T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

65 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA TAMAMLAYICI ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ KULLANMA DURUMLARI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma Rabia ÇİFTÇİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Dr. Öğr. Üyesi Rukiye Höbek AKARSU

YOZGAT-2019

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

İmza

Fatma Rabia Güler

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

"65 Yaş Üstü Kadınların Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri" adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Fatma Kaba Çiftçi

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hülya Akın

İmza

Prof. Dr. Feyza Pozkurt

Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza

	YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ **TEZ ONAY FORMU**

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110116002 numaralı öğrencisi Fatma Rabia ÇİFTCİ'nin hazırladığı "65 Yaş Üstü Kadınların Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 23/08/2019 tarihinde (saat: 11:00) yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan : Derya Yüksel İZCİAK

Jüri Üyesi : Fatma Rabia Akoğlu

(Danışman)

Jüri Üyesi : Dilek Efe Arslan

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28../..08../.2019tarih ve 07/05 sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

09./.09./.2019

Prof.Dr.Yalçın ARAL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü
Prof.Dr. Yalçın ARAL
Enstitü Müdürü

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

65 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA TAMAMLAYICI ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ KULLANMA DURUMLARI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ

Fatma Rabia ÇİFTÇİ

Bu araştırma, 65 yaş üstü kadınların alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarını ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma 17.05.2019-10.07.2019 tarihleri arasında İstanbul'da bir devlet hastanesi aile hekimliği ve iç hastalıkları polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü kadınlarda gerçekleştirilmiştir (n:346). Veriler sosoyodemografik veri formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde; bağımsız örneklem t-test, tek yönlü varyans analizi, kruskal wallis varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmada, 65 yaş üstü kadınların SOÖ puan ortalaması 91.75± 19.36 olduğu, 65-74 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre SOÖ ve tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kadınların %68.2'sinin tamamlayıcı ve alternatif uygulamalara başvurduğu, tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurmayan kadınların başvuranlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurmayan kadınların başvuranlara göre SOÖ alt boyutlarından değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kullandığı TAT'dan memnun olanların SOÖ puanlarının memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuç olarak; araştırmaya dahil edilen 65 yaş üstü kadınların SOÖ puan ortalamaların orta seviyelerde olduğu, yaş grubunun, eğitim, medeni, ekonomik, çalışma ve TAT kullanma durumunun SOÖ puan ortalamasını anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, 65 Yaş Üstü Kadınlar, Tamamlayıcı Alternatif Tedavi, Hemşirelik

ABSTRACT

MASTER OF SCIENCE DISSERTATION

USAGE OF COMPLEMENTARY ALTERNATIVE TREATMENT METHODS AND HEALTH LITERACY LEVELS OF WOMEN AGED 65 YEARS AND OLDER

Fatma Rabia ÇİFTÇİ

This study was conducted descriptively in order to assess the usage of complementary alternative treatment methods and health literacy levels of women aged 65 years and older.

Study was carried out with women aged 65 years and older (n:346) who have applied to the outpatient clinics of family medicine and internal medicine units at a governmental hospital in İstanbul between the dates of 17th of May and 10th of July in 2019. Data were collected with socio-demographic data form and Turkey Health Literacy Scale (THLS). Data were analyzed with independent samples t test, ANOVA, Kruskal Wallis Variance Analysis.

In the study, mean THLS score of women aged 65 years and older was found to be 91.75± 19.36, and mean THLS and all subscales scores of women aged 65-74 years were significantly higher compared to the other age groups ($p<0.05$). It was determined that 68.2% of the women applied to complementary and alternative methods, while mean THLS scores of women who did not apply to those methods were higher than of applying women ($p<0.05$). Women who did not apply to complementary and alternative treatments had significantly higher mean scores of valuation/evaluation and application/use of the THLS compared to the applying women ($p<0.05$). Women who were satisfied from the method of complementary and alternative treatment had higher mean THLS scores ($p<0.05$).

Consequently, the mean score of THLS of the women aged 65 years and older was at moderate level; age group, education, marital status, economical status, occupational status and usage of complementary and alternative treatment were found to significantly affect the mean THLS score.

Key Words: Health literacy, women aged 65 years and older, complementary and alternative treatment, nursing.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

BİLİMSEK ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI ..... **i**
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI ..... **ii**
TEZ ONAY FORMU ..... **iii**
ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
İÇİNDEKİLER DİZİNİ ..... **vi**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **viii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **ix**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **x**
TEŞEKKÜR ..... **xi**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Yaşlılık **5**
2.1.1. Tanımı **6**
2.1.2. Yaş ile vücut sistemlerinde meydana gelen değişiklikler **6**
2.1.3. Kardiyovasküler sistem **7**
2.1.4. Kas iskelet sistemi **7**
2.1.5. Sinir sistemi **8**
2.1.6. Solunum sistemi **8**
2.1.7. Sindirim sistemi **9**
2.1.8. Üriner sistem **9**
2.1.9. Bağışıklık (İmmün) sistemi **10**
2.1.10. Endokrin sistem **11**
2.1.11. 65 Yaş üstü kadın sağlığı ve hemşirelik bakımı **12**
2.2. Sağlık Okuryazarlığı **13**
2.2.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı **15**
2.2.2. Sağlık okuryazarlığının kavramsal boyutu **15**
2.2.3. Dünya ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı durumu **16**
2.2.4. 65 Yaş üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı **17**
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler **19**
2.3.1. Tamamlayıcı-alternatif tıp yöntemleri **20**

2.3.2. 65 Yaş üstü kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve tat kullanma durumlarında hemşirelik yaklaşımı 21
3. GEREÇ ve YÖNTEM 23
3.1. Araştırmanın Türü 23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem 23
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 23
3.5. Veri Toplama Araçları 24
3.5.1. Hasta tanıtım formu 24
3.5.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOÖ) 24
3.5.3. Ön uygulama 25
3.5.4. Formların uygulanması 25
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri 25
3.7. İstatistiksel Değerlendirme 25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 26
4. BULGULAR 27
5. TARTIŞMA 38
5.1. Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOÖ) puanlarının dağılımına ait bulguların tartışılması 38
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 43
7. KAYNAKÇA 45
8. EKLER 57
Ek 1. Hasta Bilgi Formu 57
EK 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) 60
Ek 3. Etik Kurul İzni 61
Ek 4. Kurum İzinleri 62
Ek 5. Hasta Bilgi ve Gönüllülük Formu 63
9. ÖZGEÇMİŞ 65

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No : **Sayfa No:**

Tablo 4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=346) 27

Tablo 4.2. Kadınların sağlık durumları ve sağlıkla ilgili davranış özelliklerinin dağılımı (n=346)..... 28

Tablo 4.3. Kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedavilere ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=346)..... 29

Tablo 4.4. Kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)..... 30

Tablo 4.5. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346) 31

Tablo 4.6. Kadınların sağlıkla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346) 33

Tablo 4.7. Kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346) 35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli……..16

KISALTMALAR DİZİNİ

SOÖ : Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TAT : Tamamlayıcı Alternatif Tedavi

TSY : Tamamlayıcı Sağlık Yöntemleri

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu,

ABD : Amerika Bileşik Devletleri

ACTH : Adrenokortikotropik hormon

SOY : Sağlık Okuryazarlığı

GnRH : Gonad Hormonlarını Salgılatan Hormon

LH : Lütein Yapıcı Hormon

FSH : Folikül Uyarıcı Hormon

KAH : Koroner Arter Hastalığı

IoM : Amerikan Tıp Enstitüsünün

OECD : Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü)

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca; desteğini eksik etmeyip, yakın ilgisi, iyi niyeti ve sabrıyla bana yol gösterip örnek olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, her zaman çalışmaya teşvik edici ve sabırlı yaklaşımlarından dolayı değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Rukiye HÖBEK AKARSU'ya,

Yüksek lisans eğitimim sırasında ilgi ve desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA'ya,

Desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Tuğba ÖNEĞİ ve Neşe UZUNASLAN'a,

Tezimin anket çalışmaları sırasında destek veren hastane yönetimi ve tüm personellerine,

Çalışmaya katılan tüm kadınlara,

Her zaman yanımda olan, maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, annem babam ve kardeşlerime,

Çalışma süresince birçok fedakârlık gösteren ve her zaman yanımda olup bana sonsuz güç ve destek veren değerli eşim Mahmut'a, sonsuz saygı, sevgi ve şükranlarımı sunuyorum.

Fatma Rabia ÇİFTÇİ

Yozgat, 2019

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlanma hastalık söz konusu olmadan, geriye dönüşümsüz olarak, intrauterin dönemden başlayıp ölüme kadar devam eden fizyolojik ve anatomik değişikliklerdir (Aksoydan, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 65 yaş üstü kişiler yaşlı olarak tanımlanmaktadır. Dünya nüfusunun %8.5'ini 65 yaş üstü bireyler oluşturmakta ve bu oranın 2050 yılında %17.0'ye çıkarak 65 yaş üstü birey sayısının 1.6 milyara kadar ulaşacağı düşünülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'na göre; Türkiye'de 65 yaş üstü nüfus son beş yılda %17.1 artarak 2016 yılında toplam nüfus oranı %8.3'e yükselmiş ve 6 milyon 651 bin 503 kişiye ulaşmıştır. 2050 yılında bu oranın %20.8'e ulaşacağı öngörülmektedir (Koldaş, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2016 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre, 65 yaş ve üstü bireylerin nüfusun genel nüfusa oranı %8,3 olup, 65 yaş üstü nüfusun %9,4'ünü kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2016).

Kadınların doğuştan beklenen yaşam süresinin artması, erkeklerden daha uzun süre yaşaması, daha fazla kronik hastalıklara maruz kalması yaşlı kadın sağlığı kavramını gündeme getirmiştir. Kadınlar 65 yaş üstü dönemde menapozal sorunlar, vajinit, jinekolojik kanserler, üriner-fekal inkontinans, genital organ prolapsus, çoklu kronik hastalıklar, osteoporoz, osteoartrit gibi sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Bu sorunlar ile baş edebilmek için çeşitli tedavi yöntemleri kullanmakla birlikte tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerine de başvurabilmektedirler (Aktaş, Şahin ve Terzioğlu, 2013).

1900'lu yıllardan başlayarak, hastalıkların tanı ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmeler TAT kullanımında artışa da neden olmuştur. Modern tıbba yardımcı olarak kullanılan tedavi yöntemlerini tamamlayıcı tıp olarak tanımlanırken, modern tıbbın yerini alan tedavi yöntemleri ise alternatif tıp tedavi yöntemleri olarak tanımlanmaktadır. İki terim beraber tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) adı altında kullanılmaktadır (Akçay ve Yıldırımlar, 2017). Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün yapmış olduğu tanıma göre "tamamlayıcı ve alternatif tıp; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanı"dır. Bu tanım bu alanda en çok kabul edilen tanımdır (Kurt, Bavbek ve ark., 2004).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri kadınlarda %48.3 oranında bitkisel terapi kullanımı belirlenmiştir (Kurt, Bavbek ve ark., 2004). TAT konusundaki bilgiler çeşitli kaynaklardan edinilebilmektedir. Kitle iletişim araçları bu kaynaklardan en önemlileridir. TAT yöntemleri hakkındaki bilgi kaynaklarının; %76.6 oranında TV-radyo, %76.1 oranında kitap, dergi ve gazete ve %53.3 oranında ise kullanan kişiler olduğu belirlenmiştir (Araz, Harlak ve Meşe, 2007).

Bireylerin TAT konusunda edindikleri bilgilerin kaynağının demografik özelliklere göre değiştiği belirtilmektedir. TAT konusundaki bilgileri gazete, kitap ve dergilerden öğrenenlerin oranı, medeni durum, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşa göre farklılıklar göstermektedir. Kadınlar erkeklerden, evli olmayan bireyler ise evlilerden daha yüksek oranda televizyon ve radyodan bilgi almaktadırlar. TAT yöntemlerini kullanan kişilerden bilgi aldıklarını belirtenlerin çoğunluğunun lisans ve üstü eğitim görmüş bireyler olduğu belirtilmektedir (Araz, Harlak ve Meşe, 2007). Yapılan bir çalışmada TAT kullananların %55.0'i yöntem kullanmasında yakınlarının etkili olduğunu ifade etmişlerdir (Kılıç, 2013). Yapılan bir başka araştırmada ise bireylerin, TAT yöntemleri konusunda medyadan ve arkadaşlarından bilgi edindikleri ancak bu konuda doktorları ile iletişime geçmedikleri belirlenmiştir (Steurer-Stey ve Russi, 2002).

Kadınlar, tamamlayıcı ve alternatif yönetmelere daha fazla başvurmaktadır (Gözüm, Tezel ve Koç, 2003; Akyol, Yıldırım, Toker ve Yavuz, 2011). Kadınlar, kendileri ile bakım verdikleri aileleri için bu yöntemleri daha fazla araştırmaktadır. Bu durum kadınların TAT'a başvurma durumlarını arttırmaktadır (İnanç, Çiçek ve Taşçı, 2006).

Sağlığı yükseltmek ve hastalığı iyileştirmek amacıyla tedavi seçenekleri, TAT yöntemleri ve uygulayıcıları arttıkça bu konuların daha fazla araştırılmasına ve sağlık okuryazarlığına olan ihtiyaç artmaktadır. Çünkü tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının yararları ve yan etkileri tam olarak kanıtlanmamış olmasına rağmen bireyler tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımında hangi ürünün hangi tedavide kullanılması gerektiğini ve yan etkilerini değerlendirmek kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı gerektirmektedir (Bains ve Egede, 2011). Yapılan bir çalışmada eleştirel sağlık okuryazarlığını arttırmada tamamlayıcı sağlık yaklaşımının önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir (Long, 2009).

Yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireylerin yetersiz olanlara göre, 7 kat daha fazla oranda tamamlayıcı sağlık yaklaşımı (TSY) kullandığı vurgulanmaktadır (Bains ve Egede, 2011). Başka bir çalışmaya göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarına (TSY) başvurma oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca yapılan birçok çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığının kötü sağlık durumları ile ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Baker ve ark., 2002; Weiss ve Palmer, 2004; Mancuso, 2009).

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendi ve toplum sağlığı ile ilgili aldıkları karar ve davranışlarını yönlendiren temel sağlık bilgilerine erişim, erişilen bilgileri anlama, değerlendirme, kullanma ve nesilden nesile aktarmalarıdır (Sezgin, 2011). United Nations Educational Scientific Cultural Organization (UNESCO) 2009 raporuna göre; Dünyada 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir (Nielsen-Bohlman, Panzer, Kindig 2004). Rapora göre, dünyada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri oldukça düşüktür. Gelişmiş ülkelerden olan Amerika'da da yetişkin bireylerin yarısının temel sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı belirtilmektedir (Sezer ve Kadıoğlu, 2014).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasına göre, toplumun sadece %33'ünün yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu duruma göre, Türkiye'de erişkin nüfusun 35 milyonu yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır. Kadınlarda ve 65 yaş üstünde genel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur (Durusu, Yıldırım ve ark., 2014).

Hemşirelerin 65 yaş üstü kadınlara etkin bakım ve danışmanlık verebilmesi için TAT kullanma ve sağlık okuryazarlığı durumlarının belirlenmesi çok önemlidir. Bu 65 yaş üstü kadınların doğru kullandıkları TAT'ların desteklenmesi, yanlış bilgilerin değiştirilmesi ve sağlık okuryazarlıklarını arttırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması için yol gösteri olacaktır.

Literatür incelendiğinde; 65 yaş üstü kadınların TAT kullanma durumlarını, sağlık okuryazarlığı oranlarını ve her ikisinin birbiri ile ilişkisini tanımlayan çalışma sayısının kısıtlı olduğu belirlenmiştir. Ancak ülkemizde TAT kullanımının yüksek olması nedeniyle bu çalışma 65 yaş üstü kadınlarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri

kullanma durumları ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık, intrauterin dönemden başlayarak yaşamın sonlanmasına kadar devam eden, insan hayatının bir dönemi olup kendine has biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile kaçınılmaz ve geri dönüşümsüz bir süreçtir (Aksoydan, 2008; Bulduk, 2014; Bahar ve Parlar, 2007). Gerek dünya ülkelerinde, gerekse de ülkemizde teknolojinin ve yaşam kalitesinin gelişimine paralel olarak bebek ölümlerinin azalması, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, sağlık hizmeti ve beslenme olanaklarının gelişmesi ile 65 yaş üstü bireylerin sayısı giderek artmaktadır (Bahar, Bahar ve Savaş, 2009; Tamam ve Öner, 2001; Öğüt ve Atay, 2012). Dünya 617 milyon kişi yaşlıdır ve bu sayının 2050 yılında 1.6 milyara kadar ulaşacağı öngörülmektedir (Koldaş, 2017).

Birleşmiş Milletler'in 2008 yılına ait nüfus verilerine göre dünyada yaşlı nüfusun 2025'te 840 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Türkiye, Norveç İspanya, Kanada, Japonya gibi OECD ülkelerine göre daha genç bir nüfus yapısına sahiptir. Türkiye, Meksika ve Brezilya ülkeleri ile yapı olarak benzerlik göstermektedir (Aközer, Nuhrat ve Say, 2011). Dünya verilerine benzer şekilde Türkiye'de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yapılmış bazı çalışmalarda Türkiye'de 1935- 1990 yılları arasındaki 65 yaş ve üzeri nüfusun oransal olarak önemli bir artış göstermediği ve 1960 yılından bugüne kadar 1 milyon olan yaşlı sayısının 7 katına kadar çıktığı bilinmektedir. Yaşam beklentisi 1960'lı yıllarda erkeklerde 51, kadınlarda ise 54 yıl iken, 2030'lu yıllarda kadınlarda 79 ve erkeklerde 74 yıl olarak öngörülmektedir (Aközer, Nuhrat ve Say, 2011; Bilir, 2006).

Türkiye de geride bıraktığımız 50 yıl içerisinde doğumda beklenen yaşam süresinin 30 yıl artıp 41 yıldan 71 yıla kadar yükseldiği görülmektedir. Bunun sonucunda 65 yaş üstü kişilerin ülke nüfusundaki payı geride bıraktığımız 50 yıl içerisinde iki katına kadar artış göstermiştir (Bilir, 2006). Türkiye yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre genç bir nüfus sayısına sahip gibi görünüyor olsada, yaşlı birey sayısı oldukça fazladır (Saraç ve Yılmaz, 2015).

2.1.1. Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş üstündeki kişileri yaşlı, yaşlılığı "çevresel faktörlere uyum sağlama yetisinin giderek azalması" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2019). Fennell ve arkadaşları (1988) yaşlılığı "Yaşlanma, olumsuz kategorilerin, kalıp yargıların (stereotype) haksız bir şekilde yaşı büyük insanlara yüklenmesidir" olarak tanımlamaktadır (İlgar ve İlgar, 2007).

Yaşlılık, insan uzviyetinde ilerleyerek büyük kayıplara yol açan ve insan hayatına ilişkin değerlere yeni nitelik katan bir süreç olarak da tanımlanmaktadır (Tutal, 2016). 65 yaş üstü alanlarında "ihtiyarlık", "yaşlılık" ve "yaşlanma" kavramları ise genel olarak birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

2.1.2. Yaş ile vücut sistemlerinde meydana gelen değişiklikler

Toplumlar kendi şartlarına, sağlık sorun ve beklentilerine uygun olarak hizmet modelleri geliştirmek ve uygulamak zorundadır. Aynı zamanda bu hizmetleri verebilecek sağlıklı insan gücü yetiştirmesi gerekmektedir (Akdemir ve Akyar, 2009).

Yaşlanma ile organ, sistem kapasitesinde azalma ve kayıplar, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve kısıtlamalar görülmektedir (Olgun ve ark., 2013; Büyükyılmaz ve Çulha, 2018). Beyinde bulunan toplam hücre sayısı azalır, hafıza zayıflar, dolaşım, sindirim ve diğer sistemlerde fonksiyonel olarak azalmalar gerçekleşir. Hücreler çoğalma yeteneğini kaybeder, deri buruşur ve yağsız bir hal alır, saçlarda beyazlamalar meydana gelerek onarımları zayıflar (Yertutan, 1991). Bu değişimlerle birlikte fizyolojik yaşlanma sonucu, yetersizlikler ve bozukluklar da görülmektedir. Kardiyak, renal, pulmoner, merkezi sinir sistemi ve immün işlevlerde sürekli bir azalma ve bu duruma bağlı çeşitli hastalıkların gelişmesi söz konusudur (Ardahan, 2011; Terakye ve Güner, 1997).

Yapılan bir çok araştırma 65 yaş üstü bireylerde en fazla görme, işitme ve hareket sistemi ile ilgili sorunlar olduğu belirtilmiştir. Ayrıca konik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hipertansiyon, bazı kanserler, kalp-damar sistemi hastalıkları ve diyabet gibi hastalıklar olduğunu ortaya koymaktadır (Bilir, 2004). Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan sosyal, psikolojik ve fizyolojik değişiklikler belirlenerek uygun tedavi ve bakım yöntemleri planlanmalıdır (Bahar ve Parlar, 2007).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte sistemlerde meydana gelen değişimler aşağıda verilmiştir.

2.1.3. Kardiyovasküler sistem

65 yaş üstü bireylerde kalp kası sertleşir, atrial ve mitral kapaklarda skleroz, sol ventrikülde hipertrofi oluşarak kardiyak outputta azalma meydana gelir. Yaşlanma ile birlikte kalbin fonksiyon ve yapısında meydana gelen kalıtımsal değişiklikler ve hareketsizlik kalp yetmezliğine neden olan risk faktörlerindendir. Yaşlılarda ateroskleroz nedeniyle damar duvarları daha kalın ve daha az elastik yapıya sahiptir. Yine ateroskleroz sonucu yaşlılarda felç, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı görülme riski artmaktadır. Koroner arter hastalığına (KAH), bağlı ölümlerin %75'i 65 yaş üzeri hastalarda görülmektedir (Yıldırım, Özkahraman ve Ersoy, 2012). Yaşlılarda morbidite ve mortalitenin en fazla nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Casiglia ve arkadaşlarının (2002), yaptıkları çalışma sonucuna göre özellikle yaşlı bireylerde hipertansiyonun kardiyovasküler mortalite için önemli risk faktörü olduğu saptanmıştır (Yardımcı, Özçelik ve Sürücüoğlu, 2012).

2.1.4. Kas iskelet sistemi

Yaşlanma ile vücudun yenileme yeteneğinde ve kapasitesinde azalma, hareket ve fonksiyonlarda yavaşlama ve kas iskelet sisteminde çeşitli aksaklıklar görülmeye başlar (Akın, 2017). Yaşlanma ile birlikte kemik mineral yoğunluğu azalır, kemik kaybı oluşur ve kemik yapısı bozulur (Öztop, 2011). Genç ve sağlıklı bireylerde, total vücut kitlesinin yaklaşık %30'u kas kitlesidir ve 75 yaşa kadar bu oran %15'e kadar düşmektedir (Soyuer ve İsmailoğulları, 2009). Eklemlerde ki kıkırdak yapısı incelir; kıkırdağın yapısında ki bazı maddeler esnekliğini yitirir, sertleşir ve daha katı, kırılgan bir hale gelir. Tendonlar ve bağlar yırtılmaya yatkın hale gelir, oluşan yırtıkların iyileşmesi zaman alır. Omurgadaki disklerin beslenmesi bozulur, sıvı içeriği azalır, çatlaklar ve aşınmalar oluşur. Kas liflerinde meydana gelen azalma sonucu iskelet kası gücü zayıflar (Öztop, 2011). Bu sorunlar sonucunda başta osteoporoz ve osteoartrit olmak üzere yumuşak doku romatizmaları ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kristal artropatiler, polimiyaljia romatika ve romatoid artrit olmak üzere diğer romatizmal hastalıkların da 65 yaş üstü bireylerde görülme sıklığı giderek artmaktadır (Hüner, Demirhan ve Atar, 2013).

2.1.5. Sinir sistemi

65 yaş üstü bireylerde nörolojik hastalıkların görülme sıklığı artar (Karadakovan, 2005). Yaşlanma ile sinir sisteminde dejenerasyon ve atrofi meydana gelir ve sinir iletim hızı %10.0-15.0 oranında azalır (Güneş, 2014). Sinir sisteminde en önemli sağlık sorunu oluşturan hastalıklar inme ve demansdır. Demans 65 yaş üstü bireylerin %15'inde, 80 yaş üstü bireylerin ise %50.0'sinde görülebilmektedir. Alzheimer hastalığı, yaşlıda görülen demansların yaklaşık %60.0'ını kapsamaktadır. ABD'de demansların %50.0'den fazlası Alzheimer tipidir. Alzheimer hastalığı; kanser, kalp hastalıkları ve inmeden sonra ölüme neden olan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. ABD'de alzheimer kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmektedir (Karadakovan, 2005).

İnmede, 55 yaşından sonraki dönemde her on yılda bir risk artmaktadır. İnme insidansı, 55-64 yaş grubu kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat fazla olarak görülmektedir. 60 yaş üzerindeki bireylerin %75.0'i inmeli hastalardır. İnmede meydana gelen komplikasyonlar yaşlı bireyler ve aileleri için önemli sağlık ve bakım sorunlarına yol açmaktadır (Karadakovan, 2005).

2.1.6. Solunum sistemi

Akciğerin elastikiyetini kaybetmesi, solunum kaslarının zayıflaması, göğüs duvarının sertliğinde artışa bağlı olarak yaşlı bireylerin akciğer fonksiyonları zayıflar. Bu değişiklikler sonucunda; gaz değişiminde, difüzyon kapasitesinde, zorlu vital kapasitede, ventilasyonda ve respiratuvar duyarlılıkta ciddi progresif azalmalar gelişmektedir. Özellikle de pnömoni, yaşlı bireylerde önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Yaşın ilerlemesiyle akciğerlerde silyar aktivitede azalma, öksürükte azalma ve vücudun savunma sisteminin zayıflaması nedeniyle aspirasyon pnömonisi çok daha kolay gelişir. İlerleyen yaş ile birlikte influenza virüsü ve streptococcus pneumoniae gibi antijene karşı azalmış bağışık yanıt oluşmaktadır. Bu durum 65 yaş üstü bireyleri solunum sistemi enfeksiyonlarına karşı daha duyarlı hale getirmektedir.Aşılanma 65 yaş üstü bireylerde bu nedenle önem kazanmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

2.1.7. Sindirim sistemi

65 yaş üstü bireylerde, ağızda başlayan çiğneme ve yutma fonksiyonlarında oluşan değişiklikler beslenme sorunlarına yol açar. Tad ve koku duyusunun azalmasından dolayı yiyeceklerden tad alınamamaktadır ve bu durum daha çok koku duyusundaki azalmadan kaynaklanır. Dil papillalarında oluşan azalma, diş protezleri, ağız hijyeni bozukluğu ve çinko eksikliği gibi sorunların tad duyusunun bozulmasında etkisi vardır. Bu duyu sorunlarının yanı sıra ağızda başlayarak sindirime etki eden motor sorunlar da olabilmektedir (Beğer, 2003; Sönmez, Temel ve Kıray, 2007).

Mide de; anatomik olarak elastisitede azalma, gastrik atrofi ve sekretuvar yüzeyde azalma, motilitede azalma, gastrik sekresyonlarda azalma, mide boşalmasında azalma yaşla birlikte beklenen değişikliklerdir. Gastrik atrofi ve azalmış intrensek faktör, demir ve vitamin B12 emilimini etkiler (Varlı, 2012). Bunların sonucunda emilim ve sindirimde azalma meydana gelirken ilaç çözünürlüklerinde de değişim gözlenir. İnce ve kalın bağırsaklar; anatomik olarak sindirim enzim sekresyonlarında, mukus sekresyonunda, internal anal sfinkter kas tonusunda, mukozal epitel hücrelerde azalma ve villuslarda incelme saptanır (Ünver, 2017; Üçbilek, Oğuz ve Sezgin, 2015). Konstipasyon, rektal inkontinans ve inkomplet boşalım yaşlılıkta ortaya çıkan en önemli sağlık sorunlarındandır. Genel olarak ciddi nörolojik, kardiyolojik hastalığı olmayan yaşlı insanlarda gastrointestinal sistem bu fizyolojik değişikliklere rağmen çoğunlukla ciddi sorunlar oluşturmaz (Üçbilek, Oğuz ve Sezgin, 2015).

2.1.8. Üriner sistem

Böbreklerin kütlesi ve fonksiyonel glomerül sayısında azalma meydana gelir. Renal kortekste kan damarlarında meydana gelen atrofi nedeniyle böbreklere giden kan akımında azalma olur. Glomeruler bazal membranda kalınlaşmayla beraber böbreklerin idrarı konsantre etme yeteneği, nefronlara giden kan akımı ve Ph dengesini devam ettirme yeteneği azalır. Glomerüler filtrasyon hızı 80 yaşında yarı yarıya azalmış olur. 65 yaş üstü bireylerde detrusor kasının daha az ve düzensiz kasılması nedeniyle mesanenin tam olarak boşalamaması ve istemsiz mesane kasılmaları gibi sorunlar meydana gelir. Mesane kapasitesindeki azalmayla postvoidal rezidü artar. Pelvik kaslar zayıflar. Mesanedeki afferent reseptörlerin duyarlılığında azalma meydana gelir. Bu nedenle yaşlılarda

mesanenin henüz %90.0'ı dolmadan idrar yapma isteği oluşmaktadır (Özcan, 2014). Yaşlanma ile birlikte üriner inkontinans sıklığı artmaktadır. Hastalar tarafından genellikle belirtilmek istenmediği için tespit edilmesi zordur (Keskinler, Tufan ve Oğuz, 2013).

65 yaş üstü kadınlarda progesteron ve östrojen eksikliğine bağlı olarak, uterus hacminde azalma, vajinada ve meme bezlerinde atrofi oluşur. Pelvik kaslarında ki zayıflama nedeniyle posterior uretro-vezikal açının bozulmasına bağlı olarak stres inkontinans sıklığı artmaktadır (Kutsal ve Bal, 2003). Erkeklerde ise, prostatın büyümesi sonucu üriner retansiyon gelişebilir. 65 yaş üstü bireylerde üriner enfeksiyon gelişme riski artış göstermektedir ve erkeklerde %10.0, kadınlarda %20.0 oranında görülmektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Erkeklerde genital sistemde ki değişliklikler kadınlara oranla daha az düzeydedir. Erkeklerin geneli ölene dek fertildir. Testosteron seviyelerinde meydana gelen azalmaya rağmen libido ve sperm sayılarında çok daha az bir düşme mevcuttur. Geneli, yaşam boyu orgazm ve ereksiyon yeteneklerini yitirmezler. Ereksiyonun süresi, kalitesi azalır ve ikinci ereksiyona ihtiyaç duyulan zamanda artışlar meydana gelebilir. Tüm bunlara rağmen yaşın ilerlemesiyle erkeklerde empotans artış göstermektedir (Nalbant, 2008).

2.1.9. Bağışıklık (İmmün) sistemi

İmmün sisteminin fonksiyonundaki azalmayla enfeksiyonlara karşı yatkınlık artar. Pnömoni ve influenza enfeksiyonları, bakteriyemi, enfeksiyöz diyare, endokardit, septik artrit, menenjit, reaktivasyon tüberkülozu, açıklanamayan ateş, otoimmün hastalıklar daha sık oranda görülür ve daha ölümcül seyreder. Yaşlılarda bağışıklık hücrelerinin kanser hücreleri, bakteri ve yabancı cisimlere yönelik cevap hızlarında azalma meydana gelmiştir. Bu durum, yaşlılarda kanser sıklığında artışa neden olmaktadır. İmmün sistemdeki değişikliklerin tek pozitif tarafı allerjik semptomların ciddiyetinde azalmaya neden olmasıdır. Yaşlı bireylerde bağışıklık sistem değişiklikleri ile enfeksiyona yatkınlıklarına önem verilmeli, gerekli aşılanmalar, hijyenik bakım ve alınması gereken diğer önlemler konusunda hassasiyet göstermeli, yaşlılara ve yakınlarına bilgilendirme yapılmalıdır (Yıldırım, Özkahraman ve Ersoy, 2012; Yerli, 2017).

2.1.10. Endokrin sistem

İleri yaşla birlikte endokrin sistemde oluşan değişiklikler, kas iskelet sistemi ile kemik mineral yoğunluğu bozulmaktadır. Yaşlanma süreci ile birlikte insülin direncinin artması ya da glikoza karşı insülinin salgılanması ile glikoz toleransında azalma meydana gelir. Hipotiroidi ve buna bağlı bazal metabolizma hızında yavaşlama olur (Kaplan, 2016).

Kadınlarda menopoz evresinde oluşan değişiklikler ile bu durumun sağlık üzerine çeşitli etkileri 65 yaş üstü kadınlara özgü problemlerle karşılaşmasına neden olur. Postmenopozal ve menopozal evrede meydana gelen klinik bulgu ve belirtilerin geneli indirekt ya da direkt olarak hormonal sistem eksiklikleri ile bağdaştırılabilir. Yaş ile beraber prolaktin düzeyinde düşme meydana gelir. Tiroid hormon yapımı ve yıkımı azalır fakat plazma T3 ve plazma T4 değerlerinde bir değişim olmaz. Yaşın ilerlemesi ile beraber hipotiroidi insidansında artma meydana gelir, fakat hipotiroidinin klinik sonuçları yaşlanmada meydana gelen fizyolojik değişikliklere benzemesinden dolayı tanı koymada zorluk oluşturabilir. Adrenal bezlerinden salgılanan renin ile aldosteron düzeyleri önemli miktarda azalır, bu durum da hipertansiyon kontrolünün giderek zorlaşmasına yol açabilir. Kortizol yapımında progresif olarak azalmalar meydana gelir, fakat bazal ile ACTH'e cevap normal düzeydedir. Pankreastan insülin sentezi ve yakımında azalma olur, hedef hücre reseptörleri ve hassasiyetinde azalma gerçekleşir (Kutsal ve Bal,2003; Aydoğmuş ve Yavuz, 2011).

65 yaş üstü erkeklerin çoğunda sekonder hipogonadizm vardır. Yaşlandıkça, gonad hormanlarını salgılatan hormon (GnRH) salınımı gonadotroplar üzerinde daha hafif bir stimulus etkisi yapar. Hem de GnRH hipofizden LH salınımını daha az uyarma kapasitesindedir. Sonuç olarak, yaşlandıkça plazma T3 ve plazma T4 düzeyleri düşük seyrederken luteizing hormon (LH) düzeyi de artmaz. 80 yaş üstünde ise, yüksek LH ile primer hipogonadizm tablosu hakim olur. Yaşlanma ile spermatozoa düzeyi azalırsa da birçok erkekte döllenme için yeterli sperm bulunmaktadır. Yaşlanma ile sertoli hücresinden inhibin yapımı azalır, bu nedenden dolayı FSH düzeyi artar (Karan, 2003).

2.1.11. 65 yaş üstü kadın sağlığı ve hemşirelik bakımı

TÜİK'in 2016 yılı mernis sonuçlarına göre, ülkemizde yaşlı olarak tanımlanan 65 ve üzeri yaştaki nüfusun genel nüfusa oranı %8,3 olup, yaşlı nüfusun %9,4'ünü kadınlar oluşturmaktadır (TUİK, 2016). Yaşlanma ile meydana gelen sorunlar kadınlar için psikososyal ve bedensel açıdan zorlayıcı olmaktadır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011). Kadınlar anne karnından başlayarak, yaşlılık dönemlerine dek, erkeklere oranla çok daha fazla risk faktörleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011).

Kadınlarda doğuştan beklenen yaşam süresinin artması, erkeklerden daha uzun süre yaşaması ve daha fazla süreğen hastalıklara maruz kalması yaşlı kadın sağlığı kavramını gündeme getirmiştir (Aktaş, Şahin ve Terzioğlu, 2013). Kadın ve erkek arasındaki sosyolojik ve psikolojik farklılıklar, yaşlanmanın kadın sağlığı açısından ayrı olarak değerlendirilmesini ve ele alınmasını gerektirmektedir (Kutsal ve Bal, 2003).

Kadınlar yaşlılık döneminde menapozal sorunlar, vajinit, jinekolojik kanserler, genital organ prolabsusları, üriner-fekal inkontinans, cinsel sorunlar, çoklu kronik hastalıklar, osteoartrit, osteoporoz, ruhsal sorunlar ve yaşlı istismarı gibi sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Bu sorunlar ile baş edebilmelerinde hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulmaktadır (Aktaş, Şahin ve Terzioğlu, 2013).

Kadın sağlığı hizmetinde yaşam boyu tüm yaş grubunu etkileyen faktörleri göz önüne alan, doğumdan ölüme dek kadın yaşamının ele alınması gerektiğini savunan çağdaş hemşirelik yaklaşımının benimsenmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda hem zihinsel, hem fiziksel hem de ruhsal boyutlarda ele alınan bakım planlarının oluşturulması oldukça önemlidir (Höbek Akarsu ve ark., 2019).

65 yaş üstü kadınların yaşadıkları sorunlara yönelik güncel yaklaşımların bilinmesi gerekmektedir. 65 yaş üstü sınıfındaki kadınların sağlık problemleri ele alınırken, yaşlı kadınlarda yaşlanma ile ilgili görülen farklılıklar göz önünde bulundurulup, yaşam kalitesinin arttırılması ve hastalıkların engellenmesini sağlayan girişimlerde bulunulmalıdır. Bu bağlamda 65 yaş üstü kadınlara yönelik ayrıntılı anamnez alınması gerekmektedir. Yaşanılan problem ile baş edebilmesi için kısa, anlaşılır ve yaşlı kadının kültürüne uygun uygulanılabilir önerilerde bulunulmalıdır. 65 yaş üstü kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları öğrenilmeli ve olumlu davranışları desteklenmelidir. Bireylerle birlikte günlük egzersiz ve diyet programı oluşturulmalıdır. Bireyin ruhsal

olarak iyilik halini arttırmaya katkı sağlayacak giyim ve bakımına özen gösterilmesi, hobiler edinilmesi gibi konularda yardımcı olunmalıdır. Ayrıca bireyler sağlık kontrolleri için özendirilmeleri de kadın sağlığı için oldukça önemlidir (Höbek Akarsu ve ark., 2019).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

İnsanlığın varoluşundan günümüze kadar, ihtiyaçlara yönelik olarak tıp biliminde çeşitli gelişmeler meydana gelmiştir. Hastalıkların çoğunun tedavisi bulunmuş, çoğunun ise ilerleyişine engel olunmuş, veya ilerleyişi yavaşlatılmıştır. İnsanların, yaşamlarını sağlıklı olarak devam ettirebilmeleri için hastalıkları sırasında doğru biçimde sağlık bilgisine erişmeleri, anlamaları ve bu bilgiye yönelik davranış gösterebilmeleri önem kazanmış, bu alanda yapılan çalışmalarla da "Sağlık Okuryazarlığı" (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Modern sağlık sistemlerinin, sağlık hizmetinden faydalanan kişilerden beklentisi giderek artış göstermektedir. Sağlık bakımında artan kişisel sorumluluk sebebiyle kişilerden şahsi sağlık sorumluluklarını almaları, kendileri ve diğer bireyler için sağlık kararları vermeleri yönünde yeni roller gerçekleştirmeleri beklenmektedir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Tüm bunlara karşın eğitim sistemleri, insanoğlunun sağlığa yönelik bilgilerini geliştirmelerinde, gerekli olan bilgiye ulaşması, değerlendirmesi, kavraması ve kullanmasına yönelik yeteneklerini gösterememektedir (Güven, Bulut ve Öztürk, 2018).

Sağlık okuryazarlık seviyesinin düşüklüğü sağlık bilgilerini anlama ve yorumlamada zayıflığa, medikal talimat ve işlemleri gerçekleştirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikte sorunlara yol açtığı bilinmektedir (Çiftçi, 2015).

Sağlıkları için var olan kaynakların etkin kullanımı, kaliteli sağlık hizmeti alma, hem toplumların, hem de bireylerin sağlıklarını olumlu etkilemekte ve bireylere cesaret vermektedir. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, kendi sağlığı hakkında sorumluluk alabilmesi ve sonuçları bakımından kişinin sağlık bilgilerine erişmesi, sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmesi, hizmetleri doğru kullanması, öz sağlığını yönetebilmesi açısından sağlık okuryazarlığı önemlidir (Çimen, 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasıyla sağkalım oranlarının ve hastaneye başvuru sürelerinin azaldığı belirtilmektedir (Çimen ve Temel, 2017).

Sağlık okuryazarlığı 1974 yılında geliştirilmiş bir kavramdır ve ilk defa S.K. Simonds, Health Education as Social Policy adlı kitapta bu kavramı kullanmıştır (Sezgin, 2013; Şahinöz, Şahinöz ve Kıvanç, 2018).

Akalın (2009)'a göre sağlık okuryazarlığına yönelik olan çalışmalar şu şekilde özetlenebilir (Çimen, 2015; Toksoy, 2019):

- 1950-1970 yılları arasındaki dönemde global bakış açısında 3.dünya ülkelerindeki gebelik eğitimi ve cahillik toplum sağlığına etki eden konulardır,

- 1970 ve 1980 yılları arasındaki dönemde yapılan sosyoekonomik yapı ve sağlık düzeyi çalışmaları, eğitim seviyesi ile sağlık düzeyi arasındaki bağlantıya ilişkin çalışmalardır,

- 1980 ile 1990 yılları arasındaki dönemde Robert Wood Johnson Vakfı (RWJ Foundation) sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı olma sonuçları arasındaki bağlantıya ilişkin çalışmalar meydana getirmiştir,

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

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

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

1990 yılından bu yana sağlık okuryazarlığı ile ilgili Amerikan Tabipler Birliği, Tıp Enstitüsü, Dünya Sağlık Örgütü gibi çeşitli kurumların raporları yayınlanmıştır. Ancak dikkat çekip, bu konuya yön veren rapor ise Amerikan Tıp Enstitüsünün (IoM) tarafından yayınlanmıştır (Çimen, 2015; Toksoy, 2019).

Ortak düşünce; Avrupa nezdinde sağlık Okuryazarlığının teşvik edilmesi ve geliştirilmesine yönelik projelere destek olunmasıdır. Yukarıda kronolojik olarak bahsedilen tüm bu gelişmelerden sonra uluslararası birçok kuruluş "sağlık okuryazarlığı" konusunda raporlar ve kararlar yayınlamaya başladı. WHO (2001), Amerikan Tabibler Birliği (AMA 2003), İngiliz Tüketici Konseyi (2004), Amerikan Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği (EU 2005) bu kuruluşlar arasında yer almaktadır (Çimen, 2015).

2.2.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı

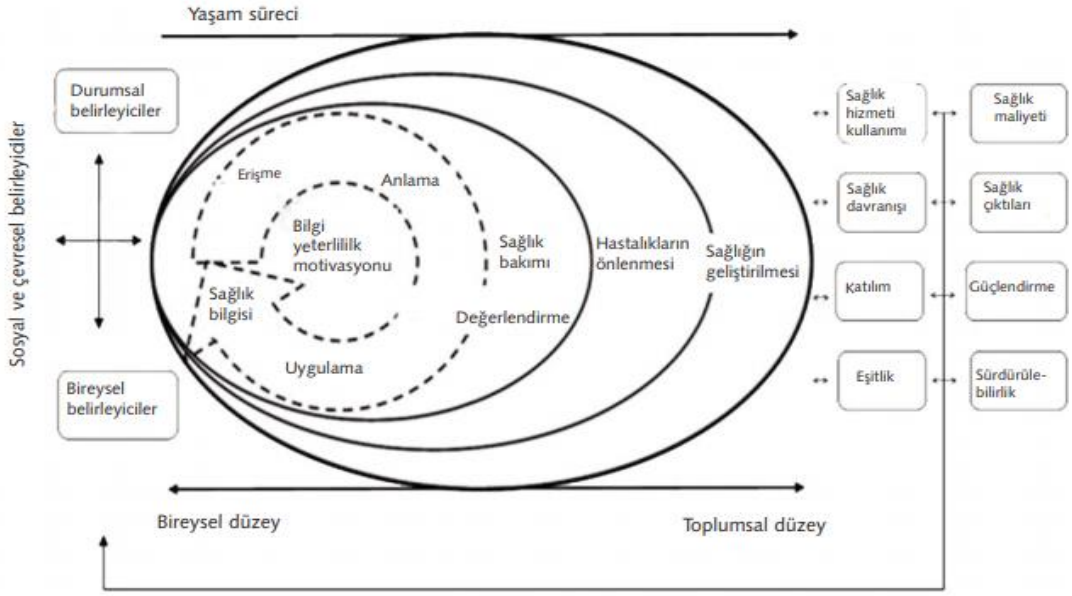
Uzun süredir sağlık literatüründe bulunan sağlık okuryazarlığının benzer içeriklere sahip çok farklı tanımları bulunmaktadır (Taş ve Akış, 2016). 'Sağlık okuryazarlığı' bireylerin sağlık durumları ile ilgili günlük yaşamda karar vermek, temel sağlık bilgi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimlerini, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi, bilgiyi kullanmayı ve değer biçmeyi gerçekleştirecek bilgi, motivasyon ve yeterlilik olarak tanımlanmaktadır (Sezgin, 2011; Uğurlu ve Akgün, 2019). Sağlık okuryazarlığı, reçetedeki ilaç talimatlarını, tıbbi eğitim broşürlerini, randevu kağıtlarını, doktor açıklamalarını ve onam kartlarını anlama ve karışık sağlık sistemleri ile başa çıkabilme yeteneğini içerir (Uğurlu ve Akgün, 2019).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine yönelik kalitenin oluşturulmasını, kaynakların doğru kullanılmasını, kişinin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını arttırır (Ölmez ve Barkan, 2015).

Özet olarak sağlık okuryazarlığı; kişilerin, kendi ve toplum sağlığıyla alakalı kararları ile davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere ulaşılabilirliği, ulaşılan bilgiyi anlayıp, değerlendirip, kullanmaları ve gelecek nesillere aktarmalarıdır (Sezgin, 2013).

2.2.2. Sağlık okuryazarlığının kavramsal boyutu

Sorensen, sağlık okuryazarlığının (SOY) ana bileşenleri, öncülleri ve sonuçlarını kapsayan entegre sağlık okuryazarlığı modelini geliştirmiştir (Şekil 1). Geliştirilen modele göre; dil, kültür, cinsiyet, demografik durum, yaş, meslek, gelir, ırk, sosyoekonomik durum, istihdam, eğitim, okuma yazma, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi faktörler sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Modelin çekirdek bölümü, gerekli olan sağlık bilgilerine erişme, sağlık bilgilerini anlama, değerlendirerek uygulama süreci ve bununla ilgili temel yetkinlikleri kapsamaktadır (Taş ve Nalan,2016).



Şekil 1. Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli (Sorensen ve ark., 2012)

2.2.3. Dünya ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı durumu

2012'de sağlık okuryazarlığının dünyadaki durumunun değerlendirildiği sekiz Avrupa Birliği Ülkesinde Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Hollanda, İspanya, Almanya, Polonya ve Bulgaristan'da gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı (SOY) araştırmasına göre, bireylerin %2.0 ile %7.0 arasında değişen SOY puanlarına sahip olduğu ve sahip oldukları SOY düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Ergün, 2017).

Ülkelere genel olarak bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin %12'sinin bu konuda yeterli düzeyde olmadığı ve %35.0'inin sorunlu düzeyde bilgi sahibi olduğu belirtilmektedir (Bilir, 2014). Ayrıca Amerika'da yaşayan yetişkin bireylerin yarısı temel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı belirtilmektedir (Sezer ve Kadıoğlu, 2014). UNESCO'nun 2009 raporunda; dünyada neredeyse 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir. Rapor sonuçları; dünyada SOY seviyeleri düşük ve birey sayısının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Sezer ve Kadıoğlu, 2014).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın SOY düzeyinin tüm dünyada düşük olduğu; Amerika'da yetişkin nüfusun neredeyse yarısının sağlık bilgilerini anlamada ve hayata geçirmede zorlandığı; Avusturya'da yaşayan bireylerin %60.0'ının sağlık okuryazarlık düzeyi sağlığı korumak için minimum kabul edilen sınırların altında yer aldığı belirtilmektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019; Demirli, 2018). Avrupa'da sekiz

ülkede gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı bulgularına göre, bireylerin %12.0'sinin sağlık okuryazarlığının yetersiz, %47.0'sinin ise sınırlı olduğu belirtilmiştir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Ülkemizde ise sağlık okuryazarlığı çalışma sonucuna göre, genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30.4 olarak bulunmuş; %24.5'i yetersiz SOY, %40.1'i sorunlu SOY, %27.8'i yeterli SOY ve %7.6'i mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Uğurlu ve Akgün, 2019; Ilgaz ve Gözüm, 2016).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda genel SOY indeksi 50 puanlık ölçek üzerinden ortalama 30,4 olarak hesaplanmış ve bu oran Avrupa'da 33,8 olarak hesaplanarak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Toplumun %64,6'sının yetersiz SOY düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, Türkiye erişkin nüfusu düşünüldüğünde, 53 milyonun yaklaşık 35 milyonunun yetersiz ve sorunlu SOY düzeyine sahip olduğu göstermektedir. Yaş arttıkça ve eğitim seviyesi düştükçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin paralel olarak azaldığı görülmüştür. Kadınlarda ve 65 yaş üstünde genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tanrıöver ve ark., 2014). Özellikle 65 yaş üstü grupta sağlık düzeyinin kötü olduğunu ve bu durumun yüksek mortalite ile de ilişkisi olduğu bildirilmektedir (Berkman, 2011).

2.2.4. 65 yaş üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı

Sağlık sisteminin asıl parçasını hastalar oluşturmakta olup kendi sağlı ile ilgili aldıkları kararlar sağlık sonuçları ile verilen sağlık hizmetinin etkililiğini ve kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir (Balçık, Taşkaya ve Şahin, 2014). Kişilerin sağlık bilgileri konusunda yetersiz olmaları kendilerini aynı zamanda çevrelerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. SOY düzeyinin yetersiz olması, bireyin doğru bir karar alamamasına, doğru bilgiye ulaşamamasına, sunulmuş olan hizmetlerden yararlanamamasına aynı zamanda hastalık yönetiminde olumsuzluklara neden olmaktadır (Demirli, 2018).

İyi eğitim almış olmak sağlığın temel belirleyicilerindendir. Kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri doğru algılaması ve uygulaması hastalıkların yönetiminde ve korunmasında oldukça önemlidir (Bilir, 2014).

Özellikle yaşın ilerlemesi ile meydana gelen fizyolojik değişikliklerin neden olduğu görme ve işitme duyusundaki kayıplar aynı zamanda yaşlı bireylerin çevresindeki psikososyal değişiklikler ve sosyal desteğinin sınırlı olması iletişimde sorunlarına yol açmaktadır (Akgün, 2012; Savaş ve Akçiçek, 2010).

Sağlık hizmeti verenler ile özellikle ileri yaş hastalar arasında oluşan iletişim sürecinde hastanın doktoru ya da sağlık personelini, yazılı metinleri anlaması iki taraf için de oldukça önemlidir. Yaşanan iletişim sürecinde, hastanın ilaç ile ilgili bilgileri okuyup anlayamaması, ilaçlarını zamanında ve doğru bir şekilde almaması, kendisine verilen formları anlayamaması, basılı materyalleri ve uyarıları fark edememesi gibi sıkıntılar, yaşlılarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaları önemli ve gerekli hale getirmiştir (Sezgin, 2013). Özellikle ülkemizde yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin hangi seviyede olduğu, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artması sağlık imkânlarının da verimli kullanılmasını sağlama açısından önemlidir (Çatı ve ark., 2018).

Yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin artış göstermesi; koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkartmakta ve tedavi süreçlerini kısaltarak bireylerin hayat kalitesini yükseltmektedir. Bu da devletin sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılmasına, dolayısıyla ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır (Hergenç, 2011).

Ancak uygulamada ise zaman kısıtlılığı nedeniyle, doktorların SOY düzeyleri düşük olan hastalar ile tıp terimlerinin anlaşılması noktasında sorun yaşadıkları gözlenmekte ve bu durum ileri yaş hastaları daha çok etkilemektedir. Hastanın tedavisini hiç anlamamış olması ya da doğru anlamaması durumunda, hasta süreçten etkilenmekte olup aynı zamanda yanlış ya da eksik tedavinin ekonomik yükü sağlık harcamalarını etkilemektedir (Akbolat ve ark., 2016). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyininin yetersizliği, sağlık bilgisinin yetersizliğini artırırarak; hastalanma riskini yükselterek tedavi yöntemlerini anlama düzeyini düşürmektedir. Tüm bunların sonucunda sağlık hizmetleri maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olması; sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilme düzeyi geliştirilerek yaşam kalitesini yükseltir ve sonucunda sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltarak kalitesini yükseltir (Ölmez ve Barkan, 2015).

Ancak ülkemizde yaşlı nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Yapılan çalışmalar ise, yaşlı nüfusun sağlık

okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016; Öztaş, 2018).

Sekiz Avrupa ülkesinde SOY ile ilgili yapılan çalışmada, genel duruma göre yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır (Bilir, 2014). İngiltere'de, Von Vagner ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada da, yaşlı bireylerin SOY düzeyleri genç bireylere göre daha düşük bulunmuştur (Çopurlar ve Kartal, 2016). 2003 Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi, 65 yaş ve üstü yetişkinlerin sadece %3.0'ünün sağlık okuryazarlığı becerilerinde yeterli olduğunu ortaya koymuştur. Ulusal okuryazarlık anketleri, Kuzey Amerika'da 65 yaşın üzerindeki yetişkinlerin %70.0'inden fazlasının sağlık sistemleriyle başarılı etkileşimler için gerekli temel sağlık okuryazarlığı becerilerinden yoksun olduğunu göstermektedir Özdemir vd. (2010)'nin çalışmalarında birinci basamakta sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınlar, düşük gelirli, ilkokul mezunu ve yaşlılar arasında daha düşük olduğu bulunmuştur. Okyay, Abacıgil ve Harlak (2016), Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenirlilik ve geçerlilik çalışması kapsamında geliştirdikleri Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği ile yapılan bir çalışmada, 65-83 yaştaki bireylerin %64,1'i yetersiz olarak ve %26,4'ü problemli olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır (Öztaş, 2018).

2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Tamamlayıcı ve alternatif tıp, konvansiyonel tedavilerden farklı tüm sağlık uygulamalarını, yöntemleri ve bununla beraber değer ve inançları kapsayan çoğu bilimsel araştırmalarla desteklenen, geleneklere ve uzun süreli tecrübelere dayanan tedavi yöntemlerindendir (Aktaş, 2017; Uğurluer ve ark., 2007; Kutlu ve ark., 2009). Tamamlayıcı ve alternatif tıp Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün tanımına göre; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanıdır (Kurt, Bavbek ve Pasaoğlu, 2004).

Alternatif tıp ve tamamlayıcı tedavi kavramları genelde birbirinin yerine kullanılıyor olmasına rağmen bu iki terim aynı anlamda değildir (Khorshid ve Yapucu, 2005). Tamamlayıcı tıp; bilimsel tıbba destek amaçlı kullanılan tedavi yöntemlerini tanımlarken, alternatif tıp; bilimsel tıbbi uygulamalar yerine yapılan yöntemleri

kapsamaktadır ve iki terim birlikte tamamlayıcı ve alternatif tıp başlığı altında kullanılmaktadır (Kav, Hanoğlu ve Algıer, 2018; Akçay ve Yıldırımlar, 2017).

20 yy. ortalarından sonra, hastalıkların tanı ve tedavilerinde hızlı gelişmeler gözlenmiş ve bu durum tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımında ki artışı beraberinde getirmiştir (Akçay ve Yıldırımlar, 2017).

Dünyada, tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımları Kanada'da %70.4, Amerika'da %42.1, Avustralya'da %48.2, Fransa'da %49.3, Çin'de %70, Afrika ülkelerinde %80.0, Şili'de %71.0 ve Kolombiya'da %40.0 olduğu belirtilmektedir (Özçelik ve Fadılığlu 2009). Geleneksel ve alternatif uygulamalarının kullanımı Ülkemizde oldukça yaygındır (Set, 2011). Yapılan bir çalışmada bireylerin % 60.0'ının alternatif tıp yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir. Alternatif tedavileri tedavide ilk seçenek olarak kullanma oranı ülkemizde %34.0 ile %77.0 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (Set, 2011).

Dünyada, gittikçe yaygınlaşan TAT uygulamaları ve literatürde bu konuda eksiklikler nedeniyle 1998'de Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne bağlı olarak Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi kurulmuştur. Merkezin amacı; tıp dışı uygulamaların etkinliğini ve güvenilirliğini inceleyerek etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış yöntemlerin geleneksel tedavilere katılımını gerçekleştirmektir. Ülkemizde "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" 27 Ekim 2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir (Somer ve Vatanoğlu-Lutz, 2017).

2.3.1. Tamamlayıcı-alternatif tıp yöntemleri

Tıp dışı geleneksel yöntemler dünyanın birçok farklı kültüründen oluşan oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir (Avcıbay ve Beji, 2003). Standart tanımlara ulaşmak, uygulamaların detaylarına inmek amacıyla NCCAM, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları hakkında farklı bir sınıflandırma yöntemi geliştirmiştir. Bu sınıflandırmada tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarını 5 kategoride incelemiştir (Cankurtaran, 2015; Muslu ve Öztürk, 2008; Akgül, 2009).

Bu yöntemler biyolojik yaklaşımlar, bilişsel-davranışsal yaklaşımlar, enerji yaklaşımları, manipülatif yaklaşımlar, alternatif tıbbî sistemler olarak kategorize edilmiştir (Coşkunırmak, 2019).

2.3.2. 65 Yaş üstü kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve tat kullanma durumlarında hemşirelik yaklaşımı

Tedavi seçenekleri ve uygulayıcılarının, tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının ve ürünlerde oluşan artış ile sağlık okuryazarlığına olan ihtiyaç artış göstermiştir. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının bilimsel olarak yararları ya da yan etkileri yeterli şekilde kanıtlanmamış olmasına rağmen sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Bireylerin bu yöntemleri kullanırken karar vermeleri ve sonuçlarını değerlendirmeleri zor olabilir. Tıp Ensitüsü (2005), bireylerin kullandıkları ürünler ve tedaviler hakkında ne derece bilgi sahibi olduğu, bu bilgi kaynaklarının neler olduğu, elde ettiği bilgiyi ise nasıl değerlendirdiği ve kullandığı konusunda yeterli sayıda kanıt bulunmamaktadır. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımının da ürün ve tedavilerin kullanılmasıyla ilgili karar vermek geniş bir sağlık okuryazarlığı gerektirmektedir (Bains ve Egede, 2011). Yapılan bir çalışmada, tamamlayıcı sağlık yaklaşımının eleştirel sağlık okuryazarlığını arttırmada önemli bir rolü olduğu belirlenmiştir (Long, 2009). Yapılan başka bir çalışmaya göre, SOY düzeyi yüksek olan kişilerde tamamlayıcı sağlık yaklaşımına kullanma oranları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle özellikle riskli gruplardan olan 65 yaş üstü kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Hemşireler 65 yaş üstü kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmeli, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyleri bu konuda bilgilendirmeli ve uygun hemşirelik girişimlerini uygulamalıdırlar.

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Bu değerlendirmeleri yaparken kullanabilecekleri ölçeklerden bazıları, birçok ülkede kullanılmakta olan Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) ve Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM) en çok kullanılan SOY ölçüm araçlarındandır (Shayan, 2018; Çatı ve ark., 2018)

Hemşirelerin 65 yaş üstü kadınlarda SOY düzeylerini ölçeklerle saptayıp uygun girişimleri planlamalıdırlar.

Kullanılan bu yöntemlerin yan etki ve alerjik reaksiyon yapabilme riskleri göz önünde bulundurulmadan "doğal ürünün zararı olmaz" yanılgısı ile kontrolsüz şekilde kullanması, doktorlarına bu yöntemlerin kullanımı hakkında bilgi vermemeleri, doktorlarında bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olmaması var olan konvansiyonel tedavinin başarısız olmasına ya da hayati tehlikeye neden olacak durumlara yol açmaktadır (Şahini 2017). Bu nedenle 65 yaş üstü kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, kullandıkları tat yöntemlerinin, bu yöntemleri sorgulama ve sorgulamama durumlarının belirlenip ilgili danışmanlıkların verilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin TAT yöntemlerin etkisi ve güvenilirliği konusundaki bilgileri detaylı bilmeleri, doğru bilgilere nasıl ulaşabileceklerini öğretmeleri, sağlık okuryazarlığı düzeylerini arttırmak için 65 yaş üstü kadınları uygun kaynaklara yönlendirmeleri gerekmektedir (Taşar ve ark., 2011; Araz, Taşdemir ve Kılıç, 2012; Araz, Harlak ve Meşe, 2007).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 17.05.2019-10.07.2019 tarihleri arasında İstanbul'da bir devlet hastanesinin aile hekimliği ve iç hastalıkları polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş üstü kadın hastalarla yürütüldü.

Araştırmanın yapıldığı devlet hastanesinde araştırmanın yapıldığı dönemde altı iç hastalıkları uzmanı, bir aile hekimi tarafından poliklinik hizmeti verilmektedir. Hafta içi iç hastalıkları 5 adet, aile hekimliği 1 adet poliklinik hasta kabulü yapmaktadır. Poliklinik hizmeti 08:00-17:00 arasında hasta kabulü yapmaktadır. Ayrıca kurumda TAT birimi bulunmamakta ve TAT ile ilgili herhangi bir bilgilendirme yapılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bir devlet hastanesinin aile hekimliği ve iç hastalıkları polikliniğine herhangi bir nedenle başvuru yapan 65 yaş üzeri kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeyip 17.05.2019-10.07.2019 tarihleri arasında hastaneye başvuruda bulunan, araştırmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 65 yaş üstü kadınlar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. İç hastalıkları polikliniği günde en fazla 240 hastayı kabul etmekte ve bu hastaların ortalama 28'si 65 yaş üstü kadınları oluşturmaktadır. Aile hekimliği polikliniği ise günde en fazla 66 hastayı kabul etmekte ve ortalama 4-5'i 65 yaş üstü kadınları oluşturmaktadır. Veri toplama tarihleri arasında 428 65 yaş üstü kadın polikliniğe başvurmuştur. 27 hasta sedye, 13 hasta demans alzheimer tanısı, 16'sı ise ciddi işitme kaybı ile başvuruda bulunmuş ve 29 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmada ulaştığımız hasta sayısı ise toplamda 343 kişidir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

65 yaş üstü olan,

İletişim problemi olmayan,

Ayaktan polikliniğe başvuran,

Demans/Alzehimer olmayan,

Bilinç düzeyi iyi olan,

Çalışmaya katılmayı kabul eden, kadınlar dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; hasta tanıtım formu ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ile toplanmıştır.

3.5.1. Hasta tanıtım formu

Literatür incelenerek hazırlanan hasta tanıtım formu; 65 yaş üstü kadınların sosyodemografik özelliklerini, genel sağlık durumlarını, sağlıkla ilgili bilgilere nereden ulaşım sağladıklarını, TAT kullanma durumlarını ve TAT'a ilişkin düşüncelerini belirlemeye yönelik 23 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.5.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOÖ)

Sezer ve Kadıoğlu (2014) tarafından Türk toplumuna uygun sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirildi. SOÖ'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aras ve Temel (2017) tarafından yapılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/ değerlendirme, uygulama/ kullanmadır. Bilgiye Erişim alt boyutu beş madde içermektedir, bu alt boyuttan alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Bilgileri anlama alt boyutu yedi madde içermektedir bu alt boyuttan alınacak minimum puan 7 maksimum puan 35'dir. Değer Biçme/ Değerlendirme alt boyutu sekiz madde içermektedir ve alınacak minimum puan 8 maksimum puan 40'dır. Uygulama/ Kullanma alt boyutu de beş madde içermektedir ve alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Tüm ölçek için minimum puan 25, maksimum puan 125'dir. Puan arttıkça sağlık okuryazarlığı artmaktadır. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert

yapıda yanıtlanır. Aracın uygulanma süresi 5-10 dakikadır (Aras ve Temel, 2017) (Ek-2). Aras ve Temel'in (2017) çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.90 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. Ön uygulama

Hazırlanan hasta tanıtım formu işlerliğini tespit etmek amacıyla 65 yaş üstü 10 kadın hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli düzenleme yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5.4. Formların uygulanması

Veri toplamak için, hafta içi her gün 09:00-11:00 saatleri arasında ilgili polikliniklerde bulunulmuştur. Muayenesi biten 65 yaş üstü kadınlar veri toplama formlarının anlaşılabilirliğinin sağlanması için poliklinik yanlarında bulunan dinlenme odasına geçirilmiştir. Veri toplama formları yüz yüze görüşme yöntemi ile soru-cevap şeklinde uygulanmıştır. Her bir hasta için veri toplama formlarının tamamlanması 10-15 dakika sürmüştür. Veriler hastalardan bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 2017-KAEK-189_2019.04.02_03 nolu onay (Ek-3) ve çalışmanın yapılacağı kamu hastanesinden gerekli izinler alınmıştır (Ek- 4). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmaya dahil edilecek hastalara, araştırmanın amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, toplanan bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilerek araştırma yapılmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek5).

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırmada hastaların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişkenler ve SOÖ ve TAT kullanma durumları bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Verilerin

değerlendirilmesinde Bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Ölçeğin iç geçerlilik ve tutarlılığını belirlemek için Cronbach Alfa değerine bakılmıştır. Çalışmada SOÖ Cronbach Alfa değeri 0.85 olarak hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

İstanbul ilinde bulunan Devlet Hastanesi Aile hekimliği ve iç hastalıkları Polikiniklerine başvuru yapan 65 yaş üstü ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan kadınlar örnekleme alınmıştır. Bu nedenle araştırmada elde edilen sonuçlar, çalışmanın gerçekleştirildiği kamu hastanesinde İç hastalıkları ve Aile Hekimli polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü kadınlara genellenebilir.

4. BULGULAR

65 yaş üstü kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen kadınların yaş ortalaması 69.69±5.48 yıl, %72.8'inin geliri giderine denk, %80.1'inin evli, %43'ünün ilköğretim mezunu ve %74.9'unun ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların %88.2'sinin sigara kullanmadığı, sigara kullananların ise kişi başına düşen sigara sayısının ortalama 1.21±3.97 adet olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. 65 yaş üstü kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=346)

Özellikler	**n**	**%**
Yaş ortalaması (yıl)	69.69±5.48	
Medeni durum		
Evli	277	80.1
Bekar	69	19.9
Ekonomik durum		
Gelirim giderimden az	53	15.3
Gelirim giderime denk	252	72.8
Gelirim giderimden fazla	41	11.8
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	75	21.7
Okuryazar	84	24.3
İlköğretim mezunu	149	43.0
Lise ve üzeri	38	11
Meslek		
Emekli	87	25.1
Ev Hanımı	259	74.9
Sigara kullanma durumu		
Evet	41	11.8
Hayır	305	88.2
Ortalama sigara sayısı[1]	1.21±3.97	
Toplam	**346**	**100**

[1]n=41 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2'de kadınların sağlık durumları ve sağlıkla ilgili davranış özelliklerinin dağılımı bulunmaktadır. Kadınların %81.8'inin kronik hastalığı bulunduğu, bu hastalıkların sırasıyla %43.4 hipertansiyon, %30.1 diyabetus mellitus, %17.1'inin kalp damar hastalığı olduğu belirlendi. Katılımcıların %91.0'inin sağlıkla ilgili bilgilere doktor tarafından ulaştıkları, %97.4'ünün sağlık sorunu yaşadığında önlem aldığı ve %94.5'inin sağlık sorunu yaşadığında doktora gittiği saptandı.

Tablo 4.2. 65 yaş üstü kadınların sağlık durumları ve sağlıkla ilgili davranış özelliklerinin dağılımı (n=346)

Özellikler	**n**	**%**
Kronik hastalık olma durumu		
Var	283	81.8
Yok	63	18.2
Var olan kronik hastalıklar[1]		
Hipertansiyon	150	43.4
Diyabetus Mellitus	104	30.1
Kalp damar hastalığı	59	17.1
Romatolojik hastalık	33	9.5
Solunum yolu hastalıkları	48	13.9
Serabrovasküler olay	15	4.3
Karaciğer hastalıkları	11	3.2
Böbrek hastalıkları	9	2.6
Diğer[2]	15	4.2
Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşılan yer[1]		
Doktor	315	91.0
Aile	93	26.9
TV	89	25.7
Hemşire	58	16.8
Arkadaşlar	37	10.7
İnternet	30	8.7
Sağlık sorunu yaşandığında önlem alma durumu		
Önlem alan	337	97.4
Önlem almayan	9	2.6
Sağlık sorunu yaşandığında alınan önlemler[1]		
Doktora gitme	327	94.5
TAT'a başvurma	133	38.4
Bildiği ilacı kullanma	79	22.8
Tavsiye edilen ilacı kullanma (yakını/tanıdığı tarafından)	27	7.8
Toplam	**346**	**100**

[1] Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n=346 üzerinden alınmıştır.
[2] Tiroid Hastalıkları, deri hastalıkları

Tablo 4.3'te kadınların TAT'a ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %68.5'inin TAT uygulamalarına genel olarak doktor tarafından ulaştıkları, %68.2'sinin TAT uygulamalarına başvurduğu saptandı. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvuran kadınların %55.9'unun hastalık semptomlarını hafifletmek için bu uygulamaları tercih ettiği, %76.6'sının doğal bitkisel ürün kullandığı, %59.8'inin TAT'a başvurma sıklığının ara sıra olduğu, %56.7'sinin kullandığı TAT hakkında bilgilendirilmediği, %71.6'sının kullandığı TAT'ı sorguladığı, %53.8'inin TAT ile ilgili ürünleri aktardan aldığı, %59.3'ünün kullandığı TAT'dan memnun olduğu belirlendi. Katılımcıların %79.8'inin hastanelere kurulan TAT birimlerinden haberdar olmadıkları, %91.6'sının ise tüm hastanelere TAT kurulmasını istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedavilere ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=346)

Özellikler	**n**	**%**
Genel olarak TAT ile ilgili bilgilere ulaşılan yer[1]		
Doktor	237	68.5
TV	165	47.7
Aile	143	41.3
Hemşire	56	16.2
Arkadaşlar	60	17.3
İnternet	40	11.6
TAT'a başvurma durumu		
Başvuran	236	68.2
Başvurmayan	110	31.8
TAT'a başvurma nedenleri[2]		
Hastalık semptomlarını hafifletme	132	55.9
Hastalığa karşı direnç kazanma	131	55.5
İyilik halini sürdürmek	39	16.5
Kullanılan TAT yöntemleri[2]		
Doğal bitkisel ürün	181	76.6
Manüpülatif yöntemler	40	16.9
Zihin-beden temelli uygulamalar	13	5.5
Diğer*	39	16.5
TAT kullanma sıklığı[3]		
Sürekli	7	2.9
Sıklıkla	88	37.3
Arasıra	141	59.8
Kullandıkları TAT hakkında bilgilendirilme durumu[3]		
Bilgi alan	102	43.3
Bilgi almayan	134	56.7
Kullanılan TAT yönteminin sorgulanma durumu[3]		
Sorgulayan	169	71.6
Sorgulamayan	67	28.4
TAT ile ilgili ürünlerin alındığı yer[3]		
Aktar	127	53.8
Eczane	87	36.8
İnternet	11	4.7
Diğer**	11	4.7
Kullanılan TAT'dan memnun olma durumu[3]		
Memnun olan	140	59.3
Memnun olmayan	18	7.6
Kararsız	78	33.1
Hastanelerde kurulan TAT birimlerinden haberdar olma durumu		
Olan	70	20.2
Olmayan	276	79.8
Tüm hastanelere TAT birimlerinin kurulmasına ilişkin görüşler		
Kurulmalı	317	91.6
Kurulmamalı	29	8.4
Toplam	**346**	**100**

[1]Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n=346 üzerinden alınmıştır. 2 kişi diğer seçeneğini işaretlemiştir.
[2]Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n=236 üzerinden alınmıştır.
[3]Yüzdeler n=236 üzerinden alınmıştır.
*Enerji Terapileri
**TV, radyo

Kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.4'de gösterilmiştir. Katılımcıların toplam SOÖ puan ortalaması 91.75±19.36, SOÖ alt boyutları puan ortalamaları ise bilgiye erişim 18.92±4.81, bilgileri anlama 23.07±8.39, değer biçme/değerlendirme 28.52±7.29, uygulama/kullanma 21.23±3.78 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)

	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	**Min.**	**Max.**
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	346	91.75± 19.36	28.00	174.00
Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Alt Boyutları				
Bilgiye Erişim	346	18.92± 4.81	5.00	25.00
Bilgileri Anlama	346	23.07± 8.39	7.00	35.00
Değer Biçme/Değerlendirme	346	28.52± 7.29	8.00	40.00
Uygulama/Kullanma	346	21.23± 3.78	6.00	25.00

Tablo 4.5'de Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre SOÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kadınların SOÖ puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiğinde; 65-74 yaş gurundaki kadınların diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre SOÖ ve tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0.05). Evli kadınların bekâr kadınlara göre SOÖ ve değer biçimi/değerlendirme, uygulama/kullanma alt boyut puan ortalamalarının bekar kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Geliri giderinden fazla olan kadınların SOÖ ve bilgiye erişim alt boyutu puan ortalamalarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, geliri giderinden az olan kadınların SOÖ bilgileri anlama alt boyutu puan ortalamalarının ise diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (p<0.05). Lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip katılımcıların SOÖ ve uygulama/kullanma alt boyutu hariç tüm alt boyut puan ortalamalarının diğer gruptaki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, okuryazar olmayan katılımcıların ise diğer gruptaki kadınlara göre SOÖ uygulama/kullanma alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

daha düşük olduğu saptandı (p<0.001). Çalışmayan kadınların SOÖ ve uygulama/kullanma alt boyutu hariç diğer alt boyutları puan ortalamalarının emekli olan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001).

Tablo 4.5. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)

Özellikler	**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği**	**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları**			
		Bilgiye Erişim	**Bilgileri Anlama**	**Değer Biçme Değerlendirme**	**Uygulama Kullanma**
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş grubu					
65-74	93.45±18.95*	19.27±4.67*	23.67±8.64*	29.04±7.21*	21.46±3.62*
75-84	84.25±16.93	17.14±5.01	20.17±5.33	26.28±6.53	20.65±3.59
84-94	72.92±21.32	15.69±5.58	17.23±5.37	22.53±7.81	17.46±5.63
Test[1]	18.130	12.151	19.702	11.622	10.643
P	***<0.001***	***0.002***	***<0.001***	***0.003***	***0.005***
Medeni durum					
Evli	92.92±19.32	19.16±4.63	23.31±8.81	28.96±7.39	21.48±3.54
Bekar	87.05±18.95	17.95±5.39	22.11±6.40	26.75±6.65	20.23±4.51
Test[2]	2.264	1.873	1.060	2.262	2.472
P	***0.024***	0.062	0.290	***0.024***	***0.014***
Ekonomik durum					
Gelirim giderimden az	88.58±22.67	17.86±5.79	21.49±7.44*	26.77±7.59	20.45±4.17
Gelirim giderime denk	91.63±17.93	18.73±4.63	22.95±8.01	28.57±7.25	21.37±3.50
Gelirim giderimden fazla	99.14±21.37*	21.48±3.61*	22.87±11.05	30.43±6.77	21.34±4.76
Test[3]	4.993	7.563	3.296	2.979	1.331
P	***0.007***	***0.001***	***0.039***	0.052	0.266
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	77.72±15.56	17.01±4.86	16.94±4.16	23.96±5.90	19.80±4.16*
Okuryazar	86.08±16.92	17.88±5.04	21.30±5.16	26.38±6.41	20.51±3.92
İlköğretim mezunu	97.46±16.65	19.46±4.39	25.32±8.82	30.57±5.58	22.10±3.14
Lise ve üzeri	110.37±17.70*	23.05±2.55*	30.29±9.89*	34.48±10.30*	22.54±3.21
Test[3]	42.516	16.976	35.308	30.649	9.613
P	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***
Meslek					
Emekli	88.89±17.06	18.14±4.68	21.78±6.90	27.72±6.27	21.22±3.44
Ev Hanımı	100.26±23.08	21.24±4.64	26.90±10.96	30.87±9.36	21.24±4.65
Test[1]	4.894	5.392	5.094	3.536	0.029
P	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***	0.980

[1] Kruskal Wallis Varyans Analiz [2]Bağımsız Örneklem T Testi [3] Tek Yönlü Varyans Analizi *Farklı olan grup

Kadınların sağlıkla ilgili özelliklerine göre SOÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Sigara kullanma, sağlık sorunu yaşadığında önlem alma, sağlık sorunu yaşadığında doktora gitme, TAT'a başvurma, tavsiye edilen ilacı kullanma durumlarına göre SOÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Ancak sigara kullananların kullanmayanlara göre SOÖ bilgiye erişim alt boyutu puan ortalamalarının, sağlık sorunu yaşadığında TAT'a başvurmayanların başvuranlara göre değer biçme/değerlendirme alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayan kadınların kronik hastalığı olan kadınlara göre SOÖ ve tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlık sorunu yaşadığında bildiği ilacı kullanmayan kadınların kullanan kadınlara göre SOÖ ve bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Kadınların sağlıkla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)

Özellikler	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları			
		Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sigara kullanma durumu					
Sigara kullanan	96.51±16.88	20.48±3.88	25.24±5.96	30.00±7.22	20.78±3.84
Sigara kullanmayan	91.11±19.61	18.71±4.89	22.78±8.64	28.32±7.29	21.29±3.77
Test	1.681	2.226	1.776	1.385	0.813
P	0.094	***0.027***	0.078	0.167	0.417
Kronik hastalık olma durumu					
Kronik hastalığı olan	89.39±18.15	18.58±4.90	21.93±6.11	27.89±7.43	20.98±3.83
Kronik hastalığı olmayan	102.33±21.18	20.46±4.08	28.19±13.77	31.34±5.89	23.33±3.32
Test	4.957	2.826	5.573	3.458	2.580
P	***<0.001***	***0.005***	***0.001***	***<0.001***	***0.010***
Sağlık sorunu yaşandığında önlem alma durumu					
Önlem alan	91.54±18.97	18.93±4.81	22.89±7.77	28.50±7.31	21.21±3.77
Önlem almayan	99.44±31.23	18.55±5.10	29.77±21.31	29.22±6.79	21.88±4.04
Test	1.208	0.233	2.443	0.292	0.528
P	0.228	0.816	0.362	0.770	0.598
Sağlık sorunu yaşadığında Doktora gitme durumu					
Doktara giden	92.06±18.62	19.01±4.77	22.98±7.83	28.68±7.21	21.37±3.57
Doktora gitmeyen	86.36±29.53	17.31±5.30	24.63±15.43	25.63±8.24	18.78±5.96
Test	1.247	1.501	0.830	1.781	2.928
P	0.213	0.134	0.407	0.076	0.078
Sağlık sorunu yaşadığında TAT'a başvurma durumu					
TAT'a başvuran	89.97±19.16	18.70±5.08	22.59±8.13	27.36±6.40	21.31±3.90
TAT'a başvurmayan	92.85±19.44	19.06±4.64	23.37±8.56	29.24±7.72	21.17±3.70
Test	1.343	0.665	0.842	2.352	0.328
P	0.179	0.507	0.401	***0.019***	0.743
Sağlık sorunu yaşadığında reçetesiz ilaç kullanma					
Kullanan	86.79±17.89	18.30±4.89	21.13±6.46	26.78±6.25	20.56±4.30
Kullanmayan	93.21±19.57	19.10±4.78	23.64±8.82	29.03±7.50	21.42±3.59

Tablo 4.6. Devamı… Kadınların sağlıkla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)

Test	2.610	1.306	2.347	2.424	1.776
P	***0.009***	0.192	***0.019***	***0.016***	0.077
Sağlık sorunu yaşadığında Tavsiye edilen ilacı kullanma					
Kullanan	87.81±17.07	19.29±4.73	21.51±5.72	25.96±6.24	21.03±4.09
Kullanmayan	92.08±19.53	18.89±4.82	23.20±8.58	28.7±7.34	21.24±3.75
Test	1.100	0.417	1.003	1.905	0.278
P	0.272	0.677	0.317	0.058	0.781

Test=Bağımsız örneklem T Testi

Tablo 4.7'de kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Genel olarak TAT'a başvurma, TAT'a başvurma nedenleri (hastalık semptomlarını hafifletmek, hastalığa karşı direnç kazanmak, iyilik halini sürdürmek) doğal bitkisel ürün kullanma, kullanılan TAT'dan memnun olma, hastanelerde kurulan TAT birimlerinden haberdar olma durumlarına göre SOÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). TAT kullanma sıklığına, TAT ile ilgili ürünlerin alındığı yere, tüm hastanelere TAT birimlerinin kurulmasına ilişkin görüşe göre SOÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurmayan kadınların başvuranlara göre değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma, doğal bitkisel ürün kullanmayanların kullananlara göre bilgiye erişim alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kullandığı TAT'dan memnun olanların, memnun olmayan ve kararsızlara göre uygulama/kullanma, hastanelerde kurulan TAT birimlerinden haberi olanların olmayanlara göre bilgiye erişim alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (p<0.05). Manipülatif TAT yöntemleri kullanan kadınların kullanmayanlara göre SOÖ ve bilgiye erişim, uygulama/kullanma alt boyutları, Zihin-beden temelli uygulamalar kullanan kadınların kullanmayanlara göre SOÖ ve bilgiye erişim, bilgileri anlama alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05). Kullandıkları TAT yöntemleri

hakkında bilgilendirilen kadınların bilgilendirilmeyenlere göre SOÖ ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kullandıkları TAT yöntemini sorgulayan katılımcıların sorgulamayanlara göre SOÖ ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

Tablo 4.7. Kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)

Özellikler	**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği**	**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları**			
		Bilgiye Erişim	**Bilgileri Anlama**	**Değer Biçme Değerlendirme**	**Uygulama Kullanma**
	$\overline{x} \pm SS$	$\overline{x} \pm SS$	$\overline{x} \pm SS$	$\overline{x} \pm SS$	$\overline{x} \pm SS$
TAT'a başvurma durumu					
Başvuran	90.44±17.84	19.00±4.58	22.66±7.26	27.88±6.35	20.88±3.88
Başvurmayan	94.56±22.10	18.75±5.29	23.94±10.40	29.88±8.86	21.98±3.44
Test[1]	1.851	0.449	1.317	2.387	2.542
P	0.065	0.671	0.189	***0.018***	***0.011***
Hastalık semptomlarını hafifletmek için TAT'a başvurma durumu**					
Başvuran	90.07±17.85	18.82±4.90	22.18±6.20	27.84±6.50	21.21±3.71
Başvurmayan	90.90±17.90	19.23±4.15	23.27±8.41	27.93±6.18	20.46±4.06
Test [1]	0.353	0.673	1.144	0.101	1.477
P	0.724	0.502	0.254	0.920	0.141
Hastalığa karşı direnç kazanmak için TAT'a başvurma durumu**					
Başvuran	89.97±19.54	18.75±4.76	22.64±8.43	28.01±6.46	20.56±4.15
Başvurmayan	91.01±15.53	19.31±4.34	22.70±5.51	27.72±6.24	21.27±3.50
Test[1]	0.445	0.930	0.067	0.349	1.401
P	0.657	0.353	0.947	0.727	0.155
İyilik halini sürdürmek için TAT'a başvurma durumu**					
Başvuran	86.38±24.09	18.28±5.30	21.56±12.34	26.12±7.49	20.41±4.10
Başvurmayan	91.24±16.28	19.14±4.43	22.88±5.78	28.23±6.06	20.97±3.84
Test[1]	1.558	1.077	1.040	1.901	0.828
P	0.234	0.283	0.300	0.105	0.408
Doğal bitkisel ürün kullanma durumu**					
Kullanan	89.24±18.63	18.50±4.74	22.20±7.80	27.69±6.56	20.84±4.01
Kullanmayan	94.36±14.39	20.63±3.60	24.20±4.88	28.52±5.63	21.00±3.44
Test[1]	1.872	3.068	1.791	0.855	0.258
P	0.063	***0.001***	0.075	0.394	0.797
Manüpülatif yöntemler kullanma durumu**					
Kullanan	95.56±17.48	20.75±4.29	24.32±6.17	28.40±6.41	22.17±3.24

Tablo 4.7. Devamı… Kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)

Kullanmayan	89.37±17.77	18.64±4.57	22.33±7.44	27.78±6.35	20.61±3.95
Test[1]	2.040	2.877	1.586	0.561	2.333
P	***0.043***	***0.008***	0.114	0.575	***0.021***
Zihin-beden temelli uygulamalar kullanma durumu**					
Kullanan	101.69±16.53	22.76±2.86	26.69±4.75	31.23±7.52	21.00±4.06
Kullanmayan	89.78±17.73	18.78±4.57	22.43±7.32	27.69±6.24	20.87±3.88
Test[1]	2.362	3.102	2.067	1.964	0.113
P	***0.019***	***<0.001***	***0.040***	0.051	0.910
TAT kullanma sıklığı**					
Sürekli	101.85±37.66	18.00±6.50	30.85±25.02	30.28±7.29	22.71±2.36
Sıklıkla	89.57±16.89	18.90±4.41	22.11±5.87	27.54±6.01	21.01±3.98
Arasıra	90.41±17.00	19.11±4.61	22.60±6.07	27.97±6.53	20.70±3.87
Test[2]	1.072	0.566	0.628	1.727	2.043
P	0.585	0.754	0.730	0.422	0.360
Kullandıkları TAT hakkında bilgilendirilme durumu*					
Bilgilendirilen	95.65±18.60	20.00±4.58	24.57±8.46	29.51±6.57	21.55±3.68
Bilgilendirilmeyen	86.47±16.21	18.24±4.45	21.21±5.83	26.64±5.91	20.36±3.96
Test [1]	4.044	2.959	3.609	3.529	2.360
P	***<0.001***	***0.003***	***<0.001***	***0.001***	***0.019***
TAT ile ilgili ürünlerin alındığı yer**					
İnternet	94.54±13.92	20.36±3.64	24.09±5.41	29.00±5.03	21.09±3.67
Eczane	92.86±17.70	19.48±4.91	23.68±5.57	28.52±6.74	21.16±4.10
Aktar	88.85±18.04	17.81±4.91	21.97±8.40	27.53±6.20	20.68±3.77
Diğer [1]	85.45±19.05	18.00±6.50	21.18±5.98	25.72±5.96	20.72±3.92
Test [3]	1.353	1.122	1.254	0.961	0.272
P	0.258	0.341	0.291	0.412	0.845
Kullanılan TAT'dan memnun olma durumu**					
Memnun olan	92.13±19.42	19.17±4.85	23.31±8.05	28.40±6.65	21.25±3.96*
Memnun olmayan	87.50±13.28	18.72±3.64	21.83±5.68	27.83±6.23	19.11±3.49
Kararsız	88.07±15.44	18.76±4.30	21.70±5.91	26.97±5.77	20.62±3.72
Test[2]	5.724	1.359	2.848	4.008	8.417
P	0.057	0.507	0.241	0.135	***0.015***
Kullanılan TAT yönteminin sorgulanma durumu**					
Sorgulayan	94.24±17.00	19.71±4.53	23.95±7.54	29.06±5.97	21.52±3.53
Sorgulamayan	80.83±16.32	17.22±4.24	19.43±5.33	24.91±6.36	19.26±4.27
Test[1]	5.524	3.866	4.478	4.729	4.152
P	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***	***<0.001***

Tablo 4.7. Devamı… Kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=346)

Hastanelerde kurulan TAT birimlerinden haberdar olma durumu					
Olan	94.52±21.54	19.74±4.79	25.08±9.57	28.70±6.82	21.00±4.26
Olmayan	91.04±18.74	18.71±4.80	22.56±8.01	28.47±7.41	21.28±3.65
Test[1]	1.345	1.594	2.255	0.231	0.572
P	0.180	0.112	***0.025***	0.818	0.567
Tüm hastanelere TAT birimlerinin kurulmasına ilişkin görüşler					
Kurulmalı	91.87±19.32	18.97±4.88	23.07±7.90	28.52±7.45	21.29±3.78
Kurulmamalı	90.41±20.13	18.34±3.98	23.03±12.83	28.51±5.32	20.51±3.73
Test[1]	0.388	0.677	0.027	0.002	1.063
P	0.698	0.499	0.978	0.998	0.289

[1] Bağımsız Örneklem T Testi [2]Kruskal Wallis Varyans Analiz [3] Tek Yönlü Varyans Analizi [*]Farklı olan grup ** n=236

5. TARTIŞMA

Literatürde genel sağlık okuryazarlığının kadınlarda ve 65 yaş üstünde daha düşük olduğu belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması 65 yaş üstü kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Durusu, Yıldırım ve ark., 2014; Aktaş, Şahin ve Terzioğlu, 2013). Bu araştırmada kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve TAT kullanma durumları tartışılacaktır.

5.1. Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOÖ) puanlarının dağılımına ait bulguların tartışılması

Aile Hekimliği ve Dahiliye polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve tamamlayıcı alternatif kullanma durumlarını belirlemek için yaptığımız bu araştırmada; hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) puan ortalamasının 91.75± 19.36 olduğu saptanmıştır. SOÖ alt boyutları puan ortalamaları ise bilgiye erişim 18.92± 4.81, bilgileri anlama 23.07± 8.39, değer biçme/değerlendirme 28.52± 7.29, uygulama/kullanma 21.23± 3.78 olarak saptanmıştır.

Bayık ve Çimen'in (2017) 65 yaş üstü bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarında; SOÖ puan ortalamasının 87.96± 13.89 olduğu, alt boyutlarının Uygulama/Kullanma, Bilgiye erişim, Bilgiyi anlama ve Değer biçme sırasıyla; 17.73±3.28, 18.48±3.30 ,23.12±4.52 ve 28.60±5.03 belirtilmektedir. Literatürdeki diğer çalışmalarda ve Bayık ve Çimen'in (2017) çalışmasında 65 yaş üstü bireylerin SOÖ puan ortalamalarının araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde olduğu görülmektedir (Aras ve Temel, 2017; Akbolat vd., 2016; Ölmez ve Berkan, 2015).

Araştırmamızda 65-74 yaş grubundaki kadınların 84-94 yaş grubundaki kadınlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Wolf Michael ve arkadaşlarının (2005) 65 yaş üstü bireyler ile yaptıkları çalışmalarında 80 yaş altındaki bireylerin 80 yaş üzerindeki bireylere göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalarda da çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde 80 yaş üstü bireylerin 80 yaş altındaki bireylere göre daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir (Wolf Micheal ve ark., 2005; Sudeno, Baker ve ark.,2000; Baker, Wolf ve ark., 2007). Bu durumun;

yaşlanma ile birlikte sağlık okuryazarlığına olan ilginin azalması ve öğrenme-anlama güçlüklerinin artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Evli kadınların SOÖ puan ortalamalarının bekar kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Hazer ve Ateşoğlu'nun (2019) 65 yaş üstü bireyler ile yaptıkları çalışmalarında, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde evlilerin bekarlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da çalışma bulgularımıza benzer şekilde evlilerin bekarlara göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Temel ve Çimen, 2017; Hazer ve Ateşoğlu, 2019; Javadzade, Sharifirad ve ark.,2012). Bu durumun; aile bireyleri arasında sağlık bilgi paylaşımlarının daha fazla olmasından, bekar bireylere göre evlilerin daha fazla bireyin sorumluluğunu almalarından ve ailelerin birbirlerine verdikleri sosyal destekten kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda geliri giderinden fazla olan 65 yaş üstü kadınların, geliri giderinden az olan kadınlara göre SOÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Özsoy'un (2017) araştırmasında gelir durumu yüksek olan kadınların gelir durumu düşük olan kadınlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalarda da çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde; geliri giderinden fazla olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019; Temel ve Çimen, 2017; Michael ve ark., 2005; Şenol, Düzalan ve ark, 2019; Özsoy, 2017). Geliri giderinden daha az olan bireylerin bilgiye erişim ve ulaşım olanakları kısıtlanabilmekte ve eğitim seviyesi düşebilmekte buna bağlı olarak da sağlık okuryazarlığı düzeyi azalabilmektedir.

Araştırmamızda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip katılımcıların okuryazar olmayanlara göre SOÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.5). Baker ve arkadaşlarının (2007), 65 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmalarında araştırma bulgularımıza benzer şekilde eğitim seviyesi yüksek olan 65 yaş üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da eğitim seviyesi yüksek 65 yaş üstü bireylerde SOÖ puan ortalamalarının araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde yüksek olduğu belirtilmektedir (Temel ve Çimen, 2017; Michael,2005; Baker ve ark., 2007; Howard,

Sentell ve ark., 2006; Şenol, Düzalan ve ark., 2019; Bennett, Chen ve ark., 2009; Javadzade, Sharifirad ve ark., 2012). Eğitim seviyesinin yükselmesi bilgiye erişimi kolaylaştırabileceği, okuma eğilimini arttırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, 65 yaş üstünde eğitim seviyesinin az olmasının yanı sıra bilişsel yeti kaybı da sağlık okuryazarlığı durumunu etkileyebilmektedir.

Araştırmamızda ev hanımı kadınların SOÖ puan ortalamalarının emekli kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.5). Khodabakhshi-koolaee'nin emekli ve ev hanımı 65 yaş üstü yetişkinlerde yaptığı çalışmada araştırma bulgularımıza benzer şekilde çalışmayan kadınların SOÖ puan ortalamasının emekli kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da 65 yaş üstü bireylerin SOÖ puanlarının araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde olduğunu göstermektedir (Khodabakhshi-koolaee, 2016; Temel ve Çimen, 2017). Ev hanımlarının aile bireylerinin sağlıklarıyla daha fazla ilgilendiklerinden ve zamanlarının çoğunu ev halkının bakımına ayırdıklarından dolayı kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda sigara kullananların kullanmayanlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Şenol, Düzalan ve arkadaşlarının (2019) kadınlarla yaptıkları araştırmasında çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde sigara içen kadınların içmeyenlere göre SOÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bostock ve Steptoe'nin (2012) yaptıkları çalışmada ise sigara içmenin düşük sağlık okuryazarlığı ile oldukça güçlü bir ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımızın Şenol, Düzalan ve arkadaşlarının (2019) çalışma sonuçlarına benzer, Bostock ve Steptoe'nin (2012) çalışmasından farklı olmasının nedeni Türk toplumunun sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklanmış olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda kronik hastalığı olmayan kadınların kronik hastalığı olan kadınlara göre SOÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Baker, Sudano ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında kronik hastalık bulunma durumunun sağlık okuryazarlığı durumunu etkilemediği belirtilmektedir. Toci ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmalarında kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur. Temel ve Çimenin (2017) yaptıkları çalışmalarında ise kronik hastalık sayısı arttıkça ölçek puan ortalamalarının azaldığı görülmüş fakat anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin

kendi sağlığı konusunda daha bilinçli olmaları ve sağlıklarına özen gösterdiğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamızda sağlık sorunu yaşadığında reçete edilemeyen ilacı kullanmayan kadınların kullanan kadınlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Literatürde bu alan ile ilgili yapılmış çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır ancak Temel ve Çimen'in (2017) yaptığı çalışma sonucu ilaç kullanmayan 65 yaş üstü bireylerin kullananlara göre SOÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedeninin sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin ilaç kullanımında daha bilinçli yaklaşım sergilediğine bağlı olabilir.

Araştırmamızda tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurmayan kadınların başvuranlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Gardiner, Filippelli ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmalarında sonuçlarımızdan farklı olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan bireylerin %68.0'inde, kullanmayanların ise %56.0'sında sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bains ve Egede'nin (2011) yaptıkları çalışmalarında bireylerin %75.0'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu ve bu bireylerin %80'inin alternatif tedavi kullandığını belirtmektedir. Owen-Smith ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmalarında, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde tamamlayıcı alternatif tedavilere başvurma oranları daha yüksek bulunmuştur. Araz, Harlak ve Meşe'nin (2007) yaptıkları çalışmalarında kişilerin çeşitli TAT yöntemleri hakkındaki bilgilerinin kaynağının %76.6 oranında TV-radyo; %76.1 oranında kitap, dergi ve gazete, %53.3 oranında ise kullanan kişiler olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin TAT ile ilgili yöntemlere daha çok ulaştıkları ve kullanmak için daha tedbirli davrandıkları düşünülebilir.

Araştırmamızda doğal bitkisel ürün kullanmayanların kullananlara göre SOÖ puan ortalamaların daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Özer ve arkadaşlarının (2013) 65 yaş üstü bireylerle yaptıkları çalışmalarında %63.0'ü bitkisel tedavi kullanıyor ve alternatif tedavi yöntemlerinin %53.5 televizyondan, %69.0 akrabalardan, %38.0 gazete ve magazinden bilgi alıyor. Bains ve Egede'nin (2011) çalışmalarında ise araştırma bulgularımıza benzer şekilde bitkisel ürün kullanmayanların kullananlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sağlığın

sürdürülmesinde ya da hastalık semptomları ile baş etmede hangi doğal bitkisel ürünün ne kadar sürede kullanılabilmesine karar verilebilmesi ciddi oranda sağlık okuryazarlığı gerektirmektedir. Doğal bitkisel ürün kullanmayan kadınların sağlık okuryazarlığı konusunda daha bilinçli olduğu, bu nedenle SOÖ puan ortalamalarnın daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kullandığı TAT' dan memnun olan 65 yaş üstü kadınların, memnun olmayanlara göre SOÖ daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Literatürde bununla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak TAT'dan memnun olanların olmayanlara göre sağlık okuryazarlığının yüksek olması TAT ile ilgili bilgilere ulaşabildikleri, bu bilgileri kritize edebildikleri ve kullanacakların TAT'a ayrıntılı okuduktan sonra karar verdiklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda manipülatif ve zihin-beden temelli uygulamaları kullanan kadınların kullanmayanlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Sağkal, Demiral ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmalarında 65 yaş üstü bireylerin en sıklıkla kullandıkları TAT yöntemlerinin bitkisel terapiler, dini uygulamalar, beslenme terapileri, egzersiz iken en az sıklıkla kullandıkları uygulamaların ise akupunktur, meditasyon, terapötik dokunma/Reiki ve diğer (duş alma, biyoenerji) olduğu belirtilmektedir. Literatürde manipülatif ve zihin-beden temelli uygulamalar az başvurulan uygulamalardır. Bu nedenle yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireyler tarafından tercih edilmiş olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda kullandıkları TAT yöntemi hakkında bilgilendirilen kadınların bilgilendirilmeyen kadınlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Literatürde bununla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak TAT yöntemi hakkında bilgilendirilen kadınların, TAT yöntemlerini araştırmak ve bilgi sahibi olmak amacıyla sağlık okuryazarlığına yönelmiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmamızda kullandıkları TAT yöntemini sorgulayan 65 yaş üstü kadınların sorgulamayanlara göre SOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.7). Literatürde bununla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin eleştirel düşünebilme ve okuduklarını kritize edebilme yeteneğini sağladığı düşünülebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

İç Hastalıkları ve Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü kadınlarla yaptığımız bu araştırmada elde edilen bulgulara göre;

Yaş arttıkça SOÖ puan ortalamalarının daha düştüğü,

Bekar kadınların, evli kadınlara göre daha düşük SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Geliri giderinden fazla olan 65 yaş üstü kadınların daha yüksek SOÖ puan ortalamalarına sahip olduğu,

Okuryazar olmayan 65 yaş üstü kadınların daha düşük SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Ev hanımı kadınlar, emekli kadınlara göre daha yüksek SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Sigara kullanan 65 yaş üstü kadınların, kullanmayanlara göre daha yüksek SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Kronik hastalığı olan 65 yaş üstü kadınların daha düşük SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Bildiği ilacı kullanmayan 65 yaş üstü kadınların daha yüksek SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

TAT yöntemlerine başvuran 65 yaş üstü kadınların daha yüksek SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Bitkisel ürün kullanmayan 65 yaş üstü kadınların daha yüksek SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Kullandığı TAT yönteminden memnun olmayan 65 yaş üstü kadınların daha düşük SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu,

Zihin-beden temelli uygulamaları kullanan 65 yaş üstü kadınların daha yüksek SOÖ puan ortalamalarına sahip olduğu,

Kullandıkları TAT yöntemi hakkında bilgilendirilen 65 yaş üstü kadınların daha yüksek SOÖ puan ortalamalarına sahip olduğu,

Kullandıkları TAT yöntemini sorgulayan 65 yaş üstü kadınların daha yüksek SOÖ puan ortalamasına sahip olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu bulgular doğrultusunda;

65 yaş üstü kadınlara sağlık okuryazarlığı hakkında eğitimlerin verilmesi,

Daha ileri yaş gruplarının öncelikli alan olarak belirlenip özellikle 80 yaş üstü bireylerin sağlık okuryazarlığı konusunda bilinçlendirilmesi,

Eğitim durumuna göre bireylerin sağlık okuryazarlığı konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi ve öneminin anlatılması,

Özellikle emekli kadınlara sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak için yapılabilecek aktiviteler hakkında bilgi verilmesi,

Kronik hastalığı olan 65 yaş üstü kadınların hastalık yönetimininde sağlık okuryazarlığının önemi anlatılarak arttırmaya yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,

65 yaş üstü kadınların TAT'ları sorgulayarak, kritize ederek kullanabilmeleri için yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmaları konusunda desteklenmeleri, TAT ile ilgili bilgilere doğru ulaşabilecekleri kaynakların neler olduğu konusunda bilgilendirilmeleri,

65 yaş üstü kadınlarda TAT kullanımında sağlık okuryazarlığının öneminin anlaşılabilmesi amacıyla daha geniş ve farklı örneklem gruplarında çalışmaların yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKÇA

Akarsu, R. H., Kuş, B., Doğan, A. ve Rathfısch, G. (2019). Yaşlı kadınlarda sık görülen sağlık sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 5(1), 1-7.

Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G. ve Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *Taf Prev Med Bull*, 15(4), 354-361.

Akçay, D. ve Yıldırımlar, A. (2017). Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve ebeveyn bilgilerinin değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 17(4), 17-81.

Akdemir, N. ve Akyar, İ. (2009). Geriatri hemşireliği. *Akademik Geriatri Dergisi*, 1(1), 73-81.

Akgül, E. (2009). *Türkiye'nin farklı illerindeki kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı*. (yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi. Afyon.

Akgün, M. (2012). Hastanede yatan yaşlı hastalarda iletişim güçlükleri ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 51-56.

Akın, G. (2017). Yaşlanmada fiziksel aktivite ve egzersizin yeri. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 3(2), 271-280.

Aközer, M., Nuhrat, C. ve Say, Ş. (2011). Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. *Aile ve Toplum Dergisi*, 7(27), 103-128.

Aksoydan, E. (2008). *Yaşlılık ve beslenme*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı.

Aktaş, B. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbba karşı tutumları. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(2), 55-59.

Aktaş, D., Şahin, E. ve Terzioğlu, F. (2013). Kadın sağlığı açısından yaşlılık ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 65-71.

Akyol, A. D., Yildirim, Y., Toker, E. and Yavuz, B. (2011). The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients [Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı]. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1035-1043.

Araz, A., Harlak, H. ve Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 112-122.

Araz, N. Ç., Taşdemir, H. S. ve Kılıç, S. P. (2012). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tıp dışı alternatif ve geleneksel uygulamalar konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane UniversityJournal of HealthSciences*, 1(4), 239-251.

Ardahan, M. (2010). Yaşlılık ve huzur evi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 5(20), 25-32.

Avcıbay, B. ve Beji, N. K. (2003). İnfertilite tedavisinde tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamaları. *Androloji Bülteni*, *52*(1), 71-74.

Aydoğmuş, S. ve Yavuz, B. B. (2011). Geriatrik yaş grubunda kadın sağlığı: Yaşla beraber gelişen jinekolojik ve fizyolojik değişiklikler. *Akad Geriatri*, 3(1), 13-16.

Bahar, A. ve Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.

Bahar, G., Bahar, A. ve Savaş, H. A. (2009) Yaşlılık ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 85-98.

Bains, S. S. and Egede, L. E. (2011). Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a crosssectional study in adult primary care patients [Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı Derneği: Yetişkin Birinci Basamak Hastalarında Kesitsel Bir Çalışma]. *Bmc Complementary Alternative Medicine*, 11, 138.

Baker, D. W. and Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A. and Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons [Yaşlı İnsanlar Arasında Sağlık Okuryazarlığı ve Ölüm Oranı]. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J. and Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons [Yaşlı İnsanlar Arasında Yaş ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki]. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), 368-374.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D. and Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission

among Medicare managed care enrollees [İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı ve Medicare Tarafından Yönetilen Bakım Kayıtlı Kişileri Arasında Hastaneye Yatma Riski]. *American journal of public health*, 92(8), 1278-1283.

Balçık, P. Y., Taşkaya, S. ve Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Prev Med Bull*, 13(4), 321-326.

Beğer, T. (2003). *Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler*. 5. Ulusal İç Hastalıklaı Kongresi. Antalya.

Beğer, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 3(25), 1-3.

Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S. and White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults [Sağlık Okuryazarlığının Kendi Kendine Sağlık Durumu Ve Yaşlı Erişkinlerde Koruyucu Sağlık Davranışlarındaki Eşitsizliklere Katkısı]. *The Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211.

Berkman, N. D. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review [Düşük Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları: Güncellenmiş Sistematik Bir İnceleme] *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.

Bilir, N. (2004). Yaşlanan toplum. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD*, Erişim Tarihi: 15.05.2019, http://turkgeriatri.org/pdfler/YaslananToplum.pdf.

Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.

Bilir, N. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *Turk J Public Health*, 12(1), 64-68.

Bulduk, E. Ö. (2014). Yaşlılık ve toplumsal değişim. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 182(182), 53-60.

Büyükyılmaz, F., Çulha, Y. ve Karaman, A. (2018). Subkütan ilaç enjeksiyonlarında komplikasyonların önlenmesine ilişkin güvenli uygulama önerileri. *GOP Taksim EAH JAREN*, *4*(2), 108-11.

Cankurtaran, M. (2005). *Yaşlılık, yaşlanma mekanizmaları, antiaging ve yaşam tarzı değişiklikleri*. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya.

Coşkunırmak, D. (2019). *Diyabetik ayak yarası gelişen hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanma durumlarının incelenmesi*. (yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi. Aydın.

Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F. ve Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.

Çiftçi, K. İ. (2015). *Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi*. (yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Çimen, Z. (2015). *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi*. (yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi. İzmir.

Çimen, Z. ve Temel, A. B. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ile sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.

Çopurlar, C. K. ve Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *TJFM&PC.*, 10(1), 41-47.

Demirli, P. (2018). *Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: edirne ili örneği*. (yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Trakya.

Durusu T. M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, N., Çakır, B. Ve Akalın, E.H. (2012). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, Erişim: 18.06.2019 http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA5r.pdf.

Ergün, S. (2017). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(3), 1-6.

Gardiner, P., Mitchell, S., Filippelli, A. C., Sadikova, E., White, L. F., Paasche-Orlow, M. K. Et Al. (2013). Health literacy and complementary and alternative medicine use among underserved inpatients in a safety net hospital [Güvenlik Ağı Hastanesinde Yaşanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı]. *Journal Of Health Communication*, 18(1), 290-297.

Gökçe, K. Y, Bal, S. (2003). Yaşlılık ve Kadın Sağlığı, Akın A (Ed.). Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, HÜKSAM Yayını (s.191-208), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Gözüm, S., Tezel, A. and Koc, M. (2003). Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey [Türkiye'nin Doğusunda Kanserli Hastalar Tarafından Kullanılan Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler]. *Cancer nursing*, 26(3), 230-236.

Güneş, D. (2014). *Yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.* (yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Güven, D. Y., Bulut, H. ve Öztürk, S. (2018). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of History Culture And Art Research*, 7(2), 400-409.

Hazer, O. ve Ateşoğlu, L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. *Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 5(2), 48-56.

Hergenç, H. İ. (2011). *Kamu sağlığı enformasyonu (Bilgisi) ve sağlık iletişiminin sağlık okuryazarlığı üzerine etkileri*. (yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Howard, D. H., Sentell, T. ve Gazmararian, J. A. (2006). Sağlık okuryazarlığının yaşlı bir toplumda sağlıktaki sosyoekonomik ve ırksal farklılıklar üzerine etkisi. *Genel Dahili Tıp Dergisi*, 21(8), 857-861.

Hüner, B., Demirhan E. ve Atar, S. (2013). Geriatrik hastalarda kas iskelet sistemi hastalıkları yaşlı kadın sağlığı ve hemşirelik yaklaşımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2), 75-88.

Ilgar, L. ve Ilgar, Ş. (2007). Yaşlılık dönemi ve yaşlının gelişim görevleri. *HAYEF Journal of Education, 4*(1), 147-156.

Ilgaz, A. ve Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.

Inanç, N., Sahin, H., Çiçek, B. and Tascı, S. (2006). Use of herbs or vitamin/mineral supplements by patients with cancer in Kayseri [Kayseri'de Kanserli Hastalar Tarafından Bitki Veya Vitamin / Mineral Takviyesi Kullanımı]. Turkey. *Cancer Nursing*, 29(1), 17-20.

Kaplan, Ç. (2016). *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma hastanesi acil servise başvuran 65 yaş üstü hastalarda çoklu ilaç kullanımı*. (tıpta uzmanlık tezi). Osmangazi Üniversitesi. Eskişehir.

Karadakovan, A. (2005). Yaşlılarda sağlık sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), 169-179.

Karan, A. (2003). *Geriatri yaş grubunda endokrin ve immün sistemlerdeki fizyolojik değişiklikler*. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya.

Kav, S., Hanoğlu, Z. ve Algıer, L. (2018). Türkiye'de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji ve Onkoloji Dergisi*, 18(1), 32-7.

Keskinler, M. V., Tufan, F. ve Oğuz, A. (2013). Geriatrik sendromlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29 (2), 41-48.

Khodabakhshi-koolaee, A. (2016). The comparison of health literacy and lifestyle among retired and homemaker older adults women [Emekli Ve Ev Hanımı Yaşlı Erişkin Kadınlar Arasında Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Tarzı Karşılaştırması]. *Journal of Health Literacy*, 1(3), 155-163.

Khorshid, L. ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 124-130.

Kılıç, M. (2013). *Birinci basamağa başvuran hastalarda tamamlayıcı-alternatif tedavi (tat) kullanımı ve nedenleri*. (tıpta uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.

Koldaş, Z. L. (2017). *Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir?*. Turk Kardiyol Derneği Arşivi, 45(5), 1-4.

Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler. *Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.

Kurt, E., Bavbek, S., Pasaoglu, G., Abadoglu, O. ve Misirligil, Z. (2004). Use of alternative medicine by allergic patients in Turkey [Türkiye'de alerjik hastalar tarafından alternatif tıp kullanımı]. *Allergol Immunopathol*, 32(5), 289-94.

Kutlu, S., Ekmekçi, T. R., Köşlü, A. ve Purisa, S. (2009). Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(6), 1496-502.

Long, A. F. (2009). The potential of complementary and alternative medicine in promoting well-being and critical health literacy: a prospective, observational study of shiatsu [Refah ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığının Teşvik Edilmesinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Potansiyeli: Potansiyel, Gözlemsel Bir Shiatsu Çalışması]. *Bmc Complementary Alternative Medicine*, 9(1), 9-19.

Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature[Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi Ve Ölçülmesi: Literatürün Bütünleştirici Bir İncelemesi]. *Nursing & health sciences*, 11(1), 77-89.

Muslu K. G. ve Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(7), 62-67.

Nalbant, S. (2008). Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. *Nobel Medicus*, 4(2), 4-11

Kindig, D,A., Panzer, A, M., Nielsen-Bohlman, L. (Ed.). (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. (s. 1-367). National Academies Press.

Olgun, N., Aslan, F. E., Yücel, N., Öntürk, Z. K. ve Laçin, Z. (2013). Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 72-78.

Oral, B., Öztürk, A., Balcı, E. ve Sevinç, N. (2016). Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel/alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. *TAF Prev Med Bull*, 15(2), 75-82.

Owen-Smith, A., McCarty, F., Hankerson-Dyson, D. and DiClemente, R. (2012). Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine use in African-Americans with acquired immune deficiency syndrome [İmmün Yetmezlik Sendromu Olan Afrika Kökenli Amerikalılarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımının

Yaygınlığı ve Belirleyicileri]. *Focus Alternative Complementary Therapies*, 17(1), 33-42.

Öğüt, S. ve Atay, E. (2012). Yaşlılık ve oksidatif stres. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(2), 68-74.

Ölmez, E. H. ve Barkan, O. B. (2015). Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121-127.

Özcan, M. ve Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.

Özçelik, H. ve Fadıoğlu, Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24(1), 48-52.

Özer, Ö., Şantaş, F. and Yıldırım, H. H. (2013). An evaluation on levels of knowledge, attitude and behaviour of people at 65 years and above about alternative medicine living in Ankara [Ankara'da Yaşayan Alternatif Tıp Hakkında 65 Yaş Ve Üstü Kişilerin Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerine İlişkin Bir Değerlendirme]. African Journal of Traditional, *Complementary and Alternative Medicines*, 10 (1), 134-141.

Özsoy, H. (2017). *Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde sağlık okuryazarlığı ve hastalık yönetimi ilişkisi*. (yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi. İstanbul.

Öztaş, Ö. (2018). *Yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlıkokuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi*. (yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi. Denizli.

Öztop, P. (2011). *Yaşlılıkta sık görülen kas-iskelet sistem hastalıkları*. Erişim Tarihi: 24.05.2019. http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/9.pdf

Pehlivan, S. ve Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 385-395.

Reisi, M., Javadzade, S. H., Mostafavi, F., Sharifirad, G., Radjati, F. and Hasanzade, A. (2012). Relationship between health literacy, health status, and healthy

behaviors among older adults in Isfahan, Iran [İran'ın İsfahan Kentinde Yaşlı Yetişkinler Arasında Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Durumu ve Sağlıklı Davranış İlişkisi]. *Journal of education and health promotion*, 1(1), 1-31.

Sağkal, T., Demiral, S., Odabaş, H. ve Altunok, E. (2013). Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *FÜ Sağ. Bil. Tıp Derg*, *27*(1), 19-26.

Saraç, Z. F. ve Yılmaz, M. (2015). Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi*, 54(özel sayı), 1-11.

Savaş, S. ve Akçiçek, F. (2010). Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergis,* 49(3), 19-30.

Set, T. (2011). Ağrı ile baş etmede tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri*, 2(2), 79-82.

Sezer, A. ve Kadıoglu, H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-170.

Sezgin, D. (2011). *Tıbbileştirilen yaşam ve bireyselleştirilen sağlık.* (1. Basım). Ankara: Ayrıntı Yayınları.

Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi,* Özel Sayı(3), 72-92.

Shayan, N. A. (2018). *Diyabetli olan ve olmayan hemodiyaliz hastalarının sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi*. (doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Somer, P. ve Vatanoğlu-Lutz, E. E. (2017). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları Yönetmeliği'nin Hukuki ve Etik Açıdan Değerlendirilmesi. *Anatolian Clinic,* 22(1), 58-65.

Soyuer, F. ve İsmailoğulları, S. (2009). Yaşlılık ve denge. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, 15(1), 1-5.

Sönmez, S., Temel, A. B. ve Vural, B. K. (2007). Yaşlılarda beslenme sağlığını etkileyen faktörler: balıkesir ili göçmen konutları beldesi örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 12*(12), 33-46.

Steurer-Stey, C., Russi, E. W. and Steurer, J. (2002). Complementary and alternative medicine in asthma: do they work?[Astımda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp: Çalışıyorlar Mı?]. *Swiss Medical Weekly*, 132(25-26), 338-344.

Şahinöz, T., Şahinöz, S. ve Kıvanç, A. (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79.

Şenol, D. K., Düzalan, Ö. B., Sarıkaya, S. ve Özen, B. (2019). Kronik hastalığı olan menopoz dönemindeki kadınların sağlık okur-yazarlık durumlarının belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1), 14-21.

Tamam, L. ve Öner, S. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, 1(2), 50-60.

Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, N. D., Çakır, B. ve Akalın, E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Taş, T. A. ve Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sted*, *25*(3), 119-124.

Taşar, A., Potur, D., Kara, N., Bostancı, İ. ve Dallar, Y. (2011). Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarına tamamlayıcı veya alternatif tıp uygulamaları. Ankara Hastanesi verileri. *Türkiye Çocuk Hast. Dergisi*, 5(2), 81-8.

Temel, A. B. ve Aras, Z. (2017). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği sürümünün geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85-94.

Terakye, G. ve Güner, P. (1997). Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: yaşlılık. *Kriz Dergisi*, 5(2), 95-101.

Toci, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sørensen, K., Ramadani, N., Hysa, B. and Brand, H. (2014). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo[Kosova'da Yaşlı İnsanlar Arasında Sağlık Okuryazarlığı, Algılanan Sağlık Ve Rapor Edilen Kronik Hastalık]. *Health promotion international*, 30(3), 667-674.

Toksoy, K. H. (2019). *Primipar kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve emzirme tutumu arasındaki ilişki*. (yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.

Tutal, O. (2016). *Yaşlılık, yaşam çevresi ve evrensel tasarım.* Velittin Kalınkara (Ed). *Yaşlılık disiplinlerarası yaklaşım, sorunlar, çözümler (*s. 489-507) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.,

Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, (2016). Erişim Tarihi: 15.05.2019, Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Ustmenu.Do?Metod=Temelist.

Uğurlu, Z. ve Akgün, H. S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi,* 12(1), 96-106.

Uğurluer, G., Karahan, A., Edirne, T. ve Şahin, H. A. (2007). Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. *Van Tıp Dergisi,* 14(3), 68-73.

Üçbilek, E., Oğuz, D. ve Sezgin, O. (2015). Yaşlıda gastrointestinal sorunlar. *Güncel Gastroentoroloji,* 19(1), 11-19.

Ünver, B. (2017). *Yaşlı bireylerde plantar duyu ve basınç dağılımı değişikliklerinin denge ve düşmeye etkisi*. (doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Varlı, M. (2012). Yaşlıda sık görülen gastrointestinal problemler. *Klinik Gelişim*, 25(11), 56-65.

Weiss, B. D. and Palmer, R. (2004). Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population [Tıbbi Açıdan Muhtaç Ve Yerli Bir Medicaid Popülasyonunda Sağlık Bakım Maliyetleri Ve Çok Düşük Okuryazarlık Becerileri Arasındaki İlişki]. *J Am Board Fam Pract, 17*(1), 44-47.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A. and Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults [Yaşlı Yetişkinler Arasında Sağlık Okuryazarlığı Ve Fonksiyonel Sağlık Durumu]. *Archives of internal medicine*, 165(17), 1946-1952.

World Health Organization. (2019). Erişim: 10 Ağustos 2019, https://www.who.int/ageing/en/

Yardımcı, H., Ayse, Ö. Ö. ve Metin, S. S. (2012). Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 17-36.

Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52), 1229-1287.

Yertutan, C. (1991). Yaşlılıkta ortaya çıkan fiziksel değişiklikler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 1(2), 1-4.

Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. ve Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19-23.

Yılmazel, G. ve Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*, 15(1), 69.

8. EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

EK 1

Hasta Tanıtım Formu

Anket no: Uygulama Tarihi: ...../...../..... .

1. Yaşınız?….....

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu

6. Üniversite mezun 7. Lisansüstü eğitim

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar

4. Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Emekli

5. Ne iş yapıyorsunuz?.....

6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderimi karşılıyor 3. Gelirim giderimden fazla

7. Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet……. (adet/günde) 2. hayır…….

8. Alkol kullanıyor musunuz?

1.Evet……. (adet/günde) 2. hayır…….

9. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

10. Sizde var olan kronik hastalıkları işaretleyiniz? (birden fazla işaretlenebilir)

1.Kalp-Damar Hastalığı 2.Hiperlipidemi 3.Diyabet 4.Hipertansiyon 5.Koah 6.Astım 7.Böbrek Hastalığı 8.Karaciğer Hastalığı 9.İnme/Felç 10.Romatolojik Hastalık 11.Kanser 12.Psikiyatrik Hastalık 13.Demans 14.Diğer.....

11Sağlınız ile ilgili bilgilere nereden ulaşırsınız? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Aile ( ) TV ( ) Arkadaşlar ( ) İnternet ( ) Doktorlar ( ) Hemşireler ( ) Diğer (lütfen belirtiniz)

12. Sağlınız ile ilgili olumsuzluk yaşadığınızda ne gibi önlemler alırsınız ? (birden fazla işaretlenebilir.)

1. Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemlerine başvururum 2.Doktora giderim 3.Bildiğim ilaçları kullanırım 4.Yakınımın/arkadaşımın tavsiye ettiği ilaçları kullanırım 5.Hiçbir şey yapmam

13. Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilere nereden ulaşırsınız? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Aile ( ) TV ( ) Arkadaşlar ( ) İnternet ( ) Doktorlar ( ) Hemşireler ( ) Diğer (lütfen belirtiniz)

14. Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemlerini hangi durumlarda kullanırsınız ?

1.Hastalıklara karşı direncimi arttırmak için

2. Hastalık semptomları ile baş etmek için

3. Mental sağlığıma iyi geldiği için

15.Hangi Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemlerini kullanırsınız ?

1. Zihin Beden Tıbbı (meditasyon, akupunktur, yoga, vb.) 2. Manipülatif ve Bedene Dayalı Sistemler (masaj, hidroterapi vb.) 3. Doğal Ürün Kullanımı (Bitkilerle tedavi, özel diyet tedavileri vb.)

4. Diğer TAT uygulamaları (hareket tedavileri, geleneksel şifacılık, enerji tıbbı vb.).

16. Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemleri ne sıklıkla kullanırsınız ?

1. Sürekli 2. Sıklıkla 3. Ara sıra 4. Nadiren

17. Kullandığınız Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemleri hakkında sağlık personelinizi bilgilendirdiniz mi ?

1. Evet 2. Hayır

18. Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemleri ilgili ürünlere nereden alırsınız ?

1. internet 2. Eczane 3. Aktar 4. Diğer (belirtiniz)…….

19. Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemlerinin yaşadığınız sağlık sorunlarına iyi geldi mi?

1. Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum

20. Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemlerinin güvenirliğini sorgular/araştırır ona göre kullanırım.

1. Evet 2. Hayır

21. Sağlık sorunu yaşamadığınızda önleyici olarak bu yöntemlere başvurur musunuz ?

1**.** Evet 2. Hayır

22. Hastanelerde kurulan Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi yöntemlerine dair kurulan birimlerinden haberdar mısınız ?

1. Evet 2. Hayır

23. Bu birimlerin her hastanede olmasını ister misiniz ?

1. Evet 2. Hayır

Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

EK 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)

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

Ek 3. Etik Kurul İzni

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Geriatrik Kadınlarda Tat Kullanma Durumları ve Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2017-KAEK-189_2019.04.02_03

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	**Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**
	AÇIK ADRESİ:	**Bozok Üniversitesi Rektörlüğü, Atatürk Yolu 7. Km 66900 Yozgat**
	TELEFON	**0354 212 44 42**
	FAKS	
	E-POSTA	**kliniketikkurul@bozok.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Ü. Rukiye HÖBEK AKARSU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Yozgat Bozok Üniversitesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	Dr. Öğr. Ü. Rukiye HÖBEK AKARSU			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz Girişimsel olmayan klinik araştırma.			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkan Vekili
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Öğr. Ü. Ayça ÇAKMAK
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 4. Kurum İzinleri

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ
21/05/2019 10:22 - 97010115 - 604.01.01 - E.4713
00093982714

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi

Sayı : 97010115-604.01.01
Konu : Fatma Rabia ÖZATA'nın Anket İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

İlgi : 17/05/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1927 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi **Fatma Rabia ÖZATA,** Dr. Öğr. Üyesi Rukiye Höbek AKARSU danışmanlığında yürütülen **"Geriatrik Kadınlarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi"** konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Bilimsel Araştırma, Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgileirinze arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Adnan DEVELİOĞLU
Başhekim

Ek 5. Hasta Bilgi ve Gönüllülük Formu

65 Yaş Üstü Kadınlarda Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri Kullanma Durumları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sevgili katılımcı,

65 Yaş Üstü Kadınlarda Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri Kullanma Durumları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri" başlıklı bu araştırma, Bozok Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma Hemşirelerin 65 yaş üstü kadınlara özgün bütüncül sağlık bakım hizmeti sunabilmeleri için başvurdukları tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri, bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarını, bu bilgilerin doğru olup olmadığını öğrenmeleri gerekir. Çünkü bilinmeden yada yanlış olarak kullanılan tamamlayici alternatif tedavi yöntemleri 65 yaş üstü kadın sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle 65 yaş üstü kadın sağlığını yükseltmek, geliştirmek için 65 yaş üstü kadınların doğru kullandıkları tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin desteklenmesi, yanlış kullandıklarının değiştirilmesi ve sağlık okuryazarlıklarını arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması amacıyla yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla bütüncül hizmet verebilmek doğru verilere ulaşıp doğru girişimsel işlemler planlanacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 2 bölümden oluşmaktadır. 48 soruluk, 10 dk. zamanınızı alacak bu çalışmada muayenesi biten 65 yaş üstü kadınlar poliklinik yanlarında bulunan dinlenme odasına geçirilip araştırmacı tarafından veri toplama formları doğrultusunda soru cevap şeklinde toplanacaktır. Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda veya araştırma türüne göre araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorun olduğunu düşündüğünüzde sorumlu

araştırmacı Fatma Rabia Çiftçi'ye 7/24 ulaşılabileceğiniz telefon numarası 05416282640 dır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı:

Rukiye Höbek Akarsu

Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı

Telefon 05069016738

Araştırma Ekibi

Ad Soyadları Rukiye Höbek Akarsu, Fatma Rabia Çiftçi

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

- Kabul ediyorum.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Fatma Rabia Çiftçi

Doğum Yeri, Tarihi : 28.07.1994

Yabancı Dil Bilgisi : İngilizce

Görev Yeri : Bahçelievler Devlet Hastanesi

Görev Ünvanı : Hemşire

Yazışma Adresi : rabiaozata12@gmail.com

Telefon Numarası : 05416282640

E-Posta : rabiaozata12@gmail.com

4.2. EĞİTİM BİLGİLERİ

MEZUNİYET TARİHİ	DERECESİ	ÜNİVERSİTE ÖĞRENİM ALANI
2016	Lisans	Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik
2012	Lise	Aydınlıkevler Anadolu Lisesi

İŞ DENEYİMLERİ

YIL	KURUM	GÖREV
2016	Özel Duru Diyaliz Merkezi	Hemşire
2016-2017	Sorgun Özel Utku Sağlık Meslek Lisesi	Meslek Öğretmeni
2018-Halen	İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce