | 40,60% | 28,10% | 10,90% | 12,50% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama | | | | | |
| 29 | Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek | 7,80% | 23,40% | 37,50% | 18,80% | 12,50% |
| 30 | Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar vermek | 14,10% | 17,20% | 48,40% | 7,80% | 12,50% |
| 31 | Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan koruyacağınıza karar vermek | 9,40% | 25,00% | 40,60% | 9,40% | 15,60% |
| | SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ | | | | | |
| | Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma | | | | | |
| 32 | Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak | 4,70% | 10,90% | 53,10% | 18,80% | 12,50% |
| 33 | Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak | 7,80% | 12,50% | 51,60% | 14,10% | 14,10% |
| 34 | Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak | 3,10% | 26,60% | 45,30% | 9,40% | 15,60% |
| 35 | Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak | 15,60% | 28,10% | 32,80% | 7,80% | 15,60% |
| 36 | İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili gelişmeleri bulmak | 14,10% | 25,00% | 34,40% | 10,90% | 15,60% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama | | | | | |
| 37 | Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak | 6,30% | 20,30% | 46,90% | 15,60% | 10,90% |
| 38 | Gıda ambalajındaki bilgiyi anlamak | 3,10% | 25,00% | 43,80% | 17,20% | 10,90% |
| 39 | Nasıl daha sağlıklı olacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak | 4,70% | 28,10% | 40,60% | 15,60% | 10,90% |
| 40 | Akil sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak | 9,40% | 18,80% | 45,30% | 14,10% | 12,50% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme | | | | | |
| 41 | Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek | 1,60% | 28,10% | 34,40% | 20,30% | 15,60% |
| 42 | Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek | 3,10% | 18,80% | 45,30% | 20,30% | 12,50% |
| 43 | Günlük davranışınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek | 3,10% | 12,50% | 53,10% | 18,80% | 12,50% |
| | Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama | | | | | |
| 44 | Sağlığınızı geliştirmek için karar almak | 3,10% | 23,40% | 37,50% | 23,40% | 12,50% |
| 45 | İstedığınız zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak | 10,90% | 23,40% | 32,80% | 21,90% | 10,90% |
| 46 | Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek | 3,10% | 28,10% | 42,20% | 17,20% | 9,40% |
| 47 | Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak | 4,70% | 23,40% | 45,30% | 15,60% | 10,90% |

Katılımcıların SOY ile ilgili cevapları incelendiğinde;

“Çok zor” olarak ifade edilen cevapların dağılımı aşağıda verilmiştir:

“tedavi ve hizmet” boyutunda,

- 6. madde olan “İlacın prospektüsünü anlamak” (%6,30)
- 12. madde olan “Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek” (%12,50)

“hastalıklardan korunma” boyutunda,

- 28. madde olan “Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek” (%7,80)
- 31. madde olan “Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek” (%9,40)

“sağlığın geliştirilmesi” boyutunda

- 35.madde olan “Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak”(%15,60)
- 36.madde olan “İşyerinde sağlığını geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak” (%14,10)
- 45.madde olan “İstedığınız zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak” (%10,90)

“Çok kolay” olarak ifade edilen yanıtların dağılımı aşağıda verilmiştir:

“tedavi ve hizmet” boyutunda

- 8. madde olan “Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak” (%29,70)

“hastalıklardan korunma” boyutunda

- 17.madde olan “Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak” (%28,10)
- 21.Madde olan “Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol

tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak” (%23,40)

“sağlığın geliştirilmesi” boyutunda

- 32.madde olan “Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak”(% 18,80)

Toplam puan, indeks hesaplarında ve geçerlilik güvenilirlik analizlerinde “bilmiyorum” cevapları Değerlendirme dışı bırakılarak hesaplanmıştır.

ASOY ölçeği puan ortancası 32,0, dağılım aralığı 50,0 dir.

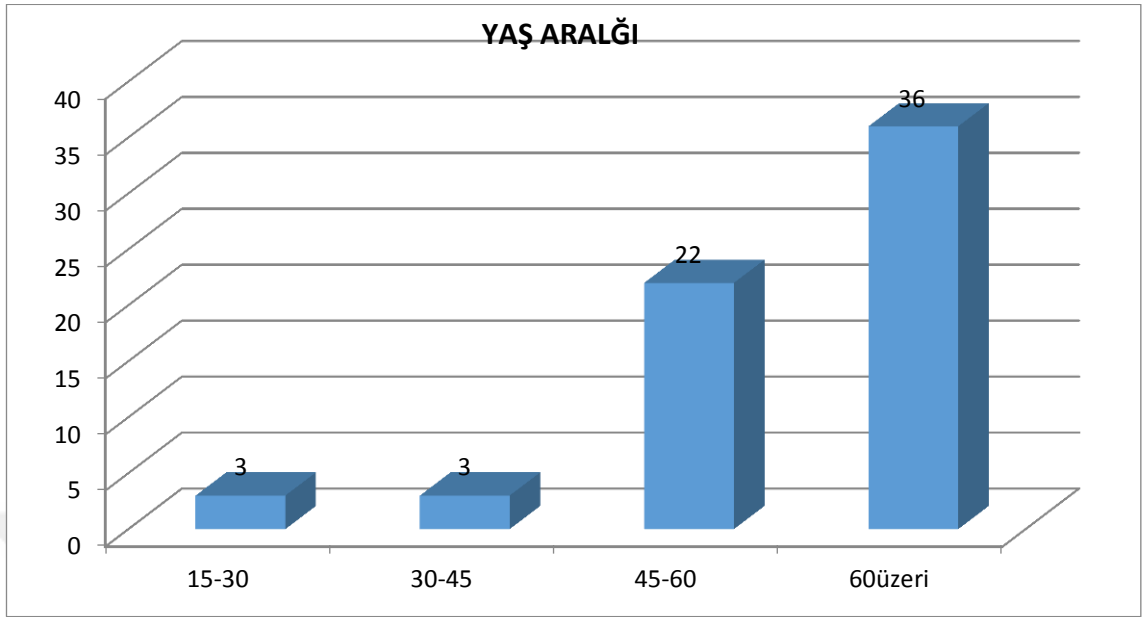
4.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımı Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı

Orijinal çalışmadaki yol izlenerek SOY düzeyinin kategorilendirilmiş düzeyi temelinde hesaplama yapıldığında katılımcıların %20,3’ünün yetersiz; %42,2’sinin sorunlu, %29,7’sinin yeterli, %7,8’in de mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, cevaplayıcıların %62,5’unun sorunlu veya yetersiz düzeyde sağlık okuryazarıdır. Genel ve üç boyuttaki sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı Tablo 6 verilmiştir.

Tablo 6: Genel ve Üç Boyuttaki Sağlık Okuryazarlığı Kategorilerinin Dağılımı Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı

| | Genel | | Tedavi Hizmet | | Hastalıklardan Korunma | | Sağlığın Geliştirilmesi | |
|-----------------|-------|-------|---------------|-------|------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Yetersiz | 13 | 20,3% | 12 | 18,8% | 16 | 25,0% | 22 | 34,4% |
| Sorunlu | 27 | 42,2% | 20 | 31,3% | 20 | 31,3% | 18 | 28,1% |
| Yeterli | 19 | 29,7% | 22 | 34,4% | 22 | 34,4% | 15 | 23,4% |
| Mükemmel | 5 | 7,8% | 9 | 14,1% | 6 | 9,4% | 9 | 14,1% |

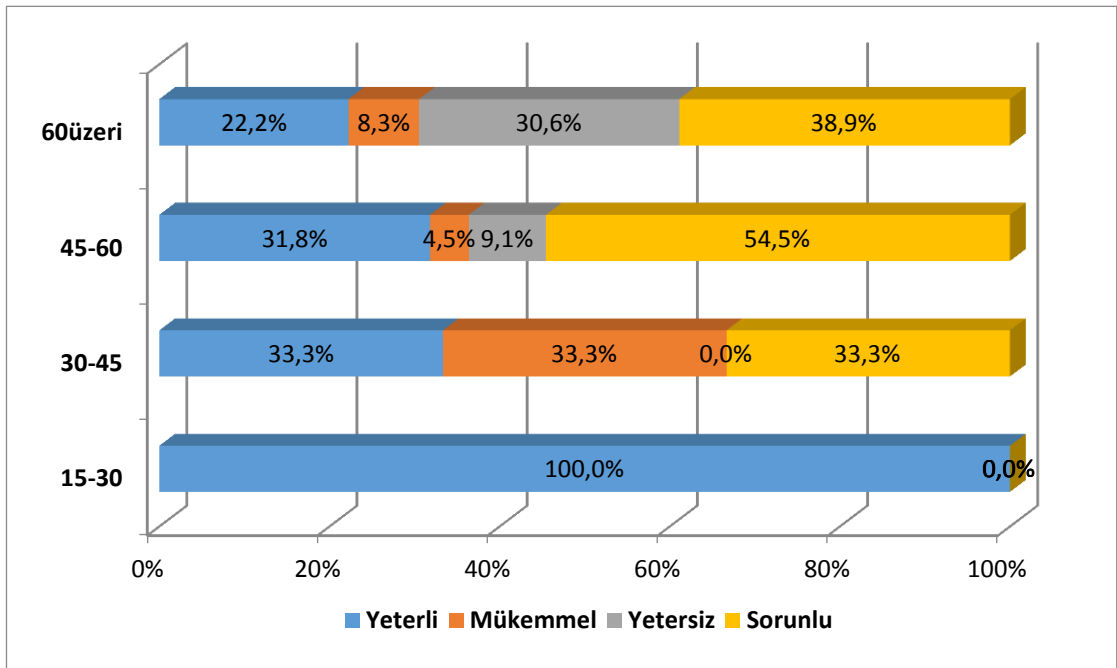
4.2.2. Araştırma Grubunun Yaş Aralığı



Grafik 2: Araştırma Grubunun Yaş Aralığı Grafiği

4.2.3. Yaş ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

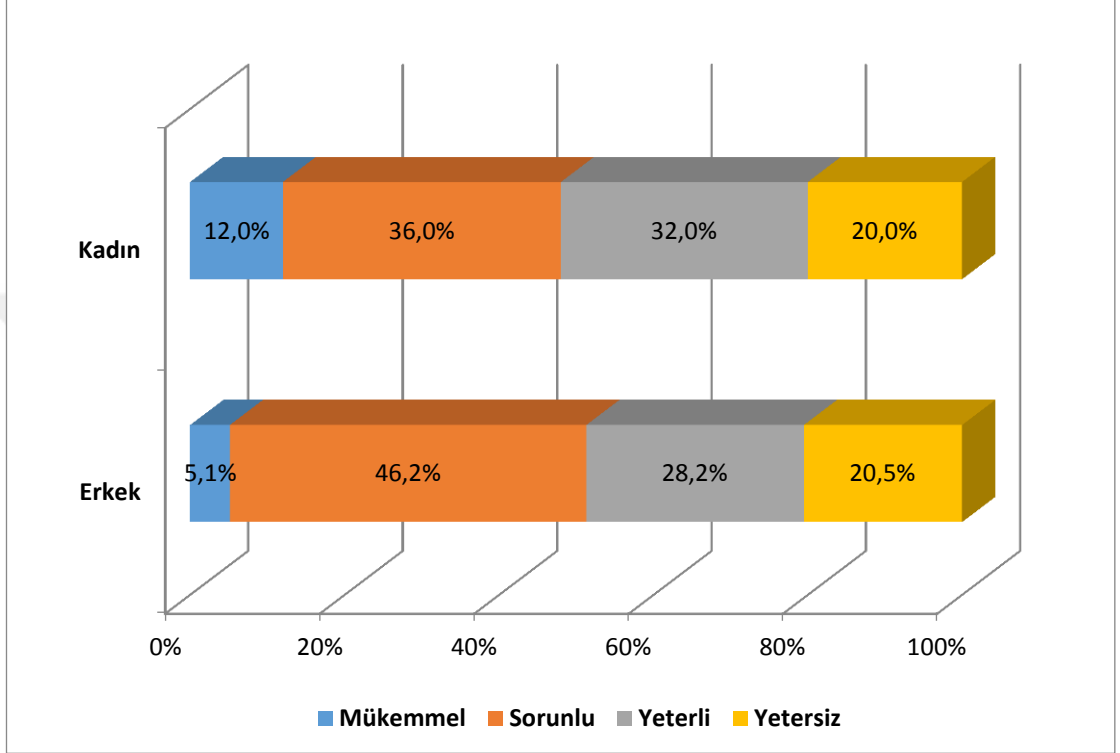
Yaş gruplarına göre okuryazarlık düzeyine bakıldığında 45-60 yaş ve 65 üzeri yaş guruplarında hem yetersiz hem de sorunlu kısmın diğerlerine oranla yüksek olduğu dikkat çekmektedir (Eğimde $\chi^2=15,400$; $p=0,08$).



Grafik 3: Araştırma Grubunun Yaş Gruplarına Göre SOY Düzeyi

4.2.4. Cinsiyet ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Cinsiyet açısından bakıldığında, erkeklerin %20,5' inin okuryazarlık düzeyi yetersiz iken kadınlarda bu oran %20,0 olarak bulunmuştur. Cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Grafik 5 ($\chi^2=4.054$; $p=0,256$).

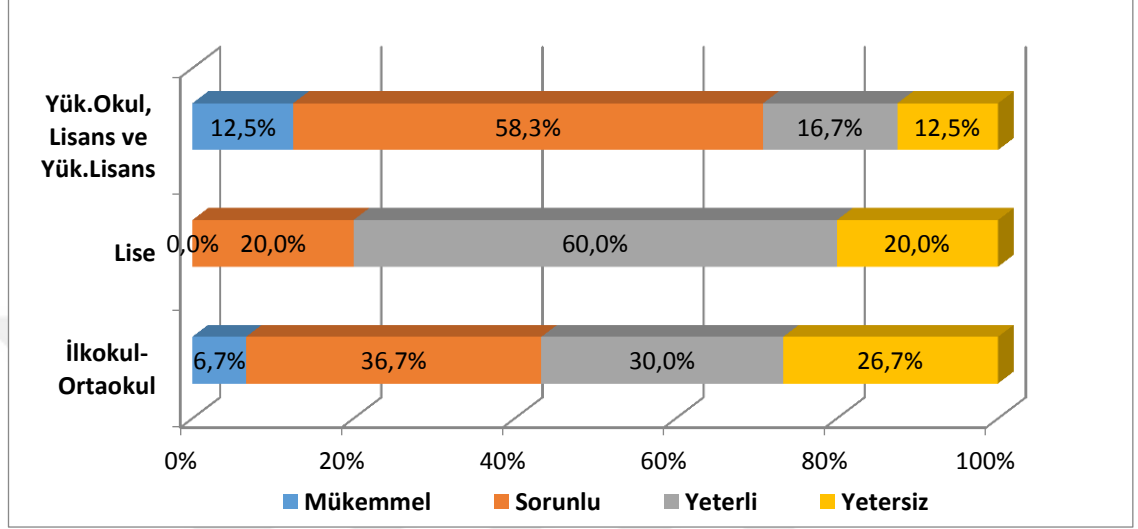


Grafik 4: Araştırma Grubunun Cinsiyete Göre SOY Düzeyi

4.2.5. Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

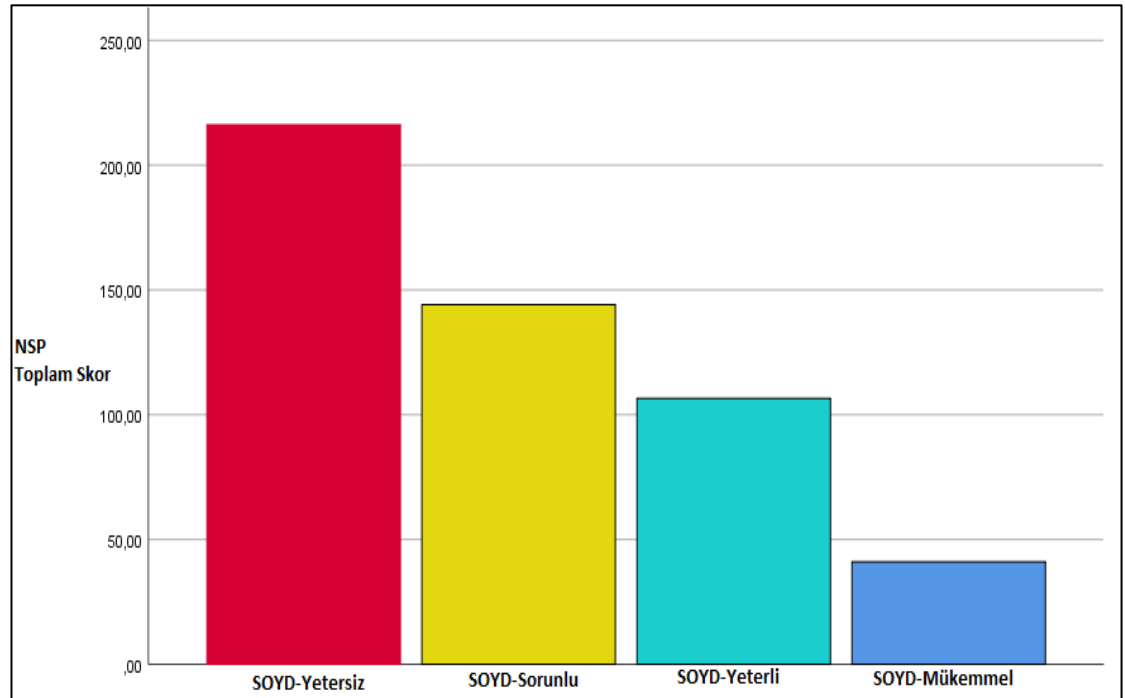
Eğitim düzeyi ve SOY ilişkisi incelendiğinde anlamlı fark izlenmemiştir.

Grafik 6 ($\chi^2=8,029$; $p=0,236$).



Grafik 5: Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre SOY Düzeyi

4.2.6. Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi) ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki İlişkisi



Grafik 6: Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi) ve SOY Arasındaki İlişkisi

Grafikte görüldüğü üzere bireylerin SOY düzeyi yetersize doğru gittikçe sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi düzeyi bozulmuştur (p=0,001, r= -0,405).

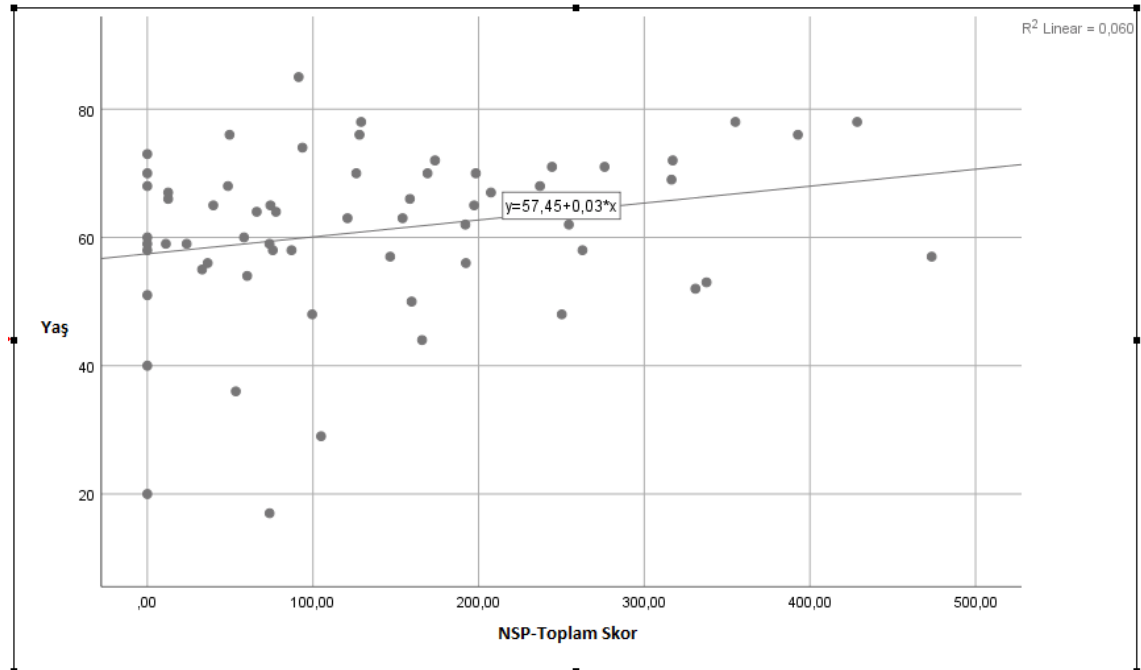
4.2.7. ASOY ve Yaşam Kalitesi Ortalama Değerleri (n=64)

Tablo 7: ASOY ve Yaşam Kalitesi Ortalama Değerleri (n=64)

| | $\bar{x} \pm SS$ |
|---------------------------------|------------------|
| ASOY-Tedavi Hizmetleri | 32,19 ± 9,12 |
| ASOY- Hastalıklardan Korunma | 30,67 ± 9,02 |
| ASOY- Sağlığın Geliştirilmesi | 29,88 ± 10,11 |
| ASOY-Toplam | 148,55 ± 466,10 |
| Nottingham Sağlık Profili (NSP) | |
| NSP-Enerji (0-100) | 38,13 ± 37,56 |
| NSP-Ağrı (0-100) | 14,27 ± 21,61 |
| NSP-Duygusal Reaksiyon (0-100) | 22,38 ± 26,79 |
| NSP-Sosyal İzolasyon (0-100) | 14,46 ± 23,54 |
| NSP-Uyku (0-100) | 25,93 ± 28,09 |
| NSP-Fiziksel Aktivite (0-100) | 24,35 ± 23,66 |
| NSP-Toplam (0-600) | 139,54 ± 120,01 |

ASOY- Tedavi Hizmetleri, Hastalıklardan Korunma, Sağlığın Geliştirilmesi Ve Nottingham Sağlık Profili ve Alt parametrelerinin Skorları

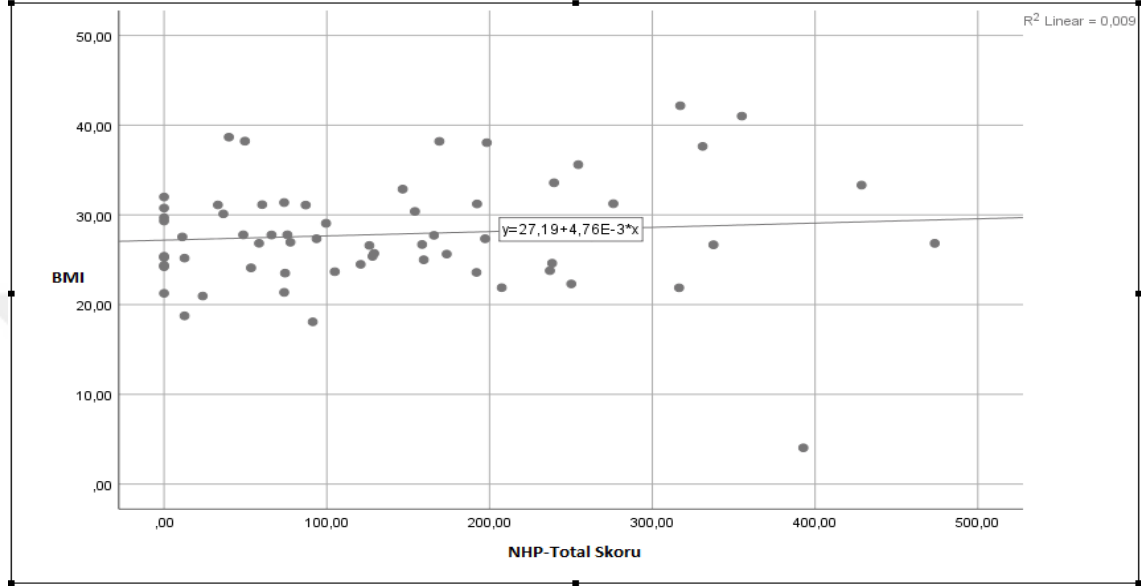
4.2.8. Demografik özelliklerden Yaş ve Nottingham Sağlık Profili İlişkisi



Grafik 7: Demografik Özelliklerden Yaş ve Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi) İlişkisi

Yaş ile Nottingham Sağlık Profili toplam skoru arasında istatistiksel anlamlı olmayan trend bazında pozitif korelasyon izlendi ($p= 0,075>0,05$, $r=0,225$).

4.2.9. Demografik özelliklerden Vücut Kütle İndeksi (VKİ) ve Nottingham Sağlık Profili İlişkisi



Grafik 8: Demografik Özelliklerden Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ve Nottingham Sağlık Profili (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi) İlişkisi

Vücut Kütle İndeksi (VKİ)= Body Mass Index

VKİ ile Nottingham Sağlık Profili toplam skoru arasında istatistiksel anlamda istatistiksel ilişki izlenmemiştir ($p=0,304>0,05$, $r=0,094$).

4.2.10. Sağlık Okuryazarlığı Seviyesine Göre Demografik Verilerin Yaşam Kalitesi İle Olan İlişkisi

Çalışmaya katılan araştırma grubunun %26,6' sında ($n=17$) %48,4'ünde ($n=31$) Hipertansiyon, %35,9'unda ($n=23$) sigara içiciliği öyküsü, %48,4 'ünde ($n=31$) KOAH, %56,3'ünde ($n=36$) hafif koroner arter hastalığı, %7,8'inde ($n=5$) normal koroner arterler %25'inde ($n=16$) perkütan koroner girişim gerektiren düzey de KAH, %10,9 ($n=7$) koroner arter bypass greft ameliyatı gerektirecek düzeyde ciddi KAH mevcuttur.

Hastaların SOY düzeyi derecelerini yapılan anket çalışmasında orijinalinde olduğu şekli ile uygulanmıştır. Buna göre;

4 mükemmel,

3 yeterli,

2 sorunlu

1 yetersiz, Olarak uygulanmıştır. Çalışmada uygulana ASOY anketine verilen cevaplara göre bakacak olursak, %22,3'ü (n=13) yetersiz, %42,2 'sinde (n=27) sorunlu SOY %29,7'sinde (n=19) yeterli, %7,8 'inde (n=5) mükemmel düzeyde SOY tespit edilmiştir.

VKİ ile Nottingham Sağlık Profili Ağrı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon izlenmiştir.($r=0,264$ $p=0,035$).

Yine VKİ ile Nottingham Sağlık Profili Fiziksel Aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon izlenmiştir ($r=0,276$ $p=0,027$).

Araştırma grubuna yapılan anket çalışmasında cinsiyete göre SOY Düzeyi değerlendirmesini Ki-Kare testi ile değerlendirildiğinde SOY Düzeyi ve cinsiyet arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır ($p=0,713$).

4.2.11. ASOY ve Yaşam Kalitesi Parametreleri Arasındaki İlişki

Tablo 8: ASOY ve Yaşam Kalitesi Parametreleri Arasındaki İlişki (n=64)

| | NSP- Enerji | NSP- Ağrı | NSP- Emosyonel reaksiyon | NSP- Sosyal İzolasyon | NSP- Uyku | NSP- Fiziksel aktivite | NSP- Toplam |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
| ASOY- Tedavi Hizmet | $r=-0,346$ $p=0,005$ | $r=-0,238$ $p=0,060$ | $r=-0,218$ $p=0,087$ | $r=-0,233$ $p=0,066$ | $r=-0,045$ $p=0,727$ | $r=-0,410$ $p=0,001$ | $r=-0,308$ $p=0,014$ |
| ASOY- Hastalıklardan Korunma | $r=-0,350$ $p=0,005$ | $r=-0,315$ $p=0,012$ | $r=-0,280$ $p=0,026$ | $r=-0,231$ $p=0,069$ | $r=-0,076$ $p=0,553$ | $r=-0,491$ $p<0,001$ | $r=-0,344$ $p=0,006$ |
| ASOY- Sağlığın Geliştirilmesi | $r=-0,544$ $p<0,001$ | $r=-0,457$ $p<0,003$ | $r=-0,381$ $p=0,002$ | $r=-0,325$ $p=0,016$ | $r=-0,323$ $p=0,010$ | $r=-0,597$ $p<0,001$ | $r=-0,541$ $p<0,001$ |
| ASOY-Toplam | $r=-0,454$ $p<0,001$ | $r=-0,366$ $p=0,003$ | $r=-0,341$ $p=0,006$ | $r=-0,310$ $p=0,013$ | $r=-0,173$ $p=0,171$ | $r=-0,550$ $p<0,001$ | $r=-0,450$ $p<0,001$ |

Enerji Seviyesi ile Tedavi Hizmetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon izlendi ($p=0,005$ $r = -0,346$). Hastalıklardan Korunma ile Enerji Seviyesi arasında da anlamlı negatif korelasyon izlendi ($p = 0,005$ $r = -0,350$). Aynı zamanda Enerji Seviyesi ile Sağlığın Geliştirilmesi arasında da istatistiksel anlamlı negatif korelasyon mevcuttur ($p < 0,001$ $r = -0,544$). ASOY Genel toplam ve Enerji Seviyesi arasında da benzer şekilde negatif korelasyon mevcuttur ($p < 0,001$ $r = -0,454$).

NSP alt parametrelerinde olan ağrı düzeyi ile tedavi hizmetleri arasında istatistiksel olarak negatif korelasyon izlendi ($p = 0,060$ $r = -0,238$). Hastalıklardan Korunma ve Ağrı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon mevcuttur ($p = 0,012$ $r = -0,315$).

Sağlığın Geliştirilmesi ve ASOY Genel Toplamı ile de Ağrı arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyonlar vardır. Sırasıyla ($p < 0,001$, $r = -0,457$, $p = 0,003$ $r = -0,366$). Emosyonel Reaksiyon ve Tedavi Hizmetleri arasında da istatistiksel anlamlı olmayan trend bazında negatif korelasyon mevcuttur ($p = 0,087$, $r = -0,218$). Hastalıklardan Korunma ve Emosyonel Reaksiyon arasında da istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur ($p = 0,026$, $r = -0,280$).

Sağlığın Geliştirilmesi ve ASOY Genel Toplam ile Emosyonel Reaksiyon korelasyonlarına baktığımızda anlamlı negatif korelasyonlar bulunmuştur. Sırasıyla; ($p = 0,002$, $r = -0,381$, $p = 0,006$ $r = -0,341$). Yine bu alt parametrelerden Sosyal İzolasyonla Tedavi Hizmetleri arasında istatistiksel anlamlı olmayan negatif korelasyon olduğunu görüyoruz ($p = 0,066$, $r = -0,233$). Yine trend bazında Hastalıklardan Korunma ve Sosyal İzolasyon arasında negatif korelasyon bulunmuştur ($p = 0,069$, $r = -0,231$). Sağlığın Geliştirilmesi ve ASOY Genel toplam ile Sosyal İzolasyon arasında da anlamlı negatif korelasyon olduğunu görüyoruz. Sırasıyla; ($p = 0,016$ $r = -0,325$, $p = 0,013$ $r = -0,310$). Nottingham Sağlık Profiline alt parametrelerinden Uyku ve Tedavi Hizmetleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p = 0,727$ $r = -0,045$). Uyku ve Hastalıklardan Korunma arasında da istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p = 0,553$ $r = -0,076$). Uyku ve Sağlığın Geliştirilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur ($p = 0,010$ $r = -0,323$).

ASOY Genel Toplam ve Uyku arasında istatistiksel olarak korelasyon bulunmamıştır ($p = 0,171$ $r = -0,173$).

Nottingham Sağlık Profiline alt parametrelerinden Fiziksel Aktivite ve Tedavi Hizmetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur. Sırasıyla söyleyecek olursak Fiziksel aktivite ile Tedavi Hizmetleri arasında, Hastalıklardan Korunma arasında, Sağlığın Geliştirilmesi arasında ve ASOY Genel Toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur ($p = 0,001$ $r = -0,410$, $p < 0,001$ $r = -0,491$, $p < 0,001$ $r = -0,597$, $p < 0,001$ $r = -0,550$).

Son olarak Nottingham Sağlık Profili Toplam ile sırasıyla; Tedavi Hizmetleri, Hastalıklardan Korunma, Sağlığın Geliştirilmesi ve ASOY Genel Toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur ($p=0,014$ $r= -0,308$, $p=0,006$ $r=-0,344$, $p<0,001$ $r=-0,541$, $p<0,001$ $r=-0,450$).

4.2.12. ASOY Seviyelerine Göre Başlangıç Demografik Veriler ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Tablo 9: ASOY Seviyelerine Göre Başlangıç Demografik Veriler ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeyleri

| | Yetersiz | Sorunlu | Yeterli | Mükemmel | p |
|-----------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|--------------|
| Yaş | 67,38±6,66 | 62,22±9,20 | 55,11±17,85 | 61,80±14,56 | 0,100 |
| BMI | 27,81±9,34 | 28,30±4,56 | 26,97±5,67 | 28,82±5,94 | 0,608 |
| DM | n=6 % 9,3 | n=7 % 10,9 | n=2 % 3,1 | n=2 % 3,1 | 0,126 |
| HT | n=9 % 14 | n=15 % 23,4 | n=3 % 4,6 | n=4 % 6,25 | 0,003 |
| Sigara | n=4 % 6,25 | n=9 % 14 | n=9 % 14 | n=1 % 1,5 | 0,598 |
| Ciddi KAH | n=4 % 6,25 | n=10 % 15,6 | n=6 % 9,3 | n=3 % 4,6 | 0,664 |
| KOAH | n=2 % 3,1 | n=4 % 6,25 | n=1 % 1,5 | n=1 % 1,5 | 0,706 |
| NSP Total Skor | 216,18±103,31 | 144,11±129,19 | 106,53±102,20 | 41,05±52,76 | 0,009 |
| o ES | 69,23±31,27 | 32,08±34,15 | 33,55±38,79 | 7,36±6,45 | 0,005 |
| o A | 28,59±32,92 | 13,15±15,32 | 9,19±17,60 | 2,33±3,19 | 0,077 |
| o ER | 31,75±28,13 | 26,11±30,94 | 16,20±18,79 | 1,44±3,22 | 0,029 |
| o Sİ | 17,95±20,22 | 18,74±26,95 | 9,81±22,32 | 0,00±0,00 | 0,113 |
| o U | 26,83±24,84 | 27,60±29,34 | 23,59±30,25 | 23,49±28,36 | 0,824 |
| o FA | 41,82±22,40 | 26,41±24,18 | 14,17±18,30 | 6,43±9,56 | 0,001 |

$P<0,05$ istatistiksel değerlendirmede anlamlı olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistik çalışmasında Ki-Kare ve Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır. Yapılan Ki-Kare testine göre araştırma gurubunda hiper tansiyon hastası olma durumu SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir ($p<0,003$).

Yapılan istatistiksel analize göre NSP total skor ortalamaları SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir ($p<0,009$). Aynı zamanda enerji seviyesi (ES) ortalamaları ile SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,005$). Benzer şekilde emosyonel reaksiyon (ER) ortalamaları SOY seviyeleri düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,029$).

Ayrıca ağrı ortalamaları SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir ($p<0,077$). Aynı şekilde fiziksel aktivite ortalamaları SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir ($p<0,001$).

4.2.13. Cinsiyete Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Demografik Veriler

Araştırma gurubunda uygulanan Kruskal Wallis testine göre Cinsiyete Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ve Demografik Veriler incelemesinde istatistiksel olarak gruplar anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 10: Cinsiyete Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ve Demografik Veriler

| | Kadın | Erkek | p |
|----------------|--------------|---------------|-------|
| Yaş | 63,36±9,75 | 59,69±14,56 | 0,417 |
| BMI | 28,70±6,36 | 27,30±5,92 | 0,847 |
| NSP Total Skor | 157,3±128,14 | 128,01±114,70 | 0,356 |
| o ES | 46,46±41,87 | 32,80±34,02 | 0,234 |
| o A | 16,66±25,01 | 19,32±12,73 | 0,726 |
| o ER | 24,03±30,01 | 21,33±24,86 | 0,966 |
| o Sİ | 19,24±25,81 | 11,40±21,75 | 0,165 |
| o U | 27,97±26,41 | 22,02±24,76 | 0,472 |
| o FA | 23,15±28,02 | 27,71±28,36 | 0,466 |

4.2.14. Öğrenim Düzeyi, Demografik Veriler ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi İlişkisi

Öğrenim düzeyine göre VKİ ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Öğrenim düzeyi arttıkça bireylerin VKİ' inde düşüş izlenmiştir.

Tablo 11: Öğrenim Düzeyi, Demografik Veriler ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi İlişkisi

| | İlkokul ve Ortaokul | Lise | Y. Okul, Lisans ve Y. Lisans | p |
|----------------|---------------------|---------------|------------------------------|--------------|
| Yaş | 64,96±10,65 | 53,50±18,16 | 61,42±9,84 | 0,121 |
| BMI | 29,56±7,82 | 27,05±3,33 | 26,44±4,78 | 0,045 |
| NSP Total Skor | 163,07±121,86 | 135,76±142,37 | 116,26±103,20 | 0,373 |
| o ES | 46,67±36,50 | 41,20±41,86 | 27,10±34,81 | 0,171 |
| o A | 22,92±28,11 | 9,75±14,71 | 7,53±12,38 | 0,069 |
| o ER | 20,59±22,58 | 24,40±29,88 | 23,15±30,25 | 0,958 |
| o Sİ | 12,26±18,94 | 18,85±33,19 | 14,28±22,08 | 0,967 |
| o U | 27,55±28,57 | 23,87±28,39 | 25,37±28,52 | 0,809 |
| o FA | 33,05±27,21 | 17,68±24,90 | 18,81±15,29 | 0,901 |

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan koroner arter hastalarının SOY düzeyleri, yaşam kaliteleri ve SOY' un yaşam kalitesi üzerine etkisi olmak üzere üç bölümde incelenmiştir.

Son yıllarda sağlık hizmeti kapsamında ve özellikle yaşlı kronik hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin önemi gittikçe artış göstermektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümleri ile kronik seyirli hastalıkların, birey üzerindeki sosyal, bedensel ve emosyonel etkileri ölçülmektedir (JoséEduardo & Bosiet, 1995, s. 270-274).

Elizabeth Schenk ve arkadaşları yapılan çalışmada kronik hastalara yönelik yaşam kalitesini belirleyerek sağlıklı bireylerle karşılaştırmışlardır. Fibromiyalji, AIDS, KOAH ve üriner inkontinans hastaların yaşam kalitesi sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Elizabeth ve arkadaşları, 1998, s. 57-65).

Gelişen sağlık teknolojilerinin sonucunda yaşam süresinin artması ile sıklıkla görülen kronik hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonlarının yükü, sağlık sistemlerinin artış gösteren hacmine karşı, hastaya ayrılan zaman ve hizmet kalitesinde azalma birliktelik göstermektedir. Modern sağlık hizmetinin sunumunda, hasta anatomisi merkezli bakım teriminin sağlık sunum algoritmasında yapılan değişikliklerle toplum içindeki kişilerin sağlıklarına ve hastalıklarına yönelik bilgili olma ve sorumluluk sürecinde yer alma zorunlulukları oluşturulmuştur (Tanrıöver, Yıldırım, Çakır, & Akalın, 2014, s. 55-56).

Türkiye'de özellikle son yıllarda birçok hastalığın ölçümü için NSP uygulanmakta ve uygulama alanı hızla genişlemektedir. NSP, sağlık sorunlarının standart ölçümünde kullanmak amacıyla İngiltere'de ortaya koyulmuştur. (Mceven, 1980, s. 286). Sorgulayabilen ve uygulanabilen bir tasarım olarak üretilmiştir. Hastalık hakkında kolay ve kısa bir tasarımdır. Geçerliliği ve güvenilirliği İngiltere'de test edilerek analiz edilmiştir (Hunter, McKenna, & Mceven, 1980, s. 281-286). Türkiye'de de bu test, Küçükdeveci ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kullanılmış ve toplumun geneline uyarlanmıştır. Bu testin güvenilirliği Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından tespit edilmiştir (Küçükdeveci, Kutlay, & McKenna, 2000, s. 31-38).

Yaşam kalitesi, bireylerin amaçları, standartları ve beklentileri ile doğru orantılıdır. Bireyin yaşadığı değer ve kültür yargılarının tamamını içine almakta ve algılamaktadır (Peker, Beyazova, & Kutsal, 2000, s. 642-656). Yaşam kalitesi sonuçlarından elde edilen bulgulara göre, hastanın sağlık sorunlarının belirlenmesinde, tedavilerinin saptanması ve hastalık sürecinin izlenmesi, sağlık tasarlayıcılarına yeni fikirler sağlamaktadır (Peker, Beyazova, & Kutsal, 2000, s. 642-656). Carod Artal ve arkadaşları yaşam kalitesini birçok yönlü model geliştirerek değerlendirmiş ve sosyal, fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik olarak sağlık parametreleri içermesi gerektiğine vurgu yapmışlardır (Carod-Artal, Egido, Gonza'lez, & Seijas, 2000, s. 2995-3000).

SOY düzeyi kategorik değerlendirmesinin bireylerin eğitim düzeyine göre değişiklik göstermesi gerekir. SOY genel anlamda bilgiye ulaşmada ve anlama konusunda, ayrıca yorumlama gibi bilişsel becerilerle ilgili olduğu için eğitim düzeyinin yükselmesi ile SOY düzeyinin de yükselmesi beklenir literatürde de belirtilmiştir (Okuyay, 2016, s. 39-60). Çalışmamızda, araştırma grubuna uygulamış olduğumuz anketlere verilen cevaplar üzerinden yapılan değerlendirmede bireylerin eğitim düzeyi ile SOY arasında istatistiksel anlamlı sonuç çıkmamıştır. Bunun sebebi çalışmamıza katılan gönüllü kişi sayısının azlığı, normal dağılımın olmaması ve yaş ortalamasının yüksekliği olabilir.

Nutbeam'ın yaptığı çalışmada SOY' un geliştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. Bunun için eğitim oldukça önemli olarak görülmektedir. Eğitim yalnızca kişilerin bilgi ve becerilerinin birikimlerini, hayat tarzlarını ve anlayışlarını değiştirmesine yönelik bulgu olmadığı görüşünü savunmuştur. Nutbeam sağlıkta eğitim yoluyla, bireyin ekonomik, sosyal ve çevresel faktörlerin farkındalığının artacağını ifade etmektedir. Bu unsurların değişmesi için toplumsal ve bireysel hareketlerin teşvik edilmesi gereklidir (<http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/download/article-file/82916>). Literatürde yaşlılık ve işlevsel SOY incelemesinde; okul yıllarının tamamlanması, gazete okuma sıklığı, kronik hastalıklar ve sağlık durumunu belirlemek için toplulukta yaşayan, yaşlı kişilerle, gazete okuma sıklığı, görme eksikliği, kronik tıbbi durumlar ve sağlık durumundaki farklılıklar, yaşlı katılımcıların okuryazarlığının düşük olduğunu açıklamamıştır (Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson, 2010, s. 368-373).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş ve SOY arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak yaş artışı ile birlikte SOY azalmasında bir trend izlenmiştir. Gelecekteki yapılacak çalışmalarda, işlevsel okuryazarlığın yaş ile azalıp

azalmayacağını konusu ve bunun bilişsel fonksiyonda düşüşle açıklanıp açıklanmayacağını prospektif olarak incelenebilir.

Çalışmamızda yeterli SOY seviyesine sahip kadınlar % 32 tespit edilirken, erkelerin Yeterli SOY seviyesi % 28,2 olarak tespit edilmiştir. Sorunlu kısmında kadınların % 36'sı erkelerin ise %46,2 tespit edilmiştir. SOY' un yetersiz kısmında ise her iki cinsiyet grubunda anlamlı bir fark görülmemiştir (Cinsiyete Göre SOY Düzeyi). Yapmış olduğumuz çalışmaya benzer şekilde de literatürde cinsiyet ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmağı görülmüştür (Demirli, 2018, s. 8-9).

SOY ile Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ilişkisi bu çalışmada ASOY anketi ve Nottingham Sağlık Profili anketleri aracılığı ile karşılaştırılmıştır. Literatürde SOY düzeyinin yeterli seviyede olduğu kişiler sağlıklarına yönelik bilgi edinme konusunda önemli bir sorunla karşılaşmamaktadır. Bireyler kendi problemlerini çözme yeteneğine sahip ve sağlığını geliştirmeye yönelik değişiklik yapma becerisine sahiptirler (Sezer, 2012, s. 11-12).

Çalışmamızda genel olarak ASOY ve NSP alt parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir. ASOY- tedavi hizmetler alt kategorilerden sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konularında bireylerin SOY düzeyinin artması ile birlikte NSP alt parametrelerinden ES, FA ve NSP toplam skoru arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir. NSP alt parametrelerinden ER, A, U ve SI ise ASOY- tedavi hizmetler alt kategorilerden sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konularında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif korelasyonlar izlenmiştir. Böylelikle SOY düzeyi arttıkça NSP toplam skor ve alt parametrelerinin skorlarında düşme izlenmiştir. Hastaların hissetmiş oldukları duygusal reaksiyon, ağrı hissiyatı, uyku bozuklukları ve sosyal izolasyon durumları SOY düzeyi arttıkça daha iyi duruma gelmektedir.

ASOY- hastalıklardan korunma alt kategorilerden sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konularında bireylerin SOY düzeyinin artması ile birlikte NSP alt parametrelerinden ES, A, ER, FA ve NSP toplam skorları arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir. NSP alt parametrelerinden U ve SI ise ASOY- hastalıklardan korunma alt kategorilerden Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi

kullanma/uygulama konularında istatistiksel anlamlı olmayan negatif korelasyon izlenmiştir. SOY düzeyi arttıkça hastaların hastalıkları ile ilgili tedaviye ulaşma ve bilinçli takip olabilmeye olasılıkları artmaktadır ve böylelikle NSP ile de belirlenen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyi de olumlu yönde değişmektedir. Hastaların hissetmiş oldukları enerji durumları ağrı hissiyatı duygusal reaksiyon ve fiziksel aktivite durumları SOY düzeyi arttıkça daha iyi duruma gelmektedir.

ASOY- Sağlık Geliştirilmesi alt kategorilerden Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konularında bireylerin SOY düzeyinin artması ile birlikte NSP alt parametrelerinden ES, A, ER, FA, SI, U ve NSP toplam skorları arasında istatistiksel anlamlı negatif korelasyonlar izlenmiştir. Hastaların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konularında bireylerin SOY düzeyinin artması ile sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri düzeylerinde olumlu yönde değişme olmaktadır. Bu bağlamda da SOY düzeyinin artırılması bireylerin yaşam kalitelerini de olumlu yönde etkilemektedir.

ASOY- Toplam ile NSP alt parametrelerinden ES, ER, FA, SI, A ve NSP toplam skorları arasında istatistiksel anlamlı Negatif Korelasyonlar izlenmiştir. SOY düzeyi arttıkça NSP toplam skor ve alt parametrelerinin skorlarında düşme izlenmiştir. Hastaların hissetmiş oldukları enerji durumları, ağrı hissiyatı, duygusal reaksiyon, fiziksel aktivite ve sosyal izolasyon durumları SOY düzeyi arttıkça daha iyi duruma gelmektedir.

NSP alt parametrelerinden U ile ASOY- Toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif korelasyon izlenmiştir.

Bireylerin SOY seviyelerinin yüksek olması bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama konularında yeterli olmalarını, bunun neticesinde de ASOY- tedavi hizmetleri, hastalıklardan korunma, Sağlık Geliştirilmesi kategorilerinde iyileşme oluştururken sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinde iyileşme izlenmiştir. Bu durumlar SOY ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasında direkt bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık tanımında da olan bedenen, ruhen ve sosyal olarak iyilik hali olması bu ilişkiyi daha iyi anlamamıza sebep olmaktadır.

Koroner arter hastalığı gibi önemli mortalite ve morbidite sebebi olan hastalarda SOY düzeyinin çalışmamızda da bulunduğu gibi yüksek olması ve kişilerin

hastalıkları ile ilgili süreçte daha aktif rol almaları, sağlığın iyileştirilme ve geliştirilmesi yönünden olumlu sonuçlar vermektedir. Benzer bir şekilde literatürde SOY ve sağlık davranışlarını inceleyen çalışmalar vardır. Baker ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmaya göre SOY seviyesinin yeterli olduğu kişilerde alkol tüketimi daha az ve sigara kullanımının oldukça düşük olduğu ve bu kişilerin fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğu tespit edilmektedir (Baker ve arkadaşları, 2004, s. 215-220). Kim'in (2009) çalışmasında SOY' u yeterli olan kişilerin fiziksel hareketlerde buldukları tespit edilmiştir (Kim, 2009). Zoellner ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmaya göre, SOY düzeyi arttıkça sağlıklı beslenme puanlarının artış gösterdiğini bildirmiştir (Zoellner ve arkadaşları, 2011, s. 1012-1020). Yine literatür de düzenli beslenme ve fiziksel aktiviteler ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ve bu davranışta bulunan kişilerin daha az sigara içtikleri bulgusuna ulaşılmıştır (Sezer, 2012, s. 11-12).

Türkiye'de yapılan ilk geniş kapsamlı saha çalışması 2014 yılında gerçekleştirilmiştir. Türkiye SOY Araştırmasına göre ASOY anketi yapılmış ve anket Türkçe 'ye tercüme edilerek veri toplamak amacıyla kullanılmıştır. Türk toplumunun %64,6'sının yetersiz veya sorunlu SOY bölümünde yer aldığı gözlemlenmiştir. Yaş faktörünün değiştirilememesi, eğitim düzeylerinin düşük olması ve sosyo-ekonomik seviyesinin sorunlu olması SOY' u etkileyen nedenler arasında gösterilmektedir (Sayek ve arkadaşları, 2016, s. 50-65).

SOY bireylerin mevcut sağlık durumlarını anlama ve tedavi süreçlerine katılma, kronik hastalıkları yönetme, koruyucu hizmetlerden yararlanma kabiliyetlerini artırır. Böylece kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almada ve karar vermede daha güçlü bir duruma gelmesini sağlar (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004, s. 19-31). Konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda bu bilgiyi desteklemektedir (IkCho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008, s. 1809-1816). SOY düzeyi arttıkça koruyucu hizmet kullanımının da arttığı literatür de bildirilmiştir (Pagán ve arkadaşları, 2012, s. 132-137).

SOY' u düşük kişilerde hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların daha sık olduğu yine daha önce yapılan bir çalışmada belirlenmiştir (Omachi ve arkadaşları, 2013, s. 74-81). Yine SOY düzeyinin düşük olması hastalık yönetimi yetersizliğine bağlı daha fazla sorunlar ile karşılaşılmasına sebep olduğu daha önceki çalışmalarda bulunmuştur (Persell, Osborn, Richard, Skripkauskas, & Wolf, 2007, s. 1523-1526).

SOY seviyesi düşük hipertansiyonlu bireylerin diğerlerine oranla daha fazla miktarda ilaç kullandıklarını saptamıştır. Literatürde SOY' u düşük olan bireylerde ruh sağlıkları ile ilgili yaşadıkları sorunları anlatmaktan çekindikleri, nereden ve nasıl hizmet erişeceklerini bilmedikleri için depresif belirtilerin daha fazla görülebileceği belirtilmektedir (Parikh, Parker, Nurss, Baker, & Williams, 1996, s. 33-39). Çalışmalarında düşük SOY' u olan bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlık durumlarının daha kötü olduğunu bildirmiştir (Tokuda, Doba, Butler, & Paasche-Orlow, 2009, s. 411-417).

Yapmış olduğumuz çalışmada VKİ ve Nottingham Sağlık Profili alt parametrelerinden Ağrı ve Fiziksel Aktivite düzeyleri arasında çıkan istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye göre hastaların VKİ düzeyi arttıkça ağrı şikâyetlerinin de arttığı, fiziksel aktivitelerinin ise belirgin şekilde azaldığı izlenmiştir. Obezite birçok kronik hastalığın sebebi olduğu gibi kendisi de sağlığı bozma noktasında çoklu organ hasarları nedeni arasında gösterilmektedir.

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezite genel olarak bedenın yağ kütlesinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (www.hsgm.saglik.gov.tr).

Obezite tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Obezite, bireylerin sağlığını tehdit eden ve herhangi bir hastalığa yakalanma riskine daha çok etki eden nedenler arasında gösterilmektedir. SOY obezite farkındalığı ve tedavi açısından önem arz etmektedir. Kalp hastalığı riskini taşıdığını öğrenen birey, ne yapması gerektiği hakkında bilgi edinmek ister ve sağlık durumunu düzeltmek için ilgili bilgiler edinir. Yağ oranı düşük yiyecekleri yemek için düzenli ve sağlıklı beslenme arayışına yönelmektedir. Birey bu süreçte yeteri kadar bilgiye sahipse, obeziteyi engelleyecek yaşam şekli değişikliğini, diyet, egzersiz ve doktor tavsiyelerine uyma konusunda daha rahat olacaktır.

Sağlıklı beslenme tedavisi uygulayan birey davranış değişikliğine gitmeden önce hastalığın risklerini ve tedavi yöntemlerini bilmek istemektedir. Bu bağlamda bireye gerekli bilgilerin verilmesi mümkündür. Sağlığa yönelik davranış ve tutumların,

davranışı yönlendiren yargıların özeti olduğu düşüncesine yer verilmemelidir. Bu anlamda unutulmaması gereken önemli husus, kişi aldığı bilgiler dâhilinde olumlu veya olumsuz davranışlarda bulunabilmektedir (Yıldırım & Keser, 2015, s. 52).

Çalışmamızda VKİ ile Nottingham Sağlık Profili toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir. Literatür incelendiğinde obez bireylerde Nottingham Sağlık Profili (NSP) Anketi ile obez olguların, fiziksel aktivite, ağrı ve uyku ile ilgili sorunlar başta olmak üzere günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda etkileyen zorlukları olduğu tespit edilmiştir (Oksel, Esra, Zübeyde, & Paşa, 2008, s. 115-123). Çalışmamızda VKİ ile Öğrenim düzeyi arasında ilişki olup olmadığı konusuna anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyi arttıkça bireylerin VKİ düzeylerine dikkat ettikleri tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermekte olup, Oksel ve arkadaşlarının çalışmasında bizim sonuçlarımıza benzer şekilde öğrenim seviyesi arttıkça bireylerin VKİ ne dikkat ettiği, VKİ de azalma olduğu bildirilmiştir (Oksel, Esra, Zübeyde, & Paşa, 2008, s. 115-123).

Çalışmamızda SOY ve hipertansiyon arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin SOY düzeyi arttıkça hipertansiyon hastası olması olasılığı düşmektedir. SOY düzeyi yeterli ve mükemmel seviyede olan bireylerde hipertansiyon hastalığı diğer bireylere göre daha az olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda bu yönde benzerlik göstermektedir. Sınırlı SOY' u olan bireylerin hipertansiyon, obezite, diyabet, astım gibi kronik hastalıklarını yönetmekte, verilen tedaviyi anlamak ve uygulamakta zorlandıkları görülmektedir. Diyabet hastalığı olan sınırlı okuryazar düzeyindeki kişilerin glisemik kontrolleri daha kötü olmakta, alt ekstremitte ampütasyonu, retinopati gibi komplikasyonlar bu kişilerde daha fazla görülmektedir (Çayır, Atak, & Köse, 2011, s. 13-17). Yapılan bir diğer çalışmada; Hipertansiyonlu hastalar arasında yeterli SOY' u olanların % 92'si 160/100 mmHg kan basınç seviyesinin yüksek bir değer olduğunu bilebilirken, yetersiz SOY' u olanların ancak %55'i bu soruya doğru yanıt verebilmiştir (Tanrıöver, Yıldırım, Çakır, & Akalın, 2014, s. 19). SOY düzeyi düşük kişilerde görülme sıklığının daha fazla olmasının sebebi başta hipertansiyon olmak üzere kronik hastalıkların, hastanın verilen tedaviyi eksik uygulaması, diyetle uymaması, bölgesel beslenme alışkanlıklarının etkisi olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıklarla baş etmede toplumların SOY düzeyinin yükseltilmesinin önemli olduğu bilinmektedir. Kronik ve dejeneratif hastalıklardan korunma ve kontrol bakımından kişilerin sağlıklı davranışları ve bu bağlamda tütün kontrolü, tuz azaltma, sağlıklı beslenme, fiziksel

aktivite, aşırı alkol kullanımından sakınma, temel ilaçlar ve teknoloji başlıkları SOY ile bire bir örtüşürülen başlıklardır (Öztaş ve arkadaşları, 2016, s. 255-262). Çalışmamızda araştırma grubunda SOY ile ER (Emosyonel Reaksiyon) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Buna göre SOY düzeyi düşük kişilerin duygulanım reaksiyonları olumsuz etkilenmekte ve bir takım psikolojik problemler daha sık görülebilmektedir. Literatürde yapılan çalışmaların çalışmamızı destekler sonuçlar bulduğu görülmüştür. SOY artıkça kişilerin yaşamış oldukları sağlıkları ile ilgili duygu değişimlerine daha sağlıklı tepkiler verdiği, içinde bulunduğu durum açısından profesyonel destek arayışı, bilgi erişim konusunda doğru kanalları tercih ettiği görülmektedir. Kendi sağlığı konusunda uyması gereken kurallar bütününe ve güven duygusuna sahip olması noktasında daha bilinçli hareket ettiği söylenebilir.

Suchman'a göre tıbbi bakım alma beş aşamalı bir sırayı takip etmektedir. Bunlar; 1. Hastalık belirtilerinin görülmesi, 2. Hasta rolü oynama, 3. Tıbbi bakım, 4. Bağımsız hasta rolü, 5. İyileşme ve rehabilitasyon. İlk aşamada, fiziksel acı ya da rahatsızlık hissi yüzünden bir şeylerin ters gittiği düşünülür. Daha sonra hasta; belirtilerin önemini, hareketleri üzerindeki etkileri ile anlar ve korku ya da endişe şeklinde duygusal reaksiyonlar gösterir. Bu aşama boyunca hasta, belirtilerden kurtulmak için reçetesiz ilaçlar kullanabilir. Teorik olarak, daha sonra diğer tepki aşamasına geçer ve hasta rolünü oynar. Bu aşamada da hasta, yatakta yatmak ya da işe gitmemek gibi rolünün gerektirdiği davranışları göstermeyebilir. Ailesinden ve arkadaşlarından hasta rolü için geçici bir onay ister. Bir sonraki aşamada hasta rolünü meşrulaştırmak ve durum için uygun tedaviyi görüşmek üzere profesyonel bir sağlık görevlisinden yardım ister. Bağımsız hasta rolü aşamasında hasta, profesyonel kararları kabul eder ve önerilen tedaviye uyar. Bu aşamada hastanın sağlığına kavuşturulması gerekir. Ancak hasta doktor ilişkisinin niteliği de dahil olmak üzere birçok faktör hastanın önerilen tedaviye uymasını etkilemektedir. Suchman'ın modeli, bireylerin hastalık aşamaları boyunca gösterdikleri davranışlara sosyolojik ya da sosyal yapısal açıklamalar getirmektedir. Bu noktada toplumun SOY düzeyinin, bireyin tıbbi bakım alma kararındaki aşamaları etkileyeceği kuşkusuzdur (Suchman, 1965, s. 114-128). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi alt parametrelerinden ağrı ile SOY arasında çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmayan ancak trend bazında ilişki tespit edilmiştir. Buna göre SOY düzeyi yeterli ve mükemmel olanların olmayanlara göre, ağrı yakınması öyküsünü, şeklini ve derecesini daha iyi ifade ettiği bulunmuştur. Literatürde benzer bulgular bildirilmiştir. SOY ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki şu ana kadar net olmasa da,

ađrı yođunluđunun dűşűk ađrı yűnetimi ve dűşűk SOY seviyesine sahip kişilerin ađrı ile kűtű baőa çıkma stratejileri konusunda, yetersiz SOY dűzeyi bilgilerinden etkilendiđine dair gűstergeler vardır. Ayrıca yűksek ađrı yođunluđu ile yetersiz SOY arasında bir iliőki olduđunu gűsteren çalıőmalarda vardır (Kűppen, Dorner, Stein, Simon, & Crevenna, 2018, s. 26).

Bireyin yaőamıő olduđu ađrı dűzeyi ve ađrı yűnetimi konusunda vermiő olduđu tepkiler açısından SOY dűzeyi yűksekliti yaőam kalitesini duygusal ve psikolojik olarak olumlu etkilediti gűrűlmektedir. Birey yaőamıő olduđu ađrı dűzeyini skorlaması, tarif etme ve anlatma becerileri açısından yeterli dűzeyde SOY ‘a sahip olması hizmet sunucu ve hasta açısından űnem arz etmektedir.

Verilen bilgiler kiőisel ihtiyaç ve bilgilere gűre bireysel olarak hazırlanmalı ve iletilmelidir. Sađlanan bilgilerin anlaőılması geri bildirim yűntemiyle desteklenmelidir (Kűppen, Dorner, Stein, Simon, & Crevenna, 2018, s. 23-30).

Dűşűk SOY’ u olan hastalar ađrı kesici ilaç konusunda yetersiz bilgiye sahiptir. Dűşűk SOY’ u olan hastaların ihtiyaçlarını karőılamaya yűnelik eđitimsel műdahaleler, ađrının gűvenli bir Őekilde giderilmesi için esastır. Çok deđiőkenli analizler, demografik bilgileri kontrol ettikten sonra SOY ile ilaç bilgisi arasında anlamlı bir iliőki olduđunu gűstermiőtir (Devraj, Herndon, & Griffin, 2012, s. 19-27).

Yaőam kalitesi alt parametrelerden FA(Fiziksel Aktivite) ve SOY arasında yaptitiđımız çalıőmada istatistiksel olarak anlamlı iliőki tespit edilmiőtir. Bireylerin SOY seviyelerinin artması ile fiziksel olarak hareket aktivitelere vermiő olduđu űnem de artmaktadır. Aynı Őekilde artan SOY seviyesi ile Fiziksel Aktiviteye katılma oranı da artmaktadır. Birey sađlıđı açısından hangi fiziksel aktivitede bulunması gerektiđine karar verirken kendine uygun olan ve uygun sađlık egzersizinde bulunma kabiliyeti de artmaktadır. Çalıőmamızda yine űđrenim dűzeyi ve VKİ arasında anlamlı iliőkinin tespit edilmiő olması bu kapsamda eđitim seviyesi arttıka kiőinin fiziksel aktivitesine űnem vermesi ve VKİ’sini kontrol etmesi ile açıklanabilir. Eđitim dűzeyi ve SOY dűzeyi arasında pozitif yűnlű iliőki vardır. Bireyin eđitim dűzeyinin artması birlikte artan SOY dűzeyi ile fiziksel aktiviteye vermiő olduđu űnem ve hassasiyette artmaktadır. Eđitim dűzeyi ile birlikte űz bakım ve fiziksel aktiviteye de vermiő olduđu űnem artmaktadır. Çalıőmamızdaki Fiziksel Aktivite ve SOY iliőkisi literatűrde benzer sonuçlar gűrűlműőtir.

Yetersiz SOY' u olan katılımcıların, sigara içicisi olması ve alkol kullanmaları, düzenli fiziksel aktivite yapma ve fit olma olasılıkları düşüktür (Baker, Wolf, & Feinglass, 2007, s. 1503-1509).

Olumsuz sağlık davranışları sonunda KOAH, KAH, DM ve HT vb. gibi kronik sağlık sorunları açısından önemli risk oluşturmaktadır.

Düşük SOY özellikle kalp hastalıkları, diyabet, inme ve KOAH, sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve sık alkol tüketimi, düşük SOY ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Yüksek SOY, sözel akıcılık ve çalışma belleği dâhil olmak üzere daha güçlü bilişsel yeteneklerle ilişkilendirilmiştir. Yaşlı erişkinlerde düşük SOY düzeyi ve mortalite arasındaki ilişki belirtilmiştir (Bostock & Steptoe, 2012, s. 1602).

Çalışmamızda SOY ve ciddi KAH arasında anlamlı istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır fakat trend bazlı anlamlıdır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunamamasının sebebi araştırmaya katılan grubun sayısının azlığı ile ilişkili olabilir.

KAH tüm dünyada en önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Bu açıdan SOY, KAH'ı olan hastaların, hastalığın önceden farkına varılması, seyri ve tedavisi açısından önemlidir. SOY' un artırılması ile bu önemli sağlık sorununun insidansı azaltılabilir ve ekonomik olarakta ülkelere önemli etkisi olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde gelişmiş sağlık sistemleri, hizmet alıcılar açısından son derecede karmaşık bir yapı sergilemektedir. Bireylerin hem kendi sağlıkları hem de yakınlarının sağlıkları konusunda karşılaştıkları sorunlar ve hizmet sunucusu tarafından verilen hizmetler ile ilgili olarak yeterli düzeyde bilgi edinmeleri, bilgiye ve hizmete erişim noktasındaki süreçleri, kendi sorumluluklarını bilmeleri, hasta ve yakınlarının haklarını bilmeleri ayrıca sağlıkları ile ilgili kararlar verebilmeleri beklenmektedir. Kişilerden bu beklentilerin oluşabilmesi ise SOY düzeylerinin yeterli olmaları ile mümkün olacaktır.

SOY bireyin sağlığını koruyucu, olumlu sağlık davranışı konusunda geliştirici, sağlık problemleri karşısında sağlığını iyileştirici şekilde ana sağlık bilgilerine ve hizmetlerine ulaşabilme, edindiği/ulaştığı bilgileri yorumlayabilme, kullanabilme ve anlayabilme becerisi olarak ele alınabilir. Yetersiz ya da düşük seviyeli SOY düzeyinin sağlıkla ilgili bilgileri anlayabilmede güçlüğü, işlem süreçleri ve talimatlarını yerine getirmede zorluklara, sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde faydalanma, kullanıma da, erişimde sorunlara neden olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda da konu ile ilgili olarak sağlıkta bilgiye ulaşma konusunda SOY' u yüksek kişilerin sağlıkları ile ilgili bilgiye ulaşma, temel sağlık bilgilerini kullanmaları noktasında anlamlı bulunmuştur. SOY seviyesinin artması, yükseltilmesi ile birlikte yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür. Yapmış olduğumuz çalışmada araştırmaya katılan kişi sayısının düşük olması araştırma ile ilgili verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde bazı zorlukları beraberinde getirmiştir. Koroner arter hastası olan bireylerin SOY düzeyinin artması ile birlikte yaşam kalitesi üzerindeki olumlu değişiklik çalışmamızda göze çarpan önemli bulgulardandır. Bireylerin yaşam kalitesindeki artış, aynı zamanda birçok doğru davranışında sağlık üzerinde olumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşam kalitesi bireyin doğumu ile başlayıp ölümüne kadarki süreçte sağlığı ve yaşamı hakkındaki kararları alması, uygulaması, erişmesi ve yorumlaması konusunda yakından ilişkilidir. Bu kararlarda SOY' un rolü oldukça önemlidir. Günümüzde bilgi teknolojilerinin hızlı değişmesi ve kitle iletişim araçlarının yaydığı bilgilerin ve mecraların çeşitlenmesi bu konuda sağlıklı bilgiye ulaşmayı, ayırt etmeyi ve uygulamayı çok önemli bir noktaya taşımıştır. Enformasyon ve ulaşım çeşitliliği arttıkça bireyin bu bilgileri yorumlaması ve kullanması düzeyi de artması beklenmektedir. Sağlık hizmet sunucusunun birey ve sağlığı konusunda vereceği tüm

kararlara kişinin de ortak olması tedavi sürecinin etkinliğini ve verimliliğini artırmaktadır. Birey sağlığı üzerinde önerilen tüm süreçler hizmet sunucusu ve hizmet alanın birlikte işbirliği ile yürütülmesi tedavinin başarısını arttırdığı gibi direk ve indirek maliyetlerini de düşürmektedir. Bireye teşhis ve tedavi sürecinde aktif rol alması karmaşık sağlık sistemi içerisinde yürütülen süreçleri daha anlaşılır hale getirmektedir. SOY düzeyi yüksek olan bireylerin tüm bu süreçlerde aktif rol alması, önerilen tedavi ve protokollere göstermiş olduğu uyum süreci kolaylaştırdığı gibi yaşam kalitesini ve tedavinin başarısını da olumlu etkilemektedir.

Sağlık konusunda, kitle iletişim araçlarının günümüzde yaygınlaşması ve bu konuya özel yer ayırması da oldukça önemlidir. Tirajı yüksek gazetelerin sağlık köşesi ve sağlıkla ilgili haberler yapmaları, yeni medya ortamlarında konu ile ilgili özel siteler kurulması göze çarpmaktadır. Bireylerin bu kapsamda SOY düzeyinin artması ile birlikte bilgileri ayırt edebilme, yorumlama, anlama ve eleştiri getirme kabiliyetleri mümkün olacaktır. Tüm dünyada büyüyen ekonomiler ve gelişmiş ekonomilerde, ekonominin sağlığa katkısının yanında aynı zamanda sağlığında ekonomiye katkısı yoğun olarak konuşulmaktadır. SOY tedavi sürecinde bireyi aktif hale getirerek maliyetleri düşürecektir. Sağlığı geliştirici etkisi olarak bireyin olumlu sağlık davranışının kazandırılması ile de ek hastalıkların ve bu hastalıkların tedavisi için katlanılacak maliyetleri ortadan kaldırmaktadır. Sigara kullanımı, obezite, madde bağımlılığı vb. gibi durumlar yine sağlık sistemi üzerinde birçok ek hastalığı beraberinde getirirken, kişinin yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Ek hastalıklar yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkinin yanında hastanede kalış sürecini uzatması, ek tedavi süreçlerini de beraberinde getirmektedir. Tüm bunlarda sağlık harcamalarını ve maliyetlerini artırmaktadır. SOY bireyin yaşam kalitesi, tedaviye uyumu, başarısı ve önerileri anlama çerçevesinde bireyi destekleyerek yaşam kalitesini artırırken maliyetleri düşürmektedir.

SOY' un artırılması için, devletlerin ve ilgili kurumların desteklemesi, hizmet sunucusu ayağında ortamlar oluşturması, politikalar belirlemeleri hem sağlık profesyonellerinin hem de sağlık hizmeti talep edenlerin sürece katılmaları konusunda teşvik edilmeleri önemlidir. SOY düzeyinin artırılması konusu temel eğitimin sisteminin bir parçası olmalıdır. SOY kişiler arası iletişimde kullanılmalı ve kaynak ve alıcı arasında iletişimin sağlıklı oluşması konusunda emin olunmalıdır.

SOY konusunda oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel yapısı ve eğitim sistemi dikkate alınmalıdır. Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırma konusunda eğitimin ilk yıllarında belli temel kriterlerin öğretilmesi ve eğitim sistemi müfredatında bulunması, halk sağlığı hizmetleri ve aile hekimlerinin bu konuda aktif rol alarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylerin konuya ilgilerini çekmeleri önemli bir süreçtir. Sağlıkla ilgili kitle iletişim araçları üzerinden basılı, görsel/işitsel dokümanların içeriği güvenilir ve kolaylıkla anlaşılabilir olmalıdır.

Çalışmamızın KAH gibi önemli bir hasta popülasyonu üzerinde SOY' un önemini araştırması ve bu kapsamdaki istatistiksel ilişkilerin göz önüne sunması açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz. Ancak daha kesin sonuçlara ulaşabilmenin açısından geniş ölçekli, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Adile, K. A., P, .. S., Sermin, K., Yesim, G., D, W., & Tansu, A. (2000, Mark 23). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31-38.
- Aksungur, A. (2009). *Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- American Medical Association (AMA). (1999). Health Literacy. Report of the council on scientific affairs, ad hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs. *The Journal of American Medical Association*, 281, 552-557.
- Ana Cristina Cabellos-García, A.M.S.S. (2018). *Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: A narrative systematic review*. Cabellos-García et al. BMC Public Health.
- Anderson, K. (1995). The effects of cronic obstructive pulmonary disease on quality of life. *Nurse Research Health*, 18, 549.
- Ayaz-Alkaya, S., & Terzi. H. (2018, October 14). Investigation of health literacy and affecting factors of nursing students. Ankara: *Nurse Education in Practice*.;34:31-35
- Baker, D. W., Wolf, M. S., & Feinglass, J. (2007, July 23). Health literacy and mortality among elderly persons. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 167(14), 1503-1509.
- Baker, D., Gazmararian, J., Sudano, J., & Patterson, M. (2010, November). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 368-373.
- Baker, D., Gazmararian, J., Williams, M., Scott, T., Parker, R., Green, D., Ren. J., & Peel, J. (2004, Mar). Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed. *Journal Gen Intern Medicine*, 19, 215-220.
- Balçık, P. Y., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. Sağlık Okur-Yazarlığı, Ankara. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.
- Baskaradoss, J. K. (2018). *Relationship between oral health literacy and oral health status*, 18, 172. Baskaradoss BMC Oral Health.
- Behrens, S. J. (1994). A conceptual analysis and historical overview of information literacy. *Shirletj J. Behrens is a Senior Lecturer in the Department of Information Science at the UnhJeTcity of South*, 55(4), 316-318..
- Bellamy, N., Hochberg, M., Silman, A., Smolen, J., Weinblatt, M., & Weisman, M. (2003). *Principles of outcome assessment*, 21-30. Toronto: Mosby.

- Benton, A., & Leland, K. (2014). The impact of technology on PK-12 teacher preparation programs. *Handbook of Research on Education and Technology in a Changing Society*, 235. Amerika.
- Benzer, A., Aksaya, H., Çiftci, S., Saraç, A., Bağcı, H., & Çömek, A. (2012, Kasım). *Bilgisayar okuryazarlığı I-II, 1*, 5-6. Ankara: Pagem Akademi.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vazıoğlu, S., Aslan, D., Subaşı, N., & Telatar, T. (2005). Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde sf-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25, 663-668.
- Biol, L., Akdemir, N., & Bedük T. (1996). Kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarına, tedavilerine ve diyetlerine ilişkin bilgileri. Ankara: *Hacettepe Univ. HYO Dergisi*, 2(3), 1-8.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012, March 15). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 344, 1602.
- Boylu, A. A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri quality of life and indicators. Hacettepe Üniversitesi, İİBF Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü. *Journal of Academic*, 8(15), 137-144.
- Bozkurt, H. (2017). *Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı bilişsel bozukluğu olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Bursa.
- Bruce, C. S. (1999). Workplace experiences of information literacy. *Australia: Pergamon International Journal of Information Management*. 19(1), 33-47.
- Carod-Artal, J., Egido, J. A., Gonza'lez, J. L., & Seijas, V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke experience of a stroke unit. *Stroke*, 31, 2995-3000.
- Clinik, C. (200-2009). www.clevelandclinic.org/heart. https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/ghs/Turkish%20Guides/158339-CAD%20Guide%20for%20GPS_TR.pdf, Son Erişim Tarihi: 12.03.2018.
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., & Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-80.
- Çayır, A., Atak, N., & Köse, S. K. (2011). Dahili bilimler/medical sciences araştırma makalesi. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi, Ankara. *Research Article Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), 13-17.
- Çimen, Z. (2015). *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi*, 106-117. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Database, Q. O. (t.y.). Quality of life instruments database. *Quality of life instruments database*. <http://www.qolid.org>, Son Erişim Tarihi: 12.03.2018.
- Demirli, P. (2018). *Bireysel sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: Edirne ili örneği*, 8-9. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Devraj, R., Herndon, C. M., & Griffin, J. (2012, 20 Aug;12 Nov). *Pain Awareness and Medication Knowledge: A Health Literacy Evaluation*, 19-27.
- Edisan, Z., & Kadioğlu, F. (2013). Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncüleri. *Lokman Hekim Journal*, 3(3), 1-4.
- Elizabeth, S. A., Erlen, J. A., Jacob, J. D., McDowell, J., Engberg, S., Sereika, S. M., Rohay, J.M., & Bernier, M.J. (1998). Health related quality of life in chronic disorders: A comparison across studies using the MOS. *Qual Life Res*, 36(7), 57-65.
- Erdem, N., & Ergıney, S. (2005). Arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Erzurum: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3).
- Erünal, M. (2017). *Kalp yetersizliği hastalarında sağlık okuryazarlığının öz bakıma etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Eski, S. (1999). *Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi*. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Estes, J. S. (2015). A call for teacher preparation programs to model technology integration into the instructional process. *Handbook of Research on Educational Technology Integration and Active Learning*. Amerika Birleşik Devletleri.
- Estes, J. S. (2017). Handbook of research on learner-centered pedagogy in teacher education and professional development. *Teacher Preparation Programs and Learner-Centered, Technology-Integrated Instruction*, 5-19. Amerika: Park University, USA.
- Flanagan, J. (1978). A research approach to improving our quality of life. *Am Psychocol*, 33, 138.
- Freze, S. V. (2009). *Koroner arter hastalık tedavisi rehberi*. Cleveland Clinic.
- Fries, J., & Singh, G. (1996). *The hierarchy of patient outcomes. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 33.Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Group, T. W. (1994). The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, 41-57. (K. W. In: Orley J, Derleyici) Heidelberg: Springer Verlag.

- Health Literacy. <http://www.healthliteracyconnection.ca/healthliteracy.aspx#>, Son Erişim Tarihi: 17.03.2019.
- HHS U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington: DC: U.S.
- <http://www.healthliteracyconnection.ca/healthliteracy.aspx.>, Son Erişim Tarihi: 17.03.2018.
- <https://www.saglik.gov.tr/TR,22535/hipertansiyon-her-yasta-gorulebilir.html>, Son Erişim Tarihi: 06.04.2018.
- <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/207d6.htm?wbnum=1302>, Son Erişim Tarihi: 04.03.2018.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., & Mceven, J. (1980). A quantitative approach to perceived health status. *Journal Epidemiol Community Health*, 34(281-286).
- Ibrahim, S. Y., Reid, F.A., Shaw, G., Rowlands, G. B., Gomez, M., & Chesnokov, M. U. (2008, July 25). Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK Population with coronary heart disease. *Journal of Public Health*, 30(4), 449-455.
- IkCho, Y., D.Lee, S.-Y., M.Arozullah, A., & S.Crittenden, K. (2008, April). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.
- IkChoc, S.Y. D. (2004). Health literacy, social support, and health: A research agenda Author links open overlay panel. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1309-1321.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Journal Compilation, Blackwell Publishing Ltd Health Expectation*, 11, 113-122.
- Jacobson, T. P. (2011). Reframing information literacy as a metaliteracy. *College & Research Libraries*, 72(1), 62-63.
- Johansson, I., Karlson, B. W., Grankvist, G., & Brink, E. (2010, Jan 11). Disturbed sleep, fatigue, anxiety and depression in myocardial infarction patients. *Eur Journal Cardiovasc Nurs*, 9(3), 175-80
- Johnston, M., Diab, M., Kim, S., & Kirshblum, S. (2016). Health literacy, morbidity, and quality of life among individuals with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 230-240.
- JoséEduardo, M., & Bosiet, F. M. (1995). Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A longitudinal comparison of the quality of life. *Journal Rheumato*, 270-274.
- Kankaya, H., & Karadakovan, A. (2017, Mart 1). Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane: Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 21-29.

- Kara, H. (2017). *Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının hukuk okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi*, 16. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
- Kim, S. (2009, Aug). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2337–2343.
- Köppen, P. J., Dorner, T. E., Stein, K. V., Simon, J., & Crevenna, R. (2018, Jan 10). Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain. *The Central European Journal of Medicine*, 130(1), 26.
- Kuzu, N. (1996). Miyokart Enfarktüsünün cinsel fonksiyon üzerine etkisi ve hemşirenin cinsel danışmanlık rolü. *Ankara: Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi*, 3(1), 19-22.
- Küçükdeveci, A. A., Kutlay, Ş., & McKenna, S. (2000, Mark 23). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the nottingham health profile. *Int Journal Rehabil Research*, 31-38.
- Lear, S.A., Spinelli, J. J., Linden, W., Brozic, A., Kiess, M., Frohlich, J. J., & Ignaszewski, A. (2006, Aug). The Extensive Lifestyle Management Intervention (ELMI) after cardiac rehabilitation: A 4-year randomized controlled trial. *Am Heart Journal* 152(2), 333-9.
- Lee, G. A. (2009, Mar-Apr). Determinants of quality of life five years after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 38(2), 91-9.
- Leidy, N. (1994). Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. *Nurse Research*, 43, 196.
- Li, T., DLee, Y., Lin, C. C., & Amidon, R. L. (2004). Quality of life primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: Assessment of wellbeing and functioning using the SF-36 health questionnaire. *Quality Of Life Research*, 13, 1081-88.
- Livingstone, S., Van Der Graaf, S. (2010, Haziran 21). *Media Literacy*, 4. The International Encyclopedia of communication. *London School of Economics and Political Science*, 250-258
- Lukkarinen, H. (1998, Nov-Dec). Quality of life in coronary artery disease. *Nurs Research*, 47(6), 337-43.
- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997, Jul). Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *Jan Leading Global Nursing Research*, 1(26), 73-84.
- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1998, May, Jun). Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among women with coronary artery disease. *Heart Lung*, 27(3), 189-99.
- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (2006, Jan-Feb). Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nurs Research*, 55(1), 26-33.

- Mancusa , M. (2008). Health literacy: A concept / dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248-255.
- Mceven, J. (1980). A quantitave approach to perceived health status: A validation study. *Journal Epidemiol Community Health*. 34(281-286).
- Mckenna, S., Hunt, S., & Mceven, J. (1981, Kasım). Weighting theseriousness of perceived health problems using thurstone's meted of paired comparisons. *Internat Journal Epidemol*, 10(1), 93-97.
- Melo, E., Antunes, M., & Ferreira, P. L. (2000, Sep). Quality of life in patients undergoing coronary revascularization. *Rev Port Cardiol*, 19(9), 889-906.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). What are Quality of Life measurements measuring? *BMJ.*, 316, 542.
- National Institue For Literacy. (1991). *The national literacy act of 1991*. <http://www.nifl.gov/public-law.html>., Son Erişim Tarihi: 20.12.2018.
- Nielsen, B., Panzer , A., & Kindig, D. (2004). *Health Literacy: A prescription to end confusion*. *Institute of Medicine*, 20-65. Washington: The National Academies Press.
- Norris, C., & King, K. A. (2009, Feb 10). Qualitative examination of the factors that influence women's quality of life as they live with coronary artery disease. *West Journal Nurs Res.*, 31(4), 513-24.
- Nutbeam, D. (2000, September 01). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Oksel , E., Esra, K., Zübeyde, Y., & Paşa, S. (2008). Bez bireylerde yaşam kalitesi quality of life in obese persons. *İzmir, Ödemiş, Türkiye: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 3(24), 115-123.
- Okyay, P. (2016, Mayıs). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, 1*, 39-60. Ankara, Türkiye: Sağlık Bakanlığı.
- Omachi, T. A., Sarkar, U., Yelin, E. H., Blanc, P. D., & Katz, P. P. (2013, January). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), 74–81.
- Oragnization, U. N. (2004). *The Plurality Of Literacy and Its İmplications For Polices and Programmes*.
- Oragnization, W. H. (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> Son Erişim Tarihi: 10.12.2018.
- Organisation, W. H. (1958). *The first ten years of the World Health Organisaton*. Geneva: WHO.

- Özarlan, B. B. (2013). *Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özdemir, B., & Özdemir, L. (2009). Kut koroner sendrom ve stabil koroner arter hastalarında sigara içiciliği ve nikotin bağımlılığı. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 13(4), 193-199.
- Özpancar, N., & Fesci, H. (2008). Hypertension and quality of life. *Üniversite ve Toplum Dergisi*, 8(4), 4-7.
- Öztaş, D., Güzeldemirci, G. B., Özhasanekler, A., Yıldızbaşı, E., Karahan, S., Eray, İ. K., Üstü, Y., Doğusan, A. R., Mollahaliloğlu, S., Öztürk, M., & Akçay, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı perspektifinden mükerrer acil servis. *The Evaluation of Repetitive Admissions to the Emergency*, 3, 255-262.
- Pagán, J. A., Brown, C. J., Asch, D. A., Armstrong, K., Bastida, E., & Guerra, C. (2012, March). Health literacy and breast cancer screening among mexican american women in south Texas. *Journal of Cancer Education*, 27(1), 132-137.
- Parikh, S., Parker, N.M., Nurss, R.R., Baker, J.W.D., & Williams, M. (1996, January). Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 33-39.
- Peker, Ö., Beyazova, M., & Kutsal, Y. G. (2000). *Fonksiyonel Değerlendirme- fiziksel tıp ve rehabilitasyon*, 1, 642-656. Ankara:Güneş Kitap Evi.
- Persell, S. D., Osborn, C. Y., Richard, R., Skripkauskas, S., & Wolf, M. S. (2007 , November). Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1523-1526.
- Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. 77-78.
<http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/download/article-file/82916>, Son Erişim Tarihi: 12.03.2018.
- Saleh, D. K., Nouhi, S., Zandi, H., Lankarani, M. M., Assari, S., & Pishgou, B. (2008, Jul-Aug). The quality of sleep in coronary artery disease patients with and without anxiety and depressive symptoms. *Indian Heart Journal*, 60(4), 309-12.
- Sayek, F., Hatun, Ş., Odabaşı , O., Aşut, Ö., Balseven-Odabaşı, A., & Beliner, A. S. (2016, Mayıs- Haziran). Türk Tabipleri Birliği Yayını. Türk Tabipleri Birliği Yayını. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(3), 50-65.
- Sezer, A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi, 11-12. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Shackelford, R. (2007). Technological literacy: A new basic for inclusion. *National Academies:National Academy of Engineering*, 1-3.

- Shone, L. P., Conn, K. M., & Halterman, L. S. (2009, June). The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Education and Counseling. US National Library of Medicine*, 75(3), 368–375.
- Sorensen, K., Van Den Broucke S., Fullam, J., Doyle, G., Jürgen Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80
- Souza, E. N., Quadros, A. S., Maestri, R., Albarrán, C., & Sarmiento, R. L. (2008, October). Predictors of quality of life change after an acute coronary event. *Arq Bras Cardiol*, 91(4), 229-235.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. (2009, Mar). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *Journal Psychosom Res.*, 66(3), 211-20.
- Stokes, S. (2001, Kasım). Visual literacy in teaching and learning: A literature perspective. *Electronic Journal for the Integration of Technology in Education*, 1(1), 12.
- Suchman, E. (1965, February). Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6, 114-128.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Halk sağlığı genel müdürlüğü Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam daire başkanlığı. www.hsgm.saglik.gov.tr, Son Erişim Tarihi: 10.03.2019.
- Tanrıöver, D. M., Yıldırım, H. H., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014, Aralık). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, 55-56.19. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Sendikası.
- Tijssen, T. M. (2017, February 28). Cardiovascular disease risk and secondary prevention of cardiovascular disease among patients with low health literacy. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 7(8), 446-454.
- Tokuda, Y., Doba, N.P., Butler, J., & Paasche-Orlow, K.M. (2009, June). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 411-417.
- Top, M., Özden, S., & Sevim, M. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam*. 16(1), 18-23.
- Torlak, S., & Yavuzçehre, P. (2008). Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.
- Türkoğlu, Ç. (2016). *Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği incelenmesi*. 27-28. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Uğurlu, Z. (2011). *Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi*. 8-9 Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Üçpınar, E. (2014). *Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., & Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-109.
- Wilson, I., & Cleraly, P. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA.*, 59.
- World Health Organization, W. (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>, Son Erişim Tarihi: 14.03.2019.
- Yeşil, P., & Altıok, M. (2012). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Mersin: Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 39-48.
- Yıldırım, F., & Keser, A. (2015). *Sağlık okuryazarlığı kitabı*, (3), 52. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Yıldırım, Y. K., Uyar, M., & Fadıllıoğlu, Ç. (2005). Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. *Ağrı*, 17(4), 17-22.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016, Şubat). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1):69-74
- Yümin, E. T., Özel, A., & Arkadaşları, A. S. (2017, 04 06). Koroner arter hastalarında ağrı, dispne ve kinezyofobinin yaşam kalitesine etkisi. *Bolu: Anadolu Klin / Anatol Clinal*, 75-81.
- Zengin, C. (2017). *Hastane çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının sağlık okuryazarlığı değerlendirilmesi bir kamu hastanesi örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Zoellner, J., You, W., Connell, C., Smith, R., Allen, K., Tucker, K., Davy, B.M., & Estabrooks, P. (2011, July). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugarsweetened beverage intake: Findings from the rural lower mississippi delta. *Journal Am Diet Assoc*, 111, 1012-1020.

EKLER

EK 1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Açıklama: Aşağıda sağlık, hastalık, ilaçlar gibi konularda bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her ifadede belirtilen konunun **sizin için** zorluk derecesini işaretleyiniz.

| | Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olsanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur? | 1.Çok Zor | 2.Zor | 3.Kolay | 4.Çok kolay | 5.Bilmiyorum |
|-----|--|------------------|--------------|----------------|--------------------|---------------------|
| 1. | Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak | | | | | |
| 2. | Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak | | | | | |
| 3. | Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak | | | | | |
| 4. | Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak | | | | | |
| 5. | Doktorunuzun size ne dediğini anlamak | | | | | |
| 6. | İlacınızın prospektüsünü anlamak | | | | | |
| 7. | Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak | | | | | |
| 8. | Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatları anlamak | | | | | |
| 9. | Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek | | | | | |
| 10. | Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek | | | | | |
| 11. | Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek | | | | | |
| 12. | Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek | | | | | |
| 13. | Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak | | | | | |
| 14. | İlaç tedavisinde talimatları takip etmek | | | | | |
| 15. | Acil bir durumda ambulans çağırmak | | | | | |
| 16. | Doktorunuzun yada eczacınızın talimatlarının takip etmek | | | | | |
| 17. | Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak | | | | | |
| 18. | Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak | | | | | |
| 19. | Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak | | | | | |
| 20. | Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak | | | | | |
| 21. | Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak | | | | | |
| 22. | Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak | | | | | |
| 23. | Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak | | | | | |
| 24. | Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarına ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek | | | | | |
| 25. | Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek | | | | | |
| 26. | Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar vermek | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 27. | Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek | | | | | |
| 28. | Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek | | | | | |
| 29. | Grip aşıısı olmanız gerektiğine karar vermek | | | | | |
| 30. | Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar vermek | | | | | |
| 31. | Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan koruyacağınıza karar vermek | | | | | |
| 32. | Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak | | | | | |
| 33. | Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak | | | | | |
| 34. | Yaşadığımız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak | | | | | |
| 35. | Sağlığı etkileye bilecek politika değişikliklerini bulmak | | | | | |
| 36. | İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili gelişmeleri bulmak | | | | | |
| 37. | Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak | | | | | |
| 38. | Gıda ambalajındaki bilgiyi anlamak | | | | | |
| 39. | Nasıl daha sağlıklı olacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak | | | | | |
| 40. | Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak | | | | | |
| 41. | Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek | | | | | |
| 42. | Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek | | | | | |
| 43. | Gündelik davranışınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek | | | | | |
| 44. | Sağlığınızı geliştirmek için karar almak | | | | | |
| 45. | İstediğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak | | | | | |
| 46. | Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek | | | | | |
| 47. | Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak | | | | | |

EK 2. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

Adınız:

Tarih:

Soyadınız:

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: Erkek Kadın

3-Boy:

4-Kilo:

5-Diyabet hastalığınız var mı ?

Evet Hayır

6-Hipertansiyon (Yüksek tansiyon) hastası mısınız ?

Evet Hayır

7-Sigara kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

8-Öğrenim düzeyiniz nedir?

İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul Lisans Yüksek Lisans

9-KOAH hastalığınız var mı?

Evet Hayır

10-Psikolojik Hastalığınız var mı?

Evet Hayır

11-Mesleğiniz:

12-Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?

Evet Hayır

13-Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s. okur musunuz?

Evet Hayır

14-Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?

Evet Hayır

15-Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?

Evet Hayır

16-Sağlık hizmeti alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?

Evet Hayır

17- Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?

Evet Hayır

EK 3. Nottingham Sağlık Profili

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

| | EVET | HAYIR | K / puan |
|--|------|-------|----------|
| 1)Kendimi sürekli yorgun hissediyorum. | | | ES |
| 2)Geceleri ağrım oluyor. | | | A |
| 3)Her şey moralimi bozuyor. | | | ER |
| 4)Dayanılmaz şiddetli ağrılarım var. | | | A |
| 5)Uyuyabilmek için ilaç alıyorum. | | | U |
| 6)Artık eğlenmeyi unuttum. | | | ER |
| 7)Kendimi çok sinirli hissediyorum. | | | ER |
| 8)Hareket etmek, pozisyon değiştirmek bana ağrı veriyor. | | | A |
| 9)Kendimi yalnız hissediyorum. | | | SE |
| 10)Sadece ev içinde yürüyebiliyorum | | | FA |
| 11)Öne eğilmek benim için zor oluyor. | | | FA |
| 12)En basit işler için bile çaba göstermem gerekiyor. | | | ES |
| 13)Sabahları çok erken saatte uyanıyorum. | | | U |
| 14)Hiç yürüyemiyorum. | | | FA |
| 15)İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor. | | | SE |
| 16)Günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor. | | | ER |
| 17)Merdivenleri çıkma /inmede zorlanıyorum. | | | FA |
| 18)Bazı şeylere, yerlere uzanmak yetişmek güç oluyor. | | | FA |
| 19)Yürürken ağrım oluyor. | | | A |
| 20)Bugünlerde çok kolay öfkeleniveriyorum. | | | ER |
| 21)Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum. | | | SE |
| 22)Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum. | | | U |
| 23) Bazen kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum. | | | ER |
| 24)Ayakta durunca ağrım oluyor. | | | A |
| 25)Kendi kendime giyinmek zor oluyor. | | | FA |
| 26)Çabucak yoruluveriyorum. | | | ES |
| 27)Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor. (ör mutfakta veya otobüs beklerken) | | | FA |
| 28)Sürekli ağrım oluyor. | | | A |
| 29)Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum. | | | U |
| 30)Çevremdeki insanlarla yük oluyormuşum gibi geliyor. | | | SE |
| 31)Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum. | | | ER |
| 32)Hayat yaşamaya değmezmiş gibi geliyor. | | | ER |
| 33)Gece uykularım çok kötü. | | | U |
| 34)İnsanlarla geçinmekte zorlanıyorum. | | | SE |
| 35)Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyacım var.(ör baston veya bir kişi gibi) | | | FA |
| 36)Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor. | | | A |
| 37)Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum. | | | ER |
| 38)Otururken ağrı oluyor. | | | A |

EK 4. Bilgilendirilmiş Onay Formu

(Gönüllü Katılım Formu*)

Sayın Katılımcı, Bu çalışma Ufuk Üniversitesi- Kardiyoloji ve Angio Bölümü'nde yürütülen bir araştırmadır. Bu araştırmanın amaçları:

- Koroner Arter hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi ve Yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki düzeylerini saptamak;
- Hastaların demografik özelliklerinin sağlık okuryazarlığı ve Koroner Arter hastalarının okuryazarlık düzeyleriyle ilişkili olup olmadığını bulmak;
- Hastaların sağlık okuryazarlığı ve Koroner Arter hastalarının okuryazarlık düzeyleri

Arasında ilişki olup olmadığını saptamak;

- Hastaların sağlığa yönelik bilgi ararken dikkat ettikleri özellikleri ve bilgi

Kaynağı biçimlerini ortaya çıkartmak;

- Hastaların bilgi erişim konusunda karşılaştıkları sorunları belirlemek;
- Hastaların bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumlarını ve Koroner Arter hastalığı ile ilgili tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim gereksinimlerini incelemek;

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllük esasına dayalıdır. Eğer katılmayı kabul ederseniz, sizden konuyla ilgili bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir. Lütfen soruları olması gerektiğini düşündüğünüz biçimde değil, sizin düşüncelerinizi tüm gerçekliği ile yansıtacak biçimde cevap veriniz. Samimi ve içtenlikle vereceğiniz cevaplar çalışmanın sağlığı açısından çok önemlidir. Sizden anket üzerinde belirtilecek hiçbir kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmeyecektir. Cevaplarınız sadece araştırmanın amacına uygun olarak bilimsel açıdan kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul edebilir, reddedebilirsiniz ayrıca çalışmanın herhangi bir yerinde onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Ancak formları sonuna kadar ve eksiksiz doldurmanız, bu araştırmanın geçerli olabilmesi için önem taşımaktadır. Çalışma ile ilgili herhangi bir bilgi almak isterseniz, aşağıdaki elektronik iletişim adresinden ulaşabilirsiniz.

Araştırma Koordinatörü: (öğretim üyesinin ismi)

e-posta adresi:

Araştırmacı: (öğrencinin ismi)

e-posta adresi:

Katılımınız ve ayırdığınız vakit için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcı beyanı: Araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum. Bu araştırmada 'katılımcı' olarak yer alma kararını aldım.

İsim Soyad:

İmza:

EK 5. Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Karar Tarihi : 27.11.2018
Toplantı Sayısı : 2018/8
Karar Sayısı : 2018/55

Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü tarafından 14.11.2018 tarih ve 96064710/897 sayılı ile Kurulumuza gönderilen, Sağlık Yönetimi Programı 170760135 numaralı tezli yüksek lisans öğrencisi **Baki TOPALAR**'ın **Doç. Dr. Berkay EKİCİ**'nin tez danışmanlığında devam ettirdiği "*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin İncelenmesi*" başlıklı tez çalışmasına ilişkin başvurusu görüşüldü.

Yapılan incelemeler sonucunda hazırlanan tez çalışmasının, bilimsel araştırma ve yayın etiği açısından uygun olduğuna karar verildi.

| ETİK KURUL ÜYELERİ | İMZA |
|------------------------------|------|
| Prof. Dr. Semih BÜKER | |
| Prof. Dr. Cenap ERDEMİR | |
| Prof. Dr. Emel ERDOĞAN BAKAR | |
| Prof. Dr. Orhan AYDIN | |
| Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY | |
| Prof. Dr. Türkmen DİRDİYOK | |
| Prof. Dr. C. Sencer İMER | |

ADRES : Ufuk Üniversitesi İncek Şehit Saveri Mehmet Selim Karaz Bulvarı No:129 (06836) İncek-Gölbaşı -Ankara

Tel : (0312) 586 70 00 Faks : (0312) 586 71 24

WEB : www.ufuk.edu.tr e-mail : ufukuni@ufuk.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Baki Topallar
Doğum Yeri ve Tarihi : Refahiye/Erzincan-25.05.1979

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : İşletme Fakültesi – İletişim Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrenimi : Sağlık Ekonomisi ve Farmakoekonomi
Bilimsel Faaliyetler :

İş Denevimleri

Stajlar :
Projeler :
Çalıştığı Kurumlar : Sağlık Bakanlığı

İletişim

E-Posta : baki_topallar@hotmail.com
Tarih : 17.05.2019