



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN HASTA
EĞİTİMİ ALMA DURUMLARI VE ALDIKLARI
EĞİTİMİN HASTALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şükran ERCÜMERT

Antalya, 2020



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN HASTA EĞİTİMİ ALMA DURUMLARI VE ALDIKLARI EĞİTİMİN HASTALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şükran ERCÜMERT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, ilgisini hiç esirgemeyen ve tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve raporlandırılması aşamasında her kademedeki gösterdiği desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

İhtisasıma katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Tez araştırma ve yazımı sürecinin her noktasında desteğini hiç esirgemeyen elinden gelenin en iyisini yapan eşim Veysi ERCÜMERT'e,

Bugünlere gelmemde en büyük payı olan, tüm imkanlarını benim için seferber eden aldığım her kararda arkamda olan kıymetli babam Mehmet Timuçin MACİT ve kıymetli annem Gülay MACİT'e,

Hayatıma ışık saçan ve yaşam enerjisi veren çocuklarım Ayza Duru ERCÜMERT ve Ahmet Doruk ERCÜMERT'e,

Birlikte çalıştığım Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personellerine, özellikle değerli Mine KOCAGÖZ'e,

Rotasyon yaptığım kliniklerde bize bilgi ve emek veren, zaman ayıran tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Hasta Eğitiminin Tanımı ve Önemi	6
2.1.1. Hasta Eğitiminin Standartları	7
2.1.2. Hasta Eğitiminin Amaçları	9
2.1.3. Hasta Eğitiminin Tarihçesi	9
2.1.4. Hasta Eğitim Süreci	9
2.1.4.1. Eğitim gereksinimlerini belirleme / Veri toplama	10
2.1.4.2. Tanılama	10
2.1.4.3. Planlama	11
2.1.4.4. Uygulama	12
2.1.4.5. Değerlendirme	13
2.1.4.6. Belgelendirme / Kayıt Etme	14
2.1.5. Hasta Eğitim Modelleri	14
2.1.5.1. Sözel eğitim modeli	15
2.1.5.2. Yazılı hasta eğitim materyalleri	16
2.1.5.3. Multimedya tabanlı eğitim	18
2.1.6. Sağlık Koçluğu	19
2.1.7. Hasta Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlar	20
2.1.7.1. Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler	20
2.1.7.2. Hasta ile ilgili faktörler	21
2.1.7.3. Yönetmel faktörler	23
2.1.7.4. Eğitim kurumları ile ilgili faktörler	23
2.1.7.5. Hasta eğitim süreci ile ilgili faktörler	24
2.1.7.6. Ekonomik koşullar ve kaynak yetersizliği ile ilgili faktörler	24
2.1.8. Kronik Hastalıklarda Hasta Eğitiminin Önemi	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Etik Kurul ve İzinler	29
3.2. Araştırmanın Tipi	29
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi	29
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	30
3.6. Veri Toplama Araçları	30
3.7. İstatistiksel İncelemeler	30
4. BULGULAR	31
4.1. Hastaların Genel Özellikleri	31
4.2. Hasta Eğitim ve Bilgilendirme İle İlgili İfadelerin İncelenmesi	35
4.3. Hastalık Üzerindeki Bilgi ve Farkındalık İfadelerinin İncelenmesi	37
4.4. Hastalık Üzerindeki Bilgi ve Farkındalık Bilgi Puanları	40
4.5. Hastalık Üzerindeki Bilgi ve Farkındalık Bilgi Puanları	41
4.6. Eğitim Alan ve Almayan Grupların İncelenmesi	43
4.6.1. Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	43
4.7. Bilgilendirme Yapılan Grupta Hasta Özelliklerine Göre Bilgilendirme Ve Bilgilendirmenin Hastalık Üzerindeki Olumlu Etkisinin İncelenmesi	49
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇLAR	62
7. ÖNERİLER	67
8. ÖZET	69
9. ABSTRACT	71
10. KAYNAKLAR	73
11. EKLER	81
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	81
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	82
Ek 3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hasta Eğitimi Alma Durumları ve Aldıkları Eğitimin Hastalıkları Üzerine Etkisi Adlı Çalışmaya Katılan Kişi Anketi Formu	85

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KAH	Koroner Arter Hastalığı
JCAHO	Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization (ABD Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu)
SVH	Serebrovasküler Hastalık
VVS	Vazovagal Senkop

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Hastaların genel özellikleri	32
4.2. Hastaların sağlık durumları ile ilgili özelliklerinin incelenmesi	33
4.3. Katılımcıların ölçüm sonuçları	34
4.4. Hastaların bilgilendirmesi ile ilgili ifadelerin incelenmesi	35
4.5. Hasta eğitim ve bilgilendirme ile ilgili ifadelere verilen yanıtlar	37
4.6. Hastalık üzerindeki bilgi ve farkındalık ifadelerine verilen yanıtlar	39
4.7. Hastalık üzerindeki bilgi ve farkındalık bilgi puanlarının değerlendirilmesi	40
4.8. Bilgilendirmenin hastalık üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi	42
4.9. Demografik özelliklere göre sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılma oranlarının incelenmesi	44
4.10. Hastaların sağlık konusundaki özelliklerine göre sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılma oranlarının incelenmesi	46
4.11. Hasta ölçümleri ve sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılması	47
4.12. Eğitim alan ve eğitim almayan gruplarda hastalık ile bilgi ve farkındalık ifadelerinin incelenmesi	48
4.13. Eğitim alan ve eğitim almayan gruplarda genel hastalık ile bilgi ve farkındalık ifadelerinin incelenmesi	49
4.14. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilendirme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi	50

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.15. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi	51
4.16. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi	52
4.17. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi	53



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği “*Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir tıp disiplini ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır*”. Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu hekimlerdir. Aile hekimliği kullanıcılarına açık ve sınırsız erişim sağlayan, kişinin yaş, cinsiyet veya diğer özelliklerine bakılmaksızın tüm sağlık sorunları ile ilgilenen normal şartlarda sağlık hizmeti sistemindeki ilk tıbbi temas noktasıdır. Hastaları ile zamanla oluşan güvene dayalı uzun süreli ilişkileri vardır. Bu ilişki nedeniyle hastalarına sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir yere sahiptirler. Hastaları ile her teması onların sağlığını geliştirme ve hastalıkları önleme, sağlık sorunları ile başa çıkabilmeleri için onları bilgilendirme ve güçlendirme için bir fırsat olarak görürler (1).

Hasta eğitimi ve sağlık eğitimi sıklıkla karıştırılmaktadır. Hasta eğitimi, hastanın sağlığını sürdürmek veya geliştirmek için bilgi, tutum veya becerilerini değiştiren veya geliştiren sürecin hasta bakımıyla bütünleştirilmesidir. Aile hekimleri, doğru, kanıta dayalı, kültürel açıdan yeterli ve anlamlı hasta eğitimi sağlayarak bakım verdikleri kişilerin sağlığının geliştirilmesinde lider rolü oynayabilmektedir. Sağlık eğitimi ise sağlık çalışanı-hasta ilişkisi dışında gerçekleşen bir öğretim ve öğrenme sürecidir. Sağlık eğitimi okullar ve işyerleri gibi kurumlarda medya ya da konferanslar aracılığı ile yapılan eğitimidir (2).

Hasta eğitimi, aile hekimleri dahil tüm sağlık çalışanlarının hastalığın kontrolü ve sağlığın iyileştirilmesi amacıyla, hastalara ve bakıcılarına hastalığın seyri, tedavisi ve komplikasyonların önlenmesi için gerekli girişimler konusunda bilgi verme süreci olup kronik hastalıkları olan kişilerin hastalıklarını daha iyi yönetmelerini, sağlık durumlarını iyileştirmelerini ve yaşam kalitelerini artırmalarını sağlayabilmektedir (3).

Hastanın hastalığına uyumu ve kendi kendine bakımını sağlamak için etkili bir eğitim programının planlanması ve uygulanması, sağlık hizmetinin bütünleyici bir parçasıdır. Hasta eğitimi daha sağlıklı yaşam biçimine ait davranışların

benimsenmesini sağlayarak hastalık ve engelliliklerin önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine önemli oranda katkıda bulunmaktadır (4). İyi bir eğitim ile hastalar klinik durumlarını daha iyi anlayabilmekte ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetebilmektedir. Hasta eğitimi, anksiyeteyi gidermede, stresle başa çıkmayı geliştirmede, hastaların hastanede kalış süresini kısaltmada ve hasta memnuniyetini artırmada önemli rol oynamaktadır (5).

Hasta eğitiminin hedefleri; hastanın hastalığına uyumunun ve memnuniyetin artırılması, sağlık harcamalarının azaltılması, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara kendi bakımları konusunda yetki verilmesi ya da hastaların özerkliklerinin artırılması, hastanın güçlendirilerek kendi sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesinin sağlanmasıdır (4-6).

Günümüzde başta gelen ölüm nedenleri (kalp hastalıkları, kanserler, akciğer hastalıkları, serebrovasküler olaylar ve kazalar) genellikle sağlıksız yaşam tarzları ile ilişkilidir (3,7). Hasta eğitimi ve danışmanlığı bu hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli yararlar göstermektedir. Aile hekimleri hastalar için koruyucu önerilerin güvenilir kaynağı, bir anahtar, ilk temas noktasıdır. Hasta eğitimi mesajları hekim tarafından yapıldığında etkisi daha büyük olmaktadır (3,4).

Hastaların semptomları ve endişeleri olduğunda hastalıklardan nasıl korunacakları ya da hastalığın etkisini nasıl en aza indirebilecekleri konusunda daha alıcı olmaktadırlar. Hekimler açıklamalar için zaman ayırarak ve basit bir dil kullanarak hastaların anlamalarını artırabilmektedirler. Birinci basamak sağlık merkezinde zaman baskısı hasta eğitimini engelleyen en önemli faktör olarak ileri sürülmektedir. Ancak çalışmalar hasta eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi, bilgi alışverişi için yapılandırılmış bir yaklaşım kullanma ile zamanı iyi kullanmanın mümkün olduğunu göstermiştir (5). Ayrıca hasta eğitimi ile hastanın güçlendirilmesi, sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi ilaç, egzersiz ve diyete uyumu iyileştirmektedir. Bu nedenle sağlık sonuçlarının iyileşmesi, DM (Diyabetes Mellitus), SVH (Serebrovasküler Hastalık), KAH (Koroner Arter Hastalığı), obezite gibi kronik hastalıkların önlenmesine bağlı olarak morbidite ve mortalitenin azaltılması ile sonuçlanan davranış değişikliğini başarabilmeleri için hekimlerin hasta eğitimine zaman ve enerji harcamalarının uzun erimde onlara zaman kazandıracağı kabul edilmektedir (3,6).

Kronik hastalıklarda hasta eğitimi, klinik ve derneklerin dergilerinde sıklıkla yer almaktadır. Weitgasser ve arkadaşları (8) tarafından yapılan bir çalışmada yapılandırılmış diyabet eğitiminin hastalık hakkındaki bilginin artmasının yanı sıra, izlem değerlendirmelerinde kan şekeri, HbA1c, kan basıncı ve vücut ağırlığı gibi parametrelerle ölçülen diyabet sonuçlarını iyileştirebildiği gösterilmiştir. Modern eğitim programları, hastaların diyabeti günlük yaşama entegre etmelerini ve sağlıklı beslenmenin yanı sıra yaşam tarzı danışmanlığının temel bir bileşeni olarak sağlıklı beslenmeyi vurgulamayı ve kişisel sorumluluğu kabul etmeyi arttırmak için etkileşimli yöntemler kullanma becerisini vurgulamaktadır (8).

Hasta eğitimi, hastalara ilaç, tıbbi araç - gereç ve desteklerin güvenli ve etkili kullanımı, besin ilaç etkileşimleri ve hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması, hastaların sağlık kontrolleri ve ulaşabilecekleri toplumsal kaynaklar, günlük yaşamda karşılaşılabilecekleri zorluklarla nasıl başa çıkabilecekleri, hastalıklarının seyri sırasında alevlenme ve komplikasyonları nasıl fark edecekleri, hangi durumlarda hekime başvurmaları gerektiği konularında bilgi verilmesini içermektedir (2-5).

Hasta eğitim el kitapları geliştirme, broşürler, kitaplar, videokasetleri, internet materyalleri gibi ticari eğitim kaynaklarını değerlendirme, hastanın okuma ve anlama düzeyine uygun öğrenim materyalleri seçme, yardımcı sağlık personelini hasta eğitimine katma, toplum grupları ve halk eğitim konferanslarına katılma, hastanın eğitim materyallerine kolay ulaşımını sağlama ile hasta eğitimi uygulanabilmektedir (4,5).

Hasta eğitiminin başarılı olması için beş strateji tanımlanmıştır. Hasta eğitimi verirken teknolojiye faydalanılmalıdır. Teknoloji hasta eğitim materyallerini daha erişilebilir hale getirmiştir. Bir düğmeye dokunarak hastalar için eğitim kaynakları özelleştirilebilir ve yazdırılabilir.

Erişkin kişiler farklı biçimlerde öğrenirler. Bu nedenle hasta eğitimi yapılmadan önce hastanın öğrenme stiline belirlenmesi gerekir. Farklı öğretim yöntemleri kullanarak eğitim vermek öğretimi güçlendirmektedir. Hastanın konuya ilgisinin olup olmadığının araştırılması ve teşvik edilmesi hasta eğitiminin önemli öğelerinden biridir. Bir başka önemli öğe hastanın kısıtlılıkları, güçlü ve zayıf yönlerinin göz önünde bulundurulmasıdır. Etkili bir hasta eğitimi için hastanın

öğrenme yeteneğini etkileyen fiziksel, zihinsel veya duygusal engeller olup olmadığı değerlendirilir ve gerekiyorsa aile üyeleri eğitime dahil edilir. Aile üyelerinin hasta eğitimine dahil edilmesi, yönetim planına uyum olasılığını artırmakta, hasta sonuçlarını çarpıcı biçimde iyileştirmektedir (9).

Hasta eğitimi sadece bilgi paylaşma değildir. Hekimler hastalara sadece bilgi vermezler, hastalıklarını yönetebilmeleri için onlara liderlik ve koçluk yaparlar (6,10,11).

Günümüzde sağlıkla ilgili her durumda, eğitim bir çözüm yolu olarak görülmekte ve adeta bir anahtar niteliği taşımaktadır. Bu nedenle son yıllarda hasta eğitimi, bütün dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sisteminin önemli bir parçası haline gelmiştir. Fakat ülkemizde yapılan çalışmalar hasta eğitiminin hala sistemli ve planlı olarak yürütülmediğini göstermektedir (12).

Son yıllarda hasta eğitiminin kişilerin sağlıklarını iyileştirmedeki önemi ve rolü daha fazla dikkati çekmekte ve bu konuda araştırmalar yapılmaktadır. Nasr ve arkadaşlarının İsviçre’de yaptığı bir çalışmada inme merkezinde hipertansiyon temelli hasta eğitim programının etkinliği araştırılmıştır. Tüm hastalara bireysel eğitim oturumu yapılmış, oturumun etkinliği anket ile eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir. Eğitim inme hastalarında, ilaca uyumu ve kan basıncı kontrolünü geliştirmiştir (13). Danielsen ve arkadaşlarının yaptığı bir sistematik derlemede, stoma hastalarında hasta eğitiminin olumlu etkisi incelenmiştir. Hasta eğitiminin hastaların psikososyal ihtiyaçları, öz bakım bilgisi, tutum ve davranışlar üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir (14). Du ve arkadaşlarının yaptıkları bir sistematik derlemede de hasta eğitim programlarının, kanserle ilişkili ağrı, uyku bozukluğu, endişe, nefes darlığı ve öz bakım davranışı gibi semptomların iyileştirilmesinde olumlu rol oynadığı saptanmıştır (15).

Hekimlerin hastalara eğitim vermede yetersizlikleri konusunda da çalışmalar yapılmıştır. Gonatra ve arkadaşları tarafından Pakistan’da yapılan çalışmada toplum sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinin psikofarmakolojik ilaç alan hastaların, hastalıkları ve yönetimi konusunda yeterli eğitim alıp almadıkları incelenmiş ve psikofarmakolojik ilaç alan hastalara bilgi verme uygulamasının yetersiz kaldığı saptanmıştır (16). Bir diğer çalışmada Makarem ve arkadaşları tarafından Beyrut Amerikan Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniğinde çalışan aile

hekimleri ile hastaları arasında e-posta iletişimi yolu ile hasta eğitimi yapılması incelenmiştir. Doktorların, e-posta iletişimi için yeterli duyuru ve bir hasta eğitim planı ile uygun kişisel politikalar oluşturmaya teşvik edilmesi gerektiği kanısına varılmıştır (17).

Tewarie ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kronik hastalıklarda hastaların karşılanmayan ihtiyaçları belirlemiştir. Çalışmaya göre, hastaların karşılanmayan ihtiyaçları; ilaçların yan etkilerini ve günlük yaşamdaki etkilerini anlama, kronik hastalıkla yaşamakla baş etmek, hastalığı ve nedenlerini anlama, semptomları belirleme ve hafifletme, hastalığın ilerlemesini yönetme, kronik hastalığa sahip diğer kişilerle paylaşım, daha iyi tedavi seçeneği, hastalıkla ilgili tanıtım testleri ve sonuçları anlama olarak belirlenmiştir (18).

Stenberg ve arkadaşlarının yaptıkları grup temelli hasta eğitimi ile ilgili literatür derlemesinde katılımcılar, hasta eğitim programlarını daha az semptom sıkıntısı ve kendi sağlıklarının daha fazla farkındalığı, gelişmiş öz yönetim stratejileri, akran desteği, öğrenme ve umut konularında yararlı olarak bulmuşlardır. Programlar bildirilen yaşam kalitesi, sosyal destek ve öz yeterlilik sonuçlarında büyük değişiklikler sağlamıştır (19).

Hasta eğitiminin etkinliği ile ilgili tüm dünyada birçok çalışma yapılmıştır. Bunların çoğunda, hasta eğitiminin spesifik bir hastalık ve hastalığa sahip hastalar üzerindeki etkisi incelenmiş olup birçok kronik hastalığa sahip kişiler üzerinde geniş kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır. Biz bu çalışmada kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ile aldıkları eğitimin hastalıkları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Eğitiminin Tanımı ve Önemi

Eğitim, bireyin davranışlarında gelişmeler sağlamaya yarayan planlı etkiler bütünüdür. Öğretim ise davranış değiştirme sürecidir. Öğretim, öğrenme ve öğretme faaliyetlerini kapsamaktadır (20).

Sağlık alanında hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesinin artması için etkili bir iletişim ve eğitim gerekmektedir (21).

Hasta eğitimi, hastalar ile sağlık çalışanları arasında hastanın sağlığını sürdürmek ve geliştirmeyi, hastanın bilgi ve beceri kazanmasını, tedaviye uyum sağlamasını, hastalığını yönetebilmesini amaçlayan öğrenme ve öğretme sürecidir (2,22,23).

Hasta eğitimi, bireyin sağlığı ile ilgili sorunların değerlendirilip, sağlığın geliştirilmesi amacıyla davranış değişikliği kazandırılmasını sağlayan dinamik bir süreçtir. Hasta eğitimi, kaliteli sağlık bakımında vazgeçilmez bir unsurdur. Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması, sağlığın korunma ve sürdürülmesinde hasta eğitiminin önemi büyüktür. Hasta eğitimi, bireylerin tedaviye uyumu ve memnuniyeti, sağlık maliyetinin azaltılması, mortalite ve morbiditenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara sağlıkları ile ilgili yetki verilmesi ve öz bakımlarına yönetebilmeleri için bir ihtiyaç olarak görülmektedir (22,24).

İlk kez 1950'lerde dile getirilmeye başlanan hasta eğitiminin önemi son yirmi yılda giderek artmıştır. Hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalması, hastanın sağlığı ile ilgili öz bakım ve sorumluluklarının artması, sağlık sistemlerinin sürekli değişmesi, tedavi yöntemlerinin değişmesi, sağlık kurumlarına erişimin kolaylaşması ile hastaların eğitim alma gereksinimleri artmıştır. Yakın geçmişte hastalık ve tedavisine odaklanan hasta eğitimi; hastalıklardan korunma, davranış değişikliği geliştirerek sağlığın geliştirilmesinde hasta ve ailesinin sorumluluk olarak katılımına yönelmiştir (25-27).

Hastanın tedaviye uyumu ve öz bakımını sağlamak için etkili bir hasta eğitim programının geliştirilip uygulanması, sağlık bakımının tamamlayıcı unsurdur. Hasta eğitimi ile benimsenen sağlıklı yaşam değişikliği, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (4).

2.1.1. Hasta Eğitiminin Standartları

ABD Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu [Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)] hasta eğitiminin standartlarını şu şekilde belirlemiştir:

1. Hasta ve ailesine, hastanın iyileşmesi ve sağlığının sürdürülmesi için gerekli bilgi ve beceriyi sağlamak amacıyla hasta eğitim planının oluşturulması,
2. Karar verme sürecine hastanın ve eğitim sürecine ailenin aktif katılımının sağlanması,
3. Tanılama aşaması ile başlayan hastanın bilgi gereksinimleri ve tercihlerine uygun bir eğitimin vurgulanması,
4. Hastaların güvenli ve etkili ilaç kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
5. Hastaların kullandıkları araç gereçleri güvenli ve etkili kullanımı konusunda eğitilmesi,
6. Hastaların hastalığa uygun diyet ve besin ilaç etkileşimi konusunda bilgilendirilmesi,
7. Hastaların sağlık kontrolleri ve ihtiyaçları durumunda ulaşabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında bilgilendirilmesi esas alınmıştır (22).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çalışma grubu, 1996 yılında, Terapotik Hasta Eğitimi adlı bir rapor yayınlamıştır. Terapotik hasta eğitimi ile kronik hastalığı olan kişilerin hastalıklarını yönetebilmeleri ve sağlık maliyetlerinin azalması hedeflenmiştir. Terapotik hasta eğitimi programlarının içeriğini hazırlamak için tüm Avrupa'daki ülkelerden hekimler, hemşireler, yardımcı sağlık çalışanları ve eğitimcilerden oluşan bir çalışma grubu oluşturulmuştur. Raporda sağlık çalışanlarına, hastaların kronik hastalıklarını kendi kendine yönetmelerine yardımcı olmak için öğretmesi gereken bilgi ve beceriler açıklanmıştır. Terapotik hasta eğitimi ve hastalığa özgü yönetim programlarına herkes tarafından erişimin kronik hastalıkların yönetimine önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir (7).

Bu raporda hasta eğitiminin özellikleri açıklanmış ve standardize edilmiştir.

Rapora göre:

- Hasta eğitimi, hastanın sosyokültürel durumu, sağlıkla ilgili bilgi ve tutumu, sağlıkla ilgili inanışları, adaptasyon süreci gibi faktörleri kapsamaktadır.
- Hastaların öznel ve nesnel ihtiyaçlarını içermesi gerekir.
- Terapötik hasta eğitimi, tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır.
- Hastanın günlük hayatı ve psikososyal durumu ile ilgilidir. Hastanın ailesi, yakın akrabaları ve arkadaşlarıyla mümkün olduğunca ilgilidir.
- Hastalığın seyrine, hastaya ve hastanın yaşam tarzına uyarlanması gereken sürekli bir süreçtir; hastanın uzun süreli bakımının bir parçasıdır.
- Her hastaya çeşitli ortamlar aracılığıyla yapılandırılması, organize edilmesi ve sistematik olarak sağlanması gerekmektedir.
- Sektörler arası profesyonel iletişim kurmayı gerektirir.
- Öğrenme sürecinin ve etkilerinin değerlendirilmesini içerir.
- Hastaların eğitimi konusunda profesyonelleşmiş eğitilmiş sağlık çalışanları tarafından sağlanır (7).

Hasta eğitimi verilecek hastanın hazır olma düzeyi, geçmiş deneyimleri, kültür ve anlayışının göz önünde bulundurulması gerekir. Güven ve saygının hakim olduğu, kabul edilmenin öğrenmeye yardımcı olduğu bir ortam oluşturulması önemlidir. Hasta eğitim süreci boyunca kişileri cesaretlendirerek kendi öğrenim hedeflerini belirlemeleri ve gelişimlerini değerlendirmelerinde onları yönlendirmek gerekir. Hastanın ihtiyacına göre eğitim materyali bulundurulması, eğitimin uygulamalı verilmesi ve hastanın öğrenme sürecine dahil edilmesi gerekmektedir (28,29).

Hasta ile bağ kurulması ilk klinik görüşmede sağlanabilmektedir. Hastanın hekimi ile kurduğu uyum ve yakınlık, hastanın tedaviye uyumunu artırmaktadır. En bilgili ve donanımlı hekim, hastası ile bağ kuramadığı takdirde tedavi ve eğitimin başarısı düşmektedir. Hekimin iletişim yeteneklerini geliştirerek hastaları ile ilgilenmesi, samimi, anlayışlı ve ilgili olduğunu hissettirmesi, hastaların problemlerine karşı kapsamlı yaklaşması, hastaları hastalık ve tedavileri konusunda bilgilendirmesi, hasta memnuniyetini artırmaktadır (30).

2.1.2. Hasta Eğitiminin Amaçları

Hasta eğitimi ile;

- Hasta memnuniyetini ve tedaviye uyumu arttırmak,
- Sağlık harcamalarını azaltmak,
- Mortalite ve morbiditeyi azaltmak,
- Hastanın yaşam kalitesinin yükseltmek,
- Hastaların kendi öz bakımları hakkında bilgi sahibi olmaları ve hastalıklarını yönetebilmesini sağlamak,
- Bireyin kendi sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlamak amaçlanır (28,29).

2.1.3. Hasta Eğitiminin Tarihçesi

İnsanlığın oluştuğu günden beri, toplumlarda bazı sağlık sorunları ve hastalıklar meydana gelmiştir. İnsanlar o dönemin bilgi ve tecrübesi dahilinde bu hastalıklara çözüm yolları aramışlardır. Tarihte hasta eğitimi ile adını duyuran kuruluş “Palermo Tıp Okulu” 1414 yılında İtalya’da şiirle sağlık kurallarını anlatan ilk kitabı yayınlamıştır.

Hasta eğitiminin başlangıcı sayılan 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlangıcına kadar kişilere hastalandıkları zaman aile üyeleri bakım sağlamışlardır. Halk sağlığı hemşireleri, hasta kişileri ve aile üyelerini ziyaret ederek, sanitasyon, temizlik ve hasta bakımı konularında bilgilendirmekte ve eğitim vermekteydiler. Bu nedenle tüm dünyada hasta eğitiminin başlangıcının 1960’ların sonu ve 70’lerin başı olduğu kabul edilmektedir (31).

2.1.4. Hasta Eğitim Süreci

Hasta ile her görüşme, muayene, tanı ve tedavi aşaması, paylaşılmış ortak karar verme süreci, izlemler, hasta eğitimi için bir fırsattır (28,29).

Hasta eğitimi, sağlık hizmetinin bir parçasıdır. Hasta hekim görüşmesinde, öykü alınırken hastanın sağlık davranışları, alışkanlıkları, bilgi düzeyi, beklenti ve sağlık inançları belirlenebilir. Hastanın fizik muayenesi yapılırken saptanan bulgular hastaya açıklanabilir. Hastalığın tanısı, hastanın anlayabileceği bir dil ile anlatılabilir. Karar verme sürecine hastanın dahil edilmesi gerekmektedir. Tedavi

planlanması sırasında, her bir tedavi seçeneğinin etki ve yan etkisi anlatılarak tedavi kararının hasta ile paylaşılması gerekir (22).

Hasta eğitimi dinamik bir süreçtir. Birbirini izleyen veri toplama/eğitim gereksinimlerini belirleme, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme, kayıt etme / belgelendirme aşamalarından oluşur. Her aşama birbiriyle ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının hasta eğitimi verirken bu eğitim süreçlerini takip ederek hastanın eğitim becerilerini geliştirmesi gerekmektedir (22,23,32).

2.1.4.1. Eğitim gereksinimlerini belirleme / Veri toplama

Veri toplama, hasta eğitim sürecinin ilk aşamasıdır. Sağlık çalışanının hasta eğitimini etkileyen her faktörü göz önüne alarak sistematik ve sürekli olarak veri toplaması gerekmektedir. Veri toplama aşamasında hastanın ve ailenin eğitim isteğine, sosyokültürel durumuna, geçmiş sağlık veya hastalık deneyimlerine, fiziksel ve duygusal durumuna, hastalığı ile ilgili bilgi düzeyine, hastanın hastalığına adaptasyon düzeyine, sağlık okuryazarlığına, hastanın destek ve bakım alabileceği kişi ve sağlık kuruluşlarına, yaşam beklentisine ait veriler, hastanın kendisi veya aile üyelerinden, tıbbi kayıtlarından, ekip üyelerinden toplanır. Toplanan verilerin analiz edilerek öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu aşamada eğitim gereksinimlerine göre öğrenenin kim olacağı önemlidir. Çocuk ve yaşlı birçok hasta, bakım verenlerine bağımlıdır. Bu durumlarda eğitim, hastanın yakınları ve ailesine verilebilir (22,26).

2.1.4.2. Tanılama

Tanılama, hastanın öğrenme sürecinde gereksinimi olan bilginin sistematik olarak toplandığı aşamadır. Sağlık çalışanı, toplanan verileri yorumlayarak değerlendirir. Değerlendirme sonucunda bilişsel, duyuşsal ve davranışsal öğrenme alanları göz önünde bulundurularak eğitim ve öğrenme gereksinimleri belirlenmekte ve tanımlar saptanmaktadır (26,32).

Eğitim içeriğinin belirlenmesi için hastanın hangi bilgiye gereksinim duyduğunun bilinmesi gerekir. Hastanın eğitim gereksinimi, hastanın bilmesi gereken bilgi ile bildikleri arasındaki farktır. Bilgi eksikliği olarak da tanımlanan

bu fark, sağlığın sŸrdŸrŸlmesi için gereken bilişsel, davranışsal ya da duyuşsal öğrenme alanlarını kapsayan tutum, davranış ve beceri eksikliğidir (26,32).

Hastanın sağlık sorunu ve hastalığının, sıklıkla, eğitim eksikliğinden kaynaklanabileceğinin göz nŸnde bulundurulması önemlidir. Bu sorunların giderilebilmesi ve sağlığın optimum dŸzeyde devam ettirilebilmesi için etkin bir eğitim gerekmektedir (26,32).

2.1.4.3. Planlama

Hasta eğitiminde amaç, hastanın sağlığının sŸrdŸrŸlebilmesi, bağımsızlığını kazanması ve yaşam kalitesinin arttırılabilmesi için gereken bilgi ve beceriyi edindirerek yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasıdır (26,28,29).

Hasta eğitiminde hedeflere ulaşabilmek için tanılar konulduktan sonra yazılı olarak eğitim ve öğrenim planının yapılması gerekir. Hasta eğitimi verilmesi planlanan hasta ve yakınları ile ilgili eğitimin sŸresi, içeriği, amaçları, eğitim gereksinimlerinin öncelikleri, hasta eğitim modelleri, kullanılacak materyal ve değerlendirme metotlarının planlanması gerekmektedir (26,31,32).

Planların gŸncel bilgiye dayalı, sistemli, kullanışlı ve anlaşılır şekilde yazılı olarak hazırlanması önemlidir (26,31,32).

ğrenme hedefleri belirlenirken hastanın eğitim sonunda kazanması gereken bilgi, beceri ve davranışların eğitim planında belirtilmesi gerekir. Hedeflerin, bilişsel, davranışsal ya da duyuşsal öğrenme alanlarını kapsayacak şekilde anlaşılır ve açık olması gerekir. Eğitimin ncelikleri, hasta merkezli olarak her sağlık sorununun ivedilikle zŸmlenebileceđi şekilde belirtilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanının; eğitimin içeriği ve hedefi, hastanın öğrenme isteği ve bilgi dŸzeyi, kullanılacak materyal ve kaynakları dikkate alarak etkili hasta eğitimi için gereken sŸreyi planlaması gerekmektedir. Etkin bir hasta eğitimi için sŸrenin 20 dakikayı geçmemesi gerekir (26,31).

Eğitimde, hastanın kazanması hedeflenen davranışlar dikkate alınarak bireysel bir eğitim içeriği hazırlanması önemlidir. Eğitim içeriğinin basitten karmaşığa, somuttan soyuta, genelden özele şeklinde olması; içeriğin anlaşılır ve etkili olabilmesi açısından önemlidir (26).

Hastanın öğrenme isteği duyması, eğitime hazır olması, eğitim sonunda sağlık sorunlarını çözebileceğine dair inancı, geçmiş bilgi ve tecrübeleri; hasta ve ailesinin eğitime etkin katılmasını sağlayan etmenlerdendir. Hastanın düşünceleri, soruları, korkuları, tecrübeleri, farklı inanışları ve önerileri ile ilgili konuşmak, planlama aşamasında oldukça önemlidir (26).

Kronik hastalığı olan bakıma muhtaç kişilerin hastalıkları, ailenin diğer üyelerini ilgilendirmekte, roller zamanla değişmektedir. Hasta, aile üyelerinin psikolojik desteğine ve nitelikli bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle hasta ve ailesinin hasta eğitim sürecinin her aşamasına etkin katılımının sağlanması gerekmektedir (26).

Planlama aşamasında eğitimde kullanılacak araç gereç ve eğitim modellerini belirlemek önemlidir. Hastanın kazanması hedeflenen davranış, kullandığımız materyal ve eğitim yöntemine bağlıdır. Hastanın eğitim yöntemini ve kullanacağımız materyali seçerken, hastanın sağlık okuryazarlığı, okuduğunu anlama düzeyi, eğitimin süresi ve eğitim verilecek ortamın dikkate alınması gerekir (26).

Planlama aşamasında eğitimi değerlendirme yöntemlerinin de belirlenmesi gerekir. Planların yazılı olarak hazırlanması, kalıcılığı, tekrar edilebilirliği, ekip üyelerince paylaşılabilişliğini sağlaması açısından önemlidir (26).

2.1.4.4. Uygulama

Hasta eğitiminin uygulama aşaması, planlanan eğitim ve öğretim etkinliklerinin hasta ve ailesinin öğrenmesini sağlayacak şekilde uygulamaya geçirildiği aşamadır. Uygulama, sağlık çalışanının bireysel yaklaşımı ve uygun öğrenme yöntemlerini kullanması ile gerçekleşmektedir (26,31,32).

Hasta eğitim programını uygularken, eğitimin öğrenme isteği ile başladığı, çevre koşullarından etkilendiği, emosyonel durumlarla ilişkili olduğu, sürekli gelişme süreci gösterdiği, hasta merkezli ve bireysel olduğunun dikkate alınması gerekir (32).

Eğitimin uygulama aşamasında, kullanılacak yöntem ve materyallerin düşünmeyi, sorgulamayı, soru sormayı, etkin katılımı sağlaması gerekmektedir. Eğitim süresinin çok uzatılmaması, eğitim sonunda olumlu geribildirim verilmesi,

öğrendiklerini uygulaması için cesaretlendirilmesi gerekir. Hasta ve ailesinin duygularını ve fikirlerini paylaşması için teşvik edilmesi ve saygı gösterilmesi gerekir. Hasta ve ailesinin sosyokültürel durumu, geçmiş tecrübeleri, farklı sağlık inanışları dikkate alınarak anlaşılır ve akıcı bir anlatımla eğitim verilmesi önemlidir. Çocuk ve yatağa bağımlı düşkün hastalarda eğitim verilirken pedagojik yöntem tercih edilmesi gerekir (26,32).

Hasta eğitiminde başarılı olmak için çalışma ortamını hastalar için aynı zamanda eğitim merkezi olarak görmek önemlidir. Ortamdaki her alanın eğitim için elverişli olması gerekir. Bekleme salonunda eğitici broşürler ve dergilerin konulması, eğitici video gösterimleri yapılması, muayene odasında eğitici materyallerin bulunması faydalı olmaktadır (22).

2.1.4.5. Değerlendirme

Değerlendirme aşaması, eğitimin hedeflerine ne kadar ulaşılabildiğini belirlemek ve eksiklikler varsa düzeltme yapmak için farklı yöntem ve materyal kullanılan aşamadır. Hasta eğitim sürecinin başından son aşamasına kadar sistematik bir şekilde sürekli değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta eğitimi sürecinin önemli bir bileşeni olan değerlendirme yapmadan doğru sonuca ulaşmak imkânsızdır. Değerlendirme, bilimsel karar verme sürecidir. Hasta eğitim sürecinde dahil olan sağlık çalışanının, kurumun, eğitim alan hasta ve ailesinin, programın analiz edilerek değerlendirildiği aşamadır (26,31,32).

Değerlendirme aşamasında, hasta eğitiminin sonucu analiz edilir. Ulaşılamayan hedeflerin nedeni araştırılarak süreç başından itibaren incelenir. Sürecin başından itibaren yapılan değerlendirme, eksik veya yanlış öğrenmelerin belirlenip düzeltilmesini sağlar. Değerlendirme; gözlem, görüşme, yazılı-sözlü test olarak yapılabilmektedir. Seçilen yöntemin güncel ve güvenilir olması gerekmektedir (26).

2.1.4.6. Belgelendirme / Kayıt etme

Hasta eğitimin öğrenme-öğretme süreci olması, eğitimle ilgili standartlar, sağlık kurumlarının politikaları, ekip üyelerince etkileşim, hasta eğitim süreci doğrultusunda açık, anlaşılır, doğru, tam ve sürecin her aşamasının kaydedilmesi zorunludur (26,31,32).

Hasta eğitim sürecinin doğru ve tam kaydedilmesi, sağlık bakımı veren ve hasta eğitim sürecindeki ekip üyeleri arasında eğitim etkinliklerinin paylaşılmasını; yapılacak araştırmalara veri ve kaynak sağlayarak bilimsel araştırmaların gelişmesine katkı sağlamaktadır (26,31,32).

2.1.5. Hasta Eğitim Modelleri

Günümüzde hastalar, kendi sağlık bakımlarında daha fazla sorumluluk üstlenmek istemektedirler. Biyomedikal ve tıp alandaki gelişmelerle birlikte mevcut tanı ve tedavi seçenekleri artmakta ve hastaların tedavileri ile ilgili karar vermeleri gerekmektedir. Bu nedenlerden dolayı sağlık okuryazarlığı gereklidir. Yapılan çalışmalarda, sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişilerin acil servislere daha fazla başvurduğu; daha fazla ilaç bağımlılığı olduğu ve hastaların sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlamada zorlandıkları saptanmıştır (33).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını sürdürmek, geliştirmek için bilgiye erişme, okuduğunu anlama, öğrendiği bilgiyi kullanma becerisini etkileyen kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerdir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişiler, sosyokültürel seviyesi ve eğitim seviyesi düşük olanlar, yaşlılar ve göçmenlerdir (34).

Sağlık okuryazarlığı seviyesine göre 3 gruba ayrılmaktadır:

- 1) Temel / işlevsel okuryazarlık:** Bireyin gündelik yaşamını sürdürebilmesi için gereken temel okuma ve yazma becerileridir. Sağlıkla ilgili broşürleri veya ilacın üzerindeki etiketi okuyabilmek örnek verilebilir.
- 2) İletişimsel / etkileşimli okuryazarlık:** Günlük aktivitelere katılmak, bilgiyi sentezlemek, yeni bilgileri kullanabilmek, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak için kullanılacak daha gelişmiş bilişsel becerilerdir. İnternette sağlık bilgilerini okuyup anlama ya da doktorla tedavi rejimlerini karşılıklı tartışma örnek verilebilir.

3) Eleştirel okuryazarlık: Bilgiyi eleştirel olarak analiz etmek, hayattaki olay ve değişen durumlar karşısında bilgiyi optimum düzeyde kullanmak için gereken daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerilerdir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı olan kişi, yaşamını sürdürebilir, hastalığını yönetebilir, bilinçli ve doğru kararlar alabilir (34).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ile katılımcıların yarısının yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olduğunu saptanmıştır (34).

Sağlık okuryazarlığı dikkate alındığında güncel hasta eğitim modelleri; 3 gruba ayrılmaktadır:

1. Sözel eğitim modeli,
2. Yazılı materyal/broşürler,
3. Multimedya tabanlı eğitim (Video, CD-ROM, DVD ya da internet) (5).

2.1.5.1. Sözel eğitim modeli

Hasta eğitimine duyulan ihtiyaç, sağlık alanında kabul edilmektedir. Eğitim almış hastalar, kendi öz bakımlarını ve hastalıklarını yönetebilirler. Sağlık çalışanları tarafından verilen eğitim, tedaviye uyumun artması, hasta memnuniyetinde artma, iyileştirilmiş tedavi sonuçları, tedavi maliyetinde ve süresinde azalmayla sonuçlanır (35).

Hasta eğitiminde en sık kullanılan yöntem, hasta ile konuşma şeklinde olmaktadır. Bu iletişim sonrasında verilecek eğitimlere (basılı materyalleri, video materyalleri, grup eğitimleri) de öncülük etmektedir. Bilginin uygun, kapsamlı, gerçekçi beklentileri ve eğitim amaçlarını içerecek kapsamda olması gerekir (22).

Sözel eğitim modeli, hasta eğitiminde ihtiyaç duyulan bir yöntemdir. Sözel eğitimde eğitim veren sağlık çalışanının bilgisi, yeteneği, öğretme becerisi ve süreklilik, eğitimin başarısı için önemlidir (5).

Sözel eğitim modeli 3 gruba ayrılır:

- 1) **Altı boyutta bilgilendirme:** Biyopsikososyal, fonksiyonel, deneyimsel, etik, sosyal ve finansal açıdan bilgilendirme.
- 2) **Dört ana iletişim yetkinlikleri:** Kişilerarası iletişim, sözsüz iletişim, mesleki değerler, danışmanlık becerisi.
- 3) **Araçların uygunluğu:** Sağlık bilgi gereksinimleri, sağlık bilgi davranışları (5).

Bilgilerin iletişimi, kişilerarası, grupsal, örgütsel, kitle ve teknolojik olmak üzere birçok farklı şekilde gerçekleşmektedir. Çoklu iletişim türleri ve seviyelerine rağmen hastalar, sağlık çalışanları ile en çok kişilerarası sözlü iletişim ile sağlık bilgilerini paylaşmaktadırlar (36).

Sözlü eğitimde yaşanabilecek bazı sıkıntılar vardır. Sağlık çalışanının sözel eğitim vermek için daha fazla zamana ihtiyacı vardır. Verilen eğitimin, bireyselleştirilmiş olması gerekir. Hasta, sağlık kurumuna gelene kadar hastanın eğitim gereksinimleri bilinmeyebilir. Hasta eğitiminin zamanı ve süresinin planlanması gerekir. Hastanın klinik durumunda veya hastalığını yönetirken yaşadığı bir durum olduğunda, sağlık çalışanının bilgilendirmesi için bir sürece ihtiyacı vardır. Hastanın yalnızlık hissetmesi, eğitimin etkinliğini olumsuz etkileyebilir. Eğitim sonunda, öğretilenlerin hasta veya ailesi tarafından doğru ve eksiksiz anlaşıldığının teyit edilmesi için bir yöntem gerekmektedir (5).

Sözel iletişimde özgüllük ve açık olunması önemlidir. Hastaların anlatılanları kavrayıp kavramadığı sorgulanması gerekir. Hastaların anlamadıkları ve öğrenmek istedikleri konularda soru sorabilmeleri için cesaretlendirmek önemlidir. Tıbbi terminoloji kullanımdan kaçınarak hastaların anlayabileceği bir dille bilgilendirmek gerekir. Hekimin hastaya yargısız bir tutumla yaklaşması ve hastayla ekip olduğunu hissettirmesi eğitim başarısı için önemlidir (22).

2.1.5.2. Yazılı hasta eğitim materyalleri

Yazılı hasta eğitim materyalleri, tanı ve tedavi ile ilgili hasta ve ailesini bilgilendirmek, profesyonel danışmanlık vermek amacıyla kullanılmaktadır. Yazılı hasta eğitim materyalleri hasta bilgilerinin kaynağını oluşturur ve hasta eğitiminde önemli yer tutmaktadır. Bu materyaller, hastanın kendi sorunlarını tanıması, sözlü

bilgiyi pekiştirmesi, tedavisi ile ilgili doğru kararlar verebilmesine olanak sağlamaktadır. İyi sunulan sağlık bilgisi eğitimi, sağlık bilincini geliştirir, hastanın öz bakımını iyileştirmekte; klinik bakımın etkinliğini artırmaktadır. İyi tasarlanmış hasta eğitim broşürleri, sağlık bilgisini hatırlamayı sağlamaktadırlar. Broşürlerin tek başına etkinliği azdır. Hastaların, sağlık çalışanları tarafından sözel olarak verilen bilgilerin sadece %50'sini anlayıp hatırladıkları bilinmektedir. Sözlü ve yazılı bilgilerin birlikte kullanımı, eğitimde hedeflere ulaşmayı sağlamakta ve hastanın sağlık bilincini geliştirmektedir. Yazılı materyaller, sözel eğitimi pekiştirici niteliktedir. Yazılı materyaller, diğer eğitim tipleri ile birlikte kullanıldıklarında eğitimin başarısı artmaktadır (5,22, 36-39).

Yazılı materyaller iki gruba ayrılır. İlki, kurallı tip (preskriptif) materyaller bir sağlık sorunun ortaya çıkması ve tekrarlaması gibi konuları içeren ve belli bir amaç doğrultusunda hekim tarafından hastaya verilen materyallerdir. İkincisi, kuralsız tip (preskriptif olmayan) materyaller hastaların istedikleri zaman alıp okuması için bekleme veya muayene odalarına konulur. Konu olarak daha genel ve belli başlıkları içerir ve hasta eğitiminden ziyade sağlık eğitimine yöneliktir. Kuralsız tip materyaller, hastayı bilgilendirmeyi amaçlar (22).

Yazılı materyallerin kolayca okunabilir ve anlaşılabilir nitelikte olması gerekir. Önemli bilgilerin seçilebilmesi için kalın ve italik yazımın tercih edilmesi gerekmektedir. Beyaz kağıda siyah harflerle yazılan yazılar, daha net göze çarpmaktadır. Okunabilirlik açısından yazının boyutunun 12 puntodan küçük olmaması gerekir. Broşürün sade bir dille hazırlanması, karmaşık yazılar ve resimlerden kaçınılması, ilgi çekecek nitelikte olması önemlidir. İstenmeyen davranışların olduğu resimlerin kullanılmasından kaçınılması gerekir (5).

Hastaların gereksinim duydukları konu belirlenerek yazılı materyaller hazırlanması daha etkili olmaktadır. Sözel eğitim verildikten sonra yazılı materyal veya broşürle hasta ve ailesinin bilgisinin pekiştirilmesi önemlidir (5,22,39).

Johnson ve Sandford yapmış oldukları çalışmada, sağlık sorunu olan çocuklara sahip ebeveynlere yapılan hasta eğitiminde, yazılı ve sözel olarak yapılan bilgilendirmenin sadece sözel bilgilendirmeye göre daha eğitici ve hasta memnuniyetini arttırıcı olduğunu saptamışlardır (40).

Köz ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, yazılı eğitim materyallerinin kullanılmasının vazovagal senkoplu (VVS) olgularda atak sıklığına etkisi araştırılmıştır. Çalışmada VVS'lu olgulardan birinci gruba sadece sözel eğitim verilirken, ikinci gruba yazılı materyaller kullanılarak eğitim verilmiştir. Çalışmanın sonucunda, VVS konusundaki yazılı eğitsel materyallerin (farmakolojik girişim olmaksızın) olgularda hastaneye yeniden başvuru oranlarını anlamlı şekilde azalttığı belirtilmiştir (41).

2.1.5.3. Multimedya tabanlı eğitim

Teknoloji ve bilişim alanındaki gelişmeler, sosyal gelişmelerle birlikte eğitimde dönüşüme yol açmaktadır. Hastalar, sağlık konularında araştırma yapmak için ilk olarak internete başvurmakta, aileleri ve sağlık çalışanları ile internet aracılığıyla iletişim halinde olabilmektedirler. Web tabanlı eğitimlerin daha az maliyetli olması, kişilerin sözel eğitime ayıracakları zamanın az olması, internetin yoğun kullanılması ve internetteki bilgilerin tekrar okunup izlenebilirliği gibi nedenlerle multimedya tabanlı eğitim daha fazla tercih edilmektedir (5,42).

Dahodwala ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada video tabanlı eğitim müdahalelerinin yatan hasta ortamlarında hasta sonuçlarına etkisi araştırılmış ve video tabanlı eğitim müdahalelerinin hasta sonuçları üzerinde kontrol gruplarındaki standart eğitime kıyasla anlamlı bir olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Video tabanlı eğitim hastanede yatan hastaların eğitiminde sık kullanılmaktadır. Bu eğitimler, kısa vadeli sağlık okuryazarlığı hedeflerini iyileştirmede etkilidir, ancak davranış ya da yaşam tarzı değişiklikleri üzerindeki etkileri belirsizdir. Etkinlikleri ayrıca sunum formatına, zamanlamaya ve hastanın duygusal durumuna bağlıdır (43).

Ihrig ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, ameliyattan bir gün önce katılımcıların yarısına multimedya destekli eğitim, diğer yarısına standart eğitim verilmiştir. Çalışma sonucunda, multimedya destekli eğitim alan hastaların hasta memnuniyetlerinin yüksek olduğu ve bu hastaların cerrahi girişimler için daha az anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (44).

2.1.6. Sağlık Koçluğu

Sağlık koçluğu, hastaların kendi bakımlarında yönetebilmeleri için gereken bilgi, beceri ve güveni kazanmalarına yardımcı olmaktadır. Sağlık koçları, hastaların kendi sağlık hedeflerini belirlemelerine yardımcı olur ve daha sonra bu hedeflere ulaşma çabalarını destekler. Kronik hastalığı olan kişiler, gündelik yaşamda diyet, egzersiz ve ilaç kullanımı gibi konularda birtakım kararlar vermektedir (11).

Hemşireler, eczacılar, sağlık eğitimcileri ve akran koçları olarak adlandırılan diğer hastalar genellikle en iyi sağlık koçluğu yaparlar. Sağlık koçlarının, çalışmalarını kontrol etmek için hastanın hekimi ve diğer sağlık çalışanları ile yakın işbirliği içinde olmaları gerekmektedir (11).

Hastalara duygusal destek vermek ve motive etmek, sağlık koçluğunun bir parçasıdır. Sağlık koçluğunun temel bir işlevi, hastaların bakım planını anlamasını sağlamaktır. Bu işlev “geri öğret” olarak da bilinen “döngüyü kapatarak” gerçekleştirilir. Döngüyü kapatmak için koç hastaya, örneğin ertesi gün ilacını nasıl alacağını sorar. Hastanın cevabı yanlışsa, koç hastayı düzeltir ve hasta talimatları doğru şekilde tekrar edene kadar soruyu tekrarlar (11).

Başarılı sağlık koçluğunun temeli, sor-anlat-sor kavramında yatmaktadır. Hastalara zaten bildikleri veya öğrenmekle ilgilenmeyebilecekleri bilgileri anlatmak yerine, iyi koçlar hastalara kendileri için neyin önemli olduğunu, ne öğrenmek istediklerini sormaktadır. Hangi seçimleri yapmak istedikleri, hekimin talimatlarına katılıp katılmadıkları ve hangi davranış değişikliklerini yapmaya motive oldukları değerlendirilmektedir. Sağlık koçluğunun temel bir prensibi varsa, hastalarla paylaşarak ortak kararlar verilir. Koçlar ayrıca hastalara hedeflerini öğretir ve sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, ilaç ve diğer eylemlerle bu hedeflere nasıl ulaşılacağını açıklar (11).

Davranış değişikliğini gerçekleştirmek, gerçekçi hedefler koymayı ve hastayla ortak bir eylem planı oluşturmayı gerektirir. Eylem planları, bilgili ve motive olmuş hastaların üzerinde çalışmak istedikleri davranışı (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite veya ilaç uyumu gibi) hedeflemelerine yardımcı olur. Sağlık koçluğu, hastaların klinik hedeflerine ulaşmada oldukça etkilidir (11).

2.1.7. Hasta Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlar

Hasta eğitimi yaparken sürecin her aşamasında çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanı, bu sorunları çözmek için çaba harcamaktadır. Bu sorunlar; sağlık çalışanı veya hasta, yönetsel faktörler, eğitim verilen sağlık kuruluşu ya da hasta eğitim süreci kaynaklı olabilir (23).

2.1.7.1. Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler

Sağlık çalışanı sayısının az olması, hasta eğitim sürecinde en sık karşılaşılan sorundur. Sağlık çalışanlarının ağır iş yükü, zaman azlığı, motivasyon eksikliği, bilgi eksikliği ve eğitimi planlama ve organizasyon eksikliği, hasta eğitimi için engel oluşturmaktadır. Hasta eğitimi verecek donanımlı sağlık çalışanı sayısı yetersizdir. Hekimler ve hemşireler, meslek öncesi eğitimlerinde hasta eğitimi becerilerinden çok, hastalıkların tanı ve tedavisine odaklanmaktadır. Kayış'ın çalışmasında hemşirelerin %60'ının ve Akçin'in çalışmasında ise hemşirelerin %67,3'ünün hasta eğitimi ile ilgili hiçbir eğitim almadığı bulunmuştur (12,23,45,46).

Hasta eğitimi, bir ekip çalışması gerektirir. Eğitim verecek ekip üyelerinin donanımlı olması, kendine güvenmesi ve iş birliği yapması şarttır. Farklı meslek dallarındaki sağlık çalışanları diğerleriyle işbirliği yapmaya yanaşmamaktadır (23).

Hekimler ile hasta arasındaki iletişim eksikliği, hasta memnuniyetini azaltarak eğitim için engel oluşturmaktadır. Hekimin etkili olabilmesi için yumuşak konuşan, iyi giyimli, sakin davranan ve göz teması kuran tarzda olması gerekmektedir. Hastanın hatalı ya da eksik bilgi edinmesi, hasta-hekim iletişimini olumsuz yönde etkilemektedir (30).

Hekimin hastayı poliklinik ya da hastanın odasında ziyaret etmeden önce hastanın ismini öğrenmesi ve tıbbi bilgilerine hakim olması gerekmektedir. Geçmiş tıbbi kayıtlarından önceki geliş sebebi ve tedavisi, ailesel sorunları gibi önemli bulgular hatırlanacak şekilde hatırlatıcı notlar alınması, hastaların hekimlerin kendileri ile ilgilendiğini düşünmesini sağlamaktadır (30).

Hasta ile uyum ve hasta memnuniyeti arasında ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır. Joos ve arkadaşları emosyonel ve ailevi sorunlarına karşı bilgilendirme yapılan ve ilgi ihtiyacı karşılanan hastaların, karşılanmayanlara

nazaran hekimlerinden memnuniyetlerinin arttığını saptamıştır. Kronik hastalığı olan kişilerin dahi hekimlerinden açıklanmasını istedikleri soruları vardır. Bu hastaların memnuniyetleri, hekimlerin teşhis ve tedavisinden çok, hastaları ile ilgi düzeyleriyle ve bilgi vermeleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Hasta memnuniyeti ile tedavi uyumu arasında da önemli bir ilişki mevcuttur (30).

Hasta ile iletişimde, tıbbi terimlerden mümkün olduğunca kaçınılması, onların anlayacakları şekilde basite indirgenerek konuşulması önemlidir (30).

Hekimler hasta eğitimi verirken genellikle hastalık hakkında bilgi vermeyi tercih etmektedirler. Hastalar bu bilgileri görüşme sonrasında kısa sürede unutmaktadırlar. Hastalık hakkında bilgi vermekten ziyade, hastalara günlük yaşamda karşılaşılabilecekleri zorlukları nasıl yönetecekleri, hangi durumlarda kendilerinin baş edebileceğini, nasıl başa çıkabileceklerini anlatmak önemlidir (22).

Tüm sağlık çalışanlarının hasta eğitimine katılması etkiyi güçlendirmekte ve hekime zaman kazandırmaktadır. Bekleme odasında çalışanlar, hastalara bekledikleri sürelerde yazılı ve basılı materyaller verilmesini sağlayabilir. Küçük gruplar şeklinde eğitim sınıfları oluşturabilir. Hasta eğitiminde kaliteyi yükseltmek için basılı ve görsel materyalleri denetleyen hasta eğitim komitesi oluşturulabilir. Diyetisyen ve fizyoterapist gibi diğer sağlık çalışanlarının hasta eğitim sürecine katılımı verimliliği artırmaktadır (22).

Hasta eğitim programlarının akademik nitelikli olması ve sağlık çalışanlarının bu konuda eğitim almalarının sağlanması gerekmektedir. Mesleki eğitimlerde hasta eğitimi ve hasta ile iletişim konularına yer verilmesi gerekir. Sağlık çalışanlarının işbirliği yapmaya teşvik edilmesi, ekip çalışması yapılması gerekmektedir (23).

2.1.7.2. Hasta ile ilgili faktörler

Hastanın yaşı, öğrenim durumu, sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeyi, emosyonel durumu, öğrenme istekliliği, geçmiş deneyimleri, alışkanlıkları, zeka düzeyi, sağlıkla ilgili inanışları gibi hastaya ait faktörler hasta eğitimini etkilemektedir (23,31).

Hastanın fiziksel, emosyonel ve tecrübeye dayalı istekliliği, hasta eğitimini açısından önemlidir. Fiziksel isteklilik, hastanın bedenen istekli olma durumudur. Ağrısı olan bir hasta öğrenmeye odaklanamaz. Emosyonel isteklilik, hastanın öğrenme motivasyonunu etkiler. Hasta hastalığını kabullenemediği için eğitim almak istemeyebilir. Bu durumda hastanın istekliliğinin beklenmemesi, hekim ve hemşire tarafından hastanın anksiyetesinin azaltması ve eğitim için motive edilmesi önemlidir. Öğrenme için hastanın tecrübeye dayalı istekliliği de gerekmektedir. Hastanın önceki eğitim ve yaşam deneyimleri, öğrenmeyi etkiler (31).

Hastalar, hekimle görüşmeden tam ayrılacakları zaman asıl geliş sebeplerini anlatan ve onları duygusal olarak zorlayan sorunlarından bahsedebilirler. Kapı kolundaki el sendromu olarak da bilinen bu durumda, hastalar hekimlerinden olumsuz bir tepki alma korkusu ile asıl sorunlarını en sona bırakabilir. Hastanın bu sorununun kaynağı önemli olup açığa kavuşturulması gerekmektedir. Hastalar, hekimlerini önemsiz yakınmalar ile sınıyıp asıl sorunlarını en sona sakladıkları bu gibi durumları açığa çıkarmak için hekimin görüşmenin sonunda “konuşmadığımız bir yakınmanız var mı ya da bana sormak istediğiniz bir şey var mı?” gibi sorular sorması iyi bir uygulamadır (30).

Eğitim düzeyi düşük hastalar, hasta eğitim materyallerini kavramakta zorlanır, önerilere uymayabilirler. Bunun sonucu olarak hekimin bilgilendirmesinden pek fayda görememektedirler. Okuma yazma bilmediklerini ya da verilen bilgiyi anlayamadıklarını hekime genellikle söylemezler. Klinik görüşmede hastayı gözleyerek, ipuçlarını yorumlayarak, direkt sorular sorarak eğitim düzeyini değerlendirmek gerekir. Problem saptanabildiği ve hekim yeterli vakit ayırdığı zaman bu hastalar verilen bilgiyi kavrayabilirler. Sade ve günlük yaşama uygun hazırlanmış görsel materyallerle eğitim verilmesi, eğitim düzeyi düşük hastalarda öğrenmeyi kolaylaştırmaktadır. Hastanın anlayacağı bir dille, bildiği kelimeleri seçerek ve uygun örnekler vererek eğitimi pekiştirmek gerekir. Hastanın ana dili, hekiminkinden farklı ise her iki dili bilen üçüncü bir kişinin hastanın anlayıp anlamadığını değerlendirmesi önemlidir (22).

Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hasta eğitimi sırasında yaşanan sorunlar; iş yükünün fazla olması, zamanın etkin kullanılmaması, hasta eğitimi konusunda bilgi eksikliği, sunum ve öğretim becerilerinin yetersiz olması, eğitimi değerlendirme konusunda bilgi eksikliği, hastaların eğitim almak istemediğini düşünmesi, hastanın verilen bilgileri uygulayacağına inanmaması, hasta ailesinin eğitime karşı olumsuz yaklaşımı, hastanın fiziksel, psikolojik durumunun eğitimi engellemesi, hastanın sosyokültürel seviyesinin düşük olması, hasta eğitimi konusunda profesyonel hemşire azlığı, kurumda hasta eğitimi faaliyetlerine öncelik verilmemesi, yönetimin eğitim faaliyetlerini desteklememesi, hasta eğitimi faaliyetlerine bütçe ayrılmaması olarak saptanmıştır (47).

2.1.7.3. Yönetimsel faktörler

Hasta eğitiminde yönetimsel destek önemlidir. Sağlık kuruluşlarının yöneticileri ile sağlık çalışanları aynı fikirde değilse görev öncelikleri ve paylaşımı açısından sorunlar yaşanabilmektedir. Bir başka sorun ise, sağlık çalışanlarının performans ve görevde ilerleme/ terfi kriterlerinde hasta eğitiminin bulunmamasıdır (31).

Sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltmak, sağlık çalışanı sayısını artırmak, hasta eğitiminde kullanılan araç gereçleri geliştirmek, sağlık çalışanlarına hasta eğitimi ile ilgili hizmet içi eğitimler düzenlemek, hasta eğitimi yapan sağlık çalışanını ödüllendirmek ve hasta eğitimi ile ilgili çalışmalar yapılması için finansman sağlamak, sağlık kurumlarının yöneticilerinin öncelikleri olması gerekmektedir (31).

2.1.7.4. Eğitim kurumları ile ilgili faktörler

Eğitim kurumlarının, hasta eğitimi ile ilgili eğitimler düzenlemesi, hasta bakımı veren sağlık kurumları ile işbirliği yapması, eğitimin hedeflerini ve sürecini değerlendirmesi, eğiticilerin hasta eğitimi ile ilgili donanımlı olması gerekmektedir (31).

2.1.7.5. Hasta eğitim süreci ile ilgili faktörler

Hasta eğitimin değerlendirme yöntemleri belirsizdir. Eğitimde hedeflenen sağlık maliyeti azalmasını kanıtlamak, zaman alıcı olduğu için zordur. Hasta eğitimi ile ilgili tutulan kayıtlar azdır. Hasta eğitimi kayıt formlarının düzenli tutulması, eğitimlerin belgelendirilerek sağlık çalışanının süreçle ilgili bilgilendirilmesi gerekir. Kişiselleştirilmiş eğitimin önemi üzerinde durularak her hastalığa ve bireye özgü eğitim planlanması önemlidir. Eğitim sonunda, eğitimin aşamaları, hedefler ve eğitimin kalitesinin değerlendirilmesi gerekir (31).

2.1.7.6. Ekonomik koşullar ve kaynak yetersizliği ile ilgili faktörler

Sağlık çalışanları, hastanenin maddi kaynaklarının verimli kullanılması konusunda deneyimsizdir. Aynı zamanda, hasta eğitimi için ayrılan zamanın yetersiz olduğu saptanmıştır. Eğitim kurumları, eğitim verecek ekip ve eğitim için kullanılacak araç gereçler kısıtlıdır. Hasta eğitimi ile ilgili çalışmaların artırılması, finansman desteği sağlanması ve sigorta geri ödemelerine hasta eğitiminin dahil edilmesi gerekmektedir (31).

2.1.8. Kronik Hastalıklarda Hasta Eğitiminin Önemi

Kronik hastalıklar, bireyin fonksiyonlarında ilerleyici, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan yaşam boyu tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. Sağlık maliyetlerinde büyük payı olan kronik hastalıkların gelişmesinde sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, fiziksel inaktiviteyi içeren sağlıksız yaşam tarzı ve çevresel faktörler gibi önlenemez nedenler önemli rol oynamaktadır. Hasta eğitiminin kronik hastalıkların başarılı yönetiminde, hasta uyumunda ve hastalığın prognozunda önemli yeri vardır. Bu konularda hastalara yapılacak sağlıklı yaşam biçimi danışmanlıkları olumlu sonuçlar sağlayabilmektedir. Tedavi boyunca hasta, aile ve sağlık çalışanı ortak kararlar alıp sorumluluk üstlenmektedirler (28,29,48,49).

Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre sağlık kuruluşlarında tedavi edilen hastaların %80'inin kronik hastalığı vardır. Bu hastaların %50'si mevcut tedavilerini yanlış uygulamaktadır. Yapılan araştırmalara göre hasta eğitiminin hastane yatışlarını azalttığı, alt ekstremitte amputasyonlarını azalttığı, hasta

memnuniyetini arttırdığı, hastanın tedaviye uyumunu arttırdığı, yaşam kalitesini iyileştirdiği, ameliyat öncesi hastalara verilen eğitimin komplikasyonları azalttığı, astım ve diyabetik hastalarda hastaneye başvuruları azalttığı, ağrıyı azalttığı, anksiyeteyi giderdiği, tedaviye uyumu arttırdığı, sağlık okur-yazarlığını artırdığı, ilaç, egzersiz ve diyetle uyumu iyileştirdiği, malpraktisi azalttığı, hastanın kendi durumundan haberdar olmasını ve hastalığını optimum düzeyde yönetebilmesini sağladığı saptanmıştır. Hasta eğitiminin kronik hastalıklarda etkisi fazladır (3,5,21,23,28,29).

Günümüzde tüm dünyada en önde gelen ölüm sebeplerinde kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. Kanserler, ölümlerin 1/6'sına sebep olarak 2. sırada yer almaktadır. Sıralamayı akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar takip etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Küresel Hastalık Yüğü" raporuna göre, kronik hastalıklar dünyada en başta gelen ölüm nedenlerinden olup tüm ölümlerin %71'inden sorumlu tutulmaktadır. Tüm dünyada en önde gelen ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Kanserler, ölümlerin 1/6'sına sebep olarak 2. sırada yer almakta; akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar sıralamayı takip etmektedir. Kronik hastalığı olan kişilerin %90'ı birinci basamak hekimleri tarafından takip edilmekte olup eğitimin en çok yarar sağlayacağı hasta grubunu oluşturmaktadır.

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin artması, sosyoekonomik ve sosyokültürel seviyenin yükselmesi, sağlık sistemlerinin gelişmesi, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile doğumda beklenen yaşam süresi artmış ve tüm dünyada yaşlı nüfus artmıştır. Bu duruma paralel olarak akut ve enfeksiyon hastalıkları azalırken, kronik hastalıkların oranı giderek artmaktadır. Bu nedenle tedavi edici hekimlikten ziyade koruyucu hekimliğin ön planda olması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan kişilerin %90'ı birinci basamak hekimleri tarafından takip edilmekte olup eğitimin en çok yarar sağlayacağı hasta grubunu oluşturmaktadır (21,28,29,48,50,51).

Kronik hastalık yatışlarının %10 ile %50'si potansiyel olarak önlenabilir. Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım ve hastalık yönetme stratejileri daha iyi sağlık sonuçları, daha az hastaneye yatış ve komplikasyonlarla ilişkilidir. Hastalar

kronik hastalık yönetimi ilkelerini anladıklarında ve basit müdahaleler yapmayı öğrendiklerinde kötüleşen semptomları sınırlayabilmektedirler (52-55).

Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile karakterize ciddi komplikasyonları olan toplumda sık görülen sistemik bir hastalıktır. Tedavi edilemeyen hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetmezliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırmaktadır. Hipertansiyonun komplikasyonları, kan basıncı yüksekliği ile orantılıdır (56).

Irmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bir eğitim programının hipertansiyonlu hastalarda ilaç tedavisine uyumu artırdığı ve yaşam tarzı değişikliği üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (57).

Grueninger'in yaptığı bir sistematik derlemede hipertansif hastalarda hasta eğitiminin sağlık sonuçlarını iyileştirdiği, risk faktörlerini, mortalite ve morbiditeyi azalttığı saptanmıştır. Hasta eğitimi, tıbbi müdahalelere ek bir yöntem değil, kendi başına bir müdahaledir (58).

Jafar ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada Bangladeş, Pakistan ve Sri Lanka'nın kırsal bölgelerinde yaşayan hipertansif hastaların, eğitilmiş hekimler tarafından düzenli aralıklarla yapılan ev ziyareti, kan basıncı izleme ve bilgilendirme sonrası ilaç uyumunun arttığı, sistolik kan basıncının kontrol grubuna nazaran anlamlı düştüğü saptanmıştır (59).

Beigi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta eğitim programlarının hipertansiyonu olan hastaların bilgi düzeyini artırma, kendi kendini yönetme ve zararlı yaşam tarzı alışkanlıklarını kontrol etmede etkili olduğunu göstermiştir (60).

Diyabet, kan glikozu yüksekliği ile giden, akut ve kronik komplikasyonları olan ömür boyu süren, bireye ve ülkeye maddi ve manevi yük getiren, sistemik ve kronik bir hastalıktır. Tüm dünyada diyabetli hasta sayısı giderek artmaktadır. Diyabet yönetiminde amaç, glisemik kontrolün sağlanması ve komplikasyonların önlenmesidir. Diyabet tedavisi; kan glikoz izlemi, ilaç tedavisi, fiziksel aktivite, diyet ve diyabet özyönetim eğitimini içermektedir (61,62).

Diyabet özyönetim eğitimi, diyabetli veya diyabet riski olan kişilerin sağlıklarını optimum düzeyde yönetebilmesi, yaşam tarzı değişikliği yapabilmesi ve gerekli bilgi, beceri ve tutumu kazanma sürecidir (61,62).

Hasta eğitiminin diyabetli bireylerin sağlık sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda diyabet eğitiminin, HbA1c düzeyinde azalma sağladığı, kan basıncı ve açlık kan glikoz düzeyini düşürdüğü, hastanın diyabet bilgisini artırdığı, ilaç gereksinimini azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı, hastaneye yatışları ve sağlık bakım maliyetlerini azalttığı saptanmıştır. Diyabet eğitimi sonucunda olumlu sağlık sonuçlarının diyabetli bireyin kendi öz bakımı üzerinde yetkinliğini ve sağlığına odaklanmasını artırdığı saptanmıştır (61-69).

Nasr ve arkadaşlarının İsviçre’de yaptığı bir çalışmada inme merkezinde hipertansiyon temelli hasta eğitim programının etkinliği araştırılmıştır. Tüm hastalara bireysel eğitim oturumu yapılmış, oturumun etkinliği anket ile eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir. Eğitim inme hastalarında, ilaca uyumu ve kan basıncı kontrolünü geliştirmiştir (13).

Du ve arkadaşlarının yaptıkları bir sistematik derlemede de hasta eğitim programlarının, kanserle ilişkili ağrı, uyku bozukluğu, endişe, nefes darlığı ve öz bakım davranışı gibi semptomların iyileştirilmesinde olumlu rol oynadığı saptanmıştır (15).

Konrady ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipertansiyon yönetiminde yapılandırılmış hasta eğitimi hastanın bilgisinde artma, ilaç uyumunda iyileşme, kan basıncı ölçümlerinde iyileşme ile sonuçlanmıştır (70).

Koelling ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kalp yetersizliği olan hastaların hastaneden taburculukları sırasında bir hemşire eğiticinin bulunması klinik sonuçları iyileştirmiş, kendi kendine bakımı iyileştirmiş, bakım maliyetini azaltmıştır (71).

Stenberg ve arkadaşlarının yaptıkları grup temelli hasta eğitimi ile ilgili literatür derlemesinde katılımcılar, hasta eğitim programlarını daha az semptom sıkıntısı ve kendi sağlıklarının daha fazla farkındalığı, gelişmiş öz yönetim stratejileri, akran desteği, öğrenme ve umut konularında yararlı olarak deneyimlediler. Programlar rapor edilen yaşam kalitesi, sosyal destek ve öz yeterlilik sonuçlarında büyük değişiklikler sağladı (19).

Ghisi ve arkadaşlarının yaptıkları bir sistematik derlemede konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda hasta eğitiminin fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve sigarayı bırakma ile anlamlı ve pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir (72).

Osborne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta eğitim programlarının ulusal düzeyde koordinasyonunun sağlanması, artritli kişiler için sağlık hizmetlerini ve sonuçlarını geliştirme potansiyeline sahip olduğu saptanmıştır (73).

Kyngas ve arkadaşlarının astım, epilepsi, juvenil romatoid artrit ve insüline bağımlı diyabetes mellitus tanılı ergenlerle yaptığı bir çalışmada hasta eğitiminin kronik hastalığı olan ergenlerin yaşadığı sorun ve güçlüklerin farkındalığını artırdığı saptanmıştır (74).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 05/07/2019 tarih ve 70904504/290 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma 18 yaş üstü kronik hastalığı olan kişilerin hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı-kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde Temmuz 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Temmuz 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üzeri kronik hastalığı olan katılımcılar oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır:

$$n = \frac{N * P * Q * Z_{\alpha}^2}{(N - 1) * d^2}$$

Formülüyle N=7200 (evren), p=0,42 (prevalans), q=0,58 (1-prevalans), z=1,96 (0,05 hata payına karşılık gelen değer), d=0,05 (tolerans) olarak alındığında araştırmanın örnekleme alınacak kişi sayısı 357 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmaya 380 kişi dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyarak katılmaya gönüllü olan 18 yaş üstü kronik hastalığı olan kişiler alınmıştır (Ek-2).

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 44 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve sağlık bilgilerini değerlendiren araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3).

3.7. İstatistiksel İncelemeler

Verilerin analizi konusunda; tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama (X), standart sapma (SS) değerleri ile sunulmuştur. Çalışmadaki soru gruplarının güvenilirlik düzeylerinin analizi için Co. Alpha testi uygulaması yapılmıştır. Bilgilendirme oranlarına göre hasta özelliklerinin ve hastalık özelliklerinin farklılığının incelenmesi için ki-kare analizi uygulanmıştır. Hasta özelliklerine göre bilgilendirme ve farkındalık düzeylerinin incelenmesinde iki evre gruplar için bağımsız t testi analizi ve üç evre grubun karşılaştırılmasında Varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Hastaların bilgilendirme ve farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi amacı ile korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Genel Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen hastaların %40'ı 55 yaş ve altında, %26'sı 55-64 yaş arasında, %34'ü ise 65 yaş üzerindedir. Hastaların %56'sı kadın, %44'ü erkektir. Hastaların %72'si evli, %2'si bekar ve %16'sı dul veya boşanmıştır. Hastaların %87'si çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir. Hastalar %8'i okuryazar değil, %38'i ilkokul, %8'i ortaokul, %23'i lise, %23'i üniversite düzeyinde eğitime sahiptir.

Hastaların %6'sı kendi işlerini yapmakta, %14'ü işveren, %7'si memur, %45'i emekli, %3'ü öğrenci, %25'inin ise gelir getirici bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %73'ü şehir merkezlerinde, %17'si ilçelerde, %10'u ise köy bölgelerinde ikamet etmektedir. Hastaların %51'i düşük, %40'ı orta ve %9'u yüksek düzeyde gelir düzeylerine sahip olduğunu bildirmiştir.

Çizelge 4.1'de hastaların genel özellikleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların genel özellikleri

	Özellik	n	%
Yaş	<i>55 Yaş Altında</i>	152	40,0
	<i>55-64 Yaş</i>	97	25,5
	<i>65 Yaş ve Üzeri</i>	131	34,5
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	214	56,3
	<i>Erkek</i>	166	43,7
Medeni durum	<i>Evlü</i>	273	71,8
	<i>Bekar</i>	46	12,1
	<i>Eş Vefat/Ayrılmış</i>	61	16,1
Çocuk sahibi olma	<i>Evet</i>	329	86,6
	<i>Hayır</i>	51	13,4
Öğrenim durumu	<i>Okuryazar Değil</i>	30	7,9
	<i>İlkokul</i>	143	37,6
	<i>Ortaokul</i>	31	8,2
	<i>Lise</i>	88	23,2
	<i>Üniversite</i>	88	23,2
Çalışma durumu	<i>Kendi İşi</i>	22	5,8
	<i>İşveren</i>	53	13,9
	<i>Memur</i>	27	7,1
	<i>Emekli</i>	172	45,3
	<i>Öğrenci</i>	10	2,6
	<i>İşsiz</i>	96	25,3
İkamet yeri	<i>Şehir Merkezi</i>	278	73,2
	<i>İlçe</i>	65	17,1
	<i>Köy</i>	37	9,7
Gelir düzeyi	<i>Düşük- 2000TL Altında</i>	193	50,8
	<i>Orta 2001-5000 TL</i>	153	40,3
	<i>Yüksek 5001 TL Üzeri</i>	34	8,9

Hastaların %48'inin sigara kullanmadığı, %35'inin bırakmış olduğu, %17'sinin ise sigara içtiği saptanmıştır. Hastaların %73'ünün alkol kullanmadığı, %16'sının bırakmış olduğu, %11'inin ise alkol kullandığı tespit edilmiştir. Hastaların tamamının bilinen kronik veya bulaşıcı bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Hastaların %94'ünün kronik bir hastalığı nedeni ile ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Hastalar %52 ile kronik hastalıkları nedeni ile en bir kez hastaneye yatış yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %17'si devlet hastanesi, %14'ü eğitim araştırma ve %69'u üniversite hastanesinde yatış yapmışlardır. Çizelge 4.2'de hastaların sağlık durumları ile ilgili özellikler verilmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların sağlık durumları ile ilgili özelliklerinin incelenmesi

		n	%
Sigara içiyor musunuz?	<i>Hayır</i>	181	47,6
	<i>Bırakmış</i>	132	34,7
	<i>Evet</i>	67	17,6
Alkol kullanıyor musunuz?	<i>Hayır</i>	176	72,6
	<i>Bırakmış</i>	61	16,1
	<i>Evet</i>	43	11,3
Bilinen kronik ya da bulaşıcı bir hastalığınız var mı?	<i>Evet</i>	380	100
	<i>Hayır</i>	0	0
Kronik hastalığınız nedeniyle sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?	<i>Evet</i>	358	94,2
	<i>Hayır</i>	22	5,8
Kronik veya bulaşıcı hastalığınız nedeni ile hastane yatışınız oldu mu?	<i>Evet</i>	197	51,8
	<i>Hayır</i>	183	48,2
Yatışınız oldu ise hangi sağlık kurumunda yattınız?	<i>Devlet Hastanesi</i>	31	16,9
	<i>Eğitim Araştırma Hastanesi</i>	25	13,7
	<i>Üniversite</i>	127	69,4

Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşı $56,28 \pm 14,76$; en genç hasta 18; en yaşlı hasta 86 yaşındaydı. Katılımcıların çocuk sayılarının $2,08 \pm 1,35$ olduğu, en çok çocuk sahibi olan hastanın 7 çocuğu olduğu saptanmıştır. Hastaların ortalama boy ölçümleri $164,46 \pm 9,28$; ortalama kilo ölçümleri $76,69 \pm 15,04$ olarak bulunmuştur. Ortalama BKİ indeksleri $28,37 \pm 5,23$ olarak hesaplanmıştır. Sigara kullanan hastaların ortalama olarak günde $15,23 \pm 12,83$ adet sigara içtiği saptanmıştır. Sigara içen hastalar ortalama $11,52 \pm 12,31$ yıldır sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Çizelge 4.3'te katılımcıların ölçüm sonuçları gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların ölçüm sonuçları

	n	X	SS	min	max
Yaş	380	56,28	14,76	18,00	86,00
Çocuk sayısı	380	2,08	1,35	0,00	7,00
Boyunuz? (cm)	380	164,49	9,28	134,00	189,00
Kilonuz? (kg)	380	76,69	15,04	38,00	160,00
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	380	28,37	5,23	16,02	57,37
Sigara adedi	67	15,23	12,83	0,00	120,00
Sigara içme süresi (Yıl)	67	11,52	12,31	0,00	55,00

Hastaların %81'i (n=308) sağlık hizmeti sürecinde kendisine bilgilendirme yapıldığını; %19'u (n=72) yeterince ve hiç bilgilendirme yapılmadığını bildirmiştir. Eğitim aldığı ifade eden hastaların %80'inin sözel olarak, %17'sinin yazılı olarak ve %4'ünün multimedya tabanlı sistem ile bilgilendirildiği saptanmıştır. Hastaların %8'i eğitim veya bilgilendirmelerini birinci basamak sağlık kuruluşlarında, %22'si ikinci basamak sağlık kuruluşlarında ve %69'u üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında aldıklarını ifade etmişlerdir. Çizelge 4.4'te hastaların bilgilendirmesi ile ilgili ifadeleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.4. Hastaların bilgilendirmesi ile ilgili ifadelerin incelenmesi

		n	%
Sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılması	<i>Evet</i>	308	81,1
	<i>Hayır</i>	72	18,9
Alınan hasta eğitiminin içeriği	<i>Sözlü</i>	245	79,5
	<i>Yazılı Doküman-Broşür</i>	51	16,6
	<i>Multimedya Tabanlı Eğitim</i>	12	3,9
Hastalık ile ilgili bilgi veya eğitim alınan sağlık kuruluşu	<i>Birinci Basamak</i>	32	8,4
	<i>İkinci Basamak</i>	85	22,4
	<i>Üçüncü Basamak</i>	263	69,2

4.2. Hasta Eğitim ve Bilgilendirme İle İlgili İfadelerin İncelenmesi

“Doktor hastalığının ne olduğunu söyledi ve hastalığım konusunda bana bilgi verdi.” ifadesinde hastaların %83’ü bu konuda bilgilendirildiğini, %13’ü bilgilendirilmediğini ve %5’i emin olmadıklarını belirtmişlerdir. “Hastalığım belirtileri ve belirtilerle nasıl başa çıkacağım konusunda bilgi verildi.” ifadesini hastaların %76’sı bu konuda bilgilendirildiği, %18’i bilgilendirilmediği ve %6’sı emin olmadıkları yönünde yanıtlamışlardır. “Yeniden doktora gelmem gereken acil durumlar konusunda bilgi verildi.” ifadesini hastaların %72’si bu konuda bilgilendirildiği, %22’si bilgilendirilmediği ve %5’i emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır. “Yeniden doktora gelmem gereken acil durumlar konusunda bilgi verildi.” ifadesini hastaların %72’si bu konuda bilgilendirildiği, %22’si bilgilendirilmediği ve %5’i emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır.

“Doktor bana yazdığı ilaçları niçin kullanmam gerektiği hakkında bilgi verdi.” ifadesini hastaların %89’u bu konuda bilgilendirildiği, %8’i bilgilendirilmediği ve %3’ü emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır. “Sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirildim. Doktorum bırakmamı önerdi.” ifadesini hastaların %49’u bu konuda bilgilendirildiği, %44’ü bilgilendirilmediği ve %7’si emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır. “Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulunuldu.” ifadesini hastaların %69’u bu konuda bilgilendirildiği, %25’i bilgilendirilmediği ve %6’sı emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır.

“Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunuldu.” ifadesini hastaların %80’i bu konuda bilgilendirildiği, %17’si bilgilendirilmediği ve %3’ü emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır.

“Yaşıma ve cinsiyetime göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirildim. (smear, mamografi, kemik ölçümü, dışkıda gizli kan).” ifadesini hastaların %63’ü bu konuda bilgilendirildiği, %32’si bilgilendirilmediği ve %5’i emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır. “Kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmem gerektiği konusunda bilgilendirildim.” ifadesini hastaların %87’si bu konuda bilgilendirildiği, %9’u bilgilendirilmediği ve %3’ü emin olmadıkları şeklinde yanıtlamıştır.

Çalışmada en yüksek bilgilendirilmelerinin ilaçları niçin kullanması gerektiği hakkında (%89), ilaçları nasıl kullanacağı hakkında (%88), kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmesi gerektiği konusunda (%87) ve hastalığın ne olduğunun söylenmesi ve hastalık konusunda (%83) bilgi verilmesi konularında olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulunulması (%69), yaşa ve cinsiyete göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirme (%63) ve sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirilme, doktorun bırakmayı önermesi (%49) konularında yapılan bilgilendirilmelerin ise en düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastalar bu konularda daha az bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Çizelge 4.5’te hasta eğitim ve bilgilendirme ile ilgili ifadeler verilen yanıtlar gösterilmiştir.

Çizelge 4.5. Hasta eğitim ve bilgilendirme ile ilgili ifadelere verilen yanıtlar

İfade	Yanıt	n	%
Doktor hastalığımın ne olduğunu söyledi ve hastalığım konusunda bana bilgi verdi.	<i>Evet</i>	314	82,6
	<i>Emin Değilim</i>	17	4,5
	<i>Hayır</i>	49	12,9
Hastalığın belirtileri ve belirtilerle nasıl başa çıkacağım konusunda bilgi verildi.	<i>Evet</i>	289	76,1
	<i>Emin Değilim</i>	21	5,5
	<i>Hayır</i>	70	18,4
Yeniden doktora gelmem gereken acil durumlar konusunda bilgilendirildim.	<i>Evet</i>	275	72,4
	<i>Emin Değilim</i>	21	5,5
	<i>Hayır</i>	84	22,1
Doktor bana yazdığı ilaçları niçin kullanmam gerektiği hakkında bilgi verdi.	<i>Evet</i>	337	88,7
	<i>Emin Değilim</i>	12	3,2
	<i>Hayır</i>	31	8,2
Doktor (ya da hemşire) ilaçlarımı nasıl kullanacağımı anlattı.	<i>Evet</i>	334	87,9
	<i>Emin Değilim</i>	11	2,9
	<i>Hayır</i>	35	9,2
Sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirildim ve doktorum bırakmamı önerdi.	<i>Evet</i>	186	48,9
	<i>Emin Değilim</i>	26	6,8
	<i>Hayır</i>	168	44,2
Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulundu.	<i>Evet</i>	263	69,2
	<i>Emin Değilim</i>	23	6,1
	<i>Hayır</i>	94	24,7
Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunuldu.	<i>Evet</i>	303	79,7
	<i>Emin Değilim</i>	13	3,4
	<i>Hayır</i>	64	16,8
Yaşıma ve cinsiyetime göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirildim (smear, mamografi, kemik dansite ölçümü, dışkıda gizli kan gibi).	<i>Evet</i>	241	63,4
	<i>Emin Değilim</i>	19	5,0
	<i>Hayır</i>	120	31,6
Kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmem gerektiği konusunda bilgilendirildim.	<i>Evet</i>	331	87,1
	<i>Emin Değilim</i>	14	3,7
	<i>Hayır</i>	35	9,2

4.3. Hastalık Üzerindeki Bilgi ve Farkındalık İfadelerinin İncelenmesi

Katılımcılara aldıkları bilgilendirmenin sağlık alışkanlıkları üzerindeki etkilerini araştıran sorular yöneltilmiştir. Bu sorulara yanıtlar aşağıda belirtilmiştir:

- Hastaların %85'i aldıkları bilgilendirme sonucunda sağlıklarında olumlu değişiklik olduğunu bildirmiştir.
- Hastaların %65'i aldıkları bilgilendirme sonucunda hastaneye daha az başvurduklarını bildirmiştir.
- Hastaların %75'i aldıkları bilgilendirme ile başka kişilere olan bağımlılığının azaldığını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %54'ü aldıkları bilgilendirme ile stres ile başa çıkabildiklerini ifade etmişlerdir.
- Hastaların %55'i aldıkları bilgilendirme ile hastalık maliyetlerinin azaldığını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %96'sı aldıkları bilgilendirme ile hastalık konusunda kendilerine düşen görevlerin farkına vardığını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %92'si aldıkları bilgilendirme ile tedavi uyumlarının arttığını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %96'sı aldıkları bilgilendirme ile hastalıkları ile yaşamayı öğrendiklerini ifade etmişlerdir.
- Hastaların %90'ı aldıkları bilgilendirme ile düzenli kontrole gitme düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %90'ı aldıkları bilgilendirme ile hekimlere karşı olan güven düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %56'sı aldıkları bilgilendirme sonucunda hastanede daha az yatış yaptıklarını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %66'sı aldıkları bilgilendirme sonucunda yaşam kalitelerinin arttığını ifade etmişlerdir.

Alınan eğitim ve bilgilendirmenin hastaların sağlıklarında olumlu değişikliği sağlaması (%85), hastalığın yönetiminde kendilerine düşen görevlerin farkına varılması (%95), tedavi uyumlarının artması (%92), hastalıkları ile yaşamayı öğrenmeleri (%96), düzenli kontrole gitme düzeylerinin artması (%90), hekimlere karşı olan güven düzeylerinin artması (%93) konuları eğitimin ve bilgilendirmenin en yüksek olumlu etkiyi yarattığı alanlar olduğu bulunmuştur. Çizelge 4.6'da hastalık üzerindeki bilgi ve farkındalık ifadelerine verilen yanıtlar gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Hastalık üzerindeki bilgi ve farkındalık ifadelerine verilen yanıtlar

İfade	Yanıt	n	%
Hastalığımla/sağlığımla ilgili olumlu davranış değişikliği geliştirmemi sağladı.	<i>Evet</i>	321	84,5
	<i>Emin Değilim</i>	34	8,9
	<i>Hayır</i>	25	6,6
Hastaneye başvurularım azaldı.	<i>Evet</i>	248	65,3
	<i>Emin Değilim</i>	56	14,7
	<i>Hayır</i>	76	20,0
Hastanede yatış sürem kısaldı.	<i>Evet</i>	213	56,1
	<i>Emin Değilim</i>	130	34,2
	<i>Hayır</i>	37	9,7
Hastalıklardan korunma davranışı kazandırdı.	<i>Evet</i>	317	83,4
	<i>Emin Değilim</i>	35	9,2
	<i>Hayır</i>	28	7,4
Yaşam kalitemi iyileştirdi.	<i>Evet</i>	253	66,6
	<i>Emin Değilim</i>	71	18,7
	<i>Hayır</i>	56	14,7
Başka kişilere bağımlılığımı azalttı.	<i>Evet</i>	286	75,3
	<i>Emin Değilim</i>	47	12,4
	<i>Hayır</i>	47	12,4
Bağımsız yaşayabilme gücümü artırdı.	<i>Evet</i>	298	78,4
	<i>Emin Değilim</i>	38	10,0
	<i>Hayır</i>	44	11,6
Stresle başa çıkmamı geliştirdi.	<i>Evet</i>	205	53,9
	<i>Emin Değilim</i>	79	20,8
	<i>Hayır</i>	96	25,3
Hastalık maliyetimi azalttı.	<i>Evet</i>	207	54,5
	<i>Emin Değilim</i>	76	20,0
	<i>Hayır</i>	97	25,5
Hastalığımla yaşamayı öğrendim.	<i>Evet</i>	363	95,5
	<i>Emin Değilim</i>	12	3,2
	<i>Hayır</i>	5	1,3
Tedaviye uyumum iyileşti.	<i>Evet</i>	351	92,4
	<i>Emin Değilim</i>	15	3,9
	<i>Hayır</i>	14	3,7
Hastalığımla yaşamayı öğrendim.	<i>Evet</i>	366	96,3
	<i>Emin Değilim</i>	8	2,1
	<i>Hayır</i>	6	1,6
Kontrollerime düzenli gitmemi sağladı.	<i>Evet</i>	341	89,7
	<i>Emin Değilim</i>	20	5,3
	<i>Hayır</i>	19	5,0
Hekime güven duygum arttı.	<i>Evet</i>	354	93,2
	<i>Emin Değilim</i>	19	5,0
	<i>Hayır</i>	7	1,8

4.4. Hastalık Üzerindeki Bilgi ve Farkındalık Bilgi Puanları

Hastalar hastaneye başvurduklarında yapılan bilgilendirme veya eğitimlerin hangi konularda etkin verildiği konularını değerlendirmek için üçlü likert tipi ölçek kullanılmıştır. Genel olarak hastaların 10 adet ifadeden oluşan ölçeğe tutarlı yanıtlar verdiği, ölçeğin güvenilirlik düzeyinin 0,95 civarında ve oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçekte puanlandırma yapılarak hastaların genel olarak bilgi puanları hesaplanmıştır. Her bir ifade için hastaların Evet=3, Emin değilim=1 Hayır=0 şeklinde puanlanmıştır. Çizelge 4.7’de bilgilendirme ve eğitim konularını içeren likert tipi sorulara verilen ortalama puanlar gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. Hastalık üzerindeki bilgi ve farkındalık bilgi puanlarının değerlendirilmesi

İfade	Ortalama puan	SS	Min	Max
Doktor hastalığının ne olduğunu söyledi ve hastalığım konusunda bana bilgi verdi.	2,52	1,06	0	3
Hastalığın belirtileri ve belirtilerle nasıl başa çıkacağım konusunda bilgi verildi.	2,34	1,20	0	3
Yeniden doktora gelmem gereken acil durumlar konusunda bilgilendirildim.	2,23	1,27	0	3
Doktor bana yazdığı ilaçları niçin kullanmam gerektiği hakkında bilgi verildi.	2,69	0,88	0	3
Doktor (ya da hemşire) ilaçlarımı nasıl kullanacağımı anlattı.	2,67	0,91	0	3
Sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirildim ve doktorum bırakmamı önerdi.	1,54	1,46	0	3
Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulundu.	2,14	1,31	0	3
Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunuldu.	2,43	1,15	0	3
Yaşıma ve cinsiyetime göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirildim	1,95	1,40	0	3
Kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmem gerektiği konusunda bilgilendirildim.	2,65	0,93	0	3

“Doktor bana yazdığı ilaçları niçin kullanmam gerektiği hakkında bilgi verdi”, “Doktor/hemşire ilaçlarımı nasıl kullanacağımı anlattı” ve “Kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmem gerektiği konusunda bilgilendirildim.” ifadeleri hastalara göre bilgilendirmenin en iyi yapıldığı konular olarak görülmektedir. “Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulunuldu.”, “Yaşıma ve cinsiyetime göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirildim. (smear, mamografi, kemik ölçümü, dışkıda gizli kan)” ve “Sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirildim, doktorum bırakmamı önerdi” konuları ise bilgilendirmenin az yapıldığı konular olarak bulunmuştur.

4.5. Hastalık Üzerindeki Bilgi ve Farkındalık Bilgi Puanları

Hastaların eğitim ve bilgilendirme sonucunda oluşturulan ölçekte hastaların hastalık hakkındaki görüşlerinin, genel farkındalık düzeylerinin, yapması veya yapmaması gereken konuların, öz bakımları hakkındaki durumlarının ne düzeyde olduğu gibi ifadeler yer almaktadır. Genel olarak hastaların 14 adet ifadeden oluşan ölçeğe tutarlı yanıtlar verdiği, ölçeğin güvenilirlik düzeyinin 0,98 civarında ve oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçekte puanlandırma yapılarak hastaların genel olarak bilgi puanları hesaplanmıştır. Her bir ifade için hastaların Evet=3, Emin değilim=1 Hayır=0 şeklinde puanlanmıştır. Çizelge 4.8’de bilgilendirmenin hastalık üzerindeki etkisini değerlendiren likert tipi sorulara verilen ortalama puanlar gösterilmiştir.

Çizelge 4.8. Bilgilendirmenin hastalık üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi

İfade	Ortalama puan	SS	Min	Max
Hastalığımla/sağlığımla ilgili olumlu davranış değişikliği geliştirmemi sağladı.	2,62	0,90	0,00	3,00
Hastaneye başvurularım azaldı.	2,11	1,26	0,00	3,00
Hastanede yatış sürem kısaldı.	2,02	1,14	0,00	3,00
Hastalıklardan korunma davranışı kazandırdı.	2,59	0,93	0,00	3,00
Yaşam kalitemi iyileştirdi.	2,18	1,19	0,00	3,00
Başka kişilere bağımlılığımı azalttı.	2,38	1,11	0,00	3,00
Bağımsız yaşayabilme gücümü artırdı.	2,45	1,07	0,00	3,00
Stresle başa çıkmamı geliştirdi.	1,83	1,32	0,00	3,00
Hastalık maliyetimi azalttı.	1,83	1,32	0,00	3,00
Hastalığımla yaşamayı öğrendim.	2,91	0,47	0,00	3,00
Tedaviye uyumum iyileşti.	2,81	0,67	0,00	3,00
Hastalığımla yaşamayı öğrendim.	2,91	0,47	0,00	3,00
Kontrollerime düzenli gitmemi sağladı.	2,74	0,77	0,00	3,00
Hekime güven duygum arttı.	2,84	0,59	0,00	3,00

Hastaların eğitim ve bilgilendirmeden sonra geliştirdikleri ve farkındalıklarını arttırdıkları konular hastalıkla yaşamayı öğrenme (ort. puan=2.91), tedavi için hastanın kendisine düşen görevleri anlaması (ort. puan=2.90), hekime duyulan güven artışı (ort. puan=2.84) ve tedaviye uyum düzeylerinin artması (ort. puan=2.81) olarak sıralanabilir. Gelişimin en düşük düzeyde olduğu konular ise hastanede yatış süresinin azalması (ort. puan=2.02), hastalık maliyetinin azalması (ort. puan=1.83) ve stres ile başa çıkmada eğitimin etkisi (ort. puan=1.83) olarak saptanmıştır.

4.6. Eğitim Alan ve Almayan Grupların İncelenmesi

4.6.1. Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan veya yapılmayan hastaların yaşlarının benzer oranlarda olduğu saptanmıştır. Çalışmada 55 yaş altında, 55-64 ve 65 yaş üzerinde olan hastalarda bilgilendirme ve eğitim oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,15$).

Sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapma oranı medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek, eğitim durumu ve ikamet edilen yer ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların oranlarının cinsiyetlerine göre farklı düzeylerde olduğu saptanmıştır. Erkek hastalara, kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılmaktadır ($p=0,02$).

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların oranlarının gelir düzeylerine farklı düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda gelir düzeyi düşük olan hastaların daha düşük düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı saptanmıştır ($p=0,01$).

Çizelge 4.9'da demografik özelliklere göre sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılma oranları değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.9. Demografik özelliklere göre sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılma oranlarının incelenmesi

Hastaların demografik özellikleri		Sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılması				p
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Yaş	<55 Yaş	128	41,60	24	33,30	0,15
	55-64 Yaş	74	24,00	23	31,90	
	≥65 Yaş	106	34,40	25	34,70	
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	166	53,90	48	66,70	0,02*
	<i>Erkek</i>	142	46,10	24	33,30	
Medeni durum	<i>Evli</i>	221	71,80	52	72,20	0,42
	<i>Bekar</i>	41	13,30	5	6,90	
	<i>Eş Vefat/Ayrılmış</i>	46	14,90	15	20,80	
Çocuk sahibi olma	<i>Evet</i>	266	86,40	63	87,50	0,82
	<i>Hayır</i>	42	13,60	9	12,50	
Öğrenim durumu	<i>Okuryazar Değil</i>	21	6,80	9	12,50	0,08
	<i>İlkokul</i>	112	36,40	31	43,10	
	<i>Ortaokul</i>	26	8,40	5	6,90	
	<i>Lise</i>	76	24,70	11	15,30	
	<i>Üniversite</i>	73	23,70	16	22,20	
Meslek	<i>Kendi İşi</i>	18	5,80	4	5,60	0,47
	<i>İşveren</i>	44	14,30	9	12,50	
	<i>Memur</i>	22	7,10	5	6,90	
	<i>Emekli</i>	138	44,80	34	47,20	
	<i>Öğrenci</i>	9	2,90	1	1,40	
	<i>İşsiz</i>	77	25,00	19	26,40	
Çoğunlukla ikamet edilen bölge	<i>Şehir Merkezi</i>	221	71,80	57	79,20	0,38
	<i>İlçe</i>	56	18,20	9	12,50	
	<i>Köy</i>	31	10,10	6	8,30	
Gelir düzeyi	<i>Düşük-2000TL altında</i>	145	47,10	48	66,70	0,01*
	<i>Orta-2001-5000 TL</i>	137	44,50	16	22,20	
	<i>Yüksek-5001 TL üzeri</i>	26	8,40	8	11,10	

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların sigara kullanma durumlarına göre farklı düzeylerde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda sigara kullanan hastaların daha düşük düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir (p=0,04).

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların alkol kullanma durumlarına göre farklı düzeylerde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda alkol kullanan ve bırakmış olan hastaların daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir (p=0,02).

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların kronik hastalığı nedeni ile kullandığı ilaçların olması durumlarına göre farklı düzeylerde olduğu saptanmıştır. Çalışmada kronik hastalığı nedeni ile kullandığı ilaçların olduğunu ifade eden hastaların daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı saptanmıştır (p=0,01).

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların kronik hastalığı nedeni ile hastaneye yatışının olması durumlarına göre farklı düzeylerde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hastaneye yatışı olduğunu ifade eden hastaların daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir (p=0,01).

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların kronik hastalığı nedeni ile yatış yaptığı hastane tipine göre farklı düzeylerde olduğu saptanmıştır. Çalışmada üniversite hastanesine yatışı olduğunu ifade eden hastaların diğer hastanelerde yatışı olduğunu ifade eden hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla bilgilendirildiği saptanmıştır (p=0,01).

Çizelge 4.10'da hastaların sağlık konusundaki özelliklerine göre sağlık hizmeti sürecinde doktor ve hemşire tarafından bilgilendirme yapılma oranları gösterilmiştir.

Çizelge 4.10. Hastaların sağlık konusundaki özelliklerine göre sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılma oranlarının incelenmesi

Hasta özellikleri		Sağlık hizmeti sürecinde doktor ya da hemşire tarafından bilgilendirme yapılması				P
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Sigara içiyor musunuz?	<i>Hayır</i>	147	47,7	34	47,2	0,04*
	<i>Bırakmış</i>	109	35,4	23	31,9	
	<i>Evet</i>	52	16,9	15	20,8	
Alkol kullanıyor musunuz?	<i>Hayır</i>	220	71,7	55	76,4	0,02*
	<i>Bırakmış</i>	53	17,3	8	11,1	
	<i>Evet</i>	34	11,1	9	12,5	
	<i>Hayır</i>	0	0	0	0,0	
Kronik hastalığınız nedeniyle sürekli kullandığınız ilaç var mı?	<i>Evet</i>	297	96,4	61	84,7	0,01*
	<i>Hayır</i>	11	3,6	11	15,3	
Kronik veya bulaşıcı hastalığınız nedeni ile hastanede yatışınız oldu mu?	<i>Evet</i>	169	54,9	28	38,9	0,01*
	<i>Hayır</i>	139	45,1	44	61,1	
Yatışınız oldu ise hangi sağlık kurumunda yattınız?	<i>Devlet Hastanesi</i>	26	14,7	5	16,1	0,01*
	<i>Eğitim Araştırma Hastanesi</i>	22	12,4	3	9,7	
	<i>Üniversite</i>	111	62,7	16	51,6	
	<i>Diğer</i>	18	10,2	7	22,6	

Hastaların yaşlarının sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılması durumlarına göre farklı olmadığı, bilgilendirme ve eğitim verilen veya verilmeyen hastaların yaş ortalamalarının benzer düzeylerde olduğu saptanmıştır (p=0,52).

Hastaların eğitim alma durumlarına göre çocuk sayılarının farklı oranlarda olduğu tespit edilmiştir (p=0,02). Eğitimli kişiler beklenildiği gibi istatistiksel olarak daha az sayıda çocuk sahibidir.

Katılımcıların boy, kilo, BKİ ölçümleri ile hasta eğitimi alma durumları arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların hasta eğitimi alma durumları ile sigara tüketimi ve sigara içme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p=0,01). Çizelge 4.11'de

hasta ölçümleri ve sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılma durumu değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.11. Hasta ölçümleri ve sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılması

Hasta Ölçümleri	Sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılması						P
	Evet			Hayır			
	n	X	SS	n	X	SS	
Yaş	380	56,08	14,78	72	57,17	14,76	0,52
Çocuk sayısı	329	2,06	1,36	72	2,19	1,32	0,02*
Boy (cm)	380	165,05	9,34	72	162,10	8,71	0,06
Kilo (kg)	380	76,80	15,52	72	76,19	12,89	0,78
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	380	28,18	5,13	72	29,19	5,61	0,13
Sigara adedi	67	3,50	11,78	72	5,58	16,58	0,01*
Sigara içme süresi (Yıl)	67	4,52	12,05	72	6,13	13,37	0,01*

Çalışmamızda eğitim alan katılımcılarda, almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda, hastalıkla ilgili olumlu sağlık davranışlarının daha yüksek düzeylerde geliştiği (p=0,03), hastaneye başvuruların azaldığı (p=0,01), hastanede yatış süresinin azaldığı (p=0,02), yaşam kalitesinin artış gösterdiği (p=0,01), bağımsız yaşayabilme gücünün artış gösterdiği (p=0,01), stresle başa çıkma düzeylerinin arttığı (p=0,04), hastalık maliyetlerinin azalma gösterdiği (p=0,01), hastaların kendilerine düşen görevlerin farkındalığının arttığı (p=0,01), tedavi uyumlarının arttığı (p=0,01), hastalıkları ile yaşamayı öğrenme düzeylerinin arttığı (p=0,01), düzenli olarak kontrollere gitme davranışının arttığı (p=0,01), hekime güvenin daha fazla olduğu (p=0,01) saptanmıştır. Hasta eğitiminin hastalıklardan korunma davranışı kazandırmada etkisi olmadığı tespit edilmiştir (p=0,23). Çizelge 4.12’de eğitim alan ve eğitim almayan gruplarda hastalık ile ilgili bilgi ve farkındalık ifadeleri incelenmiştir.

Çizelge 4.12. Eğitim alan ve eğitim almayan gruplarda hastalık ile bilgi ve farkındalık ifadelerinin incelenmesi

İfadeler	Sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılması				p
	Evet		Hayır		
	X	SS	X	SS	
Hastalığımla/sağlığımla ilgili olumlu davranış değişikliği geliştirmemi sağladı.	2,75	0,78	2,60	0,93	0,03*
Hastaneye başvurularım azaldı.	2,21	1,21	1,72	1,40	0,01*
Hastanede yatış sürem kısaldı.	2,14	1,16	1,92	1,12	0,02*
Hastalıklardan korunma davranışı kazandırdı.	2,70	0,81	2,65	0,79	0,23
Yaşam kalitemi iyileştirdi.	2,48	0,99	2,28	1,13	0,01*
Başka kişilere bağımlılığımı azalttı.	2,55	0,98	2,14	1,19	0,01*
Bağımsız yaşayabilme gücümü artırdı.	2,60	0,97	2,31	1,12	0,01*
Stresle başa çıkmamı geliştirdi.	1,90	1,31	1,76	1,29	0,04*
Hastalık maliyetimi azalttı.	2,14	1,23	1,61	1,34	0,01*
Hastalığının tedavisi için bana düşen görevler olduğunu anladım ve kabul ettim.	2,94	0,41	1,99	0,33	0,01*
Tedaviye uyumum iyileşti.	2,89	0,47	2,03	0,63	0,01*
Hastalığımla yaşamayı öğrendim.	2,93	0,40	2,55	0,48	0,01*
Kontrollerime düzenli gitmemi sağladı.	2,87	0,56	2,66	0,78	0,01*
Hekime güven duygum arttı.	2,93	0,40	2,47	0,46	0,01*

Çalışmamızda eğitim alan ve almayan hastalar genel olarak değerlendirildiğinde, eğitim alan hastalarda hastalıklarını tanıma, farkındalık, tedavi uyumu, hastalıkla yaşama, hekime güven düzeylerinin eğitim veya bilgilendirme almayan hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Hastanın doktor veya hemşire tarafından bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesinin hastaların hastalığı, tedavisi, kontrolleri ve sağlık süreçlerine karşı olan farkındalıklarını arttırdığı tespit edilmiştir (p=0,01).

Bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeyleri ile bilgilendirme düzeyleri arasında pozitif düzeyde, orta düzeyde güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bilgilendirme yapılan hastalarda bilgilendirilme ne kadar etkin yapılırsa hastalık üzerindeki olumlu etkinin de bir o kadar yüksek olabileceği tespit

edilmiştir. Çalışmamızda hastalarda hastalıklarını tanıma, farkındalık, tedavi uyumu, hastalıkla yaşama, hekime güven düzeyleri artışı gösteren hastaların hastalığı, tedavisi, kontrolleri ve sağlık süreçlerine karşı olan farkındalık düzeylerinin de artış göstereceği saptanmıştır ($r=0,48$, $p=0,01$, $p<0,05$).

Çizelge 4.13'te eğitim alan ve eğitim almayan gruplarda genel hastalık ile bilgi ve farkındalık ifadeleri incelenmiştir.

Çizelge 4.13. Eğitim alan ve eğitim almayan gruplarda genel hastalık ile bilgi ve farkındalık ifadelerinin incelenmesi

Sağlık hizmeti sürecinde doktora veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılması		n	X	SS	P
Bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi	<i>Evet</i>	308	2,50	0,48	0,01*
	<i>Hayır</i>	72	2,23	0,57	

4.7. Bilgilendirme Yapılan Grupta Hasta Özelliklerine Göre Bilgilendirme Ve Bilgilendirmenin Hastalık Üzerindeki Olumlu Etkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin yaş gruplarına göre benzer düzeylerde olduğu ($p>0,05$), bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların cinsiyetlerine göre benzer düzeylerde olduğu ($p>0,05$), bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların medeni durumlarına göre benzer düzeylerde olduğu ($p>0,05$), bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çizelge 4.14'te bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkililiği incelenmiştir.

Çizelge 4.14. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilendirme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi

Hasta özellikleri (n=308)		Bilgilendirme		Bilgilendirmenin Hastalık Üzerindeki Olumlu Etkisi	
		X±SS	p	X±SS	P
Yaş grubu	<i>55 yaş altında</i>	2,29±0,61	0,15	2,42±0,56	0,82
	<i>55-64 yaş</i>	2,43±0,53		2,48±0,42	
	<i>65 yaş ve üzeri</i>	2,26±0,71		2,46±0,5	
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	2,29±0,64	0,56	2,47±0,49	0,52
	<i>Erkek</i>	2,35±0,62		2,41±0,53	
Medeni durum	<i>Evlü</i>	2,35±0,61	0,24	2,45±0,52	0,42
	<i>Bekar</i>	2,24±0,59		2,44±0,37	
	<i>Eş Vefat/Ayrılmış</i>	2,22±0,74		2,41±0,56	
Çocuk sahibi olma	<i>Evet</i>	2,34±0,63	0,26	2,46±0,52	0,21
	<i>Hayır</i>	2,16±0,58		2,35±0,44	

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların eğitim düzeylerine göre farklı seviyede olduğu tespit edilmiştir. Farkın nedeni, daha yüksek eğitimlilere göre okuryazar olan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin düşük düzeylerde olmasıdır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların meslek durumlarına göre benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların çoğunlukla ikamet edilen bölgeye göre farklı seviyede olduğu tespit edilmiştir. Farkın nedeni olarak köylerde yaşayan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin düşük düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların gelir düzeylerine göre farklı seviyede olduğu tespit edilmiştir. Farkın nedeni olarak orta, yüksek gelir düzeyi olan hastaları bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.15'te bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi incelenmiştir.

Çizelge 4.15. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi

Hasta özellikleri (n=308)		Bilgilendirme		Bilgilendirmenin Hastalık Üzerindeki Olumlu Etkisi	
		X±SS	p	X±SS	p
Öğrenim durumu	<i>Okuryazar Değil</i>	1,95±0,73	0,01*	2,33±0,54	0,04*
	<i>İlkokul</i>	2,31±0,63		2,47±0,49	
	<i>Ortaokul</i>	2,38±0,72		2,46±0,65	
	<i>Lise</i>	2,42±0,58		2,49±0,54	
	<i>Üniversite</i>	2,32±0,56		2,50±0,42	
Çalışma durumu	<i>Kendi İşi</i>	2,03±0,73	0,09	2,38±0,73	0,06
	<i>İşveren</i>	2,38±0,61		2,51±0,48	
	<i>Memur</i>	2,20±0,76		2,53±0,61	
	<i>Emekli</i>	2,35±0,63		2,43±0,5	
	<i>Öğrenci</i>	2,18±0,64		2,3±0,52	
	<i>İşsiz</i>	2,32±0,56		2,44±0,45	
Çoğunlukla ikamet edilen yer	<i>Şehir Merkezi</i>	2,33±0,66	0,04*	2,45±0,50	0,04*
	<i>İlçe</i>	2,32±0,50		2,49±0,46	
	<i>Köy</i>	2,16±0,61		2,36±0,6	
Gelir düzeyi	<i>Düşük-2000 TL Altında</i>	2,21±0,67	0,02*	2,38±0,52	0,01*
	<i>Orta-2001-5000 TL</i>	2,47±0,53		2,52±0,49	
	<i>Yüksek-5001 TL Üzeri</i>	2,21±0,68		2,48±0,48	

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların sigara içme ve alkol kullanma durumlarına göre farklı seviyede olduğu tespit edilmiştir. Farkın nedeni, sigara içen ve alkol kullanan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin düşük düzeylerde olmasıdır ($p<0,05$).

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilenme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların kronik hastalık nedeni ile ilaç kullanma durumlarına göre farklı seviyede olduğu tespit edilmiştir. İlaç kullanmayan hastalara göre, kronik hastalıkları nedeni ile ilaç kullanan hastalarda hasta eğitimi hastalık üzerinde daha fazla olumlu etki göstermektedir ($p<0,05$). Çizelge 4.16'da bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi incelenmiştir.

Çizelge 4.16. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilenme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi

Hasta özellikleri (n=308)		Bilgilendirme		Bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi	
		X±SS	P	X±SS	P
Sigara içme	<i>Hayır</i>	2,37±0,58	0,04*	2,50±0,52	0,04*
	<i>Bırakmış</i>	2,39±0,67		2,42±0,49	
	<i>Evet</i>	2,29±0,68		2,33±0,50	
Alkol kullanma	<i>Hayır</i>	2,31±0,65	0,03*	2,45±0,51	0,03*
	<i>Bırakmış</i>	2,42±0,51		2,48±0,42	
	<i>Evet</i>	2,20±0,66		2,30±0,59	
Kronik hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanma	<i>Evet</i>	2,35±0,61	0,01*	2,45±0,5	0,04*
	<i>Hayır</i>	1,81±0,77		2,35±0,67	

Hasta eğitimi, kronik hastalık nedeniyle hastane yatışı olan hastalarda hastane yatışı olmayanlara göre hastalık üzerinde daha olumlu etki yapmaktadır ($p<0,05$). Yatış yapılan hastanenin tipi ile hasta eğitiminin hastalık üzerindeki etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$). Birinci basamak sağlık kuruluşları hasta eğitimlerini daha etkili yapmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında alınan hasta eğitimi hastanın sağlığı üzerinde daha olumlu etki yapmaktadır. Çizelge 4.17’de bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilendirme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi gösterilmiştir.

Çizelge 4.17. Bilgilendirme yapılan hastaların özelliklerinin bilgilendirme ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi bakımından incelenmesi

Hasta özellikleri (n=308)		Bilgilendirme		Bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etkisi	
		X±SS	p	X±SS	p
Kronik veya bulaşıcı hastalığınız nedeni ile hastanede yatışınız oldu mu?	<i>Evet</i>	2,43±0,55	0,01*	2,48±0,47	0,01*
	<i>Hayır</i>	2,19±0,69		2,31±0,54	
Yatışınız oldu ise hangi sağlık kurumunda yattınız	<i>Devlet Hastanesi</i>	2,37±0,78	0,01*	2,56±0,59	0,01*
	<i>Eğitim Araştırma Hastanesi</i>	2,44±0,5		2,39±0,38	
	<i>Üniversite</i>	2,50±0,46		2,53±0,46	
	<i>Diğer</i>	2,13±0,55		2,29±0,47	
Aldığınız hasta eğitiminin içeriği	<i>Sözlü</i>	2,50±0,46	0,01*	2,51±0,44	0,01*
	<i>Yazılı Doküman</i>	2,45±0,53		2,42±0,64	
	<i>Multi Medya Tabanlı Eğitim</i>	2,13±0,63		2,22±0,44	
Hastalığınız ile ilgili bilgi veya eğitim aldığınız sağlık kuruluşu	<i>Birinci Basamak</i>	2,64±0,37	0,01*	2,32±0,54	0,03*
	<i>İkinci Basamak</i>	2,48±0,55		2,39±0,57	
	<i>Üçüncü Basamak</i>	2,47±0,47		2,54±0,43	

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan hastaların bilgilendirme düzeylerinin tedavi uyumu, hasta farkındalığı, hastanın bağımlılığının azaltılması, stres ve kaygı, tedavi maliyetleri ve doktorlara olan güven düzeyine olan etkilerinin incelendiği çalışmamızda anket yöntemi ile toplanan veriler incelenmiştir. Çalışmada iki farklı puan ölçeği kullanılmıştır. İlk ölçek hastanın doktor tarafından bilgilendirme düzeyleri ile ilgili ölçektir. Diğeri ise hastaların bilgilendirme sonrasındaki tedavi uyumu, hasta farkındalığı, hastanın bağımlılığının azaltılması, stres ve kaygı, tedavi maliyetleri ve doktorlara olan güven düzeylerindeki artışın izlendiği diğeri ölçektir. Bu bağlamda çalışmaya dahil edilen hastaların bilgilendirilme düzeyleri ile bilgilendirme sonrasındaki tedavi uyumu, hasta farkındalığı, hastanın bağımlılığının azaltılması, stres ve kaygı, tedavi maliyetleri ve doktorlara olan güven düzeylerindeki gelişimler incelenmiştir.

Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalar arasından basit rastgele yöntem ile seçilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların %40'ının 55 yaş ve altında, %26'sının 55-64 yaş arasında, %34'ünün ise 65 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Hastaların %56'sının kadın, %44'ünün erkek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %72'sinin evli, %12'sinin bekar ve %16'sının dul veya boşanmış olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların %87'sinin çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %8'inin okuryazar değil, %38'inin ilkokul, %8'inin ortaokul, %23'ünün lise, %23'ünün üniversite düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmüştür. Hastaların %6'sı kendi işlerini yapmakta, %14'ü işveren, %7'si memur, %45'i emekli, %3'ü öğrenci, %25'inin ise gelir getirici bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %73'ünün şehir merkezlerinde, %17'sinin ilçelerde, %10'unun ise çoğunlukla köy bölgelerinde ikamet ettikleri tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların %51'inin düşük, %40'ının orta ve %9'unun yüksek düzeyde gelir düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların %48'inin sigara kullanmadığı, %35'inin bırakmış olduğu, %17'sinin ise sigara içtiği saptanmıştır. Hastaların %73'ünün

alkol kullandığı, %16'sının bırakmış olduğu, %11'inin ise alkol kullandığı tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların tamamının bilinen kronik veya bulaşıcı bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Hastaların %94'ünün kronik bir hastalığı nedeni ile ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Hastaların %52'si kronik hastalıkları nedeni ile en bir kez hastaneye yatış yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %17'sinin yatış yaptığı hastanenin devlet hastanesi, %14'ünün eğitim araştırma hastanesi ve %69'unun üniversite hastanesi olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların ortalama yaşlarının $56,28 \pm 14,76$ olduğu ve çocuk sayılarının $2,08 \pm 1,35$ olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların ortalama boy ölçümlerinin $164,46 \pm 9,28$ olduğu, kilo ölçümlerinin $76,69 \pm 15,04$ ve BKİ indekslerinin ortalama olarak $28,37 \pm 5,23$ olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanan hastaların ortalama olarak günde $15,23 \pm 12,83$ adet sigara içtiği ve sigara içen hastaların ortalama $11,52 \pm 12,31$ yıldır sigara içmeyi sürdürdüğü tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların %81'i (n=308) sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapıldığını, %19'u (n=72) yeterince ve hiç bilgilendirme yapılmadığını ifade etmişlerdir. Literatür incelendiği zaman Brown çalışmasında (75) hastaları bilgilendirme oranlarının %84 olduğunu ifade etmiştir. Satterfield araştırmasında (76) hastaların %74'ünün açıklayıcı şekilde bilgilendirildiğini göstermiştir. Walker (77) ise yapılan bilgilendirmenin hastaların %80'i tarafından algılanabildiğini göstermiştir. Literatürdeki sonuçlar incelendiğinde çalışma bulguları ile benzer şekilde olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda eğitim aldığını ifade eden hastaların %80'inin sözel, %17'sinin yazılı ve %4'ünün multimedya tabanlı sistem ile bilgilendirildiği tespit edilmiştir. Genel olarak hastaların daha çok sözel olarak bilgilendirildiği saptanmıştır. Yapılan literatür çalışmaları incelenmiş olup bu konuyla ilgili çalışma bulunamamıştır.

Hastaların %8'i hastalıkları hakkındaki eğitimleri veya bilgilendirmelerini birinci basamak sağlık kuruluşlarında, %22'si ikinci basamak sağlık kuruluşlarında ve %69'u üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında aldıklarını ifade etmişlerdir. Hastalığı hakkında bilgilendirmelerin daha yüksek oranda üçüncü basamak

hastanelerde yapıldığı görülmektedir. Hastaların daha alt düzeyde basamağa sahip olan kuruluşlarda eğitim ve bilgilendirme almasının hastalıkları hakkındaki bilgi, farkındalık ve uyum düzeylerinin artış göstermesinde daha etkili olabileceği görülmüştür. Literatür çalışmaları incelenmiştir. Bu konuyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların hastaneye başvurdukları zaman yapılan bilgilendirme veya eğitimlerin hangi konularda etkin verildiği konusunda hastalara uygulanan ölçekte likert tipinde ölçek kullanılmıştır. Ölçekler evet, hayır ve emin değilim şeklinde oluşturulmuştur. Genel olarak hastaların 10 adet ifadeden oluşan ölçeğe tutarlı yanıtlar verdiği, ölçeğin güvenilirlik düzeyinin 0,95 civarında ve oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçekte puanlandırma yapılarak hastaların genel olarak bilgi puanları hesaplanmıştır. İfadeler incelendiğinde hastaların eğitim ve bilgilendirmeden sonra geliştirdikleri ve farkındalıklarını arttırdıkları konular hastalıkla yaşamayı öğrenme (ort. puan=2,91), tedavi için hastanın kendisine düşen görevleri anlaması (ort. puan=2,90), hekime duyulan güven artışı (ort. puan=2,84) ve tedaviye uyum düzeylerinin artması (ort. puan=2,81) olarak sıralanabilir. Gelişimin en düşük düzeyde olduğu konular ise hastanede yatış süresinin azalması (ort. puan=2,02), hastalık maliyetinin azalması (ort. puan=1,83) ve stres ile başa çıkmada eğitimin etkisi (ort. puan=1,83) olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda en yüksek bilgilendirilmelerinin ilaçları niçin kullanması gerektiği hakkında (%89), ilaçları nasıl kullanacağı hakkında (%88), kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmesi gerektiği konusunda (%87) ve doktorun hastalığın ne olduğunu söylemesi ve hastalık konusunda (%83) bilgi verilmesi konularında olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulunulması (%69), yaşa ve cinsiyete göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirilme (%63) ve sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirilme, doktorun bırakmayı önermesi (%49) konularında yapılan bilgilendirilmelerin ise en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastalar bu konularda daha az bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Yapılan literatür çalışmaları incelenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda hasta eğitiminin detaylı içeriği ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Alınan eğitim ve bilgilendirme sonucunda hastaların büyük çoğunluğu hastalıkları konusunda olumlu değişiklikler sağladıklarını, kendilerine düşen görevlerin farkına vardıklarını, tedavi uyumlarının arttığını, hastalıkları ile yaşamayı öğrendiklerini, düzenli kontrole gitme düzeylerinin arttığını, hekimlere karşı olan güven düzeylerinin arttığını, hastaneye daha az başvurduklarını, hastaneye daha az yatış yaptıklarını, yaşam kalitelerinin arttığını, stres ile başa çıkabildiğini, hastalık maliyetlerinin azaldığını belirtmiştir ($p<0,05$). Literatür incelendiği zaman destekleyici birçok çalışma olduğu görülmüştür. Scott ve arkadaşlarının çalışmasında (78) eğitim alan hastalarının hastalık ile ilgili öz farkındalıklarının daha yüksek düzeylerde olduğu, diyabet eğitimi alan hastalarda hipoglisemi geçirme oranlarının az olduğu, bunun eğitim sonrasında hastaların geliştirdikleri farkındalıkları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Scott ve arkadaşlarının çalışmasında, insülin kullanan 197 diyabetik hasta, diyabet eğitimi alanlar ve almayanlar olarak gruplandırılarak hastaneye yatış açısından değerlendirilmiş; diyabet eğitimi alan gruptan sadece 9 hastanın hastaneye yattığı, diyabet eğitimi almayan gruptan ise 70 hastanın hastaneye yattığı tespit edilmiştir. Geller ve arkadaşları çalışmalarında (79) sadece hastaların eğitilmesi ile hastaneye yatış oranlarının %27 ile %38 arasında düştüğünü belirtmişlerdir. Bu sayede hem hastalık maliyetlerinin azaltılması, hem de sağlık sistemindeki kapasitenin korunmasının mümkün olabileceğini göstermişlerdir. Norris ve arkadaşları (80) bilgilendirme ve eğitimin hastanın yaşam kalitesini yükselteceğini ifade etmiştir. Huffman yaptığı çalışmada (81) etkili hasta eğitimi ile hastaların öz bakımlarını destekleyerek yaşam tarzı değişikliğinin sağlandığını; eğitim alan hastalarda başka bireylere olan bağımlılığın azaldığını; hasta eğitimlerinin ve bilgilendirmelerinin tedavi sonuçlarına ve hastalık yönetimi üzerine olumlu sonuçlar verdiğini bildirmiştir. Eğitim alan hastalarda tedavi uyumu ve sonrasında ise hastalık üzerinde olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Huffman eğitim verilen hastaların yaşadıkları semptomların değişiminin izlenmesi açısından hastanın farkındalığının artış sağlaması hem hasta açısından, hem de sağlık sisteminin yoğunluğunun önlenmesi açısından önemli olduğunu bildirmiştir. Huffman hasta bilgilendirmelerinin hem hastalığın önlenmesinde önemli olduğunu hem de optimum düzeyde tedavi maliyetlerinin azaltılması konusunda önemli bir durum

olduğunu ifade etmiştir. Tel ve Akdemir'in çalışmasında (82) planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumları üzerinde etkili olduğunu; eğitim alan hastaların hastalıkları ile baş etme düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (82). Korhonen ve arkadaşları (83), Kovacs ve arkadaşları (84), Lustman ve arkadaşları (85), Jacobson ve arkadaşları (86), Weinger ve arkadaşları (87) çalışmalarında hastalık hakkındaki bilgilendirilmeyen grupların anksiyete, depresyon ve kendine güvensizlik düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır. Nguyen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (88), hasta bilgilendirmesinin, dispne semptom puanını azalttığını ama aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığını bulmuştur. Liddy ve arkadaşları (89) bilgilendirme ve eğitimin hastalığın etkileri üzerine pozitif anlamlı olduğunu; açıklayıcı olarak yapılan bilgilendirmelerin hastanın hastalığına bakışını olumlu olarak değiştireceğini ve bunun sağlık ve sosyal olarak hastaya olumlu olarak yansıtacağını ifade etmiştir. Sidhu ve arkadaşlarının çalışmasında (90) hastalık konusunda yapılan bilgilendirmelerin ve hasta eğitimlerinin hastanın semptomlarını azalttığı saptanmıştır. Eakin ve arkadaşları çalışmalarında (91) hastanede hastalarla yüz yüze yapılan hasta koçluğunun hastalık semptomlarını azalttığı sonucuna ulaşmıştır. Brown çalışmasında (75) hastalığın tedavi etkinliğinin hastanın sağlığına kavuşmasında ne denli önemli ise hasta bilgilendirmesinin de en az tedavi etkinliği kadar önemli olduğunu vurgulamıştır. Hastanın bilgilendirmesinin farkındalık, beslenme, fiziksel aktivite yapma, zararlı alışkanlardan uzak durma ve hastanın genel psikolojik durumu üzerinde etkili olabileceğini ifade etmiştir. Norris ve arkadaşları (80) bilgilendirme ve eğitimin hastanın yaşam kalitesini yükselteceğini ifade etmiştir. Norris ve arkadaşları bilgilendirme sonrasında ise hastanın kendi kendine izlem yapması tedavi, metabolik kontrol, akut ve kronik komplikasyonların erken tanısı ve önlenmesi konusunda hastaya avantajlar sağlayacağını ve tedavi masraflarının azaltacağını belirtmişlerdir. Tel ve Akdemir çalışmaları (82) sonucunda planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumları üzerinde etkili olduğu; eğitim alan hastaların hastalıkları ile baş etme düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Glasgow ve arkadaşları (92) bilgilendirme yapılan hastaların hastalık ile ilgili olarak öz bakımlarını daha iyi yaptıkları, beslenme,

egzersiz ve tedavi uyumunda eğitim almayan gruplara göre daha iyi düzeylerde olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda eğitim alan ve almayan hastalar genel olarak değerlendirildiğinde, eğitim alan hastalarda hastalıklarını tanıma, farkındalık, tedavi uyumu, hastalıkla yaşama, hekime güven düzeylerinin eğitim veya bilgilendirme almayan hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastanın bilgilendirilmesi ve eğitim alması hastalığı, tedavisi, kontrolleri ve sağlık süreçlerine karşı olan farkındalıklarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeyleri ile bilgilendirme düzeyleri arasında pozitif düzeyde, orta düzeyde güçte ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bilgilendirme yapılan hastalarda bilgilendirilme ne kadar etkin yapılırsa hastalık üzerindeki olumlu etkinin de bir o kadar yüksek olabileceği saptanmıştır. Çalışmamızda hastalıklarını tanıma, farkındalık, tedavi uyumu, hastalıkla yaşama, hekime güven düzeyleri artış gösteren hastaların hastalığı, tedavisi, kontrolleri ve sağlık süreçlerine karşı olan farkındalık düzeylerinin de artış göstermesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların yaşlarına, medeni durumlarına, çocuk sahibi olma durumuna, meslek türüne, BKİ ölçümlerine göre değişmediği ve benzer olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilendirme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların cinsiyet, eğitim, ikamet edilen bölge, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalığı nedeni ile ilaç kullanımı ve kronik hastalığı nedeni ile yatış durumlarının bilgilendirme tiplerine göre, bilgilendirme yapan kuruluşa göre farklı seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kadın hastaların ($p=0,02$) ve düşük gelirli olanların ($p=0,01$) daha düşük düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir.

Okuryazar olan, köylerde yaşayan, sigara içen ve alkol alan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin düşük düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Redman çalışmasında (93) ileri

yaştaki hastaların ve eğitim düzeyi düşük olan hastaların bilgilendirme süreçlerinde daha açıklayıcı şekilde bilgi verilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Rosenstock'e göre (94) öğrenme üzerine etkisi olabilen başlıca faktörler, yaş, cinsiyet, okur-yazarlık düzeyi ve eğitim düzeyidir. Hastaların ileri yaşta olması, eğitim düzeyinin yüksek olmaması gibi faktörlerin eğitim ve bilgilendirmelerinin etkinliğini azaltabileceği, bu gruplarda daha farklı eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir Satterfield çalışmasında (76) bilgilendirme yaparken hastanın yaş, eğitim, kronik hastalığı olması, gelir düzeyi, inançlarına göre farklı şekilde bilgilendirilmelerinin yapılmasının hastalık süreçlerini daha olumlu etkileyeceğini ifade etmiştir. Çalışmamızda eğitimin etkisi yaşa göre değişmemekte, eğitim düzeyi düşük olanlarda olumlu etki düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Düşük eğitim seviyesine sahip kişilerin okuduğunu anlama ve uygulama becerilerinin yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kronik hastalığı nedeni ile ilaç kullanan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı nedeni ile hastanede yatış yapan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Bu konuyla ilgili yapılan uluslararası çalışmalar aranmıştır. Yapılan çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızda multimedya tabanlı eğitim ile bilgilendirme yapılan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin düşük düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Dahodwala ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (43) video tabanlı eğitim müdahalelerinin yatan hasta ortamlarında hasta sonuçlarına etkisi araştırılmış ve video tabanlı eğitim müdahalelerinin hasta sonuçları üzerinde kontrol gruplarındaki standart eğitime kıyasla anlamlı bir olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Ihrig ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (44) ameliyattan bir gün önce katılımcıların yarısına multimedya destekli eğitim, diğer yarısına standart eğitim verilmiştir. Çalışma sonucunda, multimedya destekli eğitim alan hastaların hasta memnuniyetlerinin yüksek olduğu ve bu hastaların cerrahi girişimler için daha az anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Farkın nedeninin, çalışmamızda multimedya tabanlı eğitim alan hastaların az sayıda olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda birinci basamak hastanelerde bilgilendirmenin daha iyi yapıldığı, üçüncü basamak hastanelerdeki hastaların ise bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin daha yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Bu konuyla ilgili yapılan uluslararası çalışmalar aranmıştır. Yapılan çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızda bilgilendirme yapılmasının tedavi süreçlerine, hastalık hakkındaki farkındalıkların gelişmesine, düzenli kontrole gelme durumuna ve hasta psikolojisine olumlu etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle birimlerin hasta bilgilendirme konusunda etkinliklerini sağlamaları gerekmektedir.

Thomas ve arkadaşları (95) kronik hastalığa sahip olan bireyler için özellikle hasta eğitim ve bilgilendirmelerinin daha önemli olduğunu ve eğitimlerin belli süreler boyunca devam ettirilmesinin ve tekrar edilmesinin gerekli olduğunu; ayrıca sürekli olarak eğitim veren birimlerin eğitim etkinlik düzeylerinin belirli aralıklarla ölçülmesinin gerekli olduğunu bildirmektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki listelerde özet olarak verilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik ve diğer özellikleri aşağıda yer alan özet verilerde olduğu gibidir.

- Hastaların %40'ı 55 yaş ve altında, %26'sı 55-64 yaş arasında, %34'ü 65 yaş üzerindedir. Hastaların ortalama yaşları $56,28 \pm 14,76$ 'dır.
- Hastaların %56'sı kadın, %44'ü erkektir.
- Hastaların %72'si evli, %12'sinin bekar ve %16'sı dul veya boşanmıştır.
- Hastaların %87'si bir veya daha fazla çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olan hastaların ortalama çocuk sayılarının $2,08 \pm 1,35$ olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %8'i okuryazar değildir. %38'i ilkokul, %8'i ortaokul, %23'ü lise, %23'ü üniversite düzeyinde eğitime sahiptir.
- Hastaların %6'sı kendi işlerini yapmakta, %14'ü işveren, %7'si memur, %45'i emekli, %3'ü öğrencidir. Yüzde 25'i ise gelir getirici bir işte çalışmamaktadır.
- Katılımcıların %73'ü şehir merkezlerinde, %17'si ilçelerde, %10'u ise çoğunlukla köy bölgelerinde ikamet etmektedir.
- Çalışmamıza katılan hastaların %51'i düşük, %40'ı orta ve %9'u yüksek düzeyde gelir düzeylerine sahiptir.
- Çalışmamıza katılan hastaların %48'inin sigara kullanmadığı, %35'inin bırakmış olduğu, %17'sinin ise sigara içtiği, %73'ünün alkol kullanmadığı, %16'sının alkolü bırakmış olduğu, %11'inin ise alkol kullandığı saptanmıştır.
- Hastaların %94'ü kronik bir hastalığı nedeni ile ilaç kullanmaktadır.
- Hastaların %52'si kronik hastalıkları nedeni ile en bir kez hastaneye yatmıştır ve %17'si yatış yaptığı hastanenin devlet hastanesi, %14'ü eğitim araştırma hastanesi ve %69'u üniversite hastanesi olduğunu bildirmiştir.

- Hastaların ortalama boy ölçümlerinin $164,46 \pm 9,28$ olduğu, kilo ölçümlerinin $76,69 \pm 15,04$ ve BKİ indekslerinin ortalama olarak $28,37 \pm 5,23$ olduğu tespit edilmiştir.
- Sigara kullanan hastaların ortalama olarak günde $15,23 \pm 12,83$ adet sigara içtiği ve sigara içen hastaların ortalama $11,52 \pm 12,31$ yıldır sigara içmeyi sürdürdüğü tespit edilmiştir.
- Hastaların %81'i sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapıldığını; %19'u yeterince ve hiç bilgilendirme yapılmadığını bildirmiştir.
- Eğitim aldığını ifade eden hastaların %80'i sözel, %17'si yazılı ve %4'ü multimedya tabanlı sistem ile bilgilendirildiğini bildirmiştir.
- Hastaların %8'i hastalıkları hakkındaki eğitimleri veya bilgilendirmelerini birinci basamak sağlık kuruluşlarında, %22'si ikinci basamak sağlık kuruluşlarında ve %69'u üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında aldıklarını ifade etmişlerdir.
- Hastaların %83'ü "*Doktor hastalığımın ne olduğunu söyledi ve hastalığım konusunda bana bilgi verdi.*" ifadesiyle bilgilendirildiğini belirtmişlerdir.
- Araştırmamızda "*Hastalığın belirtileri ve bu belirtilerle nasıl başa çıkacağım konusunda bilgi verildi.*" ifadesinde ise %76, "*Yeniden doktora gelmem gereken acil durumlar konusunda bilgilendirildim.*" ifadesinde %72 oranında bilgilendirme yapıldığı saptanmıştır.
- Hastaların %89'u "*Doktor bana yazdığı ilaçları niçin kullanmam gerektiği hakkında bilgi verdi.*" ve %49'u "*Sigara ve alkolün zararları hakkında ile bilgilendirildim.*" şeklinde ifade etmişlerdir.
- Hastalar fiziksel egzersiz ve kilo verme konusunda %69, sağlıklı beslenme konusunda %80 oranında bilgilendirildiğini ifade etmişlerdir.
- Hastaların %63'ü yaşına ve cinsiyetine göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında, %87'si kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole geleceği konusunda bilgilendirildiğini belirtmiştir.
- Çalışmamızda en yüksek bilgilendirilmelerinin ilaçları niçin kullanması gerektiği hakkında (%89), ilaçları nasıl kullanacağı hakkında (%88),

kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelinmesi gerektiği konusunda (%87) ve doktorun hastalığın ne olduğunu söylemesi ve hastalık konusunda (%83) bilgi verilmesi konularında olduğu tespit edilmiştir.

- Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulunulması (%69), yaşa ve cinsiyete göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirilme (%63) ve sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirilme, doktorun bırakmasını önermesi (%49) konularında yapılan bilgilendirilmelerin ise en düşük düzeyde olduğu görülmüştür.
- Hastaların %96'sı aldıkları bilgilendirme ile hastalıkları ile yaşamayı öğrendiklerini, %90'ı aldıkları bilgilendirme ile düzenli kontrole gitme düzeylerinin arttığını, %90'ı aldıkları bilgilendirme ile hekimlere karşı olan güven düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir. Bu konuların eğitim ve bilgilendirmenin en yüksek olumlu etkiyi yarattığı konu olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların %65'i aldıkları bilgilendirme sonucunda hastaneye daha az başvurduklarını, %56'sı aldıkları bilgilendirme sonucunda hastanede daha az yatış yaptıklarını, %66'sı aldıkları bilgilendirme sonucunda yaşam kalitelerinin arttığını, %54'ü aldıkları bilgilendirme ile stres ile başa çıkabildiğini, %55'i aldıkları bilgilendirme ile hastalık maliyetlerinin azaldığını ifade etmişlerdir. Bu konuların eğitim ve bilgilendirmenin en düşük düzeyde olumlu etkiyi yarattığı konu olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların yaşlarına, medeni durumlarına, çocuk sahibi olma durumuna, meslek türüne, BKİ ölçümlerine göre değişmediği ve benzer olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda kadın hastaların daha düşük düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların oranlarının gelir düzeylerine göre farklı düzeylerde olduğu ve gelir düzeyi düşük olan hastaların daha düşük düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir.

- Çalışmamızda bilgilendirme yapılan gruplarda hastaların bilgilendirme düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin hastaların eğitim düzeylerine ve ikamet edilen bölgeye göre farklı seviyede olduğu tespit edilmiştir. Farkın nedeni, okuryazar olan ve köylerde yaşayan hastaların bilgi düzeylerinin ve bilgilendirmenin hastalık üzerindeki olumlu etki düzeylerinin düşük düzeylerde olmasıdır ($p<0,05$).
- Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların sigara kullanma durumlarına göre farklı düzeylerde olduğu ve sigara kullanan hastaların daha düşük düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastalar arasında alkol kullanan ve bırakmış olan hastaların daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı tespit edilmiştir.
- Hastaların eğitim alma durumlarına göre tükettikleri sigara sayılarının ve sigara içme sürelerinin farklı oranlarda olduğu tespit edilmiştir. Farkın nedeninin, sigara içen hastalarda eğitim almayan grupta yer alan hastaların eğitim alan gruba göre daha fazla sayıda ve daha uzun süre sigara içmesi olduğu tespit edilmiştir.
- Bilgilendirme yapılan gruplarda sigara ve alkol gibi kötü alışkanlıkları bırakma oranlarının yüksek olması bilgilendirmelerinin etkinliğinin bir göstergesi olarak görülebilir. Benzer şekilde bakılırsa bilgilendirme almamış olan gruplarda sigara ve alkol kullanma oranlarının yüksek olması şaşırtıcı değildir.
- Çalışmamızda kronik hastalığı nedeni ile kullandığı ilaçların olduğunu ifade eden hastaların daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı saptanmıştır.
- Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların kronik hastalığı nedeni ile hastaneye yatışının olması durumlarına göre farklı düzeylerde olduğu; hastaneye yatışı olduğunu ifade

eden hastaların daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılan grupta yer aldığı saptanmıştır.

- Çalışmamızda sağlık hizmeti sürecinde doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların kronik hastalığı nedeni ile yatış yaptığı hastane tipine göre farklı düzeylerde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda üniversite hastanesine yatışı olduğunu ifade eden hastaların daha yüksek düzeyde bilgilendirme yapılan grupta, diğer sağlık kurumlarına yatışı olduğunu ifade eden hastaların ise eğitim almayan grupta yer aldığı saptanmıştır.



7. ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen sonuçlar ve incelenen literatür sonrasında aşağıdaki sıralanan öneriler geliştirilebilir:

- Hastalara yapılan bilgilendirmelerinin hastaların hastalık hakkındaki farkındalık düzeylerini arttırdığı, hastaların hastalıklarına yönelik tedavi uyum düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmeti verilen her hastaya hastalıkları ve tedavilerinin seyri ile ilgili olarak detaylı şekilde bilgilendirme yapılması sağlık sonuçlarını olumlu etkileyeceği için önemlidir
- Hastaya yapılacak bilgilendirmelerinin doktor veya hemşireler tarafından oldukça açıklayıcı, tıbbi terimlerini içermeyen ve net ifadeler ile sözlü bir şekilde yapılması gerektiği görülmüştür. Sadece yazılı şekilde yapılan bilgilendirmelerinin çok etkin olmadığı görülmüştür.
- Yapılacak olan bilgilendirmeler hastanın başvurduğu sağlık kurumunun basamağına bağlı olarak farklı olabirse de, Sağlık Bakanlığı bazında belirlenen kronik hastalıklara özgü standardize edilmiş bilgilendirmelerin yapılması önemlidir.
- Hastalara eğitim veren hekim ve hemşire gibi sağlık profesyonellerinin eğitici eğitimlerinin 6 ay, 1 yıl gibi sürelerde yenilenmesi, bilgilendirme konularındaki gelişme ve değişikliklerinin en güncel halde bu bireylere aktarılması önemlidir.
- Hastaların bilgilendirmelerinin sırf tedavi sürecinde hekim ve hemşire gibi sağlık ekibine bırakılmamasının önemli olduğu görülmüştür. Toplumda sık olarak görülen kronik hastalıklar ile ilgili kurulacak danışma hatları, internet siteleri, televizyonlardaki kamu spotları ile hastaların bilgilendirmelerinin yapılması hem toplum sağlığı yönünden hem de sağlık giderlerinin azaltılması bakımından oldukça önemlidir.
- Mevcut çalışmanın odağı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 380 hastadır. Sonuçlar ülke çapındaki mevcut durumunun belirlenmesi bakımından genellenmesi zor olsa da, mevcut durum hakkındaki oldukça yol göstericidir. Bu tip araştırmaların ülke

genelinde daha geniş popülasyonlarda tekrarlanması ve geri bildirimlerinin alınarak iyileştirmelerinin yapılması sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmet giderlerinin azaltılması bakımından önemlidir.

- Ayrıca hasta eğitiminin etkinliğinin artış göstermesi ile hasta ve sağlık ekibi arasındaki iletişim düzeyinin daha sağlıklı olacağı, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılacağı ve sağlık harcamalarının azalacağı düşünülmektedir.



8. ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hasta Eğitimi Alma Durumları Ve Aldıkları Eğitimin Hastalıkları Üzerine Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18 yaş üstü kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisinin incelenmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için farkındalık yaratmak, çözüm önermektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan çalışmamızda, çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 44 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve sağlık bilgilerini değerlendiren araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 paket programı kullanılmış, tüm karşılaştırmalarda $p < 0,05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Çalışmadaki soru gruplarının güvenilirlik düzeylerinin analizi için Co. Alpha testi uygulaması yapılmıştır. Bilgilendirme oranlarına göre hasta özelliklerinin ve hastalık özelliklerinin farklılığının incelenmesi için ki-kare analizi uygulanmıştır. Hasta özelliklerine göre bilgilendirme ve farkındalık düzeylerinin incelenmesinde iki evre gruplar için bağımsız t testi analizi ve üç evre grubun karşılaştırılmasında Varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Hastaların bilgilendirme ve farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi amacı ile korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 380 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $56,28 \pm 14,76$ ve %56'sı kadın, %44'ü erkektir. Hastaların %51'i düşük gelirlidir, %38'i ilkokul eğitimi almıştır. Çalışmamızda katılımcılarının tamamının (n=380) bilinen kronik veya bulaşıcı bir hastalığı vardır. Hastaların %81'i sağlık hizmeti sürecinde kendisine doktor veya hemşire tarafından bilgilendirme yapıldığını; %19'u yeterince ve hiç bilgilendirme yapılmadığını bildirmiştir. Çalışmada eğitim alan ve almayan hastalar genel olarak değerlendirildiğinde, eğitim alan hastalarda hastalıklarını tanıma, farkındalık, tedavi uyumu, hastalıkla yaşama, hekime güven düzeylerinin eğitim veya bilgilendirme almayan hastalara göre daha yüksek

düzeylelerde olduğu; hastanın bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesinin hastaların hastalığı, tedavisi, kontrolleri ve sağlık süreçlerine karşı olan farkındalıklarını arttırdığı tespit edilmiştir (p=0,01).

Sonuç: Kaliteli sağlık bakımının vazgeçilmezi olan hasta eğitiminin kronik hastalıklardaki etkisi fazladır. Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılabilmesinde hasta eğitimi önemli yer tutmaktadır. Aile hekimleri, hasta eğitiminde multidisipliner ekibin bir üyesi olarak önemli rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Hasta Eğitimi, Kronik Hastalık

9. ABSTRACT

Patients with Chronic Disease Receiving Patient Education and The Effect of The Education They Receive on The Diseases

Objective: The aim of this study is to examine the patients who have chronic illnesses over the age of 18 who applied to the Akdeniz University Hospital Family Medicine Outpatient Clinic and to examine the effects of the education they receive on their illnesses, to raise awareness and to propose solutions for patients' quality of life.

Method: In our descriptive and cross-sectional study, the research questionnaire consisting of 44 questions prepared by the researchers prepared for the participants who accepted to participate in the study, was applied with the face-to-face interview technique that evaluated the sociodemographic characteristics and health information of the patients. SPSS 22.0 package program was used for statistical analysis, $p < 0.05$ value was accepted as the level of significance in all comparisons. For the analysis of the reliability levels of the question groups in the study, Co. Alpha test application has been done. Chi-square analysis was used to examine the difference in patient characteristics and disease characteristics according to the information rates. Independent t-test analysis for two-stage groups and Variance analysis (ANOVA) test were used to compare information and awareness levels according to patient characteristics. Correlation analysis was carried out to determine the relationships between patients' information and awareness levels.

Results: 380 people participated in the study. The average age of the participants is 56.28 ± 14.76 and 56% are women and 44% are men. 51% of patients have low income, 38% received primary school education. In our study, all of the participants ($n=380$) had a known chronic or infectious disease. 81% of the patients were informed by the doctor or nurse during the health service process; 19% reported that they were not informed enough and at all. When the patients who are trained and not trained in the study are evaluated in general, the levels of awareness, awareness, treatment compliance, living with the disease, trust in the physician in

patients who are trained are higher than those who do not receive education or information; It has been determined that informing and training the patient increases the awareness of patients about their disease, treatment, controls and health processes (p=0.01).

Conclusion: Patient education, which is indispensable for quality health care, has a great impact on chronic diseases. Patient education has an important place in protecting, maintaining and improving health, and gaining healthy living habits. Family physicians can play an important role in patient education as a member of the multidisciplinary team.

Key Words: Chronic Disease, Family Medicine, Patient Education

10. KAYNAKLAR

1. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Erişim: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> Erişim Tarihi: 21 Mayıs 2020
2. American Academy of Family Physicians (AAFP). Core Educational Guidelines. Patient Education Am Fam Physician 2000; 62(7): 1712-4.
3. Paterick TE, Patel N, Tajik AJ, Chandrasekaran K. Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2017; 30(1): 112-3.
4. Wallace LS, Lennon ES. American Academy of Family Physicians patient education materials: can patients read them?. Fam Med 2004; 36(8): 571-4. PMID: 15343418
5. Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5(2): 129-33. doi: 10.5455/musbed.20150125115949
6. Wills J. Health literacy: new packaging for health education or radical movement? Int J Public Health 2009; 54(1): 3-4. doi: 10.1007/s00038-008-8141-7
7. World Health Organization, Regional Office Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases Report of a WHO Working Group 1998. Erişim: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151> Erişim Tarihi: 21 Mayıs 2019
8. Weitgasser R, Clodi M, Cvach S, Grafinger P, Lechleitner M, Howorka K, et al. Diabetes education in adult diabetic patients. Wien Klin Wochenschr 2016; 128(Suppl 2): 146-50. doi: 10.1007/s00508-015-0935-z
9. Yeh MY, Wu SC, Tung TH. The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. App Nurs Res 2018; 39: 11-7.
10. MacLean C. Patient education: Sharing a passion, sharing resources. Can Fam Physician 2010; 56(7): 721.
11. Ghorob A. Health coaching: teaching patients to fish. Fam Prac Manag 2013; 20(3): 40-42.

12. Avşar G, Kaşıkçı M, Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(3): 67-73.
13. Nasr BN, Rouault A, Cornillet N, Bruandet M, Beaussier H, Tersen I, et al. Evaluation of a hypertension-based patient education program in a stroke center. *Int J Clin Pharm* 2018; 40(6): 1490-500.
14. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Coolrectal Dis* 2013; 15(6): 276-83. doi: 10.1111/codi.12197
15. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Jin S, Zhang H, et al. Patient education programs for cancer-related fatigue: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2015; 98(11): 1308-19. doi: 10.1016/j.pec.2015.05.003
16. Ganatra HA, Bhurgri H, Channa R, Bawany FA, Zafar SN, Chaudhry RI, et al. Educating and Informing Patients Receiving Psychopharmacological Medications: Are Family Physicians in Pakistan up to the Task? *Plos One* 2009; 4(2): 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004620>
17. Makarem NN, Antoun J. Email communication in a developing country: different family physician and patient perspectives. *Libyan J Med* 2016; 11: 1-8. doi: 10.3402/ljm.v11.32679
18. Tewarie B, Bailey V, Rebarber M, Xu J. Unmet Needs: Hearing the Challenges of Chronic Patients with Artificial Intelligence, *NEJM Catalyst* 2019 Erişim Tarihi: <https://catalyst.nejm.org/unmet-needs-patient-forum-chronic-patients/> Erişim Tarihi: 12 Haziran 2019. ISSN: 2642-0007
19. Stenberg U, Haaland-Øverbya M, Fredriksenc K, Westermanna KF, Kvisvik T. A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Educ Couns* 2016; 99(11): 1759–71. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.027
20. Arslan M, Ersözlü ZN, Aydoğan İ, İskender M, Helvacı MA, Turhan M. Eğitimle ilgili temel kavramlar. Arslan M, 2. Baskı, Ankara, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık 2009; 11-14.
21. Gunnar S, Saatçı E. Hasta Eğitimi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2017; 8(2): 107-10.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1. Basım, Ankara Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, 2004; 63-70 Erişim: <https://docplayer.biz.tr/636322-Aile-doktorlari-icin-kurs-notlari.html> Erişim Tarihi: 7 Nisan 2020

23. Ulupınar S. Bakımda Hasta Eğitiminin Önemi. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi 2016; 38: 37-9.
24. Canabbio MM. Mosby Handbook of Patient Teaching. New York, Domelly Jons Company 1996.
25. Ozer C, Şahin M, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamakta hasta eğitimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 11(1): 11-14.
26. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. İÜFN Hem Derg 2007; 15(9): 100-6.
27. Scruggs B, Schorfheide AM. Patient education: anticipating the future. Clin Nurse Spec 1997; 11(6): 233-4.
28. Falvo DR. Effective patient education: a guide to increased compliance. Gaithersburg, Md. Aspen 1994.
29. Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In: Rakel RE, ed. Textbook of family practice. 5th ed. Philadelphia: Saunders 1995.
30. Rakel RE, Rakel DP. Hasta İle Uyum/ Anlaşma, Rakel Aile Hekimliği içinde. Ed. Saatçi E, 9.baskı, Ankara, Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık 2016; 141-56.
31. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. Sağlık ve Toplum Dergisi 2011; 1: 7-14. Erişim: <https://doczz.biz.tr/doc/201802/hasta-e%C4%9Fitiminde-hem%C5%9Firenin-rol%C3%BC> Erişim Tarihi: 22.11.2019
32. Kaya H. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2009; 1(1): 19-23.
33. Abed MA, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. Patient Educ Couns 2014; 97: 16-22.
34. Whittink H, Oosterhaven J. Patient education and health literacy. Musculoskeletal Sci Pract 2018; 38: 120-7.
35. Marcus C. Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. Health Psychol Behav Med 2014; 2(1): 482-95. doi: 10.1080/21642850.2014.900450
36. Harrington KF, Valerio MA. A conceptual model of verbal Exchange Health Literacy. Patient Educ Couns 2014; 94(3): 403-10.
37. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ 2007; 335(7609): 24-7.

38. Betschart P, Staubli SE, Zumstein V, Babst C, Stauer R, Schmid HP, et al. Improving Patient Education Materials: A Practical Algorithm from Development to Validation. *Curr Urol* 2019; 13(2): 64–9.
39. Payne S, Large S, Jarrett N, et al. Written information given to patients and families by palliative care units: a national survey. *Lancet* 2000; 355(9217): 1792. 10.1016/S0140-6736(00)02272-8
40. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: Systematic review. *Health Educ Res* 2005; 20(4): 423-9.
41. K z C, Uzun Ő, YokuŐođlu M, Kırılmaz A, Kılıçaslan F, Baysan O, et al. Yazılı Eğitim Materyallerinin Kullanılması Vazovagal Senkoplu Olgularda Atak Sıklığını Azaltmaktadır. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences* 2008; 20(3): 180-3.
42. Sinclair P, Kable R, Levett Jones T. JBI Veri Tabanı Sistem Rev Uygulaması. *Rep* 2015; 13(1): 52-64.
43. Dahodwala M, Geransar R, Babion J, Grood J, Sargious P. The impact of the use of video-based educational interventions on patient outcomes in hospital settings: A scoping review. *Patient Educ Couns* 2018; 101(12): 2116-24.
44. Ihrig A. Multimedia support in preoperative patient education for radical prostatectomy: The physicians' point of view. *Patient Educ Couns* 2012; 87(2): 239-42.
45. Akçin E. Yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik hemşirelik etkinlikleri, *İstanbul Üniversitesi FNHYO Derg*; 2006; 15(57): 109-21.
46. Kayış A. Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karŐılaŐtıkları g c l klerin saptanması. I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Bildiri Kitabı,  zlem Grafik Matbaacılık, İstanbul 2003; 245-8.
47. Yıldırım N, ifti B, Kaşıkçı M. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletifŐim Derg* 2017;14:217-30.
48. Eser U. Kronik Hastalıklar ve Aile Hekimliği. *Smyrna Tıp Derg* 2015; 2: 55-7.
49. Kanıtı Dayalı Tıp Derneği. Sağlıklı yaŐlanma ve kronik hastalıklar farkındalık projesi sağlıklı yaŐlanma ve kronik hastalıklar raporu. 2013 <http://sağlikliturkiye.org/modules/yayinlar/datafiles/sađlikliyaŐlanmavekro>

- nikhastalıklar farkındalık projesi-2016-06-23.pdf Erişim Tarihi: 25 Kasım 2019
50. World Health Organization Regional Office for Europe, Multisectoral Action Plan of Turkey for Noncommunicable Diseases 2017-2025, Erişim: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/346694/BOH_ENG.pdf Erişim tarihi: 2 Nisan 2020
 51. World Health Organization, Noncommunicable diseases, 2018 Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Erişim Tarihi: 24 Kasım 2019
 52. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci* 2012; 35(3): 194–204.
 53. Dickson VV, Clark RA, Rabelo-Silva ER, Buck HG. Self-care and chronic disease. *Nurs Res Pract* 2013; 2013: 827409. doi: 10.1155/2013/827409
 54. Kennedy A, Roger A, Bower P. Support for self-care for patients with chronic disease. *BMJ* 2007; 335(7627): 968-70.
 55. Clark NM, Gong M, Kaciroti N. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Educ Behav* 2014; 41(5): 499–508.
 56. Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M ve ark. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu. 1. Baskı, Ankara, Miki Matbaacılık 2018; 1-19. Erişim: http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf Erişim Tarihi: 1 nisan 2020
 57. Irmak Z, Düzöz G.T, Bozyer İ. Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 39–47.
 58. Grueninger UJ. Arterial hypertension: lessons from patient education, *Patient Education and Counseling* 1995; 26(1-3): 37-55.
 59. Jafar TH, Gandhi M, Silva HA, Jehan I, Naheed A, Finkelstein EA, et al. A Community-Based Intervention for Managing Hypertension in Rural South Asia, *N Engl J Med* 2020; 382(8): 717-26.
 60. Beigi MAB, Zibaenezhad MJ, Aghasadeghi K, Jokar A, Shekarforoush S, Khazraei H. The Effect of Educational Programs on Hypertension Management. *Int Cardiovasc Res J* 2014; 8(3): 94-8.
 61. Bayrak G, Çolak R. Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi*, 2012; 29: 7-11.

62. Sürücü HA. Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7(1): 46-51.
63. Warsi A, Wang P.S, LaValley M.P, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. Arch Inter Med 2004; 164(15): 1641-9.
64. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. Diabetes Care 2002; 25(2): 269-74.
65. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack Jr L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review, American Journal of Preventive Medicine 2002; 22(4): 15-38.
66. Deakin TA, McShane CE, Cade JE, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus, 2005, Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2 Erişim: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003417.pub2/full> Erişim Tarihi: 2 Nisan 2020
67. Duncan I, Birkmeyer C, Coughlin S, Li Q, Sherr D, Boren S. Assessing the value of diabetes education. The Diabetes Educator 2009; 35(5): 752-60. doi: 10.1177/0145721709343609
68. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a metaanalysis and meta-regression. Patient Educ Couns J 2004; 52(1): 97-105. 10.1016/s0738-3991(03)00016-8
69. Beck J, Greenwood DA, Blanton L, Bollinger ST, Butcher MK, Condon CE, et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. The Diabetes Educator 2017; 5(43): 449-64.
70. Konrady AO, Brodskaya IS, Soboleva AV, Polunicheva YV. Benefits of the implementation of structured educational program in hypertension management. Med Sci Monit 2001; 7(3): 397-402.
71. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure. Circulation 2005; 111(2): 179-85.
72. Ghisi GL, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change, Patient Educ Couns 2014; 95(2): 160-74.

73. Osborne RH, Spinks JM, Wicks IP. Patient education and self-management programs in arthritis. *Med J Aust* 2004; 180(S5): 23–6.
74. Kyngas H. Patient education: perspective of adolescents with a chronic Disease. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 744–51.
75. Brown SA. Effects of educational interventions in diabetes care: A metaanalysis of findings. *Nurs Res* 1988; 37(4): 223-30.
76. Satterfield DW, Davidson JK. The team approach to evaluation, education and treatment. In: Davidson JK, ed. *Clinical diabetes mellitus: a problem-oriented approach*. New York, Thieme 1986; 128-41.
77. Walker EA. Characteristics of the Adult Learner. *Diabetes Educ* 1999; 25(6): 16-24. Erişim: <https://doi.org/10.1177/014572179902500619>
78. Scott RS, Brown LJ, Clifford P. Use of health services by diabetic persons. II. Hospital admissions. *Diabetes Care* 1985; 8(1): 43-7. doi: 10.2337/diacare.8.1.43
79. Geller J, Butler K. Study of educational deficit as the cause of hospital admission for diabetes mellitus in a community hospital. *Diabetes Care* 1981; 4(4): 487-9. doi: 10.2337/diacare.4.4.487
80. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: A Meta- analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25(7): 1159-71. doi: 10.2337/diacare.25.7.1159
81. Huffman M. Health Coaching: A New and Exciting Technique to Enhance Patient Self-Management and Improve Outcomes. *Home Healthc Nurse* 2007;25(4): 271-4.
82. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı Hastalara Uygulanan Planlı Hasta Öğretiminin ve Hasta İzleminin Hastaların Hastalıkla Başetme Durumlarına Etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg* 1998; 2(2): 44.
83. Korhonen T, Huttunen JK, Aro A, Hentinen M, Ihalainen O, Majander H, et al. A controlled trial on the effects of patient education in the treatment of insulin-dependent diabetes. *Diabetes Care* 1983; 6(3): 256-61. doi: 10.2337/diacare.6.3.256
84. Kovacs M, Mukerji P, Iyengar S, Drash A. Psychiatric disorders and metabolic control among youths with IDDM: A longitudinal study. *Diabetes Care* 1996; 19(4): 318-23. doi: 10.2337/diacare.19.4.318
85. Lustman P, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1997; 2: 15-23.

86. Jacobson AM, Wienger K. Treating depression in diabetic patients: is there an alternative to medications? *Ann Intern Med* 1998; 129: 656- 7.
87. Weinger K, Jacobson AM. Psychosocial and quality of life correlates of glycemic control during intensive treatment of type 1 diabetes. *Patient Educ Couns* 2001; 42: 123-31.
88. Nguyen HQ, Donesky D, Reinke LF, Wolpin S, Chyall L, Benditt JO, et al. Internet-Based Dyspnea Self-Management Support for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symptom Manage* 2013; 46(1): 43-55.
89. Liddy C, Johnston S, Irving H, Nash K, Ward N. Improving Awareness, Accountability, and Access Through Health Coaching: Qualitative Study of Patients' Perspectives. *Can Fam Physician* 2015; 61(3): e158-64
90. Sidhu MS, Daley A, Jordan R, Coventry PA, Heneghan C, Jowett S, et al. Patient Self-Management in Primary Care Patients with Mild COPD - Protocol of A Randomised Controlled Trial of Telephone Health Coaching. *BMC PulmMed* 2015; 15: 16.
91. Eakin EG, Lawler SP, Vandelanotte C, Owen N. Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. *Am J Prev Med* 2007; 32(5): 419-34.
92. Glasgow RE, McCaul KD, Shafer LC. Self-care behaviors and glycemic control in type 1 diabetes. *Chronic Dis* 1987; 40(5): 399-412.
93. Redman BK. *The practice of patient education*, 6th ed. St. Louis: Mosby 1988; 21-48.
94. Rosenstock IM. Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care* 1985; 8(6): 610-6.
95. Thomas ML, Elliott JE, Rao SM, Fahey KF, Paul SM, Miaskowski C. A Randomized, Clinical Trial of Education or Motivational-Interviewing-Based Coaching Compared to Usual Care to Improve Cancer Pain Management. *Oncol Nurs Forum* 2012; 39: 39-49.

11. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Melahat AKDENİZ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastahıkları üzerine etkisi	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 594	Tarih: 26.06.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dr.Öğr. Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Veli YAZISIZ
Üye

Doç. Dr. Gülşah Özge BAYSAL
Üye

Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye (izinli)

Dr. Ünal HÜLÜR
Üye (izinli)

Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof. Dr. Bülent KARSLI
Üye

Doç. Dr. Dijle KİP MEN KORGUN
Üye

Turgut ALTUN
Üye (izinli)

Prof. Dr. Ayda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Dilara NAN
Üye

Prof. Dr. Oğuz DURSUN
Üye

Doç. Dr. Banu NUR
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (izinli)

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Adı:** ‘Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisi çalışması’
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Hasta eğitimi hastaların sağlığını geliştirmek ve sürdürmek için gerekli olan, bilgi, tutum ve becerilerde değişiklikler yaratarak hastanın davranışlarını etkilemek için yapılan işlemlerdir. Bu çalışmamızda kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisi incelenecektir.
- c. **Araştırmanın Amacı:** Kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisinin incelenmesi, hastaların yaşam kalitesini artırılması için farkındalık yaratmak, çözüm önermektir.
- d. **Araştırmanın Nedeni:**
(X) Bilimsel araştırma
- e. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 10 ay
- f. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:** 357
- g. **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:**
Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisinin incelenmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve hastalıklarını en üst düzeyde yönetmesini sağlamak, farkındalık oluşturmaktır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: **Dr. şükran ERCÜMERT** Telefon: **05549993000**

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar görecek olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Melahat AKDENİZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, alışmayı Reddetme ve çalışmadan ekilme Hakkı, çalışmadan ıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan ekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hkmetlerine ve ilgili birimlere iletilebilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hkmetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanıdı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hasta Eğitimi Alma Durumları ve Aldıkları Eğitimin Hastalıkları Üzerine Etkisi Adlı Çalışmaya Katılan Kişi Anketi Formu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN HASTA EĞİTİMİ ALMA DURUMLARI VE ALDIKLARI EĞİTİMİN HASTALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ ADLI ÇALIŞMAYA KATILAN KİŞİ ANKETİ

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü kronik hastalığı olan hastaların hasta eğitimi alma durumları ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisi”nin araştırıldığı bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerle toplumumuzda bireylerin sağlık çalışanları tarafından hasta eğitimi alma sıklığı ve aldıkları eğitimin hastalıkları üzerine etkisine dair bilgilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde ise sağlık bilgilerinize ait sorular vardır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şekilde yanıtlayınız.

Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

A. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Medeni Durum: Evli () Bekar () Eşi Vefat Etmiş/Ayrılmış ()
4. Çocuğunuz var mı?(Varsa sayısını belirtiniz.)
() Evet.....
() Hayır
5. Öğrenim Durumu:
() Okuryazarlık Yok
() İlkokul
() Ortaokul
() Lise
() Üniversite/Yüksek Lisans
- 6.Çalışma Durumunuz?
() İşveren/Kendi işi
() Ücretli
() Devlet Memuru
() Emekli
() Öğrenci
() İşsiz
- 7.Çoğunlukla ikamet ettiğiniz bölge?
() İl merkezi
() İlçe
() Köy

8. Gelir Düzeyiniz:
- Düşük (2000 TL'den az)
 - Orta (2000-5000 TL arası)
 - Yüksek (5000 TL'den fazla)

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

9. Boyunuz?.....cm
10. Kilonuz?.....kg
11. Vücut kitle indeksiniz:.....kg/m²
12. Sigara içiyor musunuz?
- Hayır, hiç içmedim
 - Bıraktım
 - Evet , içiyorum:adet/ gün.....yıldır
13. Alkol kullanıyor musunuz?
- Hayır, hiç içmedim
 - Bıraktım.
 - Evet, içiyorum:.....sıklıkta
14. Bilinen kronik ya da bulaşıcı bir hastalığınız var mı? (Yanıtınız evet ise belirtiniz.)
- Evet,
 - Hayır
15. Kronik hastalığınız nedeniyle sürekli kullandığınız ilaç(lar) var mı?
- Evet
 - Hayır
16. Kronik veya bulaşıcı hastalığınız nedeni ile hastanede yatışınız oldu mu?
- Evet
 - Hayır
17. Yatışınız oldu ise hangi sağlık kurumunda olduğunu belirtiniz.
- Devlet Hastanesi
 - Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 - Üniversite Hastanesi
 - Diğer.....(lütfen belirtiniz.)

18. Hastaneye başvurunuz veya yatışınız boyunca sağlık çalışanlarından (doktor, hemşire) hastalığınız ile ilgili bilgi veya eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

19. Aldığınız hasta eğitiminin içeriği nedir?

- Sözel eğitim
 Yazılı materyal / broşür
 Multimedya tabanlı eğitim (Video, CD-Rom, DVD, internet)

20. Hastalığınız ile ilgili bilgi veya eğitim aldığınız sağlık kuruluşu nedir?

1. Basamak sağlık kuruluşu (Aile Sağlığı Merkezi)
 2. Basamak sağlık kuruluşu (Devlet Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi)
 3. Basamak sağlık kuruluşu (Üniversite Hastanesi)

Hastalığınız veya periyodik sağlık taramanız nedeniyle doktor kontrolünüz sırasında hangi konular hakkında bilgilendirildiniz?			
İfade	Evet	Emin değilim	Hayır
21. Doktor hastalığının ne olduğunu söyledi ve hastalığım konusunda bana bilgi verdi.			
22. Hastalığın belirtileri ve bu belirtilerle nasıl başa çıkacağım konusunda bilgi verildi			
23. Yeniden doktora gelmem gereken acil durumlar konusunda bilgilendirildim.			
24. Doktor bana yazdığı ilaçları niçin kullanmam gerektiği hakkında bilgi verdi.			
25. Doktor (ya da hemşire) ilaçlarımı nasıl kullanacağımı anlattı			
26. Sigara ve alkolün zararları hakkında bilgilendirildim. Doktorum bırakmamı önerdi.			
27. Fiziksel egzersiz ve kilo verme önerilerinde bulunuldu			
28. Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunuldu.			
29. Yaşıma ve cinsiyetime göre yapılması gereken kanser tarama programları hakkında bilgilendirildim (smear, mamografi, kemik ölçümü, dışkıda gizli kan).			
30. Kontrollerin önemi ve tekrar ne zaman kontrole gelmem gerektiği konusunda bilgilendirildim.			

Aldığınız eğitim sonrasında ne tür davranış değişikliğiniz oldu?			
İfade	Evet	Emin değilim	Hayır
31. Hastalığımla / sağlığımla ilgili olumlu davranış değişikliği geliştirmemi sağladı.			
32. Hastaneye başvurularım azaldı.			
33. Hastanede yatış sürem kısaldı.			
34. Hastalıklardan korunma davranışı kazandırdı.			
35. Yaşam kalitemi iyileştirdi.			
36. Başka kişilere bağımlılığımı azalttı.			
37. Bağımsız yaşayabilme gücümü artırdı.			
38. Stresle başa çıkمامı geliştirdi.			
39. Hastalık maliyetimi azalttı.			
40. Hastalığımla ilgili tedavisi için bana düşen görevler olduğunu anladım ve kabul ettim.			
41. Tedaviye uyumum iyileşti.			
42. Hastalığımla yaşamayı öğrendim.			
43. Kontrollerime düzenli gitmemi sağladı.			
44. Hekime güven duygum arttı.			

YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.