

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BAKIM VERİCİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

SEDA KARAKAYA ERGÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BAKIM VERİCİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

SEDA KARAKAYA ERGÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL

KONYA 2019

Tez Onay Sayfası

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Seda KARAKAYA ERGÜN'ün "Bakım Vericilerin Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya 04/12/2019



Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Dilek Cingil

Necmettin Erbakan Üniversitesi



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Filiz Hisar

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Emel Filiz

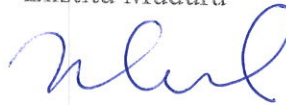
Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 25.11.2019 tarih ve 26/11. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

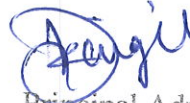
Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü



Approval

We certify that we have read this dissertation entitled “Health Literacy of Caregivers and Related Factors” by “Seda KARAKAYA ERGÜN” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of “Nursing”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan
Konya, Turkey 04/12/2019



Principal Advisor

PhD Lecturer Dilek Cingil

Necmettin Erbakan University



Examination Committee Member

Professor Filiz Hisar

Necmettin Erbakan University

Nursing Faculty



Examination Committee Member

PhD Lecturer Emel Filiz

Selçuk University

Faculty of Health Science

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.



Professor Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

Beyanat

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

04/12/2019

Seda KARAKAYA ERGÜN



İNTİHAL RAPORU

turnitin

Dilek CİNGİL | Kullanıcı Bilgisi | Mesajlar (yeni) | Öğrenim | Türkçe | Topluluk | Yardım | Çıkış

Ödevler | Öğrenciler | Not Defteri | Kutuphaneler | Takvim | Fatura | İletişim

GÖRÜNTÜLENİYOR: AHASAYFA > YÜKSEK LİSANS TEZ > BAKIM VERİCİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİ-SEDA KARAKAYA ERGÜN

Bu sayfa hakkında
Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonuna seçin. Tıklandığında otomatik olarak Benzerlik Raporunun içeriği görüntülenir.

BAKIM VERİCİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ...
SELEN KUTUSU | GÖRÜNTÜLENİYOR: YENİ ÖDEVLER

Dosyayı Gönder

Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirimlerinizi

ÖZET	BAŞLIK	BENZERLİK	PUANLA	DEYAP	ÖDEV	ÖDEV NUMARASI	TARİHİ
<input type="checkbox"/>	Sece Karakaya Ergün	BAKIM VERİCİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI V...	9/9	--	--	1232140201	11-Ara-2019

Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL
Cingil

Önsöz ve Teşekkür

Eğitim sürecimde bana sayısız değerli bilgi katan, çalışmamda son derece özverili bir şekilde hep en iyisi olsun diye bana yol gösteren, cesaretlendiren ve her zaman desteğini arkamda hissettiğim değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL'e, araştırma boyunca yardımını esirgemeyen değerli hocam jüri üyesi Prof. Dr. Filiz HİSAR'a, tezime yaptığı değerli katkılarından dolayı jüri üyesi Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ'e

Ders ve tez dönemi boyunca her zaman destek olan değerli arkadaşlarım Çisem ÇETİN, Atiye MERTCAN ve Arş. Gör. Deniz YORULMAZ'a,

Ders ve tez döneminde her zaman destek olan ve anlayış gösteren tüm servis arkadaşlarıma ve özellikle sorumlu hemşirem Dursiye TERKENLİ'ye,

Tüm eğitimim boyunca beni koşulsuz destekleyen sevgili aileme ve her türlü zorlu süreçte yanımda olan eşim Adnan ERGÜN'e sonsuz teşekkür ederim.

İçindekiler

Tez Onay Sayfası	iii
Approval.....	iv
Beyanat.....	v
Önsöz ve Teşekkür.....	vii
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi	xi
Tablolar Listesi.....	xii
Şekiller Listesi.....	xiii
Özet	xiv
Abstract	xv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bakım Vericiler ve Özellikleri.....	3
2.1.1. Aile Bakım Vericilerin Fiziksel Sorunları ve Gereksinimleri.....	5
2.1.2. Bakım Vericilerin Ruhsal Sorunları ve Gereksinimleri.....	7
2.1.3. Bakım Vericilerin Sosyal Sorunları ve Gereksinimleri	9
2.1.4. Bakım Vericilerin Bilişsel Sorunları ve Gereksinimleri.....	10
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	11
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	11
2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	13
2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	14
2.4. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları.....	16
2.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçmek İçin Geliştirilmiş Araçlar	18
2.5.1. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)).....	18
2.5.2. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM))	19
2.5.3. En Yeni Yaşamsal İşaret Testi (The Newest Vital Sign (NVS))	19
2.5.4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ).....	19
2.5.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	20
2.6. Aile Bakım Vericilerin Eğitimi ve Desteklenmesi	21
2.7. Aile Bakım Vericilerin Sağlık Okuryazarlığını Arttırmada Hemşirenin Rolü	22
2.7.1. Birincil Korumada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	23
2.7.2. İkincil Korumada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	23
2.7.3. Üçüncül Korumada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25

3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni.....	25
3.4. Araştırmanın Örneklem Seçimi.....	25
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	26
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları:	26
3.6.1. Aile Bakımverici Sosyo-Demografik Tanılama Formu.....	26
3.6.2. Hasta Sosyo-demografik Tanılama Formu.....	26
3.6.3. Barthel İndeksi.....	26
3.6.4. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.....	27
3.7. Ön Uygulama	28
3.8. Verilerin Toplanması	28
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	29
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	45
5.1. Aile Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle SOY Toplam Puanına Yönelik Bulguların Tartışılması	46
5.2. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özellikleri İle Aile Bakım Vericilerin SOY Toplam Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.3. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
5.4. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerine Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuçlar	51
6.2. Öneriler.....	52
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER.....	58
EK 1: Bakımverici ve Hasta Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu.....	58
EK 2: Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Düzeyi Değerlendirilmesi (Barthelm İndeksi)	61
EK 3: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.....	63
EK 4: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği İzin Yazısı.....	66
EK 5: Etik Kurul Raporu	67
EK 6: Kurum İzni	68

<i>EK 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu</i>	69
9. ÖZ GEÇMİŞ	70



Kısaltmalar ve Simgeler Listesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

SOY: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

TDK: Türk Dil Kurumu Sözlükleri



Tablolar Listesi

Tablo 3.1. SOY Ölçek Alt Boyutlarının Madde Sayısı, Alınabilecek Puan Aralıkları, Bu Çalışmada Alınan Min-Max Puan ve Cronbach A Değerleri.....	28
Tablo 4.1. Bakım Vericiye Ait Sosyo-Demografik Özellikler (n=263).....	32
Tablo 4.2. Hasta Ve Bakıma İlişkin Değişkenlerin Dağılımı (n=263).....	33
Tablo 4.3. Bakımla İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri	35
Tablo 4.4. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle SOY ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=263).....	38
Tablo 4.5. Sağlık okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonları (n=263)	43
Tablo 4.6. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri (Çoklu Regresyon Analizi-hiyerarşik model).....	44

Şekiller Listesi

- Şekil 2.1. Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları..... 12
- Şekil 2.2. Sağlık Okuryazarlığının Entegre Modeli..... 18



ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bakım Vericilerin Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler

Seda KARAKAYA ERGÜN

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Aile bakım vericiler, bireylerin geçici veya sürekli günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremedikleri durumlarda bireyleri desteklemektedir. Aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyi hasta bakımını doğrudan etkilediğinden bakım kalitesinde oldukça önemlidir. Bu çalışma, aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini araştırma yapılan tarihler arasında hastanede yatarak tedavi gören 18 yaş üzeri aile bakım vericiler oluşturmuş ve 263 birey örnekleme dâhil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Sosyo-demografik özellikler soru formu, Barthel İndeksi ve Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOY) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalaması 48 ± 15 , %63,9'u kadın, %84,8'i evli, %43,7'si ilkokul mezunudur. Bakım vericilerin SOY toplam ve alt boyutlarından alınan puanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım vericinin algılanan sağlığı ile SOY toplam arasında pozitif yönde; yaş, hastanın bağımlılık düzeyi, hastanın yaşı, bakım vericinin hastalık sayısı ve hastanın hastaneye yatış sayısı ile SOY toplam arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır. Sosyo-demografik özelliklerin sağlık okuryazarlık düzeyinin %25'ini, bakıma ilişkin değişkenlerin de sağlık okuryazarlık düzeyinin %47'sini yordadığı bulunmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyi bakımın iyileştirilmesinde önemlidir ve bakım vericilerde sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi, deneysel çalışma sayılarının artırılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım; Bakım verici; Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

INSTITUTE of HEALTH SCIENCES

Health Literacy of Family Caregivers and Related Factors

Seda KARAKAYA ERGÜN

Nursing Department

MASTER'S THESIS / KONYA-2019

Family caregivers support individuals in situations where individuals cannot perform temporary or continuous daily living activities. The health literacy level of family caregivers is very important for the quality of care as it directly affects patient care. This study was conducted as a descriptive study in a public hospital to determine the health literacy level of family caregivers. The population of the study consisted of family caregivers over 18 years of age who were hospitalized during the study period and 263 individuals were included in the sample. Socio-demographic information form, Barthel Index and Health Literacy Scale (HLS) were used as data collection tools. The mean age of the caregivers participating in the study was 48 ± 15 , 63.9% were women, 84.8% were married, and 43.7% were primary school graduates. Based on the scores obtained from HLS and its sub-dimensions, it was found that the health literacy level of caregivers was high. There was a positive correlation between perceived health of caregiver and HLS total score, and there was a negative correlation between age, total dependence of the patient, age of the patient, the number of illnesses the caregiver had, the number of hospitalizations of the patient, and HLS total score. It was found that socio-demographic characteristics predicted 25% of health literacy level and variables related to care predicted 47% of health literacy level. Health literacy level is important in improving care. Therefore, further experimental studies should be conducted to determine the level of health literacy in caregivers.

Keywords: Care, Caregiver; Health Literacy

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik hastalıklar ve bazı yeti yitimleri sebebiyle bireyler günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanmakta veya tamamen yapamamaktadır. Bu durumda olan bireyler, sağlık kurumlarında profesyonel bakımı hemşirelerden sağlamakta iken evde aile bakım vericiler aracılığıyla almaktadırlar. Hastanede yapılan bakımın evde de devam edebilmesi için aile bakım vericilerin iyi birer gözlemci ve yardımcı olması gerekir. Hastanın hastalığına göre bakım ihtiyaçları değişir. Tamamen yatağa bağımlı bir hastanın bakımı ve bakım süresi ile akut bir sebepten hastanede yatan birinin bakımı arasında farklar vardır. Kısa süreli bakım, akut bir sebepten bireyin günlük yaşam aktivitelerini kısmen veya tamamen yapamadığı durumlarda verilen bakımdır. Akut oluşan yaralanmalar, kazalar, hastalıklar bunlara örnek olarak verilebilir. Uzun süreli bakım ise bireyin yaşamsal fonksiyonlarının bir veya birkaçında geri dönüşümsüz bir bozukluğun görülmesi sonucu günlük yaşam aktivitelerini yapamayan kişilere verilen bakımdır. Bu tür bakım genellikle yatağa bağımlı bireylere verilmektedir. Kısa ve uzun süreli bakım, bireyin mümkün olduğu kadar bağımsız ve güvenli bir şekilde yaşamasına yardımcı olmak için yapılmaktadır (National Institute on Aging, 2017).

Bakım vericinin bakımı iyi sağlayabilmesi için sağlıkla ilgili bilgileri anlaması gerekir. Sağlık okuryazarlığı sağlığı okuyabilme becerisidir. Genel bir tanımla sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, sağlık profesyonellerinin verdiği bilgileri anlama, uygulama ve sağlığıyla ilgili gerekli olan uygulamaları yapabilme becerisidir (Simonds 1974). Sağlık okuryazarlığı tanımdan da anlaşılacağı üzere bireyin sağlığı ile ilgili kararlar alabilmesi, bunu planlama ve uygulayabilme yetkinliğine sahip olmasıdır. Sağlık okuryazarlığı, bu nedenle bakım verdiği bireyin sağlıkla ilgili durumundan sorumlu olan bakım vericiler açısından oldukça önemlidir. Çünkü bakım alan bireyde mevcut bir yetersizlikten dolayı kendi bakımını yapamamakta ve bakımı ile ilgili kararları alması için bakım vericiye ihtiyaç duymaktadır. Bakım vericinin, bakım alan bireyin sağlığını en üst düzeyde tutması ve ihtiyacı olan bütün bakımı sağlayabilmesi için sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması gereklidir. İlaçlarını ne zaman ve nasıl verileceğinin bilinmesi, hastalığa uygun bakımın planlanıp uygulanabilmesi, bakım alan bireyin

durumunun izlenmesi ve değişikliklerin fark edilip olumsuz bir durum varsa en yakın sağlık kuruluşuna götürülebilmesi, sağlık çalışanlarının verdiği bilgilerin anlaşılıp uygulanabilmesi için sağlık okuryazarlığına sahip olmak oldukça önemlidir. Aksi halde bakım alan bireyin sağlığında birçok olumsuzluklar görülebilir. Örneğin yatağa bağımlı bir bireyin en önemli bakım gereksinimlerinden biri pozisyon vermektir. Fakat bunun önemini yeteri kadar kavrayamayan bakım verici nedeniyle bakım alan bireyde bası yarası oluşması ve ilerleyen evrelerde bu bası yarasının artması ve derinleşmesi ile uygun hijyen ve tedavi sağlanamazsa sepsisler ve ölümler kaçınılmazdır (Özel 2014). Bu nedenle bakım alan bireyin sağlığı aile bakım vericinin sağlık okuryazarlık düzeyiyle doğrudan ilişkilidir.

Sağlık kurumlarında yoğun bakımlar hariç bireylerin bakımları hemşireler ve aile bakım vericilerle birlikte sürdürülmektedir. Bu nedenle aile bakım verici ve hemşire arasındaki iletişim oldukça önemlidir. Hemşire hastanın bakımı ve tedavisi ile ilgili bakım vericiye bilgi verecek ve bakım vericinin bakımda üzerine düşen görevi yapması istenecektir. Fakat aile bakım vericinin sağlık okuryazarlığının düşük olması verilen görevi anlamamasına ve yapamamasına neden olacaktır.

Bakım vericinin sağlık okuryazarlığı tüm bakımı etkilemektedir. Hastane ortamında veya evde bakımın önemli unsuru olan aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlığını arttırmak, bakım alan bireyin sağlık çıktılarında iyileşmeler sağlayacaktır. Bakım vericinin hastalık ve hastalığa ilişkin durumlarla ilgili olarak yeterli bilgiye sahip olması önemlidir (Sert ve ark. 2019). Yapılan bir çalışma da bakım vericilerin büyük çoğunluğunun bakımla ilgili eğitim ve danışmanlık ihtiyaçlarının olduğu bulunmuştur (Dağdeviren ve ark. 2019). Bu nedenle hemşirelerin bakım vericilerin sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik uygulamalar yapması önemlidir. Hastanın hastaneye yatışının kabulü yapıldıktan sonra bakım vericinin de sağlık okuryazarlık düzeyi kontrol edilmelidir. Hastaya yapılacak uygulamalar açık bir şekilde bakım vericiye anlatılmalı ve geri dönüşler alınmalıdır. Hastaya uygulanacak medikal cihaz varsa bunun kullanımı uygulamalı olarak anlatılmalı ve yaptırılmalıdır. Evde devam edeceği bakım aktiviteleri anlatılarak bakımın devamlılığı sağlanmalıdır.

Bakım vericinin bilişsel özellikleri dikkate alındığında sağlık okuryazarlık düzeyi hasta bakımında oldukça önemli bir özelliktir. Bakımı etkili yönetebilmesi

açısından belirli bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olması önemlidir. Bu nedenle çalışmamız aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin değerlendirilmesi üzerine temellendirilmiştir. Bireyin sağlığını bu derece etkileyen bakım vericilerin sağlık okuryazarlığı ön planda tutularak gerekli önlem ve uygulamaların yapılması hastaların sağlığını olumlu etkileyecektir. Bu nedenlerden yola çıkarak çalışma, aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Aile Bakım vericinin sosyo-demografik özellikleri sağlık okuryazarlık düzeyini etkiler mi?
2. Hastanın sosyo-demografik özellikleri aile bakım vericinin sağlık okuryazarlık düzeyini etkiler mi?
3. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi aile bakım vericinin sağlık okuryazarlık düzeyini etkiler mi?
4. Sağlık okuryazarlığıyla ilişkili değişkenler nelerdir?
5. Sağlık okuryazarlığının yordayıcı değişkenleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Vericiler ve Özellikleri

“Bakım” kelimesinin birçok anlamı mevcuttur. Eylem olarak yapılan bakma işi, herhangi bir aletin veya aracın bakımı, hemşireliğin olmazsa olmazı bakım verme işi. Bakım kavramının sözlük anlamı ise üç farklı şekilde tanımlanmıştır: 1) Bakma işi, bir şeyi veya bir kimseyi iyi durumda bulundurabilmek için gerekeni yapma, emek sarf ederek bakma: hasta bakımı, çocuk bakımı; 2) gerekli ihtiyaçlarını karşılama, geçimini sağlama; bakış ve görüş tarzı, düşünce yönü, açığı (Misalli Türkçe Sözlük 2011). Güncel Türkçe Sözlük’te farklı olarak “Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi.” şeklinde tanımlanmıştır (TDK 2019). Tanımlarda da görüldüğü üzere bakım çok yönlü bir kavramdır. Bakım verme kavramının tanımı, kapsamı ve karmaşıklığı demografik değişimler, artan yaşam süresi ve aile yaşantı biçimindeki değişimler nedeniyle farklılıklar göstermektedir. Bakım vericiler için bazı tanımlamalar kullanılmaktadır.

Gönüllü: Tehlikeli ve ağır bir işi kendi isteği ile seve seve üstüne alan kişidir (Misalli Türkçe Sözlük 2011).

Primer Bakım Verici: Bakım verilen bireyin günlük ihtiyaçları ile en çok ilgilenen kişidir. Genellikle birlikte kalır ve bireyin bakımıyla ilgili kararları verir (Family Caregiver Alliance 2016).

Aile Bakım Verici/ İnfomal Bakım Verici: Bakıma ihtiyaç duyan kişinin genellikle eşi, çocukları, annesi, babası veya başka bir akrabası gibi bakım ihtiyaçlarını sağlayan kişidir. Başka bir tanıma göre kronik hasta veya bağımlı/engelli olan kişi için (duygusal, gözetim, sağlık, yasal durumlar gibi) bakım sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır. Aile bakım vericileri formal bakım vericilerden ayıran özellik ise bireye karşı sorumluluk hissetmesi ve duygusal bir bağının olmasıdır (Family Caregiver Alliance 2018).

Formal Bakım Verici: Profesyonel olarak bakım veren ve ücret karşılığı kişinin gereksinimlerini karşılayan kişilerdir. Hemşirelik bakımı veya huzurevinde ücretli olarak çalışan bireylerin verdiği bakım bu grupta yer almaktadır (Family Caregiver Alliance 2018).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, aile bakım vericilerin büyük çoğunluğunu kadınlar ile bakılan bireyin anne veya babasının oluşturduğu, (Taşdelen ve Ateş 2012, Kalıncara ve Kalaycı 2017, Kabataş ve Ekinci 2017) ve bunların bakım verirken aile üyelerinden destek aldığı (Kalıncara ve Kalaycı 2017, Kabataş ve Ekinci 2017, Family Caregiver Alliance 2018) bulunmuştur.

Bakımın kalitesi, bireyin sağlık durumunun iyileşmesini hızlandırır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütüne (OECD) üye 16 ülke ile yapılan bir çalışmada bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve ev dışı ihtiyaçlarında yardımcı olma düzeyleri karşılaştırılmış, bütün ülkelerde bakım vericilerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu, bireylere sadece GYA yardım etme yüzdesi en çok olan ülkenin İtalya en az olanınsa İsveç, sadece ev dışı ihtiyaçlarında yardımcı olma ve hem GYA hem de ev dışı ihtiyaçlarda yardımcı olma yüzdesi en çok olan ülkenin Danimarka, sadece ev dışı ihtiyaçlarda yardımcı olma yüzdesi en düşük ülkenin İspanya, her ikisine yardımcı olanlarda en düşük yüzdeye sahip ülkenin ise Yunanistan olduğu gözlenmiştir (OECD 2011). Amerika'da da bakımın büyük

çoğunluğunu kadınların gerçekleştirdiği görülmüştür (Family Caregiver Alliance 2018). Yapılan başka bir çalışmaya göre bakım vericilerin bakım vermeye başladıktan sonra karşılaştığı problemler; enerji ve uyku eksikliği (%87), stres/panik atak (%70), ağrı (%60), depresyon (%52), baş ağrısı (%41), kilo alma/verme(%38) olarak bulunmuştur (Evercare 2006).

2.1.1. Aile Bakım Vericilerin Fiziksel Sorunları ve Gereksinimleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir refah durumudur.” şeklinde tanımlamıştır (DSÖ 2006). Fiziksel sağlık da bireyin sağlığını tamamlayan en önemli faktörlerden biridir. Fiziksel sağlık genel hatlarıyla aslında bireyin zihinsel ve sosyal olarak iyi olma durumunu kapsamakta, birbirleriyle etkileşimde olduklarını göstermektedir.

Bakım vermek emek isteyen zor bir süreçtir. İnsanın yaşantısını kısmen ya da tamamen değiştirebilir. Kişi bu yaşam değişikliğine uyum sağlama aşamasında birtakım zorluklar yaşar. Hasta bakımında hastanın sağlığı, hastanın konforu, hastanın durumu gibi faktörler asıl odak olmaktadır. Fakat hasta kadar aile bakım vericinin sağlığı da önemlidir. Bir kişinin sağlığı ne kadar iyiye bakım verdiği bireye de o derece iyi ve özenli bakabilir. Uzun süreli bakımın sonucu olarak ortaya çıkan birtakım problemlerin bakım vericide yarattığı olumsuz etki bakım verdiği bireyin sağlığında da olumsuzluklara neden olmaktadır (Pehlivan ve ark. 2018). Aile bakım vericilerin karşılaşılabileceği fiziksel sorunlara bakım verdiği bireyin hastalığı ve hastalığın derecesi, yaşı, bireye olan yakınlığı, bireyin bağımlılık düzeyi gibi nedenler etkili olur. Her birey özeldir ve bu nedenle verilen bakım da birbirinden farklılık göstermektedir. Verilen bakımın türüne göre bireyin karşılaşıacağı fiziksel zorluklar da farklılık gösterir. İnmeli hastaya bakım verenlerle yapılan bir çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ile bakım yükü arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Mollaoğlu ve ark. 2011). Bir başka çalışmada da kendi kendini teselli etme ve içine atma eğilimine sahip bakım verenlerin fiziksel yüklerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Yıldırım ve ark. 2013). Bu sonuçtan yola çıkarak bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmesi yaşadığı problemleri tanımlayabilmek açısından önemlidir.

Hasta bakımı gerçekleştiren bireylerde karşılaşılan fiziksel problemler genellikle bel-boyun rahatsızlıkları, uykusuzluk, beslenme bozuklukları, bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağı gelişen sekonder rahatsızlıklar, kronik hastalıklarda artış olarak örneklendirilebilir (Bilgili ve Kitiş 2017). Bu fiziksel sorunların fazlalığı ise yine bakım verdiği bireyin hastalığının durumuna göre değışmektedir. Tamamen yatağı bağımlı bir birey ile günlük yaşam aktivitesini kısmen yapabilen fakat bazı durumlarda yardıma ihtiyacı olan bireyin bakım ihtiyaçları farklıdır ve aile bakım vericinin karşılaştığı güçlükler de buna bağı olarak değışmektedir. Demanslı hastaların bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada bakım vericilerin hastalara en fazla fiziksel bakımda destek oldukları, bakımda zorlandıkları ve bakım verme süresi arttıkça bakım verme yüklerinin arttığı görülmüştür (Eğılli ve Sunal 2017). Akut bir sebepten günlük yaşam aktivitelerini sağlayamayan bireyin fiziksel yardımı bu derece zor ve uzun olmayacağı için aile bakım vericiler zorlanmayacaktır. Bakım verilen bireyin bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi aile bakım verici açısından önemlidir. Çünkü verilecek bakımın nasıl olacağını, kişinin bunu gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceğı, bakım konusunda yardıma ihtiyacı olup olmayacağını belirlemek gerekir. Bakım sürekli ve uzun bir süreci kapsamaktadır. Kendi bakımını ve ihtiyaçlarını ihmal eden birey bakımın getirdiğı zorlukları daha ağır hissedebilir (Yıldırım ve ark. 2015). Hastanın hastalığı ve bakıma uyum sürecinde bakım vericinin de bu süreçten etkileneceğı unutulmamalıdır (Pehlivan ve ark. 2018).

Ülkemizde bakım genellikle geleneksel yöntemlere göre yapılmaktadır. Çevresinde daha önce bakım yapılan birey varsa ona nasıl bakıldığı, ihtiyaçlarının nasıl giderildiğı gibi durumlar kişilerin bakım verme şeklini etkilemektedir. Bakım vericilerin yaşadığı fiziksel sorunların nedenlerinin başında bu gelmektedir. Bel-boyun rahatsızlıkları yatağı bağımlı olan bireylerin bakım vericilerinde daha fazla olmakla birlikte tüm bakım vericilerde en sık karşılaşılabilecek fiziksel problemidir. Hastaya yatak içerisinde pozisyon verilmesi, yataktan sandalyeye veya sandalyeden yatağı alırken orantısız ve yanlış vücut mekaniğinin kullanılması, hastanın aşırı kilolu olması gibi faktörler bakım vericinin bel boyun rahatsızlıkları yaşamasına zemin hazırlamaktadır.

Hastanın durumunun stabil olmaması, geceleri sıklıkla uyanması ve bazı isteklerde bulunması, hastaya bir şey olacak endişesi duyulması gibi sebeplerden

dolayı bakım vericiler uykusuzluk sorunuyla karşılaşabilir. Bakım vericinin uyku kalitesi bireyin alacağı bakım açısından önemlidir. Uykusuz bakım vermeye devam eden bireyde ilk olarak fiziksel güçsüzlük görülür. Bu da hastanın bazı bakımlarında aksaklıklara ve risklere neden olabilir. Hastayı yatak içerisinde çeviremez, yataktan sandalyeye almada veya yürütmesine yardım ederken güçsüzlüğe bağlı hastanın düşmesine sebebiyet verebilir. Uyku tüm bedeni etkileyen bir olaydır. Uykunun süresi kadar kalitesi de önemlidir. Kaliteli uyku bireyi dinlendirir, bedenen ve ruhen daha zinde olmasını sağlar. Bu nedenle birçok faktör uykuyu ve kalitesini etkileyebilir. Yapılan bir çalışmada bakım vericilerden sağlık durumlarını kötü olarak algılayanların uyku kalitelerinin de kötü olduğu bulunmuştur (Karabulutlu ve ark. 2013). Bu nedenle sürekli bakım gerektiren bireylerde bakım vericiyi dinlendirebilmek oluşabilecek olumsuz deneyimlerin önüne geçilmesini sağlayabilir.

Uykusuzluk, güçsüzlük, beslenme bozuklukları, stres gibi faktörler bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkmasını hızlandırır. Ülkemizde giderek artış göstermekte olan bulaşıcı olmayan hastalıklar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bakım vericiler yaşadıkları fiziksel problemler ve kendi sağlık kontrollerini ihmal etmelerinden dolayı bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından en önemli risk grupları arasına girmektedir. Ülkemizde 2017 yılı içerisinde ölüm nedenleri içerisinde dolaşım sistemi hastalıkları birinci sırada ve bunların içerisinde de en çok paya iskemik kalp hastalıkları sahiptir (TÜİK 2017). Bundan yola çıkarak bakım vericilerin önemli risk grubu içerisinde olduğu unutulmamalı, sağlık kontrollerini yaptırılmaları açısından bakım vericiler bilgilendirilmeli ve gerekli birimlere yönlendirme yapılmalıdır.

2.1.2. Bakım Vericilerin Ruhsal Sorunları ve Gereksinimleri

Bakım vericiler psikolojik olarak birtakım sorunlara maruz kalabilirler. Çünkü bir bireyin sorumluluğunu üstlenmiş ve dolayısıyla birtakım yüklerle karşı karşıya kalmışlardır. Fiziksel yorgunluk bireyin daha fazla strese maruz kalmasına ve strese sekonder olarak da psikolojik problemler yaşamasına neden olmaktadır. Bakım vericiler de en sık olarak karşımıza çıkan ruhsal problemler stres, depresyon, tükenmişlik, yorgunluk, çaresizlik, ümitsizlik, öfke gibi durumlardır. Bakımın uzun sürmesi, bakım vericinin bireysel özellikleri, bakılan bireyin hastalığı ve şiddeti bakım vericinin yaşayacağı ruhsal problemleri artırıp şiddetlendirebilir. Bakım

vericiler genellikle bakımdan kaynaklı yaşadıkları ruhsal problemleri diğer insanların tepkilerinden çekindikleri için dışa vurmaktan kaçınabilirler. Bakım vericilerin birçoğu bazı psikolojik bozukluklardan olan sigaraya başlama, aşırı yemek yeme, kendini ihmal etme gibi olumsuz davranışlar sergileyebilirler (Kalınkara ve Kalaycı, 2017).

Stres, insanın hayatının her döneminde yaşadığı ve uygun baş etme yöntemleri ile kontrol altına alabileceği bir duygudur. Bakım vericiler, kendi hayatlarında meydana gelen değişikliklerden ve bir bireyin bakım sorumluluğunu almış olmalarından dolayı birçok stresörle karşı karşıya kalmaktadır. Fakat bakım vericiler, uygun baş etme yöntemlerini kullanamadıkları için stresin olumsuz etkilerini daha fazla yaşamaktadırlar. Orak ve Sezgin'e göre bakım verenler ilk yıl baş etme mekanizmalarını kullanırlar, bir ve ikinci yıllar arasında mevcut baş etme mekanizmaları yetersiz kaldığı için bakım vermeyi daha zor algırlar fakat iki yıldan daha uzun süreli bakımlarda ise bakım vermeye alışma ve ne yapacağını daha iyi bildiğinden dolayı yeniden baş etme mekanizmalarını kullanmaya başlarlar ve bakım vermenin zorluğunu daha az hissederler (Orak ve Sezgin 2015).

Bakımın uzun olması ve bireye tek bakım verenin olması, bakılan bireyin hastalığı ve derecesi, stresörlerin fazla olması, bakım vericinin yaşı ve hastalık durumu, uzun hastane yatışları bakım vericinin yorgunluk yaşamasına neden olmaktadır. Yorgunluk bireyi hem bedenen hem de psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Bakım verenin psikolojik durumu bakılan bireyi doğrudan etkilemektedir. Yorgunluğa bağlı bakım vericiler huzursuzluk, gerginlik ve öfke hissedebilir ve bu durum hasta tarafından fark edilebilir. Bakım vericinin yaşadığı zorluklar hastanın tepkilerini etkilemektedir (Yıldırım ve ark. 2015).

Bakılan bireyin hastalığının ağır olması ve uzun süredir aynı kişiye tek başına bakmak bakım vericilerde ümitsizlik ve çaresizlik hissi doğurabilir. Örneğin, hastanın uzun süredir tamamen yatağa bağımlı olarak yaşıyor olması, iyileşme olasılığının düşük olması, kötüleşme ihtimalinin bulunması, bakım vericinin hastanın iyileşmesine fayda sağlayamadığını hissetmesi ümitsizlik ve çaresizliğin başlıca sebeplerindedir. Hastaya tek başına bakım vermek bakım vericinin kendini tükenmiş, çaresiz ve güçsüz hissettirmektedir (Dağdeviren ve ark. 2019).

Bakım verenlerin maruz kaldığı bir takım problemlerden kaynaklı depresyon görülme oranı artmaktadır. Değişen yaşam tarzı, uykusuzluk, fiziksel problemler, yorgunluk, çaresizlik depresyonun ortaya çıkmasını etkileyen önemli faktörlerdendir. Demanslı hastaya bakım verme, cinsiyet ve uykusuzluk depresyon görülme sıklığını arttırmaktadır (Evercare 2006).

2.1.3. Bakım Vericilerin Sosyal Sorunları ve Gereksinimleri

İnsan sosyal bir varlıktır. Hayatını diğer insanlarla etkileşim göstererek idame ettirir. Bu nedenle sosyal çevresinden etkilenir. Her insanın bazı sosyal gereksinimleri vardır ve tam bir iyilik hali için bu gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir. Bireyler bakım verici rolüne girdikten sonra sosyal yaşantılarında değişimin olması kaçınılmazdır. Birey genellikle bakım verdiği kişinin bakımını kendi gereksinimlerinden önde tutar. Sosyal gereksinimler seyahate çıkma, arkadaşlarla vakit geçirme, kültürel etkinliklere katılma (konser, tiyatro, sinema vs) olarak gruplandırılabilir.

İnsanlar yeni yerler görme, farklı mekânlar keşfetme, farklı insanlarla tanışma gibi nedenlerden dolayı gezi planları yapabilir. Fakat bakım verici rolünde olan birinin bu faaliyetleri yapabilmesi için bakım verdiği bireyi bırakabileceği ikinci bir bakım vericinin olması gerekmektedir. Bu nedenle genellikle tek bakım verici olan kişiler sosyal hayatlarından daha fazla ödün vermek zorunda kalmaktadır.

Sosyal aktivite dışında bakım vericiler için önemli olan diğer bir konu ise sosyal destektir. Bireyin ihtiyaç duyduğunda fiziksel, psikolojik, maddi durumlarda yardım alabileceği kişiler bireyin sosyal destek sistemlerini oluşturur. Sosyal destek, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkiler. Çünkü sosyal desteği sağlam olan bireyler problemleri çözmede daha başarılı olur. Yapılan bir çalışmada bireylerin yararlı sosyal destek kullanımı arttıkça anksiyete puanlarının azaldığı görülmüştür (Ay ve ark. 2017).

Bakım vericiler için sosyal destek sistemleri de oldukça önemlidir. İçinde bulunduğu rol; fiziksel ve ruhsal açıdan birçok zorluk getirmekte ve bireyler bu zorlukları tek başlarına halledemeyeceklerini anladıklarında eğer başka bir sosyal destekleri varsa problem daha fazla büyümeden çözülmektedir. Bakım vericilerin karşılaştıkları problemlerin çözülememe nedenlerinin başında yeterli sosyal desteğin

olmaması gelmektedir. Bakım vericilerin sosyal destek sistemlerinin irdelenmesi ve eğer bunlar yeterli değilse uygun yönlendirmenin yapılması, bakım vericilerin karşılaşabileceği fiziksel ve psikolojik problemlerin önüne geçilmesine, problem ortaya çıktıktan sonra bireyin kolay bir şekilde çözebilmesine yardımcı olabilir. Bir çalışmada hastanın bakımında çevresinden destek alan bakım vericilerin almayan bakım vericilere göre toplam sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tel ve ark. 2010).

Bakım vericilerin karşılaştıkları problemleri önlemede ve olumlu bir şekilde çözüme ulaşabilmesi için var olan sosyal desteklerin artırılması, sosyal açıdan bakım vericinin daha aktif olması ve gerekirse sosyal destek gruplarına yönlendirilmesi bakım vericinin fiziksel ve ruhsal açıdan daha sağlıklı olmasını sağlayacaktır.

2.1.4. Bakım Vericilerin Bilişsel Sorunları ve Gereksinimleri

Bilişsel problemler; kişinin algılama, düşünme, dikkat gibi bilişsel aktivitelerini yerine getirememesine neden olur. Bilişsel sorunlar, konsantrasyon ve dikkat bozukluğu, unutkanlık, anlama problemleri ve çoklu problemleri çözememe olarak gruplandırılabilir (birolguvenc.org 4 Mart 2019). Bakım vericiler için bilişsel problemler önemlidir. Çünkü kendi hayatı haricinde başka bir kişinin sağlığı ile ilgili kararlar vermektedir. Bakım verici, vereceği bakımı planlamada, uygulamada ve sürdürmede bilişsel fonksiyonlarını sağlıklı olarak kullanmak zorundadır.

Hastane ortamında her ne kadar bakımın büyük bölümü hemşireler tarafından planlanıp sürdürülse de ev ortamında bu programı sürdürmek tamamen bakım vericinin sorumluluğundadır. Bu nedenle taburculuk sonrası için bakım vericiye bakımın nasıl olacağı anlatılır. Bakım verici yeterli dikkatle bunu dinleyemezse ve anlatılanları yeterli olarak anlayamazsa sonrası için hastanın bakımında aksamalar olacaktır.

Anlama ve çoklu görevler yapabilme bakım vericinin bakımda en temel noktalardan biridir. Vereceği bakımı neden, ne için ve ne zaman vereceğini anlayıp sürdürebilmesi ve o süreç boyunca hastanın evde ihtiyaç duyacağı ilaç tedavisi, pozisyon verilme, beslenme, egzersiz gibi birçok farklı görevi yerine getirebilmesi gerekir.

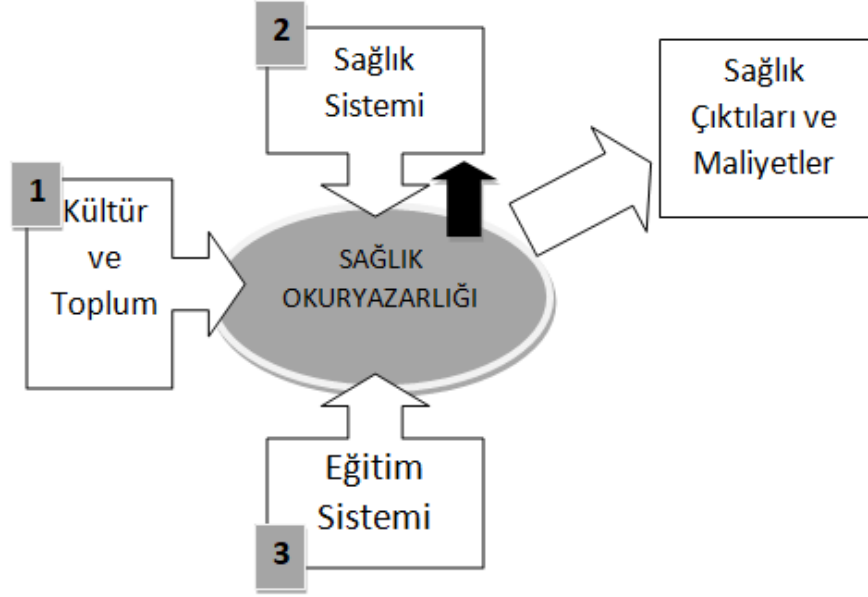
2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığı sağlığı okuyabilme becerisidir. Sağlık okuryazarlığıyla ilgili ilk genel tanımı 1974 yılında Simonds sağlık eğitimine değinerek yapmıştır. O zamanlardan günümüze tanım farklı açılardan ele alınarak yapılmıştır. Genel bir tanımla sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, sağlık profesyonellerinin verdiği bilgileri anlama, uygulama ve sağlığıyla ilgili gerekli olan uygulamaları yapabilme becerisidir (Simonds 1974).

DSÖ'ye göre sağlık okuryazarlığı bireylerin kendileri, aileleri ve toplumları için "sağlığı geliştirmek ve sürdürmek amacıyla bilgi edinme, anlama ve kullanma" becerisi olarak tanımlamaktadır (WHO 2016). Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlığını teşvik etmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, anlama ve kullanma becerilerini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır. Yost ve ark. (2009) ise bireylerin sağlıkla ilgili basılı materyalleri okuma ve anlama, grafik şeklinde sunulan bilgileri tanımlama, yorumlama ve aritmetik işlemler yaparak uygun sağlık ve bakım kararlarını alma kapasitesine sahip olma şeklinde tanımlamışlardır.

Sağlık okuryazarlığı her ne kadar sağlıkla ilgili gibi gözükse de aslında birçok farklı alanı da kapsamaktadır. Çünkü bireyin içinde bulunduğu çevre, eğitim durumu ve kişinin sosyo-ekonomik durumu da sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemektedir. Nielsen-Bohlman ve ark. (2004) sağlık okuryazarlığında potansiyel müdahale alanlarını şekildeki gibi tanımlamışlardır (Şekil 2.1.). Şekilden yola çıkarak sağlık okuryazarlığını kültür ve toplum, eğitim ve sağlık sistemleri etkilemekte ve bu etkiler sonucunda sağlık çıktıları ve maliyetler ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığına yönelik yapılacak bir girişim için de bu potansiyel müdahale alanlarını göz önünde bulundurmamak yapılacak olan faaliyetin etkinliğini arttıracaktır.



Şekil 2.1. Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları (Nielsen-Bohlman ve ark. 2004).

2.2.2. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Tüm dünyada sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerine olumlu etkisinden dolayı önem kazanmıştır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar artmaya başlamıştır. Araştırmalar, dünya genelinde bireylerin büyük çoğunluğunda sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olduğunu göstermiştir (Garcia ve ark. 2013, Ciampa ve ark. 2013, Lee ve ark. 2014, Sukys ve ark. 2017).

Sørensen ve ark. (2015) tarafından sekiz Avrupa ülkesinde sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilgili karşılaştırmalı bir araştırma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre ülkelerin yaş grupları bütün düzeylerde benzer oranlardadır. Araştırmacılar genel okuryazarlık düzeyini 1. düzeyden 6. düzeye olacak şekilde gruplandırmışlardır. Çalışmada genel okuryazarlığı en çok 6. düzey olan ülke İrlanda, son iki ayda acil servislere ve sağlık profesyonellerine altı kez ve daha fazla başvuru yapılan ülke Hollanda olarak bulunmuştur. Seçilen sekiz Avrupa ülkesi de göz önüne alındığında sağlık okuryazarlık seviyesi en düşük ülkenin Bulgaristan, en yüksek ülkenin ise Hollanda olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlık düzeyi iyi olan ülkelerde yaşayanlar kendilerini daha sağlıklı hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu araştırmaya katılan bireylerin %12'si yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Amerika'da 4974 kişilik grupta yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların %15'inde düşük sağlık okuryazarlığı tespit edilmiştir (Mackert ve ark. 2016). Litvanya'da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada da öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bulunmuştur (Sukys ve ark. 2017). Bütün bunlara ek olarak Asya ve Pasifik bölgesindeki çoğu ülkede sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için mevcut veri bulunmamaktadır (ECOSOC 2010). Böylelikle düşük sağlık okuryazarlığının dünya ülkelerinde genel bir problem olduğu görülmektedir.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığına ilgi artsa da çalışma sayısı oldukça sınırlı sayıdadır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili en kapsamlı çalışma Tanrıöver ve ark. ile Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'dır (2014). Bu araştırmaya göre katılımcıların %24,5'nin yetersiz, %40'ının sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı Kasım 2016'da aile sağlığı merkezi çalışanlarında farkındalık oluşturarak sağlık okuryazarlık düzeyi düşük hasta ve hasta yakınlarında

iletişimi güçlendirmek ve memnuniyeti arttırmak amacıyla “Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitim Programı” düzenlemiştir. Çorum İl Sağlık Müdürlüğü tarafından da 2015 yılında halka sağlık okuryazarlığı eğitimi verilmiştir. Buna benzer eğitimler birçok farklı ilde yapılmıştır. Elbistan ve Erdek’te öğrencilere yönelik sağlıkta farkındalığı arttırmak için sağlık okuryazarlığı eğitimleri verilmiştir. Bu uygulamalar, sağlık eğitiminin ve koruyucu sağlık uygulamalarındaki farkındalığın küçük yaşta kazandırılması gerekliliğine dikkat çekmektedir. Ankara’da 2018 yılında yayımlanan “Ankara İli Sincan İlçesi Birinci Basamak Sağlık Personelinde Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Eğitim Programı Geliştirilmesi” isimli bir çalışma yapılmış ve bu çalışma da sağlık çalışanlarının mevcut sağlık okuryazarlık düzeyinin saptanması ve gerekli eğitim programının düzenlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın aynı zamanda Türkiye genelinde yapılması planlanan “*Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Programı*”nın ön çalışması niteliğinde olacağı belirtilmektedir. 2019 yılı Nisan ayında DSÖ ve Gazi Üniversitesi ortaklığında Mersin’de “*Sağlık Okuryazarlığı Temelinde Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerine Çok Paydaşlı Yaklaşım, Bilgi, Deneyim ve Paylaşım Çalıştayı*” düzenlenmiştir (<https://www.haberturk.com/mersin-haberleri/18326634-mersinde-saglik-okuryazarligi-calistayi> 2019).

2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarının önemi her geçen gün artmaktadır. İnsanların koruyucu sağlık uygulamalarını kullanabilmeleri, sunulan sağlık hizmetlerini anlayabilmeleri, sağlık kuruluşuna başvurabilmeleri, sağlık profesyonelleri ile iletişim kurabilmeleri ve tedavi sürecini uygun yönetebilmeleri sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilgilidir. Bu etkenlere ne kadar dikkat edilirse bireylerin gereksiz hastane başvurularının, gereksiz sağlık maliyetlerinin ve zaman kaybının önüne geçilmiş olur. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında tarama testlerini yaptırmamak, düşük sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireylerde sorun oluşturmaktadır (Çopurlar ve Kartal 2015).

Düşük sağlık okuryazarlığına bağlı olarak ilaç kullanım hatalarına rastlamak çok olası bir sonuçtur. Çünkü bireylerle yeterli ve doğru iletişim kurulamamasına bağlı olarak tedavi rejiminde aksaklıklar görülebilir. Anlatılan tıbbi bilgileri yeterli anlayamamalarından dolayı ilaca bağlı etkileri, yan etkileri ya da olası sonuçları

bilmeyecekleri için bireylerde yanlış ilaç kullanımını ortaya çıkabilir. Gıda alışverişlerinde ürünlerdeki etiketleri yeterli anlayamamaya bağlı yanlış kullanım ve buna bağlı olarak sağlık durumunda bozulmalar meydana gelebilir (The Solid Facts, WHO 2013). Lee ve ark. (2012)'nin Tayvan'da kadınlara yönelik yaptığı çalışmada gıdaların son kullanma tarihlerini kontrol etme durumunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir araştırmaya göre düşük sağlık okuryazarlığının sağlık bakım hizmetlerinin yetersiz kullanımının kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Berkman ve ark 2011).

Sağlık okuryazarlık düzeyi, hastalarda algılanan sağlık durumu ile ilişkilidir. Acil servise tekrarlı başvuru oranlarının sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilişkisine bakmak için yapılan bir çalışmada, bireylerin kendi sağlık durumlarını yeterli algılayamadıklarından dolayı hastanelere özellikle acil servislere başvuru oranlarının fazla olduğu ve bu durumun sağlık okuryazarlık düzeyiyle yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (Öztaş ve ark. 2016). Bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımının sağlık okuryazarlık düzeyi ve algılanan sağlık durumu ile yakından ilişkisi bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden önce ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuru gereksiz iş yükü, fazla maliyet ve zaman kaybına neden olmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi sağlık durumunun yanlış algılanmasından kaynaklanan aksaklıkların da önüne geçilmesini sağlar.

Düşük sağlık okuryazarlığı, kronik hastalığı olan bireylerde koruyucu sağlık uygulamalarını yapmamaya, hastalık prognozunun olumsuz seyretmesine neden olur. Kronik hastalıkların yönetimi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Bireyin mevcut hastalığının seyrini kontrol edebilmesi, kontrolleri, ilaç yönetimi ve mevcut durumundaki bozulmaları anlayabilmesi, bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi ile doğrudan ilgilidir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük ve kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarını ve tedavi sürecini anlamakta zorluk çekmektedirler. Diyabet ve hipertansiyon hastalarına yönelik yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin tansiyon değerlerinin normal aralıklarını, diyetin ve egzersizin kan basıncına etkisini bilmedikleri; diyabet hastalarının ise hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir (Williams ve ark. 1998). Diyabetik ayak ülserinin iyileşmesinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini inceleyen bir

araştırmada Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığının Kısa Testi (STOFHLA) ile sağlık okuryazarlık düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışma önce kesitsel başlatılmış daha sonra kohort olarak devam edilmesine karar verilmiş fakat kohorta 22 birey katılmıştır. Kohort çalışmasına katılmayı kabul eden bireylerin etmeyenlere göre daha yüksek ölçek puanı olduğu görülmüş, ölçek puanı düşük olan bireylerin daha büyük yaraya sahip oldukları ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ölçek puanı ile yara iyileşme arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve ölçek puanı düşük olan bireylerin yara iyileşme hızlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakım ile sağlık okuryazarlık düzeyinin ilişkisinin oldukça önemli olduğu görülmektedir (Margolis ve ark. 2015). Bireylerin bakımlarıyla alakalı öz-yönetimlerini arttırmak için hemşirelerin, sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaya yönelik bireylerin düzeylerine göre eğitimler planlamalıdır. Düşük sağlık okuryazarlığı nedeniyle sağlığı olumsuz etkilenebilecek gruplara; örneğin eğitim düzeyi düşük, kronik hastalığı olan bireylere özel önem gösterilmesi gerekmektedir.

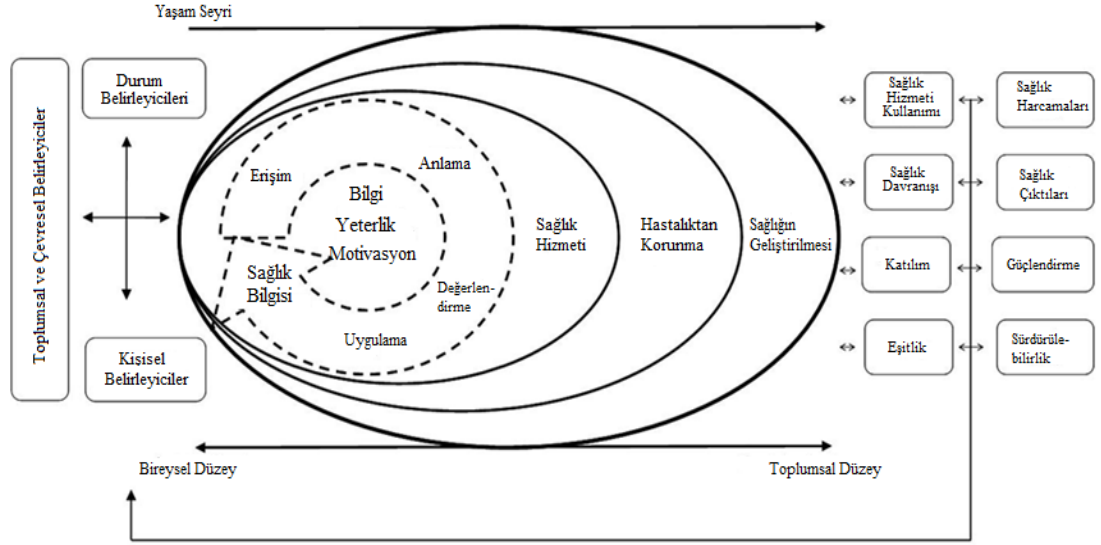
Bütüncül olarak ele alındığında sağlık okuryazarlığı bireyin bütün bir hayatının içerisinde yer alan, hastalık olmaksızın veya hastalık durumunda yapması gereken birtakım uygulamaları kapsamaktadır. Bu bağlamda bireyin hayatını normal akışı içerisinde devam ettirebilmesi için sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmeye yönelik uygulama ve politikaların geliştirilmesi önem arz etmektedir.

2.4. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları

Sağlık okuryazarlığı, birçok farklı açıdan ele alınarak tanımlanmış olmasına karşın gelişen ve değişen sağlık okuryazarlığı kavramının bütün yönlerini içine alacak kapsamlı kavramsal bir model bulunamamıştır (Protheroe ve ark. 2009, Sørensen ve ark. 2012). Don Nutbeam 2006 yılında sağlık okuryazarlığını -Nutbeam modeli olarak geçen modeli- üç alt boyutta tanımlamıştır. *Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı*, temel okuryazarlık bilgilerini kullanarak temel becerilere sahip olma durumudur. Sağlık hizmetleri ve riskleri konusunda bilgi sahibi olma ve gerekli eylemleri yapabilmeyi sağlayan sağlık okuryazarlık düzeyidir. *İnteraktif sağlık okuryazarlığı*, İnteraktif kelimesinden de anlaşılacağı üzere karşılıklı etkileşimin olduğu sağlık okuryazarlık düzeyidir. Bireyin sağlığıyla alakalı durumlarda doğru kişi ve kurumlarla iletişime girebilmesidir. İletişimin sağlıklı ve amacına uygun gerçekleşme ihtimali ve interaktif sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sosyal ve

bilişsel becerileri ile doğru orantılıdır (Yılmaz ve Tiryaki, 2016). *Eleştirel sağlık okuryazarlığı*, sağlık okuryazarlığının en ileri düzeyidir. Bireyin sağlığına dair tam bir farkındalığa sahip olmasıdır. Eleştirel sağlık okuryazarı olan birey sağlığında meydana gelen değişiklikleri bilir ve çok yönlü düşünerek en uygun önlemleri almaya çalışır (Nutbeam 2006).

Sağlık okuryazarlığıyla ilgili kapsamlı bir tanım olmadığına, mevcut kavramsal modellerin ise halk sağlığı alanına indirgenememiş tıbbi kullanımlar olduğuna dikkat çeken bazı araştırmacılar on yedi tanımı ve on iki kavramsal modeli inceleyerek entegre bir tanım ve kavramsal model geliştirmişlerdir (Sørensen ve ark. 2012) (Şekil 2.2.). Onlara göre bu model, sağlık okuryazarlığının ana boyutlarını gösteren kavramsal bir modeldir. Şekil 2 incelendiğinde, merkezinde erişim, değerlendirme ve uygulama ile sağlık bilgisine ulaşma yer alırken, buna paralel olarak sağlığı etkileyen faktörleri ve bu süreç boyunca iç ve dış etmenleri de tanımlamaktadır. Modelin temelinde bireyden toplumsal popülasyona doğru olduğu ve sağlık okuryazarlığının yalnızca tıbbi bir kavram olmadığı onu etkileyen birçok faktörün olduğu da görülmektedir. Sağlık bilgisine ulaşıldıktan sonra sağlığın korunması, sağlık bakımı ve hastalıklardan korunmak için gerekli bilgileri kullanarak bu bilgileri uygulamak için birtakım becerilere gereksinim vardır. Bu aşamada sağlık okuryazarlığı devreye girmektedir. Bilgilerin uygulanması için gerekli sağlık hizmetleri kullanımı, bu uygulamalara katılım ve katılımın sürdürülebilirliği, sağlıklı davranış, eşitlik ve çevresel faktörler bireylerin direkt sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkilidir. Kişinin sağlık okuryazarlık düzeyi ne kadar yüksekse sağlık davranışlarını gerçekleştirme düzeyi o derece yüksektir.



Şekil 2.2. Sağlık Okuryazarlığının Entegre Modeli (Sorenson ve ark. 2012)

2.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçmek İçin Geliştirilmiş Araçlar

2.5.1. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA))

Parker ve ark. (1995) tarafından geliştirilen test, bir okuma-anlama testidir. Test iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde bireyin sayısal yetenekleri ölçülür, ikinci bölümde ise bireye bir paragraf verilir ve sorulan sorunun cevabı olan kelimeyi içerisinden seçmesi istenir. Test sağlık okuryazarlığını, yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan), sınırlı sağlık okuryazarlığı (60-74 puan), yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100) olmak üzere üç gruba ayırır. TOFHLA'nın kısaltılmış versiyonu yine Parker ve ark.(1999) tarafından yapılmıştır. Kısaltılmış versiyonu 0-36 arasında puan almaktadır; 0-16 puan arası yetersiz, 17-22 arası sınırlı, 23-36 arası yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir ve yedi dakika sürmektedir, kişi testi yaparken süresi bitince mutlaka durdurulmalıdır. S-TOFHLA sayısal bölüm için 0.68, ikinci bölüm için 0.97 cronbach alfa katsayısına sahiptir. Türkçe uyarlaması Üçpunar ve Piyal (2014) tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri testin sayısal bölümü için 0.732, sözel bölümü için 0.523 olarak bulunmuştur.

2.5.2. *Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM))*

Davis ve ark. (1991) tarafından geliştirilen ölçek sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilen ilk ölçektir. Ölçek basılı materyallerden alınan 125 tıbbi terimden oluşan, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için yapılan testtir. Bireylerden yazılı olan terimleri okumaları istenir. Doğru olan her bir telaffuz için bir puan verilir, yanlış telaffuzlar için işaretler koyulur. Bireylerin verdiği cevaplara göre temel seviye, ilkokul, ortaokul ve lise seviyesi olmak üzere dört gruba ayrılır. Bu gruplar sınıf eşdeğerlikleri olarak beş okuma düzeyine de dönüştürülebilir; 3.sınıf ve altı, 4 ile 6.sınıf, 7 ile 8.sınıf, 9.sınıf ve üzeri. Cronbach alfa katsayısı 0.98, faktör analizi 0.89 bulunmuştur. Davis ve ark.(1993) REALM'i 125 kelimededen 66 kelimeye düşürerek kısaltılmış versiyonunu geliştirmişlerdir (REALM-S). REALM yaklaşık beş dakika sürerken REALM-S birkaç dakika sürmüştür. Test tekrar test güvenilirliği 0.99 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlik güvenilirliği Özdemir ve ark (2010) tarafından yapılmıştır. Testin puan aralığı 0-66'dır. 0-18 puan alanların 3.sınıf ve altı, 19-44 puan alanların 4-6. sınıf, 45-60 puan alanların 7-8. sınıf, 61-66 puan alanların da 9. sınıf ve üzeri sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

2.5.3. *En Yeni Yaşamsal İşaret Testi (The Newest Vital Sign (NVS))*

Weiss ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiştir. İngilizce ve İspanyolca kullanılan testin cronbach alpha katsayısı İngilizce için 0.76 İspanyolca için 0.69 olarak bulunmuştur. Test kişilerin besin etiketlerini okumayı ve anlamayı ölçmekte olup ortalama üç dakika sürmektedir. Dört sorudan az doğru yanıtı hastaların sağlık okuryazarlığı düşük, dörtten fazla doğru yanıtı olan hastaların sağlık okuryazarlığının düşük olma ihtimali az şeklinde tanımlamışlardır. Testin Türkçe geçerliliğini Özdemir ve ark. (2010) yapmıştır.

2.5.4. *Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)*

Sezer ve Kadioğlu (2012) tarafından Türkçe okuma yazma bilen kişilere uygulanan, ülkemizde sağlık okuryazarlığına yönelik geliştirilmiş ilk ve tek ölçme aracıdır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması da yapılmış olup, genel kapsam geçerliği indeksi % 90.71 bulunmuş, cronbach alpha katsayısı 0.77, test tekrar test

güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliği de faktör analizi ile yapılmış olup toplam varyansın %60.68'ini açıklayan 8 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Ölçek yetişkin bireylerin ilaç kullanımı ve sağlık bilgisini içeren 22 soru ve 1 adet vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili görsel bir soru bulunmaktadır. Ölçek sorularının 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmelidir. Evet/hayır tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan; çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1, hiç bilmeyen ve bir doğru bir yanlış işaretleyenlere 0 puan; eşleştirme sorularına ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmektedir. Ölçek puanı 0-23 arasında değişmekte olup, alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır.

2.5.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sorenson (2012) 47 madde içeren HLS-E.U (Health Literacy Survey in Europe) Sağlık okuryazarlığı ölçeğini geliştirip geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Toçi, Bruzari ve Sorenson (2013) birlikte ölçeği sadeleştirerek 25 maddelik Health Literacy Index formunu oluşturmuşlardır. Bu 25 maddelik Health Literacy Index formunun Türkçe geçerlik ve güvenirliği Aras ve Temel tarafından yapılmıştır (Aras ve Temel 2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bilgiye Erişim beş madde (1.-5. maddeler) içermektedir, Bilgileri Anlama yedi madde içermektedir (6.-12. maddeler). Değer Biçme/ Değerlendirme alt ölçeği sekiz madde içermektedir (13.-20. maddeler) . Uygulama/ Kullanma alt ölçeği de beş madde (21.-25. maddeler) içermektedir. Tüm ölçek için minimum puan 25 ve maksimum puan 125'dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Özgün ölçeğin standart sapması 0.95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) 0.92 olarak bulunmuştur. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır.

2.6. Aile Bakım Vericilerin Eğitimi ve Desteklenmesi

Giderek yaşlanmakta olan nüfusumuzdan dolayı bakım vericilere olan ihtiyaç artmaktadır. Her hasta kendi aile ortamında tanıdığı bireylerden bakım almak istemektedir. Toplumumuzda bakım verme genellikle seçim durumundan ziyade bir görev gibi algılanmaktadır. Bundan kaynaklı olarak da bireyler bir anda aile bakım verici rolü içerisine girebilir. Önemli olan aile bakım verici olduktan sonra yaşanacak durumlardır.

Aile bakım verici olan bireylerde bakım verme sürecinin ilk aşaması bilgilenmektir. “Aile bakım verici olmak nedir, aile bakım vericilerden neler beklenir, beklentileri karşılayacak bilgi ve beceriye sahip miyim, karşılaşacağım problemlerin üstesinden gelebilecek miyim?” şeklinde bir takım soruları en baştan cevaplandırmak aile bakım vericilerin hazır olmuşluğunu arttıracaktır. Aile bakım vericinin kendisini tanıması zayıf ve güçlü yanlarını keşfetmesi bakım verme sürecinde neleri daha iyi yapacağını ya da ne konuda zorlanacağını önceden belirlemesini sağlar ve böylelikle karşılaşacağı olası problemlere yönelik önlemler alınabilir.

Aile bakım vericiler bakım verme sürecinde birden fazla problemle karşılaşabilirler. Deneyimsizlik, durumu yönetememe ve uygun baş etme yöntemini kullanamamaya bağlı çaresizlik hissetmek ve bu durumun uzamasıyla bireylerde görülen tükenmişlik bunlardan başlıcalarıdır. Aynı zamanda bakım vericiler fiziksel ve emosyonel gereksinimlerini ihmal etmelerinden kaynaklı da tükenmişlik yaşayabilmektedirler (Özer 2010). Bu durumda aile bakım vericileri danışacağı, yardım alacağı kurum veya kişilerin olması ortaya çıkacak tükenmişlikleri engelleyecek veya geciktirecektir. Aile bakım vericilere verilecek destek ve eğitim programları bireylere ve bakım verdiği bireyin hastalığına özgü olmalı; aynı zamanda erişilebilir olmalıdır.

Aile bakım vericilerin kendi günlük yaşantısına devam edebilmesi tamamen mümkün olmayabilir. Bu nedenle aile bakım vericiye kısa molalar oluşturulmalı ve bakım verici rolünden kısa süreli de olsa uzaklaşmalıdır. Bunun için gündüz bakım evleri, kısa süreli veya saatlik bakım veren kuruluşların kurulması ve yaygınlaştırılması gerekir. Çünkü bireyler kurum bakımından ziyade kendi evlerinde

bakımlarının sürdürülmesini istemekte aynı zamanda bakım veren bireylerde bakımı vefa borcu olarak düşündükleri için yakınlarının bakımını kendileri devam ettirmek istemektedirler. Fakat aile bakım vericiler de kendi aile ve sosyal rollerini yerine getiremedikleri için bir çıkmazın içindeymiş gibi hissetmektedirler. Bu nedenle aile bakım vericiye kısa zamanlar oluşturacak bu kurumların oluşturulması bakım vericinin ve bakım alan bireyin sağlığı açısından önemlidir.

Hastane ortamında bakımın gerektiği durumlarda aile bakım vericilerin o anki duruma adapte edilmesi ve ne gibi bakım faaliyetlerini sürdürmesi gerektiğinin sağlık profesyonelleri tarafından açıkça anlatılması gereklidir. Daha önce evde yapmadığı fakat bundan sonra devam edeceği ilaç ve bakım faaliyetleri aile bakım vericinin anlayacağı tarzda sade ve anlaşılır biçimde anlatılmalıdır. Aile bakım vericinin hastane içerisinde bu uygulamaları yapması sağlanmalı ve gözlemlenmeli, eksik ve yanlış bir durum varsa bunlar düzeltilerek yeniden anlatılmalıdır.

Aile bakım vericinin sosyal destek sistemlerinin varlığı sorgulanmalıdır. Çünkü bakım sürecinde aile bakım vericilerin sosyal destek sistemleri önemlidir. Aile bakım vericiler içinde buldukları durumdan kaynaklı yaşadıkları stresle başa çıkmak için sosyal destek sistemlerini kullanırlar. Mevcut sosyal desteğin sorgulanması ve desteklenmesi bakımın devamlılığı, aile bakım vericinin sağlığı ve bakımın kalitesi açısından önemlidir.

2.7. Aile Bakım Vericilerin Sağlık Okuryazarlığını Arttırmada Hemşirenin Rolü

Sağlık okuryazarlığı sağlık profesyonellerinin hizmet verdiği gruba yönelik olduğundan ve birinci basamak sağlık profesyonelleri halkla daha fazla karşılaştığından halkın bilinçlendirilmesi yönünde halk sağlığı hemşirelerine düşen pay biraz daha fazladır. Sağlık Bakanlığının yayınlanan sağlık istatistikleri 2018 verilerine göre kurum türlerine göre başvuru sayısına bakıldığında toplam 782.515.204 başvuru sayısının birinci basamak yıllık kişi başı başvuru sayısı ise 3,2 ikinci ve üçüncü basamak merkezlere kişi başı başvuru sayısı 6,3 olarak bulunmuştur. Gerekli durumlarda ileri merkezlere başvurulması gerekirken bireylerin kendilerini daha iyi muayene ettirmek, daha kapsamlı baktırılacağını düşünmesi sebebiyle gereksiz hastane yoğunlukları, sağlık maliyet artışlarına sebebiyet vermektedirler.

2.7.1. Birincil Korumada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Birincil koruma önlemleri hastalık ortaya çıkmadan alınacak koruyucu tedbirlerdir. Bu tedbirlerin alınabilmesi için öncelikle bireylerde farkındalık oluşturulmalı buna yönelik eğitimler verilmelidir. DSÖ'ye (2017) göre dünyada 40 milyon kişinin bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği ve bu sebeplerin birçoğunun önlenemez sebepler olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıklara bağlı ölüm ve sakatlıkların azaltılması için kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmak önem arz etmektedir. Kronik hastalık açısından risk grubunda olan kişiler mutlaka bilgilendirilmeli ve sağlık kontrollerinden geçmesi için yönlendirilmelidir.

Çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığının kazandırılması için gerekli planlamalara önem verilmelidir. Çünkü çocukluk döneminde bireye kazandırılan sağlık okuryazarlığı çok yönlü faydalar sağlayacaktır. Örneğin okullarda sağlık okuryazarlığına yönelik eğitimler verilmesi topluma ulaşma açısından daha kolay, daha etkili ve daha ekonomik olacaktır. Ayrıca bu bilincin erken yaşlarda kazandırılması, bireylerin ilerleyen dönemlerde karşılaşılabilecekleri sağlık sorunlarını erken fark etmesini ve gerekli önlemleri almasını kolaylaştıracaktır. Okullarda sağlık okuryazarlığına yönelik eğitimler yapılmalı, gerekli kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılmalıdır.

2.7.2. İkincil Korumada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

İkincil koruma önlemleri hastalık anında ve hastalığın komplikasyon görülmeden önceki döneminde yapılan uygulamalardır. Aile bakım vericinin hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgileri elde edebileceği kaynaklar ile bu kaynakları ulaşmanın bireyin hastalığının seyrini etkileyeceği anlatılmalıdır. Aile bakım vericinin sağlık okuryazarlık düzeyi bakım verdiği bireyin sağlığını doğrudan etkilediği için aile bakım vericinin hem kendi sağlığı hem de hastasının sağlığı için gerek erken tanı gerekse mevcut tedavi sürecinin ilerleyişini takip etmesi ve bilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle aile bakım vericiye yapılabilecek erken tanı müdahaleleri, komplikasyon görülmemesi için uygulanacak yöntemler dikkatli şekilde anlatılmalı, gerekli birim ve kurumlara yönlendirilmesi yapılmalıdır.

2.7.3. Üçüncül Korumada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Üçüncül koruma önlemleri hastalık sonrası dönemi kapsamaktadır. Hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalıktan etkilenen kişinin işlevselliğini ve yaşam kalitesini korumak ve yaşam süresini uzatmak için yapılan etkinliklerdir (Akdeniz ve Kavukçu 2017). Aile bakım vericinin hastanın veya kendisinin geçirmiş olduğu hastalığın sebeplerini ve etkenlerini tanınması ve hayatının sonraki dönemlerinde aynı hastalıkla yeniden karşılaşmaması veya karşılaştığı zaman hangi yolları izleyeceği ve neler uygulayacağı ile ilgili detaylı bir bilgilendirme yapılmalıdır. Bakım verilen bireyde hastalığa bağlı ortaya çıkan işlevsel bozukluklarda uygun kurumlara yönlendirilme yapılmalı, aile bakım vericinin evde yapacağı uygulamalar varsa detaylı ve anlaşılır şekilde bire bir yaparak anlatılmalıdır. Bakım verdiği birey palyatif bakıma muhtaç durumda ise aile bakım vericinin bütün eğitim gereksinimlerinin tanımlanması, sağlık okuryazarlık düzeyinin değerlendirilmesi bireyin sağlığı ve bakımın kalitesi açısından oldukça önemlidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Konya Akşehir Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Kurum; dâhilî ve cerrahi yataklı birimler, ameliyathane ve yoğun bakım servisi bulunan ikinci basamak bir hastanedir. Hastanede göğüs, nöroloji, cildiye, çocuk, dâhiliye, üroloji, fizik tedavi, ortopedi, kadın doğum ve genel cerrahi servisleri bulunmaktadır. Hastaneye yıllık ortalama 550 bin civarı hasta yatışı yapılmaktadır (Akşehir Devlet Hastanesi İstatistik Birimi 2018). Polikliniklere başvuran hastalara mevcut durumlarına uygun tanı testleri ve tedavi yapılmaktadır. Bireylerin eğer evde kendisinin yönetemeyeceği bir durum varsa ilaç düzenlemesi veya değiştirilmesi gerekli olduğu durumlarda servislere yatışları yapılmaktadır. Yatışı yapılan bireylerde aile bakım verici ihtiyacı olanlarda mutlaka bir aile bakım vericinin kalması istenmektedir. Aile bakım verici ihtiyacı olmayanlarda da bireylerin istekleri doğrultusunda yine hastanın yanında bir aile bakım verici kalabilmektedir. Hastanede aile bakım vericilere yemek ve hastanın yanında yer alan yatağa dönüşebilen bir koltuk imkânı sağlanmaktadır. Araştırma için bu hastanenin seçilmesi, kırsal bölge olmasının yanı sıra çevre ilçelerden çok fazla başvuru alıyor olmasından kaynaklanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma Konya ili, Akşehir Devlet Hastanesinde yatarak tedavi gören 18 yaş üzeri hastaların 18 yaş ve üzerinde olan aile bakım vericilerine yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırmanın örnekleme; Aras ve Bayık Temel'in (2017) yapmış oldukları çalışmada bulunan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin standart sapma değerinden ($SS=12.4$) (Aras ve Bayık Temel 2017) ve evrenin bilinmediği durumlarda $n=(z \times SS/d)^2$ (Karasar 2005) formülünden yararlanılarak hesaplanmıştır. Formülde %95

güven düzeyi ve sapma $d=1,5$ kabul edilerek $n=(1.9616 \times 12.4/1,5)^2=263$ bulunmuştur. Örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Aile bakım vericinin Türkçe biliyor olması ve hastanın primer bakım vericisi olmasıdır.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları:

3.6.1. Aile Bakımverici Sosyo-Demografik Tanılama Formu

Literatür incelemeleri (Mohamad ve ark 2012, Bliss ve ark 2013, Nakayama ve ark 2015, Dişsiz ve Yılmaz 2016, Pelle ve ark 2017, Sukys ve ark 2017, Temel ve Çimen 2017) sonucu oluşturulan form, bakım veren bireylerin eğitim düzeyi, kendi sağlığını algılayışı, gelir durumu ve hasta bireyle yakınlığı, bireye ne konuda destek sağladığı, bakımda bilmediği bilgileri nasıl ve nereden öğrendiği, medikal cihaz kullanımını bilme durumu, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayıp yaşamadığını ve bu konuda eğitim alıp almadığını sorgulayan 24 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Hasta Sosyo-demografik Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan form; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi ve bulaşıcı olmayan hastalık sayısı ile ilgili 6 sorudan oluşmaktadır.

3.6.3. Barthel İndeksi

1955 yılında Mahoney ve Barthel (1955) tarafından geliştirilmiştir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yapma durumunu değerlendiren 10 maddeden oluşmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinden bağırsak bakımı, mesane bakımı, kendine bakım, tuvalet kullanımı, beslenme, bağımlılık durumu, mobilite, giyinme, yıkanma gibi aktiviteleri yapma düzeyi değerlendirilir. Bireyin mevcut durumuna karşılık gelen en uygun seçenek işaretlenir. 0-100 aralığında puan almaktadır. Bireyin aldığı puan arttıkça bağımsızlık düzeyi artmaktadır. Türkiye’de geçerliliğini Yavuzer ve ark. (2000) inmeli ve spinal kord yaralanması geçirmiş hastalarda

yapmışlardır. Cronbach alpha değeri inmeli hastalar için 0.93, spinal kord yaralanmaları için 0.88 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

Sağlık okuryazarlık Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aras ve Temel (2017) tarafından yapılmıştır. “Bilgiye Erişim”, “Bilgileri Anlama”, “Değer Biçme/Değerlendirme”, “Uygulama/Kullanma” olarak dört alt boyuttan oluşmaktadır. Her başlık ayrı değerlendirilmekte ve aynı zamanda toplam ölçek puanı üzerinden de bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleriyle ilgili değerlendirilmeler yapılabilmektedir. Tüm ölçek için alınabilecek minimum puan 25 ve maksimum puan 125’dir. Ölçek maddeleri aile bakım vericiler tarafından “5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız” şeklinde likert yapıda yanıtlanmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır.

1. *Bilgiye Erişim* alt boyutu 5 sorudan oluşmaktadır (1-5). Bu alt boyut için puan aralığı 5-25, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.71; bu çalışmada Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.
2. *Bilgileri Anlama* alt boyutu 7 sorudan oluşmaktadır (6-12). Bu alt boyut için puan aralığı 7-35, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.79; bu çalışmada Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur.
3. *Değer Biçme / Değerlendirme* alt boyutu 8 sorudan oluşmaktadır (13-20). Bu alt boyut için puan aralığı 8-40, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.66; bu çalışmada Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.
4. *Uygulama / Kullanma* alt boyutu 5 sorudan oluşmaktadır (21-25). Bu alt boyut için puan aralığı 5-25, Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.62; bu çalışmada Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur.
5. *SOY toplam puanı* 25 ile 125 arasında puan almaktadır. Puan yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını göstermektedir.

Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.92; bu çalışmada Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarının puanları ile toplam ölçek puanları arasında ilişkiler için güvenilirlik katsayılarının 0.74 ile 0.91 arasında olduğu ve tüm maddeler için anlamlı olduğu, kapsam geçerlik indeksi 0.90, ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0.893 ve Barlett's testi değeri ($X^2= 2187.116$, $p:0.001$) bulunmuştur.

Tablo 3.1. SOY ölçek alt boyutlarının madde sayısı, alınabilecek puan aralıkları, bu çalışmada alınan min-max puan ve cronbach α değerleri

SOY Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Alınabilecek Min.-Max. Puan	Bu çalışmada alınan $\bar{X} \pm SS$ ve Min.-Max.puan	Cronbach α
SOY Ölçek Toplam	25	25-125	105.3 \pm 17.5 (50-125)	0.94
Bilgiye Erişim	5	5-25	21.3 \pm 5.1 (5-25)	0.94
Bilgileri Anlama	7	7-35	27.7 \pm 5.9 (8-35)	0.79
Değer Biçme / Değerlendirme	8	8-40	35.0 \pm 5.9(12-40)	0.87
Uygulama / Kullanma	5	5-25	21.4 \pm 3.4 (9-25)	0.70

3.7. Ön Uygulama

Soruların anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası sorularda değişiklik yapılmamıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hasta odasında toplanmıştır. Uygulama süresi 5-10 dakikadır. Bireylere çalışmanın amacı, uygulanacak anket ve ölçek anlatılmıştır. Aile bakım vericinin ve hastanın sosyo-demografik tanımlama formu, Barthel indeksi ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalama puanı.

Bağımsız değişkenler: Hasta ve aile bakım vericinin sosyo-demografik özellikleri, bakıma ilişkin özellikler, hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı, araştırmanın yapılacağı kurumlardan gerekli resmi izinler alınmıştır. Katılımcılardan da sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kırsal alandaki bir devlet hastanesinde yapılması ve benzer çalışma olmaması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesinde lisanslı SPSS 20.0 Advanced istatistik programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Veriler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyreklik dilimler kullanılarak verilmiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin normal dağılıma uygunluğunda Kolmogorov Smirnow normallik testi sonuçları esas alınmıştır. Bu nedenle ikili gruplarda Mann Whitney U testi; üç ve üzeri gruplarda da Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Nicel verilerin SOY toplam puanı ile aralarında pearson ve spearman korelasyon analizleri yapılmıştır. Korelasyon katsayıları 0.00-0.25 çok zayıf (önemsenmeyecek) ilişki, 0.26-0.49 zayıf ilişki, 0.50-0.69 orta ilişki, 0.70-0.89 yüksek ilişki, 0.90-1.0 çok yüksek ilişki şeklinde yorumlanmıştır (Köse 2008).

Hastanede yatmakta olan hastaların aile bakım vericilerinde SOY'un belirleyicileri hiyerarşik çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model 1'de sosyo-demografik belirleyiciler, model 2'de bakıma ilişkin değişkenler kullanılmıştır. SOY toplam puanı sürekli değişken olarak kullanılmıştır.

1. Cinsiyet (kadın=1, 0=erkek)

2. Meslek (çalışmıyor=1, 0=çalışıyor)
3. Medeni durum (evli=1, 0=bekâr)
4. Yaşadığı yer (köy/kasaba=1, 0=ilçe)
5. Aylık gelir düzeyi (gelir giderden az, gelir gidere eşit=1, 0= gelir giderden yüksek)
6. Sürekli hastalık varlığı (var=1, 0=yok)
7. Bakım aylığı alma (evet=1, 0=hayır)
8. Sağlık çalışanlarından yardım alma (hayır=1, 0=evet)
9. Sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşama (evet=1, 0=hayır)
10. Sağlık çalışanlarına rahatça soru sorabilme(hayır=1, 0=evet)
11. Hastadaki değişiklikleri fark edebilme (hayır=1, 0=evet)
12. Değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilme (hayır=1, 0=evet)
13. Sağlık hizmetlerine erişmede zorluk (evet=1, 0=hayır)
14. Hastanın cinsiyeti (erkek=1, 0=kadın)
15. Hastanın mesleği (çalışmıyor=1, 0=çalışıyor)

4. BULGULAR

Yatarak tedavi gören hastaların aile bakım vericilerinin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

4.1 Aile Bakım Vericiye Ait Sosyo-demografik Özellikler (Tablo 4.1), Hasta ve bakıma ilişkin değişkenlerin dağılımı (Tablo 4.2.)

4.2 Bakımla İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri(Tablo 4.3.)

4.3 Aile Bakım Vericilerin Sosyo-demografik Özellikleri ile SOY ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (Tablo 4.4.)

4.4 Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonları (Tablo 4.5.)

4.5 Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri (Çoklu Regresyon Analizi-hiyerarşik model) (Tablo 4.6.)

4.1. Aile Bakım Vericiye Ait Sosyo-demografik Özellikler (n=263)

Araştırmaya katılan aile bakım vericilerin % 63.9'u kadın, % 67.3'ü çalışmıyor (ev hanımı, emekli), % 84.8'i evli, % 68.1'i ilçede yaşıyor, % 95.8'inin sosyal güvencesi var, % 43.7'si ilkokul mezunu, % 53.6'sının geliri giderine eşit ve % 66.5'inin sürekli bir hastalığının olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.1. Aile Bakım Vericiye Ait Sosyo-demografik Özellikler (n=263)

Aile Bakım Vericiye Ait Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	168	63,9
Erkek	95	36,1
Meslek		
Çalışıyor (İşçi, Devlet Memuru, Serbest Meslek)	86	32,7
Çalışmıyor (Emekli, ev hanımı)	177	67,3
Medeni durum		
Evli	223	84,8
Bekâr	40	15,2
Yaşadığı yer		
İlçe	179	68,1
Köy-Kasaba	84	31,9
Sosyal Güvence		
Var	252	95,8
Yok	11	4,2
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	17	6,5
Okuryazar	20	7,6
İlkokul	115	43,7
Ortaokul	34	12,9
Lise	54	20,5
Üniversite ve üzeri	23	8,7
Aylık Gelir Miktarı		
Gelir giderden az	104	39,5
Gelir gidere eşit	141	53,6
Gelir giderden fazla	18	6,8
Sürekli Hastalık		
Var	88	33,5
Yok	175	66,5

4.2. Hasta ve Bakıma İlişkin Değişkenlerin Dağılımı (n=263)

Araştırmaya katılan aile bakım vericilerin bakım ile ilgili değişkenlerde, %36.1'inin eşine bakım verdiği, %69.6'sının hasta ile birlikte yaşadığı, %46.8'ine başka bakım veren birinin olmadığı, %61.6'sının hastasının tıbbi cihaz kullanmadığı, tıbbi cihaz kullanan hastaların %92.2'sinin aile bakım vericilerinin hastasının kullandığı tıbbi cihazı kullanmayı bildiği, %90.5'inin bakım aylığı almadığı, %76.4'ünün sağlık çalışanlarından hastanın bakımı ile ilgili yardım aldığı, %79.5'inin sağlık çalışanlarının söylediğini anlamakta zorluk yaşadığı, % 88.6'sının sağlık çalışanlarına rahat soru sorabildiği, %96.6'sının hastasının durumunda meydana gelen değişiklikleri fark edebildiği, %93.5'inin bu değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebildiği, % 81'inin sağlık hizmetlerine erişmekte zorluk yaşamadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan aile bakım vericilerin hastalarının %52.1'i 18-64 yaş aralığında, %50.6'sı kadın, %42.6'sı ilkokul mezunu, %82.5'i çalışmıyor (ev

hanımı, emekli), % 94.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu ve %72.6'sının kronik bir hastalığının olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hasta ve bakıma ilişkin değişkenlerin dağılımı (n=263)

Hasta ve Bakıma İlişkin Değişkenler	S	%
Hasta ile yakınlık		
Eş	95	36,1
Anne	62	23,6
Baba	38	14,4
Diğer	31	11,8
Kardeş	21	8,0
Çocuk	16	6,1
Hasta ile birlikte yaşama		
Evet	183	69,6
Hayır	80	30,4
Başka bakım veren kişi		
Var	140	53,2
Yok	123	46,8
Hastanın tıbbi cihaz kullanımı		
Evet	101	38,4
Hayır	162	61,6
Hastanın kullandığı tıbbi cihazı bilme		
Evet	94	92,2
Hayır	7	6,9
Bakım aylığı		
Evet	25	9,5
Hayır	238	90,5
Sağlık çalışanlarından yardım alma		
Evet	201	76,4
Hayır	62	23,6
Sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşama		
Evet	54	20,5
Hayır-Bazen	209	79,5
Sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme		
Evet	233	88,6
Hayır-Bazen	30	11,4
Hastadaki değişiklikleri fark edebilme		
Evet	254	96,6
Hayır	9	3,4
Değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilme		
Evet	246	93,5
Hayır	17	6,5
Hastanın öğrenim durumu		
Okuryazar değil	61	23,2
Okuryazar	26	9,9
İlkokul	112	42,6
Ortaokul	22	8,4
Lise	32	12,2
Üniversite ve üzeri	10	3,8
Sağlık hizmetlerine erişimde zorluk		
Evet	50	19,0
Hayır	215	81,0
Hastanın yaşı		
18-64 yaş	137	52,1
65 yaş ve üzeri	126	47,9

Tablo 4.2. (devam) Hasta ve bakıma ilişkin değişkenlerin dağılımı (n=263)

Hasta ve Bakıma İlişkin Değişkenler	S	%
Hastanın cinsiyeti		
Kadın	133	50,6
Erkek	130	49,4
Hastanın öğrenim durumu		
Okuryazar değil	61	23,2
Okuryazar	26	9,9
İlkokul	112	42,6
Ortaokul	22	8,4
Lise	32	12,2
Üniversite ve üzeri	10	3,8
Hastanın mesleği		
Çalışıyor (İşçi, Devlet Memuru, Serbest Meslek)	46	17,5
Çalışmıyor (Emekli, ev hanımı)	217	82,5
Hastanın sosyal güvencesi		
Var	249	94,7
Yok	14	5,3
Hastanın kronik hastalık varlığı		
Var	191	72,6
Yok	72	27,4

4.3. Bakımla İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri (n=263)

Araştırmaya katılan aile bakım vericilerin yaş ortalaması $48\pm 14,7$, hastanın yaş ortalaması $61,1\pm 17,8$, bakım verdiği hastanın Barthel index puanı ortalaması $72,8\pm 30,4$, aile bakım vericinin sürekli hastalık ortalama sayısı $0,5\pm 0,9$, hastanın bağımlılık düzeyi ortalaması $5,2\pm 2,9$, hasta ile günlük ilgilenilen saat ortalaması $17,4\pm 8,4$, hastaya bakım verme süre ortalaması 35,9 ay, hastanın son bir yıl da hastaneye yatış ortalaması $2,9\pm 2,2$, aile bakım vericinin algılanan sağlık düzeyi ortalaması $6,7\pm 2,1$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Bakımla İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri

Bakımla ilgili Nicel Değişkenler	X±Ss	Min.-Max.
Barthel İndex Puanı	72.8±30.4	0-100
Bakım vericinin Yaşı	48.0±14.7	19-85
Bakım Vericinin Sürekli Hastalık Sayısı	0.5±0.9	0-4
Hastanın Bağımlılık Düzeyi	5.2±2.9	0-10
Hasta İle İlgilenilen Saat	17.4±8.4	1-24
Bakım Verme Süresi (ay)	35.9±80.4	1-696
Hastanın Hastaneye Yatış Sayısı	2.9±2.2	1-11
Bakım Vericinin Algılanan Sağlık Düzeyi	6.7±2.1	0-10
Hastanın Yaşı	61.1±17.8	18-93

4.4. Aile Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile SOY ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=263)

SOY ölçeğinin **bilgiye erişim alt boyutunun** cinsiyet, meslek, yaşanılan yer, öğrenim düzeyi, aylık gelir düzeyi, sürekli hastalık varlığı, hasta ile birlikte yaşama, başka bakım veren kişinin varlığı, bakım aylığı alma, sağlık çalışanlarından yardım alma, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlamada zorluk yaşama, sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme, hastadaki değişiklikleri fark edebilme, hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilme, sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşama, hastanın yaşı, hastanın cinsiyeti ve hastanın mesleği arasında istatistiksel açıdan fark anlamlıdır ($p<0.05$). İleri analizlerde öğrenim düzeyi ve bilgiye erişim alt boyutu arasındaki farkın okuryazar olmayanlar ile ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite ve üzeri; okuryazar olanlarla lise ve üniversite ve üzeri; ilkökul ile üniversite ve üzeri arasında olduğu; aylık gelir düzeyi ile bilgiye erişim alt boyut ileri analizde farkın gelir giderken az olanla diğer gruplar arasında olduğu bulunmuştur. Aile bakım vericinin medeni durumu, sosyal güvence, hasta ile olan yakınlık, hastanın tıbbi cihaz kullanımı ve bu tıbbi cihazı kullanmayı bilme, hastanın öğrenim düzeyi, hastanın sosyal güvencesi ve hastanın kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$).

SOY ölçeğinin **bilgiyi anlama alt boyutunun** cinsiyet, meslek, medeni durum, yaşanılan yer, öğrenim düzeyi, aylık gelir düzeyi, sürekli hastalık varlığı, sağlık çalışanlarından yardım alma, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlamada zorluk yaşama, sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme, hastadaki değişiklikleri fark

edebilme, hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletibilme, sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşama, hastanın yaşı, hastanın cinsiyeti ve hastanın öğrenim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). İleri analizlerde öğrenim düzeyi ve bilgiye erişim alt boyutu arasındaki farkın okuryazar olmayanlar ile ilkokul, ortaokul, lise ve niversite ve üzeri; okuryazar ve ilkokul olanlar ile lise ve niversite ve üzeri; ortaokul ile niversite ve üzeri arasında olduğu; aylık gelir düzeyi ile bilgiye erişim alt boyut ileri analizde farkın gelir giderken az olanla diğer gruplar; gelir gidere eşit ile gelir giderden fazla olan gruplar arasında olduğu bulunmuştur. Sosyal güvence, hasta ile yakınlık, hasta ile birlikte yaşama, başka bakım veren kişinin varlığı, hastanın tıbbi cihaz kullanımı ve bu tıbbi cihazı kullanmayı bilme, bakım aylığı alma, hastanın mesleği, hastanın sosyal güvencesi ve hastanın kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ($p>0.05$).

SOY leğinin **değer biçme/değerlendirme alt boyutunun** yaşadığı yer, öğrenim düzeyi, bakım aylığı alma, sağlık çalışanlarından yardım alma, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlamada zorluk yaşama, sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme, hastadaki değişiklikleri fark edebilme, hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletibilme, sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşama, hastanın yaşı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). İleri analizlerde öğrenim düzeyi ve değer biçme/değerlendirme alt boyutu arasındaki farkın okuryazar olmayanlar ile ilkokul, ortaokul, lise ve niversite ve üzeri gruplar arasında olduğu bulunmuştur. Cinsiyet, meslek, medeni durum, sosyal güvence, aylık gelir düzeyi, sürekli hastalık varlığı, hasta ile yakınlık, hasta ile birlikte yaşama, başka bakım veren kişinin varlığı, hastanın tıbbi cihaz kullanımı ve bu tıbbi cihazı kullanmayı bilme, hastanın cinsiyeti, hastanın öğrenim düzeyi, hastanın mesleği, hastanın sosyal güvencesi, hastanın kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ($p>0.05$).

SOY leğinin **uygulama/kullanma alt boyutunun** ğrenim düzeyi, bakım aylığı alma, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlamada zorluk yaşama, sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme, hastadaki değişiklikleri fark edebilme, hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletibilme, sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analizlerde öğrenim düzeyi ve uygulama/kullanma alt boyutu arasındaki farkın

okuryazar olmayan grupla ile üniversite ve üzeri olan grup arasında olduğu bulunmuştur. Cinsiyet, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, sosyal güvence, aylık gelir düzeyi, sürekli hastalık varlığı, hasta ile yakınlık, hasta ile yaşama, başka bakım veren kişinin varlığı, hastanın tıbbi cihaz kullanımı ve bu tıbbi cihazı kullanmayı bilme, sağlık çalışanlarından yardım alma, hastanın cinsiyeti, hastanın öğrenim düzeyi, hastanın mesleği, hastanın sosyal güvencesi, hastanın kronik hastalık varlığı ile ölçek alt boyutu arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ($p>0.05$).

SOY ölçeği toplam puanının cinsiyet, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, öğrenim düzeyi, aylık gelir düzeyi, sürekli hastalık varlığı, bakım aylığı alma, sağlık çalışanlarından yardım alma, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlamada zorluk yaşama, sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme, hastadaki değişiklikleri fark edebilme, hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilme, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşama, hastanın yaşı, hastanın cinsiyeti ve hastanın mesleği arasında istatistiksel açıdan fark anlamlıdır ($p<0.05$). İleri analizlerde öğrenim düzeyi ve SOY ölçeği toplam puanı arasındaki farkın okuryazar olmayanlar ile ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite ve üzeri; okuryazar ve ilkökul olanlar ile lise ve üniversite ve üzeri; ortaokul ile üniversite ve üzeri arasında olduğu; aylık gelir düzeyi ile SOY ölçeği toplam puanı ileri analizinde farkın gelir giderken az olanla diğer gruplar; gelir gidere eşit ile gelir giderden fazla olan gruplar arasında olduğu bulunmuştur. Sosyal güvence, hasta ile yakınlık, hasta ile birlikte yaşama, başka bakım veren kişinin varlığı, hastanın tıbbi cihaz kullanımı ve bu tıbbi cihazı kullanmayı bilme, hastanın öğrenim düzeyi, hastanın sosyal güvencesi ve hastanın kronik hastalık varlığı ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ile SOY ve alt boyutlarının karşılaştırılması (n=263)

Sosyo-demografik Özellikler		SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI				
		Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme / Değerlendirme	Uygulama/ Kullanma	SOY
		[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]
Cinsiyet	Kadın	[23(17-25)]	[29 (23-32)]	[37(31-40)]	[22(19-24)]	[109(92-118)]
	Erkek	[25(21-25)]	[30(25-34)]	[38(33-40)]	[22(20-25)]	[112(100-120)]
	z	-2.353	-2.289	-1.388	-0.778	-2.181
	p	0.019	0.022	0.165	0.436	0.029
Mesleği	Çalışıyor	[25(21-25)]	[30(26-35)]	[38(33-40)]	[22(20-25)]	[114(100-122)]
	Çalışmıyor	[23(17-25)]	[28(23-31)]	[37(31-40)]	[22(19-24)]	[109(91-117)]
	z	-3.273	-3.737	-1.537	-0.476	-3.109
	p	0.001	<0.001	0.124	0.634	0.002
Medeni durum	Evli	[24(18-25)]	[28(23-31)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[110(96-118)]
	Bekâr	[25(20-25)]	[32(27-35)]	[38(33-40)]	[23(21-25)]	[116(102-124)]
	z	-1.204	-2.843	-0.697	-1.274	-2.112
	p	0.229	0.004	0.486	0.203	0.035
Yaşadığı yer	İlçe	[25(21-25)]	[30(26-33)]	[38(34-40)]	[22(20-24)]	[112(101-120)]
	Köy-Kasaba	[20(16-25)]	[25(19-31)]	[34(27-39)]	[21(18.2-24)]	[101(82-115)]
	z	-4.793	-4.442	-3.823	-1.398	-4.077
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.162	<0.001
Öğrenim düzeyi	Okuryazar değil ^a	[17(10-21)]	[19(16-22)]	[27(24-33)]	[19(17-22)]	[82(68-93)]
	Okuryazar ^b	[19(16-25)]	[25(20-29)]	[35(24-39)]	[21(18-24)]	[101(82-112)]
	İlkokul ^c	[24(19-25)]	[27(23-31)]	[38(33-40)]	[22(19-24)]	[111(96-117)]
	Ortaokul ^d	[25(18-25)]	[29(25-33)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[108(100-116)]
	Lise ^e	[25(23-25)]	[31(29-35)]	[39(35-40)]	[23(20-25)]	[118(106-122)]
	Üniversite ve üzeri ^f	[25(25-25)]	[34(31-35)]	[39(36-40)]	[24(21-25)]	[121(113-125)]
	z	40.069	74.025	31.588	15.495	54.256
	p	<0.001 a<c,d,e,f b<e,f c<f	<0.001 c<e,f a<c,d,e,f b<e,f d<f	<0.001 a<c,d,e,f	0.008 a<f	<0.001 a<c,d,e,f b<e,f c<e,f d<f
Sosyal güvence	Var	[25(19-25)]	[29(23-33)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[111(97-119)]
	Yok	[21(11-25)]	[29(21-31)]	[35(30-39)]	[23(16-24)]	[111(75-117)]
	z	-1.676	-0.506	-1.066	-0.507	-0.853
	p	0.094	0.613	0.286	0.612	0.394

Tablo 4.4. (devam) Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ile SOY ve alt boyutlarının karşılaştırılması (n=263)

Sosyo-demografik Özellikler		SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI				
		Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme / Değerlendirme	Uygulama/ Kullanma	SOY
		[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]
Aylık gelir düzeyi	Gelir giderden az ^a	[22(17-25)]	[26(22-31)]	[37(31-40)]	[22(19-24)]	[106(85-116)]
	Gelir gidere eşit ^b	[25(20-25)]	[30(25-32)]	[37(32-40)]	[22(20-24)]	[112(100-120)]
	Gelir giderden fazla ^c	[25(23-25)]	[35(30-35)]	[40(36-40)]	[24(21-25)]	[123(111-125)]
	z	19.401	26.649	5.400	4.727	19.082
	p	<0.001 a<b,c	<0.001 a<b,c b<c	0.067	0.094	<0.001 a<b,c b<c
Sürekli hastalık varlığı	Var	[23(16-25)]	[26(21-31)]	[36(31-40)]	[22(20-25)]	[106(87-115)]
	Yok	[25(20-25)]	[30(25-33)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[112(100-120)]
	z	-2.516	-3.619	-1.275	-1.215	-2.558
	p	0.012	<0.001	0.202	0.224	0.011
	Hasta ile yakınlık	Anne ^a	[25(20-25)]	[30(25-34)]	[38(33-40)]	[22(20-24)]
Baba ^b		[25(21-25)]	[30(24-32)]	[37(34-39)]	[22(19-24)]	[112(101-119)]
Kardeş ^c		[25(21-25)]	[29(24-31)]	[36(27-40)]	[21(18-23)]	[106(93-117)]
Eş ^d		[23(17-25)]	[28(23-33)]	[37(32-40)]	[22(20-25)]	[108(91-118)]
Çocuk ^e		[22(18-25)]	[28(26-32)]	[35(29-40)]	[23(19-25)]	[107(86-121)]
Diğer ^f		[25(21-25)]	[27(23-33)]	[38(34-40)]	[22(19-25)]	[112(101-118)]
p		10.222	2.535	3.435	3.385	2.919
Hasta ile birlikte yaşama	Evet	[23(18-25)]	[29(24-33)]	[37(32-40)]	[22(20-24)]	[111(93-119)]
	Hayır	[25(21-25)]	[29(23-32)]	[38(33-40)]	[22(19-24)]	[112(101-119)]
	z	-2.624	-0.812	-1.088	-0.097	-0.451
	p	0.009	0.417	0.276	0.923	0.652
Başka bakım veren kişi	Var	[25(21-25)]	[29(23-32)]	[37(33-40)]	[22(20-24)]	[112(101-119)]
	Yok	[23(17-25)]	[29(23-33)]	[37(30-40)]	[22(19-25)]	[107(86-120)]
	z	-3.986	-0.522	-1.025	-0.093	-1.449
	p	<0.001	0.601	0.305	0.926	0.147
Hastanın tıbbi cihaz kullanımı	Evet	[24(19-25)]	[27(23-32)]	[37(32-40)]	[22(20-24)]	[111(93-118)]
	Hayır	[25(19-25)]	[29(25-33)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[111(98-120)]
	z	-0.099	-1.466	-0.269	-0.088	-0.548
	p	0.921	0.143	0.788	0.930	0.584
Hastanın kullandığı tıbbi cihazı bilme	Evet	[24(19-25)]	[28(23-33)]	[38(32-40)]	[22(20-24)]	[111(96-119)]
	Hayır	[25(19-25)]	[29(23-32)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[111(97-120)]
	z	-0.034	-0.850	-0.532	-0.284	-0.071
	p	0.973	0.395	0.595	0.776	0.943

Tablo 4.4. (devam) Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ile SOY ve alt boyutlarının karşılaştırılması (n=263)

Sosyo-demografik Özellikler		SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI				
		Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme / Değerlendirme	Uygulama/ Kullanma	SOY
		[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]
Bakım aylığı	Evet	[19(17-24)]	[26(23-32)]	[30(25-40)]	[19(17-22)]	[94(81-116)]
	Hayır	[25(20-25)]	[29(23-33)]	[37(33-40)]	[22(20-24)]	[112(100-120)]
	z	-3.080	-1.539	-2.445	-3.333	-2.725
	p	0.002	0.124	0.015	0.001	0.006
Sağlık çalışanlarından yardım alma	Evet	[25(21-25)]	[29(25-33)]	[37(33-40)]	[22(20-24)]	[112(101-120)]
	Hayır	[20(13-24)]	[25(19-31)]	[35(29-39)]	[22(19-24)]	[103(81-114)]
	z	-5.993	-3.399	-3.269	-0.378	-3.915
	p	<0.001	0.001	<0.001	0.706	<0.001
Sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşama	Evet	[17(13-23)]	[25(19-30)]	[31(25-39)]	[20(17-23)]	[88(75-114)]
	Hayır-Bazen	[25(21-25)]	[29(25-33)]	[38(34-40)]	[22(20-25)]	[112(101-120)]
	z	-6.196	-4.603	-4.429	-4.169	-5.205
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Sağlık çalışanlarına rahat soru sorabilme	Evet	[25(20-25)]	[29(25-33)]	[38(33-40)]	[22(20-24)]	[112(100-120)]
	Hayır-Bazen	[18(13-22)]	[24(19-27)]	[31(26-36)]	[21(17-23)]	[94(77-106)]
	z	-5.178	-4.272	-4.358	-2.487	-4.741
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.013	<0.001
Hastadaki değişiklikleri fark edebilme	Evet	[25(19-25)]	[29(24-33)]	[37(33-40)]	[22(20-24)]	[112(99-119)]
	Hayır	[17(15-21)]	[24(16-27)]	[29(24-31)]	[18(16-20)]	[87(70-96)]
	z	-3.124	-2.686	-3.758	-3.317	-3.394
	p	0.002	0.007	<0.001	0.001	0.001
Değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilme	Evet	[25(20-25)]	[29(25-33)]	[38(33-40)]	[22(20-24)]	[112(100-120)]
	Hayır	[17(11-19)]	[21(17-25)]	[27(24-31)]	[18(15-21)]	[81(72-92)]
	z	-5.065	-4.607	-5.343	-3.929	-5.288
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Sağlık hizmetlerine erişimde zorluk	Evet	[17(10-23)]	[24(17-28)]	[32(26-38)]	[20(17-23)]	[87(74-106)]
	Hayır	[25(21-25)]	[30(25-33)]	[38(34-40)]	[22(20-25)]	[112(102-120)]
	z	-6.843	-5.776	-4.842	-3.493	-6.079
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Hastanın yaşı	18-64 yaş	[25(21-25)]	[30(26-33)]	[38(34-40)]	[22(20-25)]	[113(101-120)]
	65 yaş ve üzeri	[23(17-25)]	[27(22-32)]	[36(29-40)]	[22(19-24)]	[106(87-117)]
	z	-3.674	-2.846	-2.789	-1.367	-3.204
	p	<0.001	0.004	0.005	0.172	0.001

Tablo 4.4. (devam) Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ile SOY ve alt boyutlarının karşılaştırılması (n=263)

Sosyo-demografik Özellikler		SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI				
		Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme / Değerlendirme	Uygulama/ Kullanma	SOY
		[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]	[Q(Q ₁ -Q ₃)]
Hastanın cinsiyeti	Kadın	[25(19-25)]	[29(25-33)]	[38(33-40)]	[22(20-25)]	[112(100-121)]
	Erkek	[23(18-25)]	[29(23-31)]	[36(32-40)]	[22(19-24)]	[108(93-117)]
	z	-1.967	-2.149	-1.817	-1.219	-2.112
	p	0.049	0.032	0.069	0.223	0.035
Hastanın öğrenim düzeyi	Okuryazar değil a	[23(17-25)]	[27(22-32)]	[35(27-40)]	[22(19-24)]	[106(82-118)]
	Okuryazar b	[24(19-25)]	[26(21-30)]	[36(31-40)]	[22(19-24)]	[109(90-116)]
	İlkokul c	[25(19-25)]	[29(23-33)]	[38(34-40)]	[22(20-24)]	[112(101-119)]
	Ortaokul d	[25(21-25)]	[29(26-31)]	[38(34-39)]	[22(20-23)]	[113(101-119)]
	Lise e	[25(20-25)]	[31(28-33)]	[37(32-40)]	[23(19-25)]	[115(100-123)]
	Üniversite ve üzeri f	[25(22-25)]	[33(28-35)]	[40(34-40)]	[24(19-25)]	[120(102-125)]
	z	8.179	12.821	8.786	3.421	9.301
p	0.147	0.025 a,b<e,f c<f	0.118	0.635	0.098	
Hastanın mesleği	Çalışıyor	[25(22-25)]	[29(27-33)]	[38(33-40)]	[23(20-25)]	[115(101-121)]
	Çalışmıyor	[24(17-25)]	[29(23-32)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[111(92-119)]
	z	-2.824	-1.578	-1.673	-1.349	-2.105
	p	0.005	0.115	0.094	0.177	0.035
Hastanın sosyal güvencesi	Var	[25(19-25)]	[29(24-32)]	[37(32-40)]	[22(20-24)]	[111(98-119)]
	Yok	[21(15-24)]	[28(22-33)]	[36(26-38)]	[21(17-23)]	[104(83-113)]
	z	-1.906	-0.784	-1.697	-1.627	-1.561
	p	0.057	0.433	0.090	0.104	0.118
Hastanın kronik hastalık varlığı	Var	[24(17-25)]	[29(23-32)]	[37(32-40)]	[22(19-24)]	[111(94-118)]
	Yok	[25(20-25)]	[29(26-33)]	[37(32-40)]	[23(20-24)]	[113(100-121)]
	z	-1.077	-1.318	-0.453	-0.794	-1.209
	p	0.281	0.188	0.651	0.427	0.227

4.5. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonları (n=263)

Araştırmaya katılan aile bakım vericilerin yaş, hastanın bağımlılık düzeyi, bakım verme süresi, hasta ile ilgilenilen saat, aile bakım vericinin algılanan sağlığı, hastanın yaşı, SOY bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/ değerlendirme ve uygulama/ kullanma alt boyutları ile SOY toplam değişkenleri arasındaki korelasyonları değerlendirilmiştir.

Barthel puanı ile SOY toplam ($r=0.200$, $p=0.001$) arasında pozitif yönde önemsenmeyecek düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki; aile bakım vericinin algılanan sağlığı ile SOY toplam ($r=0.333$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki; aile bakım vericinin hastalık sayısı ve hastanın hastaneye yatış sayısı ile SOY toplam (sırasıyla $r=-0.175$, $p=0.004$, $r=-0.138$, $p=0.025$) arasında negatif yönde önemsenmeyecek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. SOY bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/ değerlendirme ile SOY toplam (sırasıyla $r=0.866$, $p<0.001$; $r=0.875$, $p<0.011$; $r=0.909$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki; SOY uygulama/ kullanma ile SOY toplam ($r=0.772$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Yaş, hastanın bağımlılık düzeyi ve hastanın yaşı ile SOY toplam (sırasıyla $r=0.285$, $p<0.001$; $r=-0.208$, $p=0.001$; $r=-0.187$, $p=0.002$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde ileri derecede anlamlı ilişki bulunurken; bakım verme süresi ve hasta ile ilgilenilen saat ile SOY toplam arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Sağlık okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonları (n=263)

	r	r _s	P
Barthel Puanı	0.200		0.001
Yaş	-0.285		<0.001
Hastanın bağımlılık düzeyi	-0.208		0.001
Bakım verme süresi (ay)	-0.60		0.332
Hasta ile ilgilenilen saat	0.060		0.331
Bakım vericinin algılanan sağlığı	0.333		<0.001
Hastanın yaşı	-0.187		0.002
Hastalık sayısı		-0.175	0.004
Hastaneye yatış sayısı		-0.138	0.025
Bilgiye erişim	0.866		<0.001
Bilgiyi anlama	0.875		<0.001
Değer biçme / değerlendirme	0.909		<0.001
Uygulama / kullanma	0.772		<0.001

4.6. Aile Bakım Vericilerin Sağlık okuryazarlığının (SOY) Belirleyicileri (çoklu regresyon analizi-hiyerarşik model)

Hastanede yatmakta olan hastaların aile bakım vericilerinde SOY'un belirleyicileri hiyerarşik çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik belirleyicilerin incelendiği Model 1'de evli olanların ($\beta=0.132$), aile bakım vericilerin eğitim süresinin ($\beta=0.327$), bakım vericinin algıladığı sağlık düzeyinin ($\beta=0.242$) SOY'nı olumlu etkilediği, köy/kasaba da yaşamının ($\beta= -0.126$) SOY'nı olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Sosyo-demografik özellikler sağlık okuryazarlık düzeyini %25 oranında açıklamaktadır. Bakıma ilişkin değişkenlerin

belirleyicilerinin incelendiği Model 2’de sağlık çalışanlarından yardım almayanların ($\beta= -0.153$), sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşayanların ($\beta= -0.160$), sağlık çalışanlarına rahatça soru soramayanların ($\beta= -0.118$), hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletemeyenlerin ($\beta= -0.172$) ve sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayanların ($\beta= -0.211$) sağlık okuryazarlık düzeyinde belirleyici olduğu ve bu değişkenlerin SOY’ını olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bakıma ilişkin değişkenler sağlık okuryazarlık düzeyinin %47’sini açıklamaktadır.

Tablo 4.6. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri (Çoklu Regresyon Analizi-hiyerarşik model)

Model-1 Aile Bakım Vericinin Sosyo-	β	t	p
demografik Belirleyicileri			
Sabit		8.949	< 0.001
Yaş	-0.090	-1.126	0.261
Cinsiyet (kadın=1)	-0.045	-0.695	0.488
Meslek (çalışmıyor=1)	0.048	0.687	0.493
Medeni durum (evli=1)	0.132	2.206	0.028
Yaşadığı yer (köy/kasaba=1)	-0.126	-2.084	0.038
Aile Bakım vericinin öğrenim süresi	0.327	4.123	< 0.001
Aylık gelir düzeyi (gelir giderden az, gelir gidere eşit=1)	-0.031	-0.515	0.607
Sürekli hastalık varlığı (var=1)	0.151	1.442	0.151
Hastalık sayısı	-0.045	-0.433	0.666
Algılanan sağlık düzeyi	0.242	3.986	< 0.001
Model-2 Bakıma İlişkin Değişkenler			
Bakım verme süresi	0.102	1.930	0.055
Bakım aylığı alma (evet=1)	-0.070	-1.317	0.189
Hastanın hastaneye yatış sayısı	0.015	0.280	0.780
Sağlık çalışanlarından yardım alma (hayır=1)	-0.153	-2.612	0.010
Sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşama (evet=1)	0.160	-2.990	0.003
Sağlık çalışanlarına rahatça soru sorabilme(hayır=1)	-0.118	-2.330	0.021
Hastadaki değişiklikleri fark edebilme (hayır=1)	-0.049	-0.844	0.400
Değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebilme (hayır=1)	-0.172	-2.986	0.003
Sağlık hizmetlerine erişimde zorluk (evet=1)	-0.211	-3.963	< 0.001
Barthel index puanı	0.043	0.834	0.405
Model 1:	R=0.507	R ² =0.257	F=8.729, p<0.001
Model 2:	R=0.686	R ² =0.471	F=10.763, p<0.001

5. TARTIŞMA

Aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlığı ve bununla ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan bu çalışmada aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 105.3 ± 17.5 bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinden en yüksek alınabilecek puanın 125 puan olduğu dikkate alınırđa katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama puanlarının yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir. Bu bölümde elde edilen bulgular araştırma sorularına yönelik olarak tartışılmıştır.

5.1 Aile bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile SOY Toplam Puanına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.2 Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özellikleri ile Aile Bakım Vericilerin SOY Toplam Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3 Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4 Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerine Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Aile Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle SOY Toplam Puanına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan aile bakım vericilerin yaş ortalaması 48.0 ± 14.7 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.). Yaş ile SOY toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dadipoor ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucumuza benzer olarak yapılan bir çalışmada da yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Aydın ve Aba, 2019). Kansere hastalarına yapılan bir çalışmada yaşın sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (Chen ve ark. 2019). Türkoğlu ve ark. (2018)'nin mesane tümörü olan hastalarla yaptıkları çalışma da 65 yaş altı hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş arttıkça bireylerde meydana gelen bilişsel yeteneklerde azalmadan kaynaklı olarak sağlık okuryazarlık düzeyinin de azaldığı düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan aile bakım vericilerin %63.9'unun kadın olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.). Cinsiyet ile SOY toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu kadınların SOY toplam puanının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalarla yapılan bir çalışma da bireylerin cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemeye yönelik sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (Yılmaz ve ark. 2009). Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan başka bir çalışmada da erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Öncü ve ark. 2019). Okuryazarlık düzeyi de sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden biridir. Çalışmamız da cinsiyetler arasında istatistiksel farkın olması erkek bireylerin okuryazarlık düzeylerinin kadınlarınkinden fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan aile bakım vericilerin %67.3'ünün çalışmadığı bulunmuştur (Tablo 4.1.). Meslek ile SOY toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu ve çalışanların SOY toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meme kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada da çalışanların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rakhshkhorshid ve ark. 2018). Çaylan ve ark.nın (2017) yaptığı çalışmada emeklilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamız da aile bakım vericilerin büyük çoğunluğu

ev hanımı, çalışmayan ve eğitim düzeyi daha düşük olan kadınlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durumun sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan aile bakım vericilerin %84.8'inin evli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.). Medeni durum ile SOY toplam puanı arasında ilişki anlamlı ve bekârların SOY toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Temel ve Çimen (2017)'in kronik hastalığı olan yaşlı bireylerle yaptığı çalışma da evli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bekârların sağlık okuryazarlık oranlarının yüksek çıkması onların yaş ortalamasının daha düşük, sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan aile bakım vericilerin %43.7'si ilkökul mezunudur (Tablo 4.1.). Eğitim düzeyi ile SOY toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Oscalices ve ark. (2019)'nın kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışma da düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Tip 1 diyabet hastası çocukların bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada bakım vericilerin okuryazarlık düzeylerinin sağlık okuryazarlığını etkilediği ve sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bakım vericilerin çocuklarının glisemik kontrollerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (Hassan ve Heptulla, 2010). Eğitim düzeyi sağlık okuryazarlık düzeyini doğrudan etkileyen faktörlerdendir. Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek birinin okuduğunu anlama, verilen bilgileri yorumlama ve uygulayabilme kabiliyetleri daha fazladır. Bundan yola çıkarak eğitim düzeyi düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması muhtemel bir sonuçtur.

Çalışmaya katılan aile bakım vericilerin %53.6'sının gelirin gidere eşit olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.) . Gelir durumu ile SOY toplam ölçek puanı arasında ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışma da geliri giderinden az olan hastaların diğer gruplara göre sağlık okuryazarlık puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Huang ve ark. (2018)'nin yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi için yaptıkları çalışmada orta düzeyde gelire sahip olanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin

yüksek olduğu bulunmuştur. Gelir durumunun sağlık bilgisini arama ve sağlık davranışını sürdürmede etkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özellikleri İle Aile Bakım Vericilerin SOY Toplam Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan aile bakım vericilerin %66.5'inin sürekli bir hastalığının olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.1.). Sürekli hastalık varlığı ile SOY toplam ölçek puanı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Heijmans ve ark.nın (2015) yaptıkları çalışmada bireylerde birden fazla olan kronik hastalık sayısının düşük sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilgili olduğu belirtilmiştir. Yapılan başka bir araştırmada yalnız bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin birden fazla sayıda kronik hastalığı olan bireylerden sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (Rheault ve ark. 2019). Kronik hastalıkların ortaya çıkmasının geciktirilmesi veya önlenmesi açısından birtakım farklı uygulamalar bulunmaktadır. Beslenme, yaşam biçimi, spor gibi faaliyetler sağlıklı yaşam açısından önemlidir. Dolayısıyla kronik hastalıklar açısından da risk grubunda olan bireylerin de bunları uygulaması önemlidir. Yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmayan bireylerin bunları bilmemesi, uygulamaması veya anlamamasından kaynaklı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığının artabileceği öngörülmektedir.

Çalışmaya katılan aile bakım vericilerin %79.5'inin sağlık çalışanlarını anlamakta zorluk yaşamadığını, %88.6'sının sağlık çalışanlarına rahat soru sorabildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.). Anlamakta zorluk yaşamayan bireylerin ve rahat soru sorabilen bireylerin SOY toplam ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak yapılan bir çalışmada hastaların doktor ve hemşireleri her zaman anlayabildiklerini ve rahat soru sorabildiklerini belirtmişlerdir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Sağlık çalışanlarından edinilen bilgiler ve sağlık çalışanları ile doğru iletişim sağlık okuryazarlık düzeyini doğrudan etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan aile bakım vericilerin %81.0'inin sağlık hizmetlerine erişmekte zorlanmadıkları bulunmuştur (Tablo 4.2.). Sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşamayan bireylerin SOY toplam ölçek puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Temel ve Çimen (2017)'in yaptığı çalışmada sağlık hizmetlerine

erişmede hiç zorluk yaşamayanların sağlık okuryazarlık puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada bireyler sağlık kurumlarına çoğunlukla yanlarından ikinci bir kişi ile geldiklerini belirtmişlerdir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Bu durum kişinin sağlık kuruluşunda gideceği birimi bulamaması veya sağlık kurumuna ulaşımında zorlandığı düşünülebilir. Sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamamanın; ulaşım kısıtlılığı, nereye başvuracağını bilmeme, okuryazar olmama, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlayamama gibi farklı nedenleri olabilir. Bu nedenlerin de bireyin doğrudan sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.3. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Ölçek Puanı ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan aile bakım vericilerin yaş, hastanın bağımlılık düzeyi, bakım verme süresi, hasta ile ilgilenilen saat, aile bakım vericinin algılanan sağlığı, hastanın yaşı ile SOY toplam değişkenleri arasındaki korelasyonları değerlendirilmiştir (Tablo 4.5.). Aile bakım vericinin algılanan sağlığı ile SOY toplam arasında pozitif yönde; yaş, hastanın bağımlılık düzeyi, hastanın yaşı aile bakım vericinin hastalık sayısı ve hastanın hastaneye yatış sayısı ile SOY toplam arasında negatif yönde ilişki bulunurken ($p < 0.05$); bakım verme süresi ve hasta ile ilgilenilen saat ile SOY toplam arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Dadipoor ve ark. (2017)'nin hamile kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin değerlendirildiği çalışma da annenin eğitim ve mesleği ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon varken, yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur. Evli kadınların servikal kansere ilişkin bilgi düzeyleri ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelendiği başka bir çalışmada da yaş ile sağlık okuryazarlık ölçeği arasında negatif yönde düşük bir korelasyon olduğu, yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Tiryaki ve Yılmaz, 2018).

5.4. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerine Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyo-demografik belirleyicilerin incelendiği Model 1'de evli olanların ($\beta = 0.132$), aile bakım vericilerin öğrenim süresinin ($\beta = 0.327$), aile bakım vericinin

algıladığı sağlık düzeyinin ($\beta=0.242$), köy/kasaba da yaşamanın ($\beta= -0.126$) sağlık okuryazarlığını yordayıcı olduğu ve sağlık okuryazarlık düzeyinin %25'inin yordadığı bulunmuştur (Tablo 4.6.). Bakıma ilişkin değişkenlerin belirleyicilerinin incelendiği Model 2'de sağlık çalışanlarından yardım almayanların ($\beta= -0.153$), sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşayanların ($\beta= -0.160$), sağlık çalışanlarına rahatça soru soramayanların ($\beta= -0.118$), hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletemeyenlerin ($\beta= -0.172$) ve sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşayanların ($\beta= -0.211$) sağlık okuryazarlık düzeyinde yordayıcı olduğu ve bu değişkenler sağlık okuryazarlık düzeyinin %47'sini yordadığı bulunmuştur. Lakhan ve ark.nın (2017) sağlık okuryazarlık düzeyini saptamak için yaptıkları çalışma da öğrenim süresinin, yaşın ve cinsiyetin sağlık okuryazarlığı pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Hazer ve Ateşoğlu (2019)'un yaşlılardaki sağlık okuryazarlık düzeyinin başarılı yaşlanma üzerine etkilerini araştırmak için yaptıkları çalışma da algılanan sağlık durumu tek başına sağlık okuryazarlığının %18'ini, algılanan sağlık durumu ve eğitim durumu ikisi birlikte sağlık okuryazarlığının %25'ini, algılanan sağlık durumu, eğitim durumu ve medeni durum  birlikte sağlık okuryazarlığının %27'sini açıkladığı bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin tespit edilmesi için yapılan bu çalışmada aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin bakımı direkt olarak etkilediği bulunmuştur.

SOY toplam ölçek puanına göre aile bakım verici erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyi kadınların sağlık okuryazarlık düzeyine göre daha yüksektir.

Aile bakım vericinin yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır.

Aile bakım vericilerin büyük çoğunluğu evli, ilkokul mezunudur. Büyük çoğunluğu çalışmıyor, geliri giderine eşit ve en az bir tane sürekli bir hastalığı vardır.

SOY toplam ölçek puanına göre aile bakım vericilerden sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olanların sağlık çalışanlarını anlamakta zorluk yaşamamakta, rahat soru sorabilmekte ve sağlık hizmetlerine erişmekte zorluk yaşamamaktadır.

Aile bakım vericinin algılanan sağlığı ile SOY toplam arasında pozitif yönde; yaş, hastanın bağımlılık düzeyi, hastanın yaşı, aile bakım vericinin hastalık sayısı ve hastanın hastaneye yatış sayısı ile SOY toplam arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.

Aile bakım vericilerin evli olanların, öğrenim süresinin, algıladığı sağlık düzeyinin, köy/kasaba da yaşamanın, sağlık çalışanlarından yardım almayanların, sağlık çalışanlarını anlamada zorluk yaşayanların, sağlık çalışanlarına rahatça soru soramayanların, hastadaki değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletemeyenlerin ve sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşayanların SOY toplam ölçek puanını yordayıcı olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılması verilen bakımın kalitesi açısından önemlidir. Bu nedenle aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılması gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin cinsiyetlere göre değişkenlik göstermekte bu nedenle dezavantajlı gruba yönelik faaliyetlerin arttırılması önerilir.

Daha geniş kitlede yapılacak başka bir çalışma ile bakım veren bireyin yaş faktörünün sağlık okuryazarlık düzeyini etkileme durumu yeniden değerlendirilmelidir.

Algılanan sağlık düzeyi sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Bu nedenle bireylerin mevcut sağlık durumlarının iyileştirilmesi, aile bakım vericilerin sorunlarının belirlenmesi ve bu sorunların bakımın kalitesini etkilememesi için gerekli faaliyetlerin planlanması önerilir.

Sağlık okuryazarlık eğitimini temel eğitim düzeyinden itibaren verilmesi gerekmektedir.

Şehir merkezinde yaşayan bireylerin imkânları ile kırsal alanda yaşayan bireylerin imkânlarının farklı olmasından kaynaklı yapılacak eğitim faaliyetlerin kırsal alanda daha fazla yoğunlaştırılması gerekmektedir.

Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yapılacak grubun eğitim düzeyine uygun seçilmesi, ulaşılabilir ve etkin olması önemlidir.

Aile bakım vericilerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili çalışma sayısının artırılması, eksikliklerin tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması hasta bakımının ve bakım kalitesinin artırılması için önem arz etmektedir.

Uzun süreli bakım alan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyinin daha önemli olduğu öngörülmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın sadece 65 yaş ve üzeri ya da palyatif bakım alan bireylerde yapılmasının daha anlamlı olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Akşehir Devlet Hastanesi İstatistik Birimi, Sözlü Görüşme, 16 Temmuz 2018.
- Ankara İli Sincan İlçesi Birinci Basamak Sağlık Personelinde Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Eğitim Programı Geliştirilmesi”, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018.
- Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O., & Sayar, G. H. Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükleri Ve Başa Çıkma Biçimleri İle Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Family Practice And Palliative Care*. 2017; 2(3), 38-44.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*. 1999; 38(1), 33-42.
- Bayık-Temel, A. ve Aras, Z. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(2), 85-94.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011; 155(2), 97-107.
- Bilişsel Sorunlar. http://birolguvenc.org/bilissel_sorunlar-iid=0&alt_id=421&tab=0 (04 Mart 2019).
- Bliss, D., Rolnick, C., Jackson, J., Arntson, C., Mullins, J., & Hepburn, K. Health literacy needs related to incontinence and skin damage among family and friend caregivers of individuals with dementia. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*. 2013; 40(5), 515.
- Chen, Y. C., Chou, H. L., & Lo, Y. L. Exploring The Determinations Of Health Literacy And Mediating Effects Of Empowerment İn Cancer Patients. Sigma's 30th International Nursing Research Congress 2019 <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/17772> (2 Eylül 2019).
- Ciampa, P. J., White, R. O., Perrin, E. M., Yin, H. S., Sanders, L. M., Gayle, E. A., & Rothman, R. L. The association of acculturation and health literacy, numeracy and health-related skills in Spanish-speaking caregivers of young children. *Journal of immigrant and minority health*. 2013; 15(3), 492-98.
- Çaylan, A., Yayla, K., Öztora, S., & Dağdeviren, H. N. Assessing Health Literacy, The Factors Affecting İt And Their Relation To Some Health Behaviors Among Adults. *Biomedical Research*. 2017; 28(15), 6803-807.
- Çopurlar, C. K., & Kartal, M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important?-. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*. 2016; 10(1), 40-45.
- Dadipoor, S., Ramezankhani, A., Alavi, A., Aghamolaei, T., & Safari-Moradabadi, A. Pregnant women's health literacy in the South of Iran. *Journal of family & reproductive health*. 2017; 11(4), 211.
- Dağdeviren, T. S., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O. A., & Adahan, D. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Medical Journal*. 2019; 19(2), 232-43.
- Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine*. 1991; 23(6), 433-35.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*. 1993; 25(6), 391-95.
- Dişsiz, G. & Yılmaz, M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. *Complementary therapies in clinical practice*. 2016; 23, 34-39.

- Eğilli, C. S., & Sunal, N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 2017; 3(2), 83-91.
- Erdek'te Öğrencilere "Sağlık Okuryazarlığı" Eğitimi, 2017. <http://www.yenierdekgazetesi.com/haber/erdek-te-ogrencilere-saglik-okuryazarligi-egitimi-29635.html> (19 Şubat 2018).
- Evercare. Study of Caregivers in Decline Findings from a National Survey. September 2006. www.caregiving.org. (5 Ekim 2018)
- Family Caregiver Alliance. Caregiving. 2016. <https://www.caregiver.org/caregiving>. (1. Eylül 2018).
- Garcia, C. H., Espinoza, S. E., Lichtenstein, M., & Hazuda, H. P. Health literacy associations between Hispanic elderly patients and their caregivers. *Journal of health communication*. 2013; 18(sup1), 256-72.
- Gözüm, S., Cingil, D., Demir Avcı, Y. Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Gereksinimleri. *Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı* (ed. Bilgili, N. & Kitiş, Y.). 2017; 558-77.
- Hassan, K., & Heptulla, R. A. Glycemic control in pediatric type 1 diabetes: role of caregiver literacy. *Pediatrics*. 2010; 125(5), e1104-e1108.
- Hazer, O., & Ateşoğlu, L. Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının Başarılı Yaşlanma Üzerine Etkisi: Ankara İli Örneği. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*. 2019; 5(2), 48-56.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Van Der Vaart, R., & Rijken, M. Functional, Communicative And Critical Health Literacy Of Chronic Disease Patients And Their Importance For Self-Management. *Patient Education And Counseling*. 2015; 98(1), 41-48.
- İl Sağlık Müdürlüğü'nden 'Sağlık Okuryazarlığı' Eğitimi, 2015. <http://www.corumhaber.net/guncel/il-saglik-mudurlugunden-saglik-okuryazarligi-egitimi-h40153.html> (20 Şubat 2018).
- Kabataş Yıldız, M. & Ekinci, M. Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg.* 2017; 14, 176-84.
- Kalınkara, V. & Kalaycı, I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doymu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Derg. Elder. Issues Res. J.* 2010; Cilt 10, 19-39.
- Kalınkara, V., & Kalaycı, I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doymu, Bakım Yükü Ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2017; 10(2), 19-39.
- Kavukçu, E., & Akdeniz, M. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2), 74-81.
- Köse, S. K. Korelasyon Ve Regresyon Analizi. 2008; <http://Tr.Scribd.Com/Doc/2066772/Korelasyon-Analizi>, 9.
- Lakhan, P., Askew, D., Harris, M. F., Kirk, C., & Hayman, N. Understanding Health Talk In An Urban Aboriginal And Torres Strait Islander Primary Healthcare Service: A Cross-Sectional Study. *Australian Journal Of Primary Health*. 2017; 23(4), 335-41.
- Lee, J. Y., Divaris, K., DeWalt, D. A., Baker, A. D., Gizlice, Z., Rozier, R. G., & Vann Jr, W. F. Caregivers' health literacy and gaps in children's Medicaid enrollment: findings from the Carolina Oral Health Literacy Study. *PLoS one*. 2014; 9(10), e110178.
- Lee, S. Y. D., Tsai, T. I., Tsai, Y. W., & Kuo, K. N. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Health Education & Behavior*. 2012; 39(2), 210-18.
- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., & Pounders, K. Health literacy and health information technology adoption: the potential for a new digital divide. *Journal of medical Internet research*. 2016; 18(10).
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Margolis, D. J., Hampton, M., Hoffstad, O., Scot Malay, D., & Thom, S. Health literacy and diabetic foot ulcer healing. *Wound Repair and Regeneration*. 2015; 23(3), 299-301.

- Mersin'de Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı. <https://www.haberturk.com/mersin-haberleri/18326634-mersinde-saglik-okuryazarligi-calistayi> (7 Eylül 2019).
- Misalli Büyük Türkçe Sözlük. İlhan Ayverdi, 2011, 2. Baskı, İstanbul, s:107.
- Mohamad, M. S., Zabidah, P., Fauziah, I., & Saron, N. Mental health literacy among family caregivers of schizophrenia patients. *Asian Social Science*. 2012; 8(9), 74.
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., & Kars Fertelli, T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2010; 125-30.
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., & Matsumoto, M. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC public health*. 2015; 15(1), 505.
- National Institute on Aging, 2017 <https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care> (30 Ekim 2019).
- Nielsen-Bohlman, L. T., Panzer, A. M., Hamlin, B., & Kindig, D. A. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. 2004.
- Noncommunicable Diseases, 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (26 Mart 2018).
- Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2006; 15(3), 259-67.
- Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). 2013; Ankara: Kalkınma Bakanlığı, 8.
- Orak, O. S., & Sezgin, S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2015; 6(1).
- Oscalice, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., Batista, R. E. A., & Campanharo, C. R. V. Health Literacy And Adherence To Treatment Of Patients With Heart Failure. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. 2019; 53.
- Öğrencilere Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi, 2017. <http://www.elbistankaynarca.com/ogrencilere-saglik-okuryazarligi-egitimi-41244h.htm> (19 Şubat 2018).
- Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> (3 Aralık 2018).
- Öncü, E., Vayisoğlu, S. K., Güven, Y., Aktaş, G., Ceyhan, H., & Karakuş, E. Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri Ve Sağlık Okur-Yazarlığı İle İlişkisi. *The Anatolian Journal Of Family Medicine*. 2018; 1(1), 31-32.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*. 2010; 25(3), 464-77.
- Özel, B. Bası yarası olan hastaların yönetimi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2014; 23(3), 492-505.
- Özer, S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2010; 1(1), 3-7.
- Öztaş, D., Güzeldemirci, G. B., Özhasenekler, A., Yıldızbaşı, E., Karahan, S., Eray, İ. K., Üstü, Y., Doğusan, A.R., Mollahaliloğlu, S., Öztürk, M., Akçay, M. Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden, Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2016; 16(3), 255-62.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*. 1995; 10(10), 537-41.
- Pehlivan, S., Özgür, Y. F., Yıldız, H., Dalkılıç, H. E., & Pehlivan, Y. Romatolojik Hastalıklarda Sosyal Destek ve Bakım Veren Yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018; 44(1), 19-25.

- Policies to Support Family Carers. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* (ed. Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F.) 2011; 127–129. doi:10.1787/9789264097759-en.
- Population Fact. (2017). http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-1.pdf. (3 Ekim 2018).
- Protheroe, J., Wallace, L. S., Rowlands, G., & DeVoe, J. E. Health literacy: setting an international collaborative research agenda. *BMC family practice*. 2009; 10(1), 51.
- Rakhshkhorshid, M., Navaee, M., Nouri, N., & Safarzaii, F. The Association Of Health Literacy With Breast Cancer Knowledge, Perception And Screening Behavior. *European Journal Of Breast Health*. 2018; 14(3), 144.
- Rheault, H., Coyer, F., Jones, L., & Bonner, A. Health Literacy İn Indigenous People With Chronic Disease Living İn Remote Australia. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(1), 523.
- Sağlık Okuryazarlığı İçin Düğmeye Basıldı, 2016. <https://www.saglik.gov.tr/TR,2638/saglik-okuryazarligi-icin-dugmeye-basildi.html> (06.11.2017)
- Sert, H., Doğan, S. G., Çetinkaya, S., Pelin, M., & Seven, A. Enfeksiyon Servisinde Yatan Hastaların Sağlık Durumları Ve Bakım Verenlerin Bilgi Gereksinimleri: Pilot Çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2019; 23(2), 57-63.
- Sezer, A., & Kadioğlu, H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2014; 17(3).
- Simonds, S. K. Health education as social policy. *Health Education Monographs*. 1974; 2(1_suppl), 1-10.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Falcon, M. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015; 25(6), 1053-058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012; 12(1), 80.
- Sukys, S., Cesnaitiene, V. J., & Ossowsky, Z. M. Is Health Education at University Associated with Students' Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q. *BioMed research international*. 2017; 2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni (01.12.2019)
- Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Ready, N. D., Çakır, B., & Akalın, E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları Aralık*, 25, 55.
- Taşdelen, P. & Ateş, M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma Derg.* 2012; 9, 22–29.
- Taşdelen, P., & Ateş, M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*. 2012; 9(3), 22-29.
- Tel, H. Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., & Doğan, S. Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(3), 103-07.
- Temel, A. B. & Çimen, Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 33(3), 105-25.
- The Impact Of Caring On Family Carers. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* (ed. Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F.) 2011; 85–89. doi:10.1787/888932401083
- Tiraki, Z. & Yılmaz, M. Cervical Cancer Knowledge, Self-Efficacy, and Health Literacy Levels of Married Women. *Journal of Cancer Education*. 2018; 33(6), 1270-278.

- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., & Brand, H. Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*. 2013; 1646-658.
- Turkoglu, A. R., Demirci, H., Coban, S., Guzelsoy, M., Toprak, E., Aydos, M. M., Ustundag, Y. Evaluation Of The Relationship Between Compliance With The Follow-Up And Treatment Protocol And Health Literacy İn Bladder Tumor Patients. *The Aging Male*. 2018; 1-6.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü (TDK), <https://sozluk.gov.tr/?kelime=> (25 Ekim 2019)
- Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 12(1), 96-106.
- United Nations Economic and Social Council (ECOSOC). Health literacy and the Millennium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) regional meeting background paper (abstracted). *Journal of health communication*. 2010; 15(S2), 211-23.
- Üçpınar, E. (2014). Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abdin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., ... & Subramaniam, M.. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International psychogeriatrics*, 2016; 28(2), 221-31.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... & Hale, F. A. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*. 2005; 3(6), 514-22.
- Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*. 1998; 158(2), 166-72.
- World Health Organization. *Constitution Of The World Health Organization*. 2006.
- Yavuzer, G., Süldür, N., Küçükdeveci, A., & Elhan, A. Türkiye'de nörorehabilitasyon hastalarının değerlendirilmesinde Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi'nin yeri. *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*. 2000; 11(1), 26-31.
- Yıldırım, N. K. A., & Özkan, M. Kanser Hastalarının Hasta Yakınları/Bakım Vericileri: Yaşadıkları Ve Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 31(2), 98-112.
- Yıldırım, S., Engin, E., & Başkaya, V. A. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü Ve Yüğü Etkileyen Faktörler. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arşivi*. 2013; 50(2), 169-74.
- Yılmaz F, Çolak M, Ersoy K. Sağlık Okuryazarlığının Ve Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Ve Toplum Dergisi*, 2009; 1:22-30.
- Yılmaz Karabulutlu, E., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi Ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. *Turkish Journal Of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*. 2013; 28(1).
- Yılmaz, M., & TİRAKİ, Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016; 9(4).
- Yost, K. J., Webster, K., Baker, D. W., Choi, S. W., Bode, R. K., & Hahn, E. A. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlançhina: Development and pilot testing. *Patient education and counseling*. 2009; 75(3), 295-301.

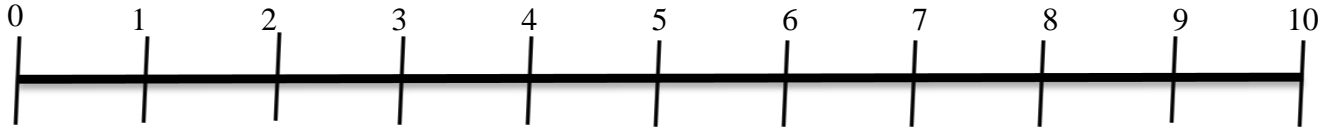
8. EKLER

EK 1: Bakımverici ve Hasta Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

BAKIMVERİCİ VE HASTA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

BAKIM VERİCİNİN :

1. Yaşı :
2. Cinsiyet: 1.Kadın 2. Erkek
3. Mesleği: 1. Çalışıyor (İşçi, Devlet Memuru, Serbest Meslek)
2. Çalışmıyor (Emekli, ev hanımı)
4. Medeni Durum: 1.Evli 2. Bekar
5. Yaşadığı Yer : 1. İlçe 2. Köy-Kasaba
6. Öğrenim Durumu: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite ve üzeri
7. Sosyal Güvence : 1. Var 2. Yok 3. Yeşilkart
8. Aylık Gelir Miktarı 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit
3. Gelir giderden fazla
9. Sürekli bir hastalığınız var mı ?..... Hastalık Sayısı :
10. Hasta İle Yakınlık Derecesi:
1.Anne 2.Baba 3.Kardeş 4.Eş 5.Çocuk 6. Diğer.....
11. Hasta İle birlikte mi yaşıyorsunuz? 1.Evet 2. Hayır
12. Hastanız size bakımlılık düzeyi ne kadar ?



13. Hastanıza sizden başka bakım veren var mı? 1.Evet 2. Hayır
14. Hastanıza ne zamandan beri siz bakım vermeye başladınız?.....ay/yıl
15. Günde kaç saat hastanızla ilgileniyorsunuz?
16. Hastanız tıbbi bir cihaz kullanıyor mu?
1. Hayır 2.Evet

17. Hastanızın kullandığı medikal cihazı kullanmasını biliyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır
18. Bakım aylığından yararlanıyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır
19. Son bir yılı düşündüğünüzde hastanızın hastaneye kaçınıcı yatışı?
20. Sağlıkla ilgili bilgileri nereden elde ediyorsunuz ?
1.Hemşire 2. Hekim 3. Televizyon 4. Dergi/ Gazete
5. Arkadaş / Akraba 6. Sosyal Medya 7.Diğer (.....)
21. Sağlıkla ilgili bilgilerin doğruluğunu nasıl araştırıyorsunuz ?
1.Hemşire 2. Hekim 3. Televizyon 4. Dergi/ Gazete
5. Arkadaş / Akraba 6. Sosyal Medya 7.Diğer (.....)



22. Sağlıkınızı nasıl algılıyorsunuz ?
23. Hem kendi hem de hastanızın sağlığı ile ilgili konularda sağlık çalışanlarından yardım aldınız mı?
1.Evet 2. Hayır
24. Sağlık çalışanlarının söylediklerini anlamakta zorluk yaşıyor musunuz ?
1. Evet 2.Hayır
25. Zorluk yaşıyorsanız çekinmeden soru sorabiliyor musunuz ?
1. Evet 2.Hayır
26. Hastanızda meydana gelen değişiklikleri hemen fark edebiliyor musunuz?
1. Evet 2.Hayır
27. Bu değişiklikleri sağlık çalışanlarına iletebiliyor musunuz ?
1. Evet 2.Hayır
28. Sağlık hizmetlerine erişmede zorluk yaşıyor musunuz ?
1.Evet 2. Hayır
29. Yaşıyorsanız neden ?
1. Nereye başvuracağını bilmeme
2. Maddi durumdan dolayı
3. Hastaneye götürececek birinin olmamasından dolayı
4. Önemsememe
5. Sağlığının farkında olmama
6. Diğer (.....)

HASTANIN:

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek
3. Öğrenim Durumu: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite ve üzeri

4. **Mesleği:** 1. alışıyor (İşçi, Devlet Memuru, Serbest Meslek)
2. Çalışmıyor (Emekli, ev hanımı)
5. **Sosyal Güvence** 1.Var 2. Yok 3. Yeşilkart
6. **Bulaşıcı Olmayan(sürekli hastalık) Hastalık Sayısı ve Adı :**
.....



EK 2: Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Düzeyi Değerlendirilmesi (Barthelm İndeksi)

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMLILIK DÜZEYİ DEĞERLENDİRİLMESİ (BARTHEL İNDEKSİ)

Aşağıdaki 10 maddenin her birinde hastanın bağımlılık düzeyine karşılık gelen en yakın ifade için uygun puanı seçin. Hastanın potansiyeli ya da fonksiyonel durumda olanı değil gerçek durumunu kaydedin. Bağımlılık düzeyine ilişkin bilgi hastanın kendi ifadesinden ya da gözlemden elde edilebilir.

Bağırsak Bakımı

0 = Inkontinans;

5 = Bazen kaçırma (haftada bir yada hiç) suppozituar koymak gibi yardıma ihtiyaç duyar.

10 = Kontinans;

Mesane Bakımı

0 = Inkontinans veya kateterli ve kontrol edemez

5 = Bazen tuvalete yetişemez, altına kaçıtır

10 = Kontinans veya toplayıcı araç varsa bunu rahatlıkla idare edebilir.

Kendine Bakım

0 = Kişisel bakımında yardıma ihtiyaç duyar

5 = Yüzünü yıkar, saçını tarar, dişlerini fırçalar

Tuvalet Kullanımı

0 = Bağımlı

5 = Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

10 = Bağımsız (oturma kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanmada)

Beslenme

0 = Yapamaz

5 = Kesme veya yağ sürmede yardıma ihtiyaç duyar.

10 = Eğer yemek sağlanırsa bağımsız.

Tekerlekli Sandalye/Yatak Transferi

0 = Tamamen yatağa bağımlı

5 = Oturabilir ancak transfer için fazla yardım gerekir.

10 = Transfer için çok az yardım (sözle veya fiziksel) gerekir.

15 = Bağımsız

Mobilite

0 = Tekerlekli

5 = Tekerlekli sandalyede köşeler dahil bağımsızdır

10 = Bir kişinin yardımı ile yürüyebilir

15 = Bağımsız, ancak destek kullanılabilir

Giyinme

0 = Bağımlı

5 = Bazen yardıma ihtiyaç duyar

10 = Bağımsız giysilerde dahil bağımsız

Merdiven İnip Çıkma

0 = Yapamaz

5 = Yardıma ihtiyaç duyar (sözel/fiziksel)

10 = Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanılabilir

Yıkanma 0 = Yardıma ihtiyacı vardır
5 = Bağımsızdır



EK 3: Sağlık Okuryazarlık leği

SAğLIK OKURYAZARLIK LEğİ

Aşağıda verilen sorulara sizce en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız

2: Çok zorluk çekiyorum

3: Biraz zorluk çekiyorum

4: Az zorluk çekiyorum

5: Hiç zorluk çekmiyorum



SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen sorulara sizce en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız

2: Çok zorluk çekiyorum

3: Biraz zorluk çekiyorum

4: Az zorluk çekiyorum

5: Hiç zorluk çekmiyorum

	Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç zorluk çekmiyorum
BİLGİYE ERİŞİM					
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz ?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
BİLGİLERİ ANLAMA					
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					

	Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç zorluk çekmiyorum
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz ?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık personeli, arkadaşınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

EK 4: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği İzin Yazısı

Ölçek İzin Gelen Kutusu x

Seda KARAKAYA ERGÜN <sedakarakaya35@gmail.com> 28 May (3 gün önce) ☆

Alıcı: ayla.bayik

Merhaba, ben Seda Necmettin Erbakan Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği'nde yüksek lisans yapıyorum. Tezimde sizin Türkçe geçerlik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Formunu kullanmak için izin istiyorum.

Saygılarımla

Ayla Bayık Temel 29 May (2 gün önce) ☆

Alıcı: bana

sayın
SEDA KARAKAYA ERGÜN
Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. çalışmalarınızda başarılar dilerim. makaleye Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94 sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son halini ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır.Makaledeki formu kullanınız. ilginize teşekkür ederim
Prof. Dr. Ayla Bayık Temel



EK 5: Etik Kurul Raporu

I.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:72

Toplantı Tarihi: 29.06.2018

Karar Sayısı:2018/1447:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL' in "**Bakım Vericilerin Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 14.06.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Seda KARAKAYA ERGÜN' ün yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL' in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.


Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL

Yardımcı Araştırmacı: Seda KARAKAYA ERGÜN

ASLI GİBİDİR
29.06.2018

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK 6: Kurum İzni


T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK
HİZMETLERİ İZLEME DEĞERLENDİRME VE DENETİM
BİRİMİ
25/10/2018 18:15 - 94723667 - 806.01.03 - E.6261
00079514332

Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma.

İlgi : (Aksehir Sayın Seda KADAKAYA ERGÜN.
Devlet Hastanesi. Göğüs - Nöroloji Serv. 5. kat
3.9/2018 tarihli dilekçeniz, Aksehir)

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-izmalıdır.
Uz.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi
Cihaz Hizmetleri Başkanı

Ek:
Yazı (2 adet)

Kadir SAKA
Güvenli Elektronik İmzalı
26.12.2018

Sağlık Hizmetleri, İzleme, Değerlendirme ve Denetim Birimi Kazım Karabekir Cad.
No:14 Selçuklu/KONYA
Faks No:03323517268
e-Posta:nuriye.cavdar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr

Bilgi için:Nuriye ÇAVDAR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:(0332)3104361

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8bd2cd56-c2b7-4ac9-8da6-d91360d7cfd2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

“Bakım Vericilerin Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler” başlıklı tez çalışması kapsamında şu anda size vermiş olduğumuz anket yapılacaktır. Aşağıda sizinle ilgili bazı sorular yer almaktadır. Bunlar sizin sağlıkla ilgili ne kadar bilgiye sahip olduğunuzu anlamak için sorulmaktadır. Her bir soruya kendinize en uygun yanıtı vermeniz çalışmanın doğruluğunu arttıracaktır. İsminiz herhangi bir yerde açıkça kullanılmayacak, değerlendirmede dikkate alınmayacak, herhangi bir yerde paylaşılmayacaktır. İsteddiğiniz zaman araştırmadan vazgeçebilirsiniz. Verdiğiniz bilgiler sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacı
Dr. Öğretim Üyesi Dilek CİNGİL
Hemşire Seda KARAKAYA ERGÜN
Tel: 05386493872

9. ÖZ GEÇMİŞ

16.02.1993 tarihinde Kayseri’de doğdu. İlk ve orta öğretimini Kayseri’de tamamladı. 2011 yılında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesinde hemşirelik lisans öğretimine başladı. 2015 yılında mezun oldu. 2015-2017 yılları arasında İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalıştı. 2017 yılında Akşehir Devlet Hastanesinde çalışmaya başladı ve halen burada çalışmaktadır ve evlidir.

