



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIKTA OKURYAZARLIK: TİP II DİYABET  
HASTALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Mine ŞEN**

**Samsun  
Kasım-2016**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIKTA OKURYAZARLIK: TİP II DİYABET  
HASTALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Mine Şen**

**Danışman**

**Doç.Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN**

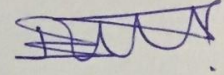
**Samsun**

**Kasım-2016**

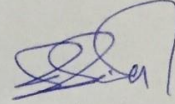
T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mine ŞEN tarafından Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN Danışmanlığında hazırlanan **SAĞLIKTA OKURYAZARLIK: TİP II DİYABET HASTALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA** başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 18. /11. /2016 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

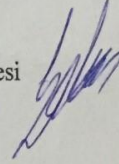
Başkan : Doç.Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Prof.Dr. A.Tevfik SÜNTER , Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Yrd.Doç.Dr. Esra Gökçen KAYGISIZ, Giresun Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / .... / .....

Prof.Dr. Ahmet UZUN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŐEKKÖR

Tezimin hazırlanmasında verdiği destekten dolayı değerli hocam Doç.Dr.Elif DİKMETAŞ YARDAN'a, tezimin anket aşamasında emeği geçen tüm iş arkadaşlarıma, çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca olduğu gibi yüksek lisans sürecimde de daima sevgi, hoşgörü ve fedakarlıkları ile beni destekleyen, cesaretlendiren değerli ailem, babam Selahattin ŞEN'e, annem Őükran Şen'e, ablam Havva ŞEN SAYGIN'a, kardeşlerim Mehmet Emin, Merve Nur, Hilal Nur ŞEN'e, yeğenim Defne SAYGIN'a, eniştem Kemal SAYGIN'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

## ÖZET

### SAĞLIKTA OKURYAZARLIK: TİP II DİYABET HASTALARI ÜZERİNE

#### BİR ARAŞTIRMA

**Amaç:** Tip II Diyabetli hastaların sağlık okuryazarlık durumları ile sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlerin ve bunların sosyo-ekonomik değişkenlerle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Anket, Vezirköprü Devlet Hastanesi'nde uygulanmıştır. Katılımcılar Dahiliye Polikliniklerine başvuran Tip II Diyabet hastalığı olan gönüllü kişilerden seçilmiştir. Çalışmaya Tip II Diyabet hastalığı olan 300 kişi katılmıştır. Veriler IBM SPSS V21 programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmada anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan Tip II Diyabet hastalarının %55,7'si kadın ve %44,3'ü erkek, %93,0'ı evli ve %7,0'ı bekadır. Çalışma grubunun yaş ortalaması 57'dir. Katılımcıların %29,7'si okuryazar değil, %9,0'ı sadece okuryazar, %27,3'ü ilköğretim mezunu, %7,3'ü ortaokul mezunu, %17,3'ü lise mezunu ve %9,3'ü lisans-lisansüstü eğitim mezunudur. Katılımcıların ortanca olarak 7 yıldır Tip II Diyabet hastalığı mevcuttur. Katılımcıların hastalıklarının nedenini bilme durumu eğitim düzeyine bağlı anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

**Sonuç:** Yapılan çalışmada, okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı düşük olan katılımcıların hastalıklarıyla başetmede zorlandıkları belirlenmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı durumları değerlendirilirken, sosyo-demografik değişkenlerden en çok ilişki saptanan durum, öğrenim durumudur. Sağlık okuryazarlığı kapsamında değerlendirilen davranışlar üzerine etkileri olan cinsiyet ve yaş değişkenlerinin de sağlık okuryazarlığı ile arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Okuryazarlık; sağlık okuryazarlığı; tip II diyabet

**Mine ŞEN, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Kasım-2016**

## ABSTRACT

### LITERACY IN HEALTH: A STUDY ON PATIENTS WITH TYPE II DIABETES

**Aim:** The factors affecting the health literacy and health literacy situation of patients with type II diabetes and their relationship with socio-economic variables are aimed to be determined.

**Material and Method:** Survey method has been used in the study. The survey has been carried out in Vezirköprü State Hospital. Subjects with type II diabetes have been chosen from the volunteers who consulted in internal diseases polyclinics. n:300 people with type II diabetes attended in the study. The data was evaluated by IBM SPSS V21 programme. Relevance in the study is evaluated in  $p < 0,05$  level.

**Results:** 55.7% of the subjects with Type II Diabetes who attended the study were woman, 44.3% were men, 93,0% were married and 7.0 % were single. The average age of the study group was 57. 29.7% of the subjects were illiterate, 27.3% were primary school graduates, 7.3% were secondary school graduates, 17.3% were high school graduates and 9.3% were bachelor or PhD. In average subjects have had Type II Diabetes for 7 years. The fact that subjects know the reasons of their disease based on their education levels ( $p=0,001$ ).

**Conclusion:** In the study, it is found out that subjects with low literacy and health literacy have difficulties dealing with their diseases. While health literacy of the subjects were being evaluated, the most seen situation among socio-demographic variables was education status. Gender and age variables having effects on behaviours evaluated within health literacy are seen to be related to health literacy.

**Key Words:** Literacy; health literacy; type II diabetes.

Mine ŞEN, Master Thesis

Ondokuz Mayıs Universty-Samsun, November-2016

## **SİMGELER ve KISALTMALAR**

CDC	Centers for Disease Control and Prevention /Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi
DM	Diyabetes Mellitus/Şeker Hastalığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HALS	Health Activities Literacy Scale /Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası
HbA1c	Glikozile Hemoglobin Düzeyi
Min-mak	Ortanca
NVS	Newest Vital Sign /En Yeni Yaşamsal Belirteç
n	Vaka Sayısı
OGTT	Oral Glukose Tolerance Test /Oral Glukoz Tolerans Testi
p	p Değeri
REALM	The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ Tıpta Erişkin Okuryazarlığın Hızlı Tahmini
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
T2DM	Tip 2 Diyabetes Mellitus/Tip 2 Şeker Hastalığı
TOFHLA	The Test of Functional Health Literacy in Adults/Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi
TURDEP	Türk Diyabet Epidemiyolojisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
www	The World Wide Web /Dünya Genişliğinde Ağ



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	viii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı, tarihi, kavramsal yapısı .....	5
2.2. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması.....	18
2.2.1. Fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı.....	18
2.2.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı .....	19
2.2.3.Kritik sağlık okuryazarlığı.....	19
2.3. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi .....	19
2.3.1. Tıpta erişkin okuryazarlığın hızlı tahmini/The rapid estimate of adult literacy in medicine .....	20
2.3.2. Erişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı testi/The test of functional health literacy in adults.....	22
2.3.3. En yeni yaşamsal belirteç/Newest vital sign .....	22
2.3.4. Sağlık aktiviteleri okuryazarlık skalası/Health activities literacy scale .....	22
2.4. Diyabet ve sağlık okuryazarlığı .....	22
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	28
3.1. Çalışmanın amacı .....	28
3.2. Problem cümlesi.....	28
3.3. Hipotezler.....	28
3.4. Varsayımlar .....	31
3.5.Evren ve örneklem .....	31

3.6. Veri toplama aracı .....	31
3.7. Analiz metodu .....	32
3.8. Güvenirlik ve geçerlilik .....	32
<b>4. BULGULAR</b> .....	33
4.1. Demografik özelliklere göre dağılımı .....	34
4.2. Hastalık yaşantılarına ilişkin bulgular.....	37
4.3. Okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlığına ilişkin bulgular.....	38
4.4. Sağlık okuryazarlığına ilişkin bulgular .....	47
4.4.1. Hastalığın nedenini bilme durumu .....	47
4.4.2. Sağlık kontrollerine gitme durumu.....	50
4.4.3. Kan düzeyi kontrol durumu: Evde şeker ölçümü .....	52
4.4.4. Kan düzeyi kontrol durumu: HbA1c takibi .....	54
4.4.5. Düzenli ilaç kullanma durumu .....	55
4.4.6. Doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumu .....	56
4.4.7. Diyet uygulama durumu .....	58
4.4.8. Egzersiz yapma durumu .....	61
4.4.9. Ayak bakımı yapma durumu .....	61
4.4.10. Riskli davranışlarına ilişkin durumu .....	63
4.4.11. Göz Kontrolü yaptırma durumu .....	64
4.4.12. Grip aşısı yaptırma durumu .....	65
4.4.13. Hastalıkla ilgili duyduğu bilgiyi kullanma durumu.....	66
4.4.14. Hastanede verilen dokümanları anlama durumu .....	68
4.4.15. Hastalıklara ilişkin yayın okuma durumu.....	70
4.4.16. Hastalık yönetimine ilişkin verilen talimatları doğru algılama durumu .....	72
4.4.17. Diyabet eğitim durumu.....	74

4.4.18. Hastaların diyabetle ilgili sorularını danışma durumu .....	76
4.4.19. Bilgi kaynakları .....	77
4.4.20. Mevzuat takip etme .....	79
4.5. Sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlere ilişkin bulgular .....	80
4.5.1. Sağlık personeli ile iletişim .....	80
4.5.2. Hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olma .....	81
4.5.3. Sosyal destek .....	82
4.6. Diyabet hakkında bilgi düzeyleri .....	83
4.7. Hipoteze ilişkin sonuçların özeti .....	84
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	87
5.1. Çalışma grubunun demografik özellikleri .....	87
5.2. Çalışma grubunun hastalık yaşantılarına ilişkin özellikleri .....	88
5.3. Çalışma grubunun okuryazarlık ve bilgisayar özellikleri .....	91
5.4. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlık durumlarının özellikleri .....	94
5.5. Çalışma grubunun diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri özellikleri .....	106
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b> .....	108
<b>KAYNAKLAR</b> .....	117
<b>EKLER</b> .....	125
<b>Ek-1:</b> Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı .....	125
<b>Ek-2:</b> Samsun Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği Tarafından Kabul Edilen Anket İzin Yazısı .....	126
<b>Ek-3:</b> Anket formu .....	127
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	138

## 1.GİRİŞ

Öğrenme, doğumla birlikte başlar ve yetişkinlerin anlamlı etkinliklere katılımı ile teşvik edilir (Özbek Ayaz, 2015). Günümüz toplumları yaşam boyu öğrenme becerilerine sahip, bilgisini sürekli yenileyip geliştirebilen, değişime ayak uydurabilen, gelişmeleri takip edebilen ve bilinçli bilgi tüketicisi olmanın yanında bilgi üreticisi de olabilen bireylere gereksinim duymaktadır (Balcı, 2013). İnsanlar, doğdukları andan itibaren çevrelerini tanımaya ve anlamlandırmaya çalışırlar. Bunun nedeni, öğrenme merakıdır. Çevreyi; yani doğayı, insanları ve yaşamı tanımının birçok yolu olmakla birlikte, okuma-yazmanın da, insanın çevresini anlamlandırıp şekillendirmesinde çok önemli bir yeri vardır. Okuyup yazabilen insan, düşünebilir, düşündüklerini anlatabilir ve yaşamda uygulamaya geçirebilir (Karaman, 2013). Okuryazarlık, en temel şekli ile okuma ve yazma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Geniş anlamda ise; okuryazarlık, bireyin bilgisini ve potansiyelini geliştirmede ve amaçlarına ulaşmada, sosyal yaşamında ve işinde fonksiyonlarını sürdürmede ve problemlerini çözebilmede yeterli düzeyde okuma, yazma, dili konuşabilme ve bilgiyi işleme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Uğurlu, 2011).

Sağlık okuryazarlığı (Healty Literacy), sağlığın geliştirilmesi kavramı çerçevesinde, 1980’li yılların sonlarına doğru tanımlanmış bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını, bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır (Avcı, 2013). 2013 yılına gelindiğinde DSÖ’de genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yaparak sağlık okuryazarlığı tanımını yenilemiştir. DSÖ’ye göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlık ile ilişkili olup, insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir. Sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirme müdahaleleri, sağlığın belirleyicileri ve bu tip müdahalelerin çıktıları arasındaki bağlantıyı gösteren model olarak ortaya çıkmıştır (Aslantekin, 2011). Sağlık

okuryazarlığı ve becerisi sağlık hizmetleri ve halk sağlığı araştırmaları odağında ve vurgusunda bulunan alanlarda daha da tanınmıştır (Gaglio, 2010).

Bireyin sağlığı, genel anlamda, yaşadığı çevrenin koşullarından, yaşam biçiminden, genetik yapısından ve sağlık hizmetleri sisteminden etkilenmektedir. Böyle bir kapsam içinde sağlık okuryazarlığının sözü edilen tüm bileşenlerle ilgili olduğu açıktır (Akbulut, 2015). Bugüne kadar yaşın, gelir düzeyinin, eğitim durumunun ve mesleğin sağlık için belirleyici olduğu bilinse de günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır (Keser ve Çıracıoğlu, 2015). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusu sadece sağlık profesyonellerinin ve sağlık kurumlarının sorumluluğu çerçevesinde değerlendirilmemektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde paydaşlar arası bir yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir. Bu paydaşlar; toplum, eğitimciler, sağlık iletişimcileri, yazılı ve görsel medya, devlet kurumları, yetişkin eğitimcileri ve okuryazarlık eğitimi verenler, sivil toplum kuruluşları, akademik çevreler, iş dünyası, sağlık hizmeti sunan kurumlar ve sağlık profesyonelleridir (Akbulut, 2015).

Yüksek sağlık okuryazarlığı, toplumların kalitesine katkıda bulunur. Okuryazar bireyler daha büyük oranda ekonomik refah sahibidir, daha eğitilmiş ve daha bilgilidir, topluma daha çok katkıda bulunur ve kendilerine daha iyi bakarlar (Dünya Sağlık Örgütü, 2013). Aynı zamanda bu bireyler; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanan kişilerdir. Bu bireyler yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurlar (Avcı, 2013). Sağlık okuryazarlığı sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyi sağlığın sürdürülmesi için bireyin kişisel, bilişsel ve sosyal becerileriyle sağlık bilgisini elde etmesi, bilgiyi kavraması ve bilgiyi gerektiği durumda kullanabilmesine olanak sağlamaktadır (Aslantekin, 2011).

Yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre, bireylerin sağlık okuryazarlığının yetersiz olması; hastalanma riskinde artışa, tedavi yöntemlerini anlamada düşüşe ve hastaneye yatma oranında artışa yol açmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarında artışa, kanser gibi erken teşhis edilebilen durumlar için erken tarama sıklığında azalmaya böylece yüksek morbidite ve mortalite

oranlarına yol açmaktadır (Sezer ve Kadioğlu, 2014; Özdemir ve ark., 2015). Yapılan pek çok çalışma sağlık durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Özdemir ve ark., 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması sağlık hizmetlerinin pek çok aşamasını olumsuz etkilemekte ve özellikle önlenebilir hastalıkların etkili yönetimini güçleştirmektedir. Çünkü düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan bireyler, hastalıkların neden olduğu komplikasyonları ve semptomları azaltmaya yönelik bilgileri yorumlamada zorlanmaktadırlar (Keser ve Çıracıoğlu, 2015). Birçok insanın, sağlık okuryazarlığı eksikliği nedeniyle, bilgi ve hizmetlere erişimde zorluklar yaşayabilecekleri belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin giderek daha karmaşık sağlık sistemine yönlendirilmeleri ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetebilmeleri için çok önemlidir (Uğurlu, 2011). Düşük sağlık okuryazarlığı büyük ölçüde sağlığa olumsuz etki eder; hastalığa yakalanma ve riskli davranış seçimleri (sigara içme oranı gibi), iş kazaları, kronik hastalıklar (diyabet, enfeksiyonlar ve astım gibi), tıbbi ilaç bağımlılığı, artmış hastaneye kaldırılma vakaları ve artmış aykırı ve erken ölümler ile de ilişkilidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2013). Ayrıca kronik hastalıklar içinde Tip II Diyabet hastalarının tanı almalarıyla beraber, yaşamlarında ortaya çıkan değişiklikler ve yeni bir yaşam tarzı gereği, hastaların uyumunda güçlükler ortaya çıkmaktadır (Aslantekin, 2011).

Temel olarak bir sağlık sisteminde hizmet sunucuları; kurumlar ve bireyler olarak ikiye ayrılır (Ergin, 2009). Sağlık sistemi içerisinde hastalara en kolay ulaşılabilecek yerler, sağlık kurumlarıdır. Sağlık kurumlarına gelen ya da yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi eğitim programları, broşürler, kapalı devre televizyon yayınları, sağlık profesyonellerinin davranışları ve iletişim biçimleri ile teknolojik araçlar kullanılarak artırılabilir (Akbulut, 2015). Sağlık kurumlarında klinik bilgi teknoloji sistemlerinin gelişimi ve uygulanması karmaşık bir süreçtir. Bilim ve teknolojideki sürekli ve köklü değişim birbirine paralel gitmektedir. Sağlık sektörü giderek bilgisayar teknolojisine bağımlı hale gelmektedir. Sağlık sektöründe çalışanlar ve bilgisayarlar arasındaki etkileşim kalitesi, tıp alanında teknolojinin etkili kullanımının göstergesidir (Dikmetaş, 2004). Bir başka deyişle günümüz örgütlerin artık karmaşık teknolojilere uyum sağlamaları, kurumsal bir dünya vatandaşı olmaları, zorluklara göğüs gerebilmeleri için bilgiden en üst seviyede fayda sağlamaları ve bir

bilgelik olgusunu örgütsel anlamda var etmeleri bir gereklilik haline gelmiştir (Kaygısız ve Çağlıyan, 2014).

Sağlık sistemindeki giderek artan yükün sonucu olarak, hastalara sağlık profesyonelleri tarafından ayrılan sürenin az olması ve hastanın erken taburcu edilmesi ve evde bakımın ön plana çıkması, hastaların sorumluluk almak için eğitimlerini gerekli kılmıştır. Tüm bireylerin, özellikle sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin eğitiminde, davranış değişikliği yaratacak bir eğitim sürecinin oluşturulması pek çok olumsuz durumları önleyebilecektir (Uğurlu, 2011). Ayrıca yetersiz veya düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerde, algıyı ve uyumu artırmak için sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmeli, tıbbi terminoloji kullanmak yerine günlük konuşma dili tercih edilmelidir (Gönenç, 2015).

Çalışma 6 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; konuya giriş yapılmıştır. İkinci bölümde; sağlık okuryazarlığının tanımı yapılarak, tarihi ve kavramsal yapısı hakkında bilgi verilmiştir. Tip II Diyabet ve sağlık okuryazarlık arasındaki ilişki ele alınmış, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçlar anlatılarak yeterli ve yetersiz sağlık okuryazarlığı konularına değinilmiştir. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması ve ölçüm yöntemleri anlatılmıştır. Üçüncü bölümde; çalışmada kullanılan materyal ve metot bilgilerine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde; yapılan çalışmaya ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Beşinci bölümde; çalışmanın bulguları literatürde ki benzer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır. Altıncı bölümde; sonuçlar ve önerilere yer verilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı, tarihi, kavramsal yapısı

Bireylerin toplumsal yaşama etkin olarak katılımlarını ve yaşam kalitelerini arttırmayı sağlayabilecek becerilerin başında okuryazarlık becerisi gelmektedir (Aslantekin, 2011). “ Okuryazarlık”, günümüzde, sıklıkla bir yetiler dizisi olarak değil, süreç halinde devam eden yetiler olarak ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi çizilmeden önce, okuryazarlığın “ Belirli türdeki metinleri ve eserleri okumak, yorumlamak ve üretmek için gerekli yetileri kazanmayı ve ayrıca kültüre ve topluma bütünüyle katılım sağlamak için entelektüel araçları ve kapasiteleri kazanmayı içerdiği” ifade edilmektedir (Çınarlı, 2015). Sağlık ve okuryazarlık arasındaki ilişkiye dair gelişen farkındalık, olumsuz etkileri azaltmak için bir dizi müdahalenin yapılmasını sağlamıştır. Bu müdahaleler, sağlığa ilişkin okuryazarlığın ölçümü, düşük okuryazarlıkla sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kişilerarası etkin iletişimle düşük okuryazarlığın olumsuz etkilerini azaltmayı hedefleyen bakış açısıyla planlanmış müdahale çalışmaları ve araştırmalardır (Aslantekin, 2011). Bugüne kadar yaşın, gelir düzeyinin, eğitim durumunun ve mesleğin sağlık için belirleyici olduğu bilinse de, günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır (Keser ve Çıracıoğlu, 2015). Araştırmalar sağlık okuryazarlığının, bireyin sağlık durumunu belirlemede, sosyo-ekonomik faktörlerden daha etkili olduğunu göstermektedir (Filiz, 2015).

Bireyler, benzer öğrenim düzeyine sahip olsalar da, okuma, yazma, anlama ve hesaplama becerileri farklı olabilmektedir. Bu nedenle, sağlıkla ilgili konularda bireyi değerlendirirken, öğrenim durumunun değil, sağlık okuryazarlık düzeyinin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (Filiz, 2015). Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak sağlık eğitimi alanında 1974’lü yıllarda tanımlanmış; ancak 1990’lı yıllara kadar pek fazla kullanılmamıştır. Bu dönemde sağlık okuryazarlığı; sadece bireyin sağlık bilgilerini okuma, anlama ve tıbbi talimatlara uyma yeteneği olarak tanımlanmıştır. 1990’lı yıllarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili yeniden ve daha kapsamlı tanımlamalar yapılmıştır (Sezer ve Kadioğlu, 2014). DSÖ, “ Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisini” sağlık okuryazarlığı



olarak tanımlamaktadır (Erdağ Çiler, 2015). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde yer alan tanıma göre sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır (Sezer ve Kadioğlu, 2014). Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Uğurlu, 2011). Sağlık okuryazarlığı, uygun sağlık seçimleri yapabilen, hizmetleri anlamaya ihtiyaç duymuş ve bu süreçte bunu elde etmiş olan bireysel dereceler olarak tanımlanır (Quinlan, 2009). Bu kavram; özgüven gibi kişisel gelişim alanlarını ve sosyal becerilerin gelişimini desteklemekte, doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerileri ile bunları kullanabilme yeteneğini arttırmaktadır (Hergenç, 2011). Tıp Enstitüsü' nün 2004 yılında yayınladığı çalışma raporunda bu tanım “ Bireysel olarak sağlık ile ilgili uygun kararların verilmesi için gerekli sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi” olarak detaylandırılmıştır (Erdağ Çiler, 2015). Tanımlarda açıkça görülmektedir ki; sağlık okuryazarlığı pek çok bileşeni içinde barındıran bir kavramdır. Farklı tanımlar ve bileşenlerin olmasına karşın, kişinin yazılı bir metni okuması, anlayabilmesi, karar verme sürecinde kullanabilmesi ve iletişim kurabilmesi bütün tanımlarda ortaktır (Aslantekin, 2011).

Sağlık okuryazarlığı, yeterli bir sağlık-bakım ortamında çalışmasına ihtiyaç duyulan insanların okuma yazma uygulamalarını tanımlamak için kullanılır (Mika, 2007). Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık ortamında etkili bir şekilde çalışabilmesi için gereken bir takım yetenekleri gösterir. (Berkman ve ark., 2011). Sağlık okuryazarlığı yetileri; diyalog ve tartışma için, sağlık enformasyonunu okumak, tabloları yorumlamak, araştırmalara katılmaya karar verebilmek, bireysel ya da ailenin sağlık bakımında tıbbi araçları (örneğin termometre) kullanabilmek, ilacın zamanını ve dozunu hesaplayabilmek ya da sağlık ve çevre sorunlarına yönelik tercihte bulunabilmek için gereklidir (Çınarlı, 2015). Sağlık okuryazarlığı önemli bir politika konusu olarak değerlendirilmekte; politikacılar, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları yöneticileri, sağlık hizmetini finanse eden kurumlar ve hastalar açısından önemi vurgulanmaktadır. Sağlığa ayrılan kaynakların verimli ve etkili kullanımında, kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında, dikkatlerin “sağlık okuryazarlığı” üzerinde olması

beklenmelidir (Akbulut, 2015). Sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir kültür oluşturma aracı, özgüven gibi kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde ise destekleyici bir araçtır (Avcı, 2013). Sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel, medeni ve kültürel okuryazarlık alanlarının ve bu alanlara ilişkin yetilerin karşılıklı etkileşimini ifade etmektedir (Çınarlı, 2015). Bu sayede sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşumu, kaynakların doğru kullanılmasını ve bireylerin kendi sağlıkları ile toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını sağlamaktadır. Bu anlamda sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kültür aracıdır (Hergenç, 2011). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin toplumun sağlığı için neden önemli olduğunu ortaya koyan altı temadan söz edilmektedir. Bunlar; toplumun önemli bir bölümünü etkilemesi, kötü sağlık sonuçları, kronik hastalık oranında artış, sağlık maliyetleri, sağlık bilgisine olan talep ve hakkaniyet olarak belirtilmektedir (Akbulut, 2015). Sağlık okuryazarlığı, kişinin yeni bilgiyi elde etmesine ve kullanmasına olanak veren bireysel kapasiteler bütünü olarak ortaya konulmaktadır. Bu anlamda kişilerin eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları gibi davranışları kişisel kapasitelerinin oluşmasını etkilemektedir. Kişisel kapasite, her ne kadar eğitim programlarıyla artırılıyor ya da bilişsel fonksiyonları engelleyen yaşlanma veya patolojik süreçlerle azalıyor olsa da, zaman içinde çok büyük değişiklikler göstermemektedir (Aslantekin, 2011). Sağlık okuryazarlığı, kişinin hem kendi hem de toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, doğru bilgi ve hizmete ulaşma ile bu bilgi ve hizmeti kullanabilme yeteneğini içerir. Ayrıca kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını ve böylece yaşam biçimini değiştirebilecek düzeyde bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını da güçlendirir (Erdağ Çiler, 2015). Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam yılı ve kalitesinin artmasını, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini sağlar. Sağlık profesyonelleri için; mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını ve bu becerilerin kullanılmasını, sağlık hizmeti alanlar için; anlaşılır ve karar mekanizmasına dahil olmayı, kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanmayı sağlar (Avcı, 2013). Sağlık okuryazarlığı; dünyada koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, sağlık hizmeti alanların büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarı olmaması, sağlıkla ilgili teknik terimlerin fazlalığı, bilgilerin toplumda yeterince paylaşılamaması ve sağlık harcamalarındaki artışın engellenememesi açısından önemsenmektedir (Hergenç, 2011).

Sağlık okuryazarlığının, sağlığı etkileyen tüm faktörlerle ilişkisi nedeni ile, sağlık hizmetleri kullanımı ve toplumun sağlık statusünde önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir (Akbulut, 2015).

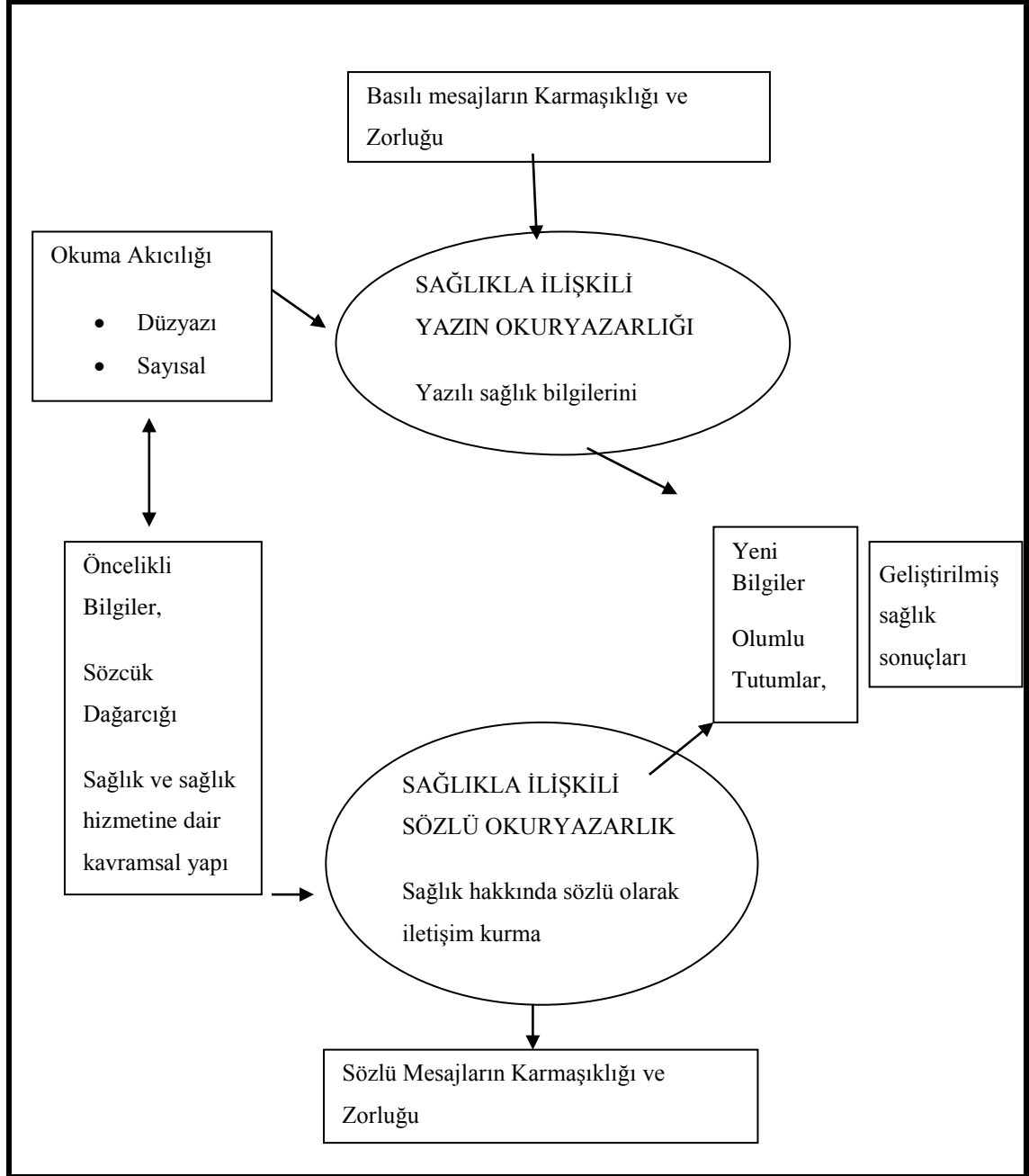
Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, sağlık hizmetleri alanların büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, hasta odaklı sağlık hizmeti sisteminin talep edilmesi, sağlıkla ilgili teknik terimlerin fazlalığı, sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılamaması, sağlık harcamalarındaki artış sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına neden olmuştur (Avcı, 2013). Bireyin kendisi ya da ailesi için ne tür sağlık sorunlarında hangi sıklıkta, hangi sağlık kurumuna ve hangi uzmanlık alanına başvuracağı, bu başvuru sonucunda verilen tedavileri nasıl uygulayacağı, başvurunun ekonomik yükü ve sağlığı üzerindeki sonuçlarını nasıl değerlendireceği gibi konular sağlık okuryazarlığı ve hizmet kullanımı açısından önemlidir (Akbulut, 2015). Sağlık okuryazarlığı; sağlık bakımı için yerine getirilmesi gereken kuralları uygulama, tıbbi eğitim broşürlerini, reçete edilen ilaçlarla ilgili talimatları, randevu kartlarını, doktorların açıklamalarını, hastanelerdeki onam formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneğini içerir (Erdağ Çiler, 2015). Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti ortamında belli girişimleri yapma yeterliliği olarak düşünüldüğünde bunun hem bireyin hem de sağlık hizmeti sisteminin özelliklerine dayanması gerektiği ileri sürülmektedir. Bu durumda sağlık sistemi içinde sigorta kapsamında hangi hizmetlerin alınabileceğinden, hastanelerdeki muayene ve test için başvuru işlemleri, sağlık personeli ile kurulacak iletişim, eczaneden ilaç alınması, ilaçların kullanılmasına kadar pek çok işlev bulunmaktadır (Aslantekin, 2011). Bu bakış açıları birleştirildiğinde sağlık okuryazarlığı; yaşam yılı ve kalitesini arttıran, sağlık eşitsizliklerini gideren, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılması sağlık hizmeti alanlar için de okuma, dinleme, analiz etme, anlaşılır olabilmeyi ve karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan bir ögedir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı kavramı; sağlık hizmeti alan kesim ile hizmeti veren kesimler arasında iletişimin güçlendirilmesini ve kendilerini daha iyi ifade edebilme fırsatını sağlar (Hergenç, 2011).

Sağlığı geliştirme aktivitelerinin planlanmasında önemli bir adım olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığının, toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel tema şu şekilde tanımlanmıştır (Yılmazel, 2014):

- 1. Etkilediği insan sayısı:** Yetersiz okuryazarlık becerilerinin, gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar, gelişmiş ülkelerde de şaşırtıcı bir şekilde yaygın olduğu belirtilmektedir. Fonksiyonel okuryazarlık becerilerinin yetersizlik oranının, ülkelere göre %7,0-47,0 arasında değiştiği gösterilmektedir.
- 2. Olumsuz sağlık sonuçları:** Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite oranları arasında kesin ilişki vardır.
- 3. Kronik hastalık oranlarında artış:** Küresel hastalık yükünün %47,0'ını oluşturan kronik hastalıkların öz yönetiminde, sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır.
- 4. Sağlık bakım maliyetleri:** Sınırlı sağlık okuryazarlığı, toplam sağlık bakımına yıllık %3-5 oranında ek maliyet getirmektedir.
- 5. Sağlık bilgisi talepleri:** Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Teknik terimlerin ve mesleki dilin kullanımı, sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır.
- 6. Eşitlikçilik:** Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade eder. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır.

Bazı araştırmalar sağlık bilgisini de sağlık okuryazarlığının bir parçası olarak değerlendirir. Amerikan Tıp Birliği'nin uzman heyeti "sağlık okuryazarlığı" alanını kültürel ve kavramsal bilgiye, konuşma ve dinleme becerileriyle birlikte sözlü okuryazarlığa, yazma ve okuma becerileriyle birlikte yazın okuryazarlığına ve matematiksel beceriye bölmüştür. Bu bakış açısına göre sağlık okuryazarlığı bireyin kapasitesine ve sağlık hizmeti sistemi tarafından sunulan kaynaklara bağlı olan erişilebilir bilgi veya yeterlilik düzeyidir (Baker, 2006).

Şekil 1’deki modelde; kavramsal bilgiyi, sağlık okuryazarlığını teşvik eden, ancak tek başına sağlık okuryazarlığını oluşturmayan, kişinin kendine ait bir kaynak olarak değerlendirmektedir (Aslantekin, 2011).



Şekil 1. Bireysel kapasiteler, sağlıkla ilişkili yazın okuryazarlığı ile sözlü okuryazarlık ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin kavramsal modeli (Aslantekin’ den, 2011).

Sağlık okuryazarlığının kavramsal analizinin yapıldığı bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının tanımlayıcı özellikleri; okuma becerileri, aritmetik beceriler, anlama/kavrama becerisi, karar vermede sağlık bilgilerinin kullanım yeterliliği ve hasta rolünde başarılı olma şeklinde belirtilmiştir (Şeref Özdoğan, 2014).

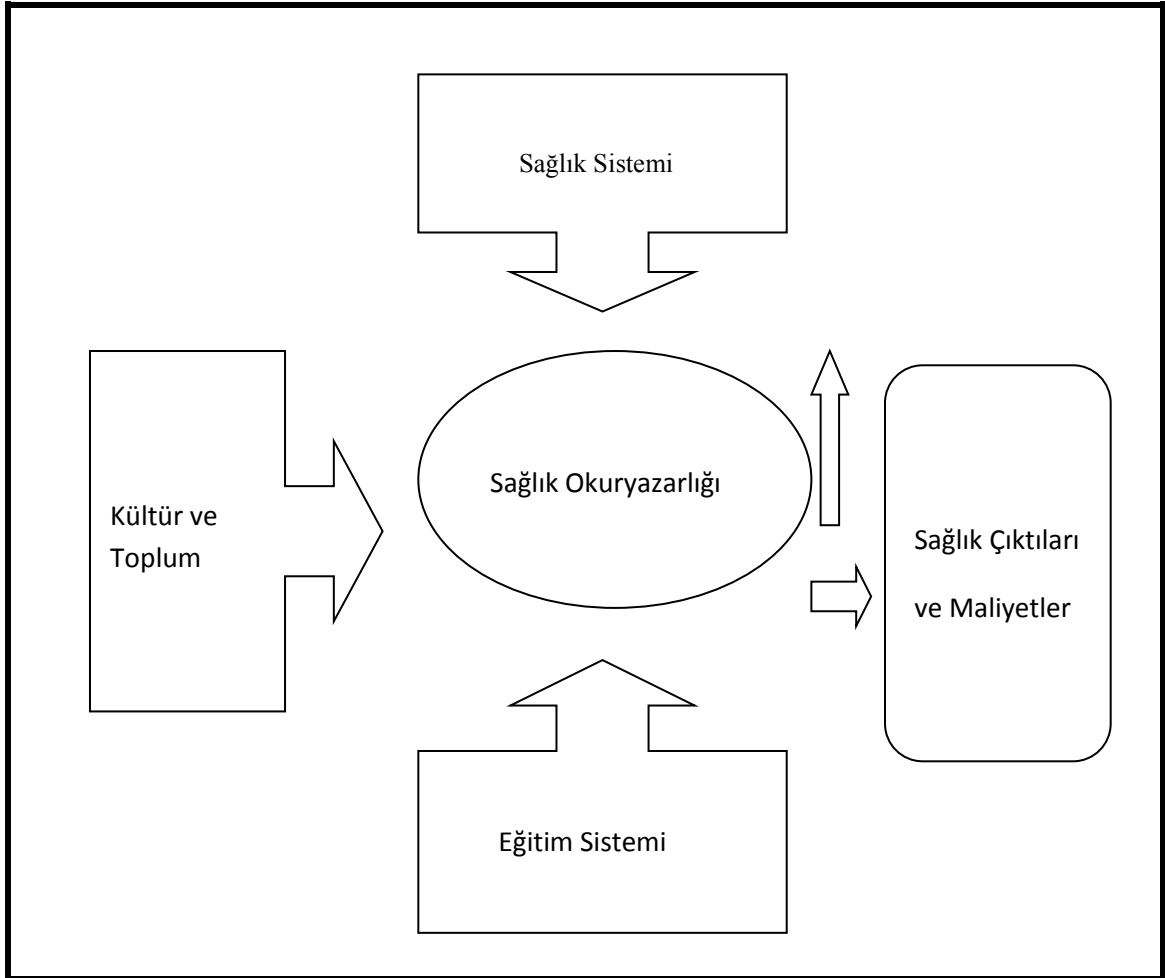
Sağlık okuryazarlığı, sağlık bakım sistemindeki işlevleri yerine getirmek için zorunlu olan sosyal, kişisel ve bilişsel beceriler ile birlikte, okuma, kritik düşünmenin bir parçası olan numaralandırma, problem çözme, karar verme, bilgi arama ve iletişime geçme becerilerinin gerekliliğinden ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgisini ve hizmetlerini harekete geçirme yeteneği ile sağlık üzerindeki kontrolünü nasıl etkilediğini ortaya koyar (Yılmazel, 2014).

Sağlığın geliştirilmesinin çıktısı olarak ele alınan sağlık okuryazarlığı, halk sağlığı hedeflerinin yerine getirilmesinde yaşamsal role sahiptir. Sağlık okuryazarlığı dahilinde sağlık hakkının ve hasta haklarının bilincinde olmak; ilaç prospektüslerinin, halk sağlığı duyurularının, sağlık haberlerinin ve sağlık eğitimi materyallerinin anlaşılmasını gerektirmektedir. Aynı zamanda bireylerin kendi hastalık ya da rahatsızlıkları ile ilgili olarak, sağlık hizmeti sağlayan kişilere ve kurumlara ulaşma becerileri de sağlık okuryazarlığı kapsamında değerlendirilmektedir (Çınarlı, 2015). Sağlık okuryazarlığı kavramı ve belirleyicileri, bilinen bir süreç olmasına rağmen, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmenin güç olduğu belirtilmektedir. Bilginin uygun kullanımının ve bilgiye erişimin artırılmasının, sağlık okuryazarlığının artırılması için iki temel nokta olduğu vurgulanmaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, sağlık bilgilerine erişimi sağlamada zorunlu olsa da, bunların uygun şekilde kullanılmasının özellikle dezavantajlı toplumların güçlendirilmesini sağlayacağı belirtilmektedir. Geleneksel medyanın yanı sıra gazete, radyo ve televizyon yayıncılığı gibi geleneksel kitle iletişim araçları, toplumun ve bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini yükseltmede değerli bilgi kaynakları olarak görülmektedir (Uğurlu, 2011).

Sağlık okuryazarlığı, toplumsal ve bireysel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur. Bireylerin sağlık okuryazarlık beceri ve kapasitelerine eğitim, kültür ve dil aracılık eder. Bireylerin eğitim sistemleri, sağlık sistemleri, kültürel ve sosyal faktörler ve bu faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerindeki potansiyel etkileşimi sağlık çıktılarına ve maliyeti göstermektedir (Avcı, 2013). Buna göre, sağlık okuryazarlığının

geliştirilmesinde; kültür ve toplum, sağlık ve eğitim sistemleri olmak üzere üç müdahale alanı bulunmaktadır. Bu üç bileşen etrafında gerçekleştirilen çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin iyileşmesini sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, toplumun sağlık sonuçlarını ve ortaya çıkan maliyetleri doğrudan etkilemektedir (Akbulut, 2015). Sağlık okuryazarlığı, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için bir kültür oluşturma aracı olarak öngörülmektedir (Uğurlu, 2011). Sağlık okuryazarlığının etkileşim alanları sağlık sistemi, kültürel, sosyal etmenler ve eğitim sistemi olduğundan; bu olgunun artırılması için Sağlık Bakanlığı'nın eğitim organları ile sağlık hizmetleri sisteminin ortak çalışmalar yapması gerekmektedir (Hergenç, 2011).

Şekil 2'de görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığına ilişkin toplumsal yatırımların üç sistemde yapılması gerekecektir (Bohlman ve ark., 2004).



Şekil 2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları (Bohlman ve ark.'dan uyarlanmıştır, 2004)

Bireylerin sağlıkları ile ilgili materyalleri okuma ve anlayabilmelerindeki farklılıkların, sağlık sistemlerindeki mevcut sağlık eğsitsizliklerine katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı dűşük olan insanların; sağlıklarının daha kötü olma olasılıklarının yüksek olduğu, kendi sağlık sorunlarını ve tedavilerini anlamada yetersizlik yaşadıkları ve hastaneye yatma risklerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Uđurlu,2011). Sağlık okuryazarlığı ciddi bir halk sağlığı konusudur. Genel olarak toplumların okuryazarlığı yetersiz seviyededir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz seviyede olan bireyler, korku, güvensizlik ve özsayđı eksikliğinin yanı sıra durumlarından mahcup olarak bunu gizlemeye çalışmaktadırlar. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, özellikle yaşlılarda yaygındır, bu popűlasyon için kronik hastalıklar en büyük sıkıntıdır (Carmona, 2006). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilere oranla, sağlık personeline kendi durumlarını anlatma becerileri daha zayıftır (Üçpınar, 2014). Sağlık okuryazarlığı düzeyi dűşük olan bireylerin, sağlık hizmetlerine başvurmada geç kaldıkları koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları, dolayısı ile hastaneye yatış oranlarının arttığı saptanmıştır. Benzer biçimde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin dűşük olması, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını engellemektedir (Akbulut, 2015). Sağlık okuryazarlığı sınırlı ya da dűşük olan kişiler, hastalıkları ve tedavileri hakkında daha az bilgi sahibi olurlar, daha az kendi kendilerini tedavi etme becerisine sahip olurlar, tedaviye uyumları azalır ve daha fazla tıbbi veya ilaç tedavisi hatası yaparlar (Üçpınar, 2014).Birçok araştırma sonuçlarına göre, sağlık okuryazarlık düzeyleri yetersiz olan hastaların sağlık durumları daha kötüdür ve hastaneye başvurma oranları daha çoktur (Paosche ve ark., 2005). Bazı hastalar sağlık bakım hizmetlerini anlayabilecek kadar yeterlidir fakat sahip oldukları bilginin önemli nüanslarını unuturlar (Cafiero, 2012). Bunlara paralel olarak, sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesine neden olurlar. Bir ilaç şişesinin üstündeki etiketi okumada, ilaç alım çizelgesini yorumlamada, randevu kağıtlarını, eğitim kitapçıklarını ya da bilgilendirilmiş hasta rıza formlarını anlamlandırmaya kadar uzanan güçlüklerle karşı karşıya kalırlar (Avcı, 2013). Yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerin genel sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde özellikle kronik hastalık durumlarıyla ilgili bakım ve hastalığı yönetmede yetersiz olduklarını göstermektedir (Erdađ Çiler, 2015).



Sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetleri, hastane ve acil servis kullanımı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları; tarama programları, aşılama, egzersiz ve rutin sağlık kontrollerini yeterince önemsemedikleri düşünülmektedir (Akbulut, 2015).

Sağlık okuryazarlığı becerilerinin yetersiz olduğunu düşündüren davranışlar:

- Sağlık personelinden yardım istemek,
- Hastaneye gelirken yanında okuyacak birini getirmek,
- Randevuların unutulması,
- Bahane yapma (“Ben gözlüklerimi unuttum”),
- İlaç kullanımında uyumsuzluk,
- Önerilen müdahalelere kötü/ yanlış uyum (örneğin; reflüde asiti azaltmak için değişiklik önerisinde yatağın başını yükseltmek),
- Karar vermeyi erteleme (“Talimatları eve alabilir miyim?” ya da “Ben eve gittiğimde okuyacağım”),
- Diğer kişileri izleme (okumayı gösteren taklit davranışları).

Hastaların bu tür davranışları, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi yönünden, ipuçları verebilmektedir (Uğurlu, 2011).

Anneler; çocuklarının sağlık bakım yönetimi, yaşlılar; reçeteli ilaçlarının doğru kullanımı, çalışanlar; iş ortamının olası sağlık tehlikelerini bilme, gerekli önlemleri alma, tüm bireyler ise; hastalık durumlarında doğru sağlık birimine başvurma, sağlık personeli tarafından verilen bilgileri anlama, değerlendirme, tedavi süreçlerinde riskleri-kazançları analiz etme, dozajları hesaplama gibi karmaşık tedavi kararlarıyla karşı karşıyadır (Sezer ve Kadioğlu, 2014). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi nedeni ile, sağlık hizmetleri kullanımında en fazla sorun yaşayan gruplar arasında yaşlılar, göçmenler, etnik kökeni farklı olanlar, işsizler, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların olduğu bilinmektedir (Akbulut, 2015). Bununla birlikte eğitim düzeyi düşük olan

bireylerin verilen önerilere uyma, sağlık davranışı için eyleme geçme ve sağlık sorumluluğunu üstlenme konusunda dezavantajlı olduklarına da dikkat çekilmiştir (Erdal Çiler, 2015). Düşük sağlık okuryazarlık seviyesinin; sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluklara, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olduğu gösterilmiştir (Avcı, 2013). Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından koruyucu ve hastalıkları tedavi etmek üzere verilen talimatları yerine getirmede zorlandıkları, sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşadıkları gösterilmiştir (Akbulut, 2015).

Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention- CDC) sağlık aktörlerine, düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan hastalar ile kuracakları iletişimde hangi başlıklara dikkat etmeleri gerektiğine yönelik bir kılavuz hazırlamıştır. Bu kılavuza göre (Yılmaz, 2015):

1. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalara, hastalıkları ve tedavi süreçleri ile ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirme yaparken kullanılan dokümanlar, mutlaka açıklayıcı görseller ile desteklenmelidir.
2. Hastalara verilecek broşürler, tanıtım kitapçıkları, ilaç kutularının üzerindeki açıklamalar okuyucu dostu ve kolay ulaşılabilir yerlerde olmalıdır.
3. Hastalar, kendi veya yakınlarının sağlık durumları riske girdiğinde hastalık, doktor, hastane, tedavi türleri ve süreçleri, ilaç bilgileri, alternatif yöntemler ve aynı hastalığa yakalanan diğer hastaların deneyimleri hakkında farklı kaynaklardan okuma yaparlar. Kendileri ve/ veya yakınlarının sağlık durumu hakkında tanı ve tedavi sürecine katılmak için istekli olan bu tür kişilere verilecek okuma ve araştırma kaynaklarında “belirleyici başlıkları” söylemek işlerini kolaylaştırabilir.
4. Kamu sağlığına yönelik enformasyonlar, genellikle sayılar ve istatistiklerle ifade edilir. Ancak kamuoyu oluşturan bireylerin tamamı bu sayısal ifadeleri anlamayabilir. Toplum sağlığını ilgilendiren önemli konulara ilişkin veriler; markaların tüketicileriyle kurdukları iletişimde yararlandıkları “story telling” ; yani “hikaye anlatma” yöntemiyle toplum bireyelerine aktarılabilir. Hastaların kendi sağlık durumlarından bir şeyler bulabileceği gerçek hasta deneyimleri,

karmaşık istatistiklere dikkat çekilmek istenen konuların daha kolay anlaşılmasını ve daha çok akılda kalmasını sağlayacaktır.

5. İnsan beyninin ikna, iletişim ve tüketim başta olmak üzere dış dünya ile ilişkisini araştıran nörobilimciler, beynin en fazla üç enformasyonu anlayarak akılda tutabildiğini, daha fazla sayıda iletilen mesajların boşa gittiğini belirtmektedirler. Buna göre, hastanın hastalığı, tetkikleri ve tedavisi hakkında, bir anda çok fazla bilgiye boğulmaması gerektiğinin altı çizilmektedir.
6. Kanıta dayalı tıp bilimlerinde, risklerin zaman aralığı ve bu riskleri etkileyen faktörler arasında karşılaştırmalar yapılarak, sözlü ifadeler yerine sayısal ifadelerle açıklanması tercih edilir. Oysaki risk iletişiminde bilişsel olduğu kadar duygusal süreç de etkilidir. Risk iletişiminde dikkat çekilmek istenen noktalar hakkında farkındalık yaratabilmek için, hedef kitlenin neyi nasıl bildiği kadar, nasıl hissettiği de önem taşımaktadır.

Düşük sağlık okuryazarlığının sonuçları:

- Hastaların genel sağlık düzeyi daha düşüktür.
- Tedavilerini anlamakta yetersizdirler.
- Hastaneye yatma oranları daha yüksektir.
- Poliklinik kullanma oranı azdır.
- Acil servis kullanma oranı yüksektir.
- Hastanede yatma sıklıkları ve süreleri uzundur.
- Kronik hastalıkları yönetmeleri zordur.
- Poliklinik ziyaretleri sonrası verilen bilgileri hatırlamakta zorluk çekerler.
- İlaç hatalarına yatkınlıkları fazladır.
- Hastalıkları hakkında daha az bilgi sahibidirler.
- Sağlığı koruma servislerini daha az kullanma oranı görülmektedir.
- Randevularına zamanında gelmeme oranı yüksektir.
- Sağlık harcamaları yüksektir (Şeref, 2014).

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, sağlık hizmetleri talimatlarını doğru okuma ve anlamayı geliştirir ve destekler. Kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde

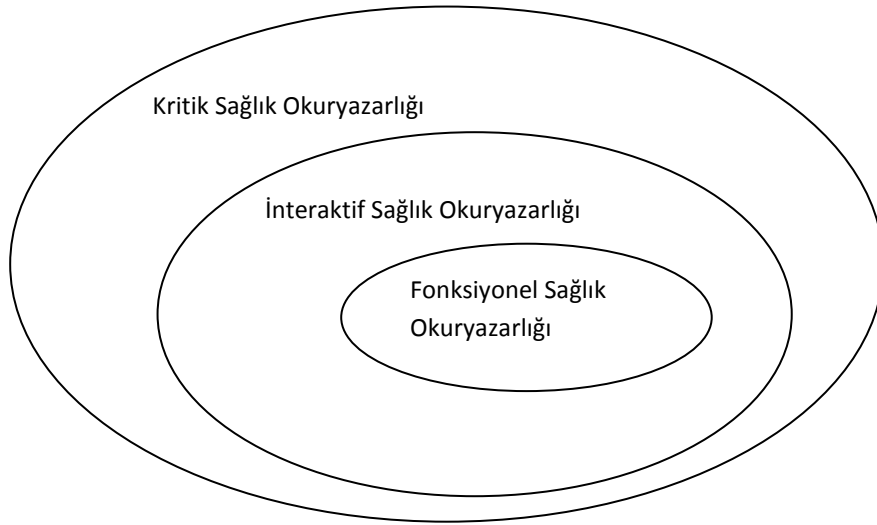
kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını güçlendirir (Avcı, 2013). Sağlık okuryazarı olan kişiler, günlük sağlıklarıyla ilgili konularda, bilgi ve becerileri ile kendi sağlık yönetimlerinde kendilerine güven duyarlar. Ayrıca, sağlık hizmetini en iyi şekilde kullanmak amacıyla, nasıl yönleneceğini, nereden nereye gideceğini ve sağlık sistemine girdiğinde ne yapacağını bilir. Sağlığıyla ilgili tedavi- bakım sürecinde sağlık profesyoneline aktif olarak katılım sağlayarak güçlenmeye, yetkin olmaya başlar. Aynı zamanda doktorun tavsiyelerini anlayabilir (Aslantekin, 2011).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması yoluyla toplumun, doğru sağlık hizmetlerini doğru zamanda ve doğru kurumdan almasının sağlanması, hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları için ulaşılması arzu edilen bir hedefdir (Akbulut, 2015). Sağlık okuryazarlığı sorunu olan hastaların, hastalıkların önlenmesi ve sağlığı geliştirme programlarına katılımlarının ve programları anlamalarının daha düşük olduğu ve yeterli sağlık okuryazarlığı olan hastalara göre, daha fazla hastaneye yatma olasılıklarının olduğu ve sonuç olarak sağlık bakım maliyetlerinin ek yük oluşturduğu belirtilmektedir (Uğurlu, 2011). Günümüzde, bir yandan sağlık sistemindeki giderek artan yük sonucu, hastalara sağlık profesyonelleri tarafından ayrılan süre azalmış ve hastalar daha erken taburcu edilmeye başlanılmıştır. Diğer yandan, bu erken taburculuklar ve kronik hastalıkların artışına bağlı olarak, evde bakımın önemi giderek artmıştır. Günümüz sağlık sistemine ilişkin bu durum, sorumluluk alabilmeleri için hastalara eğitim verilmesini ve eğitimde yazılı materyallerin daha fazla kullanılmasını gerekli kılmaktadır (Erdağ, 2015). Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı sağlığını korumak, desteklemek adına ilgili kararları vermek için kişisel sağlık boyutu, etkin ve kaliteli sağlık bakımını talep edebilmek ve alabilmek adına, hizmet sunucu boyutu ve sağlığın geliştirilmesi için gerekli kaynakları ve halka dayalı sağlık verilerini içeren, sağlığa ilişkin kararlarda karar verici mekanizmalara etki edebilmek için toplumsal boyutu içermektedir (Aslantekin, 2011). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi konusunda yegane sorumluluk sağlık sisteminin değildir; ancak sağlık okuryazarlığı düzeyinden en çok etkilenen sağlık sistemidir. Bu nedenle politikacılar, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları yöneticileri, sağlık hizmetini finanse eden kurumlar ve hastalar tarafından sağlık okuryazarlığının önemi anlaşılmalıdır (Akbulut, 2015).

## 2.2. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığının tanımlarına bakıldığında farklı boyutların vurgulandığı görülmektedir. Bununla birlikte en temel noktalarıyla değerlendirdiğimizde, okuma-yazma, anlama ve bilgiyi kullanma becerisi ile sağlık bilgisine sahip olmak gibi beceriler kavramın bileşenlerini oluşturmaktadır (Aslantekin, 2011).

Şekil 3'te görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı, bir sonraki basamağın bir öncekini de içine aldığı üç basamağa ayrılır (Avcı, 2013).



Şekil 3. Sağlık okuryazarlığı basamakları (Avcı' dan uyarlanmıştır, 2013)

### 2.2.1. Fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı

Sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini göstermektedir. Sağlık risklerinin veya sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına bilinmesi gibi beceriler bu başlık için verilen örneklerdir (Hergenç, 2011). Sağlık risklerine dair fiili bilgilerin iletişimine ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına dayalı geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu yansıtır. Böylesi bir tutum, sağlık risklerine ve sağlık hizmetlerine ilişkin daha iyi bilgiye yönelik sınırlı amaçlara sahiptir ve kurullarla belirlenmiş eylemlere uygunluk arz eder (Avcı, 2013). Bu düzeydeki kişiler, sağlık risklerine ve sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin eğitim materyallerini (reçeteleri, prospektüsleri ve bakım için gerekli bilgileri) okuyup anlayabilirler (Erdağ Çiler, 2015). Sağlık riskleri, sağlık hedefleri ve öngörülen eylemlere uyum hakkında bilgi gelişimine yönelik sınırlı hedefler içerir (Üçpınar, 2014).

### **2.2.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı**

Gelişmiş bilişsellik, okuryazarlık ve sosyal yeteneklerin olmasıdır (Hergenç, 2011). Daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve günlük aktivitelere katılımda aktif olarak kullanılabilme, farklı iletişim formlarından anlam çıkarma ve yeni bilgilerin değişen koşullara uygulayabilme düzeyidir (Üçpınar, 2014). Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulamayı gerektirir (Uğurlu, 2011). Kişisel becerilerin destekleyici bir çevrede geliştirilmesine odaklanır. Bu eğitimsel yaklaşım, bilgiye dayalı olarak bağımsız bir şekilde hareket etmede ve bilhassa alınan tavsiyeler doğrultusunda harekete geçmek için motivasyon ve öz güveni geliştirmede kişisel kapasiteyi artırmaya yöneliktir (Avcı, 2013).

### **2.2.3. Kritik sağlık okuryazarlığı**

Üst seviyede gelişmiş bilişsellik, sosyal yetenek özelliklerinin kazanılmasıdır. Daha çok sağlık profesyonellerinde bu düzey söz konusudur. Sağlık enformasyonunu analiz edebilme, sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme, kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme gibi örnekler bu başlık altında incelenmektedir (Hergenç, 2011). Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, normal laboratuvar ile yaşamsal bulgu değerlerinin anlamını bilirler ve eğer değerleri normalin üzerinde ise davranışlarını gerektiği şekilde değiştirirler (Üçpınar, 2014). Bireysel hareketten çok, etkin sosyal ve politik hareketi desteklemeye yönelik bilişsel sonuçları ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtır. Bu yaklaşım çerçevesinde sağlık eğitimi; sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini ele almak için çeşitli hareket biçimlerinin siyasi geçerliği ve örgütsel olanaklarını soruşturan becerilerin geliştirilmesini ve bilgilerin iletişimini içine alabilir. Bu durumda eğitim programları, sağlığın söz konusu sosyal ve ekonomik belirleyicilerini etkilemek amacıyla bireysel ve toplumsal kapasiteyi artırmaya yönelik olacaktır (Avcı, 2013).

### **2.3. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi**

Sağlık okuryazarlığının, kişinin kapasitesi, yazılı okuryazarlığı, sözel okuryazarlığı ile sağlık sisteminin kişiye sunduğu aktiviteleri yönetmesi gibi farklı boyutlarda değişik çıkış noktaları ile tanımlanması ölçüm araçlarının da farklılık oluşturacağına açıkça işaret etmektedir (Aslantekin, 2011). Düşük düzeyde sağlık

okuryazarlığına sahip kişilere, multimedya ve kişilerarası kanallar ile verilmek istenen enformasyon, genellikle bireylerin yanlış mesajlar almalarına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçümleri dünyada çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilmektedir (Hergenç, 2011). Bu ölçüm araçlarının gelişmiş ülkelerde kullanımının sınırlı olduğu ve bu araçların güvenilirlik ve geçerliliğinin artırılması için hala çaba harcanması gerektiği vurgulanmaktadır (Uğurlu, 2011). Ülkemizde ise yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik ölçüm aracına rastlanmamıştır (Sezer ve Kadioğlu, 2014). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik; Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı tarafından, 2005 yılından beri gençlere sağlık projesi kapsamında bireylerin sağlık bilgisinin geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları sürdürülmektedir (Şeref, 2014).

Eğer sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin kapasitesi olarak kabul edilirse, bireyin okuma yeteneğinin ve kelime bilgisinin ölçülmesi uygundur. Diğer yandan, sağlık okuryazarlığı bireylerin iletişim kapasiteleri ile sağlık sistemi arasındaki ilişki olarak kabul edilirse, sadece bireysel kapasitelerin ölçülmesi yeterli olmayabilir. Eğer bilgi sağlık okuryazarlığının bir parçası ise her ikisinin de ölçülmesi zorunludur. Tıp enstitüsünün ayırdığı dört kategoriye göre sağlık okuryazarlığının incelenmesi için geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan değerlendirme araçları aşağıda verilmiştir (Yılmazel, 2014).

### **2.3.1. Tıpta erişkin okuryazarlığın hızlı tahmini (The rapid estimate of adult literacy in medicine)**

REALM (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ Tıpta Erişkin Okuryazarlığın Hızlı Tahmini, bireylerin sağlık ve tıbbi terimleri tanıma ve söyleme kabiliyetinin ölçümüdür. Yetişkinlerde ortak tıbbi kelimeleri okuyabilme veya hastalıklara karşılık gelen terimleri algılayabilme yeteneğini ölçmek için tasarlanmış bir tarama yöntemidir. Bu yöntemde bir kelime test edilirken, diğer testler ile ilişkili olarak konu hakkında büyük bir alan 3 dakika gibi kısa bir sürede sonuçlandırılabilir (Hergenç, 2011). Bu test, sağlıkla ilgili 66 kelimenin verildiği, kelimelerin zorluğu giderek artan, bir kelime tanıma testidir. Hastalardan tüm bu kelimeleri yüksek sesle sırayla okumaları istenir, doğru telaffuz edebildikleri kelimelere göre puan verilir. Kelimelerden 61-

66'sını doğru telaffuz edenler yeterli sağlık okuryazarı, 45-60 kelime düşük sağlık okuryazarı, 0-44 kelime yetersiz sağlık okuryazarı olarak kabul edilir (Sezer, 2012).

### **2.3.2. Erişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testi (The test of functional health literacy in adults)**

TOFHLA (The Test of Functional Health Literacy in Adults/Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi), özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yönelmiştir. TOFHLA, 50 maddesi okuma, 17 maddesi sayısal hesap içeren iki kısımdan oluşmaktadır. İlk bölümde; tanı yöntemleri, reçete ile ilgili talimatlar ve sağlık bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. İkinci kısımda ise; sağlık muayenesi ile ilgili günlük yaşamdan bir senaryo ve kelimeler verilip, bununla ilgili boşluklara verilen kelime seçeneklerinden uygun gördükleri ile doldurmaları istenmiştir. TOFHLA skoru 0-100 arasında değişmektedir. Puanı <60 olanlar yetersiz sağlık okuryazarı olarak kabul edilmektedir (Sezer, 2012). Bu testteki sorular, gerçek yaşamdaki koşullara tamamen adapte edilmiş şekilde hazırlanmış, soru ilerledikçe zorluk seviyesinin de artması öngörülmektedir (Aslantekin, 2011). Kişinin, sağlık enformasyonu elde ederken okuduğunu anlama becerisinin ölçülmesidir. Testin ölçmeye çalıştığı okuryazarlık ile bireyin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde düzgün iletişim kurma becerisinin ölçümüdür (Hergenç, 2011).

### **2.3.3. En yeni yaşamsal belirteç testi(Newest vital sign)**

NVS (En Yeni Yaşamsal Belirteç /Newest Vital Sign),bir dondurma etiketinin içeriği verilerek, etiketteki bilgileri okuyup anlamayı ölçen bir testtir. Bireylere 6 soru sorulup, etiketteki bilgilerden yola çıkarak, yanıtlamaları istenmiştir. Doğru verdikleri yanıt sayısına göre 0-6 arasında puan verilir. 0-1 doğru yanıt muhtemelen sınırlı sağlık okuryazarlığı, 2-3 doğru yanıt sınırlı sağlık okuryazarlığı, 4 ve daha üzeri doğru yanıt yeterli sağlık okuryazarlığını ifade eder (Sezer, 2012). NVS, düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı olan bireyleri saptamada güvenilirlik kapasitesine sahip hızlı bir tarama yöntemidir. NVS'nin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde primer bakım ortamlarında zaman, maliyet ve klinik yararlar açısından fayda sağladığı belirtilmektedir (Yılmazel, 2014).



### **2.3.4. Sağlık aktiviteleri okuryazarlık skalası (Health activities literacy scale)**

HALS (Health Activities Literacy Scale/ Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası), sağlıkla ilgili beş alanda düzyazı, ölçüm ve veri öğelerini içerir. Bu öğeler; sağlığı geliştirme, sağlığı koruma, hastalık önleme, sağlık bakımı ve maliyeti ile sistem yönlendirmesidir. Beşli likert tipindeki skala 0-500 puan arasında puanlandırılır ve tamamlanması bir saat sürmektedir (Yılmazel, 2014). HALS sağlık okuryazarlığının daha geniş bir alanda değerlendirme fırsatını sunarken, uygulanma süresinin uzunluğu araştırma çalışmalarında kullanımını sınırlandırır (Üçpınar, 2014).

### **2.4. Diyabet ve sağlık okuryazarlığı**

Kronik hastalık yönetiminde sağlık okuryazarlığında yeterlilik çok önemlidir; DSÖ raporuna göre, kronik hastalıklar dünyada tüm ölümlerin %63,0'ünden sorumludur (Sezer, 2012). Kronik hastalıkların hasta tarafından etkili bir biçimde yönetilmesi için, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması önemlidir. Zira sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kronik hastalığa sahip bireyler, sağlık bilgilerini anlamada ve öz-bakım görevlerini yerine getirmede zorlanmaktadır (Keser ve Çıracıoğlu, 2015).

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların öz yönetiminde kritik bir rol oynar. Öz yönetim; daha iyi bir yaşam için bir veya daha fazla kronik hastalığın kontrol altına alınmasını gerektiren bireysel görevlerin tümünü içerir. Bu görevler tıbbi yönetim, rol yönetimi ve duygusal yönetim ile ilgilidir. Bu alanlardaki beceri eksiklikleri birçok hastanın etkin öz-yönetim yapmasını engeller (Yılmazel, 2014).

Bireylerin sağlık bilgisine ihtiyacı vardır; yapılan sistematik inceleme çalışmasında bireylerin ilaç talimatları, onam formları, tıbbi terimler gibi sağlıkla ilgili terimleri okumakta zorlandığı, bunun nedeninin ise çok fazla tıbbi terim kullanılması olduğu, ancak bireylerin anlamadıkları konuları sıklıkla sormaktan çekindikleri belirtilmiştir. Bu durum özellikle özdenetimin gerektirdiği ilaç kullanımı, kronik hastalık yönetimi gibi durumlarda sorunlara yol açabilmektedir (Sezer, 2012).

Diyabetik hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda; erkeklerin kadınlara, gençlerin yaşlılara, eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlara ve ekonomik durumu

iyi olanların kötü olanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu bilinmektedir (Tütün, 2015). Diyabet, hastanın hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenmesi ve bunları uygulamasını gerektiren bir hastalıktır. Bu nedenle diyabetli birey, günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmek için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olmalıdır (Aslantekin, 2011). Diabetes Mellitus (DM), çağında büyüyen tehlikeli bir sağlık sorunudur (Susanna ve ark., 2007). Diyabet, sürekli tıbbi bakım ve eğitim gerektiren kronik bir hastalıktır (Akpunar, 2012). Diyabet hastalığı toplumda yaygın olarak görülen, ciddi fiziksel bozukluklara ve ölüme neden olan kronik metabolik bir hastalıktır. Diyabet ve depresyon bugünün toplumunda yaygın durumlardandır. Bir met-analize göre depresyon prevalansı, diyabeti olmayanlara kıyasla Tip 2 Diyabetli kişilerde iki katına çıkmaktadır (Knol ve ark., 2006).Diyabetik hastaların hayata bakış açılarındaki önemli farklılıklar, bireyin hastalıkla ilgili davranışlarını ve dolayısıyla yaşam tarzını etkilemektedir (Gücük ve Boztaş, 2013). Diyabet yönetiminde, en az tıbbi yardım ile en iyi glisemik kontrolü sağlamada, “bütüncül bakım ve interdisipliner ekip yaklaşımı” başarıyı arttıran yöntemler olarak ifade edilmektedir. Bütüncül bakım süreci; hastayı fiziksel ve psiko-sosyal bir bütün olarak ele alır; eğitim, danışmanlık, tıbbi tedavi birlikteliği ile hastalık yönetimi gerçekleştirilir (Akgün Şahin, 2014). Diyabetik hastalarda metabolik kontrolün, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Öte yandan; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler diyabet hastalarında tedaviye uyumu ve bunun sonucunda kan şekeri kontrolünü ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Tütün Yümin, 2015). Hastanın sağlığı hakkında bilgi sahibi olması, sağlık davranışlarını, yönetimini anlayabilme ve uygulayabilme konusunda hastalara önemli derecede yardımcı olur (Akpunar, 2012).

Diyabetes Mellitus, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun tam ya da kısmi yetersizliği sonucu ortaya çıkan, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozuklukları ile karakterize olan kronik hiperglisemi durumu olarak tanımlanmaktadır (Azak ve ark., 2008).Geçmişte “insüline bağımlı olmayan diyabet”, “erişkin diyabet” veya “Tip II Diyabet” olarak da isimlendirilen hastalık, en yaygın olarak görülen diyabet formudur. Tip 2 diyabet, genellikle obezite ve fiziksel inaktiviteye bağlı olarak görülmektedir (Sağlık bakanlığı, 2011). Tip 2 Diyabet, en sık görülen metabolizma hastalığıdır. Genellikle orta-ileri yaş hastalığı olarak kabul

edilmekle birlikte, son yıllarda çok genç yaşlarda da Tip 2 Diyabet görülmektedir (Korkmaz Binay, 2015). Gençlerde görülme oranları, beslenme alışkanlıklarının değişmesi nedeniyle son yıllarda artmıştır (Baturöglü, 2008). Tip 2 Diyabet tanısı almış olguların yaklaşık %90-95'i, hastalığın erken evrelerinde insülin direnci ve hiperinsülinemi ile karakterizedir (Susanna ve ark., 2007). Tip 2 Diyabet'te hem insülin sekresyonunda yetersizlik hem de insülin duyarlılığında azalma vardır (Taşkıran Tatar, 2009). Her yaş grubunda görülebilen Tip 2 Diyabet, 30 yaşından sonra tanısı konulan ve en fazla 45 yaş üstünde bireylerde ortaya çıkan bir rahatsızlıktır (Hekim, 2015). Tip 2 Diyabet, hem kadınlarda hem de erkeklerde, kardiyovasküler hastalık gelişimi için bağımsız risk faktörüdür (Özkan ve ark. , 2008). Tip 2 Diyabet, genetik olarak duyarlı bireylerde çeşitli çevresel faktörlerin katkısıyla ortaya çıkmaktadır. Tip 2 Diyabet oluşumunda güçlü bir genetik yatkınlık söz konusu olmakla birlikte ve ailede genetik yoğunluk arttıkça, sonraki nesillerde diyabet riski artmakta ve hastalık daha erken yaşlarda görülmeye başlamaktadır (Porsuk, 2012). Cinsiyet, yaş ve etnik köken, yaşam biçimi ve inaktivite Tip 2 Diyabet riskini belirleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (Akın, 2013). Tip 2 Diyabet tanılı hastaların neredeyse %55,0'inde obezite bulunmaktadır (Lüle, 2009). Tip 2 Diyabet, insülin bağımsız veya yetişkin tip olarak bilinmektedir ve hastalık tanısı konulan diyabetlilerin %90-95'ini oluşturmaktadır (Akbudak, 2011).

Tip 2 Diyabetin patogenezi tam olarak anlaşılamamakla birlikte, birincil olarak yaşam şekli ve genetik faktörler nedeniyle ortaya çıktığı bilinmektedir (Köseöglü, 2015). Tip 2 DM nüfusun ve yaşlı popülasyonun artışı, sedanter yaşam tarzının yaygınlaşması ve obez insan sayısındaki artışla birlikte prevalansı giderek artan, uygun tedavi edilmediğinde ise morbidite ve mortalite oranı yüksek olabilen bir hastalıktır (Demir, 2014). Tip 2 DM prevalansı dünyada giderek artmaktadır. Hastalığın toplumumuzda farkındalığı hala yeterli düzeyde değildir. Ülkemizde Tip 2 DM'nin daha erken yaşlarda görülmeye başlandığı saptanmıştır (Alış, 2012). Tip 2 Diyabet hastalığı ABD'de en çok yayılan hastalıklardan biridir ve 16 milyondan fazla insanda bulunmaktadır (Sarkar ve ark., 2006). Yılda 1,3 milyon insana Tip 2 Diyabet teşhisi konulmaktadır (Rodbard ve ark., 2009). Popülasyondaki büyüme, sağlıksız beslenme, obezite ve fiziksel inaktivite prevalanslarında artışlar, yaşlanma ve kentleşme nedeniyle diyabetli hasta sayısı da hızla artmaktadır (Dindar, 2009). Diyabetli bireylerin yaklaşık

olarak %90,0'ını Tip 2 Diyabetliler oluşturmaktadır. Dünyada 140 milyonun, ülkemizde ise 2,5 milyonun üzerinde Tip 2 Diyabetli hasta vardır. Ülkemizde Tip 2 Diyabet prevalansı 20 yaş üzerinde %7,4, 60 yaş üzerinde %20,0'dir (Akın, 2013).

Çoğu olguda hastalık, tanı konulmadan yıllar önce başlamıştır. Düzensiz ve dengesiz beslenme ile birlikte, fiziksel aktivite azlığı, kilo ve obezite hastalığının ortaya çıkışını hızlandırmaktadır (Korkmaz, 2015). Bu hastalarda tanı yıllarca gecikebilir, diyabetin klinik semptomları ortaya çıkana kadar geçen zaman 10-12 yıl kadar uzun olmaktadır (Gür, 2013). Diyabet tanısı, rastgele plazma glukoz tayini ile birlikte diyabet semptom ve işaretleri, açlık plazma glukozu veya uygun koşullarda yapılmış oral glukoz tolerans testi (OGTT) ile konulabilir (Dindar, 2009). DM'nin tanısı ve takibinde, HbA1c (glikozile hemoglobin düzeyi/glycated hemoglobin) ve kan glukoz düzeyi ayırıcı kriterlerdendir. Kan glukoz seviyesinin normale yakın düzeyde devam ettirilmesi durumunda, diyabetin kronik komplikasyonlarının önemli ölçüde önlenilebileceği bildirilmektedir (Azak ve ark. , 2008). Tip 2 Diyabette belirtiler, sinsi başlangıçlıdır, belirgin değildir yani uzun süre asemptomatik kalabilir. Belirtiler semptomatik hale geldiğinde yorgunluk, görmede bozukluk, artan açlık, susama ve idrara çıkma, el ve ayakta karıncalanma veya his kaybı, deride iyileşmeyen enfeksiyon durumu, kuru kaşıntılı deri, yaraların iyileşmesinde gecikme gibi şekillerde ortaya çıkmaktadırlar (Akın, 2013).

Her hastalığın tedavisini uygulamanın temeli, o hastalığın patolojisini anlamak ve algılamaktan geçmektedir (Ralph, 1999). DM, hastanın tedavi yöntemlerini anlamasını ve işbirliğini gerektiren hastalıklardan en önemlisidir (Batkın ve Çetinkaya, 2005). Diyabet, yaşam boyu süren, komplikasyonları ile birey ve toplumu etkileyen, ekonomik yük getiren, tedavi ve bakımda birden fazla disiplinin katılımını gerektiren bir hastalıktır (Akgün Şahin, 2014). Hastaların diyabete ilişkin inanç ve tutumları, diyabet tedavisinin temelini oluşturur ve diyabetin sonuçlarını etkiler (Kartal ve Özsoy Altuğ, 2014). DM sürekli medikal tedavinin yanında, hastanın devamlı olarak hastalığın kişisel yönetimi konusunda eğitimini, akut komplikasyonlardan korunmanın ve kronik komplikasyon riskinin azaltılmasının desteklenmesini gerektiren bir hastalıktır (Porsuk, 2012). Diyabet tedavisi ve kontrolünde hedeflenen sonuç; diyabetin bireysel yönetimini başarabilmesi ve sonucunda metabolik kontrolün iyileşmesi, komplikasyonların ortaya

çıkışının ve ilerlemesinin engellenmesi ve yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesidir (Akpınar, 2012). Tip II diyabetin tedavisinde kan şekerinin kontrol altına alınması oldukça önemli bir adımdır. İlaç dışı yöntemlerle kan şekerinin kontrol altına alınmasında, kilo kontrolü ve düzenli egzersiz oldukça etkili yöntemlerdir (Hekim, 2015). DM'de tedavinin etkin olabilmesi ve diyabet kontrolünün sağlanabilmesinde tıbbi denetimin yanı sıra, hasta ve ailesinin bilgi düzeyi önem kazanmaktadır (Batkın ve Çetinkaya, 2005). Diyabetli bireyler için glisemik kontrolü (kan glikozunun uygun aralıklarda olması) sürdürmek son derece önemlidir. Ancak bunu sağlayabilmek için gün içinde birden fazla kan glukozunun ölçümü, kan glukoz sonucunun doğru yorumlanması ve gerektiğinde insülin ile doğru müdahalenin yapılması mümkündür (Keser ve Çıracıoğlu, 2015). Tip 2 Diyabetik hastalarda, glisemik kontrolün sağlanması için eğitim, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, oral diyabetik ilaçlar ve insülin tedavileri kullanılmaktadır (Taşkiran Tatar, 2009). Tip 2 Diyabeti olan hastalarda oral glukoz ilaçları yetersiz kalabilir, ek insülin terapi ile HbA1c uygun hale getirilerek klinik iyileşme ve gelişme sağlanabilir (Rosenstock ve ark., 2008).Tedavi planlamasında, açlık kan şekeri düzeyleri yanında, HbA1c düzeyleri de hedef alınmaya başlanmış ve HbA1c ölçümü rutin laboratuarlardan en sık istenen testler arasına katılmıştır (Muşlu ve ark., 2009).Hasta eğitimi diyabet tedavisinin en önemli basamaklarından biridir. Diyabet eğitimi metabolik kontrolün sağlanması, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Kartal ve Özsoy Altuğ, 2014). Diyabette kendini yönetme eğitimi, diyabetin tedavisinde önemli bir unsurdur. Eğitim sayesinde hastalar, diyabeti kabullenip, kendi tedavilerini yönetme kabiliyeti kazanmaktadırlar. Ayrıca hastalar, eğitim ile metabolik kontrolü sağlayabilmekte, komplikasyonlardan korunabilmekte, yaşam kalitesini artırabilmektedirler (Akbudak, 2011). Diyabet eğitiminde temel amaç; sağlık ve metabolik kontrolü en üst düzeye çıkarmak, komplikasyonları önlemek veya geciktirmek, hastanın yaşam kalitesini arttırmak ya da en üst düzeye çıkarmaktır (Orhan, 2012). Diyabetlinin yıllar içinde olabildiğince az komplikasyonla yaşamını devam ettirmesini sağlayan objektif kriterler; HbA1c, açlık-tokluk kan şekerleri, kan yağları, kan basıncı, kilo kontrolü gibi metabolik kontrol değişkenlerin bireye özgü hedeflenen değerde sürdürülmesidir (Olgun ve Akdoğan Altun, 2012).

Literatürde, diğerkronik hastalıklara kıyasla, sağlık okuryazarlığı ile diyabet arasındaki ilişkiyi gösteren bilimsel veri daha fazladır. Çünkü diyabet tedavisi öz-bakım gerektirir. Bu z-bakımda beslenme eğitiminin oynadığı potansiyel etki, diyabette sağlık ve beslenme okuryazarlığı araştırmalarının önemini artırmaktadır (Keser ve ıracıoğlu, 2015). Diyabet eğitimi, diyabet tutumunu iyileştirmede önemli bir faktördür. Bundan dolayı eğitimlerin hedef gruplarla belirlenen gereksinimler doğrultusunda planlanması ve sürekli olması düşünülebilir ( Akgün şahin, 2014). Diyabetli bireyin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeyi, alışkanlıklarının değişmesi, evde kendi kendine kontrol, test sonuçlarını kaydetmedeki becerileri eğitimin kalitesini belirlemede önemli göstergelerdir (Kartal ve zsoy, 2014).

### **3. MATERYAL ve METOT**

#### **3.1. Çalışmanın amacı**

Araştırmanın amacı, Tip II Diyabetli hastaların sağlık okuryazarlık durumları ile sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlerin ve bunların sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin neler olduğunu belirlemektir.

#### **3.2. Problem cümlesi**

Araştırmanın problem cümlelerini, “Tip II Diyabetli yetişkinlerin okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlığı durumları nedir?, Tip II Diyabetli yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumları nedir?, Tip II Diyabetli yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumları ile sosyo-demografik verileri arasında ilişki var mıdır?, Tip II Diyabetli yetişkinlerin sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenler nelerdir?, Tip II Diyabetli yetişkinlerin sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenler ile sosyo-demografik değişkenler arasında ilişki var mıdır?, Tip II Diyabetli yetişkinlerin hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri nedir?, Tip II Diyabetli yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumları ile hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?” soruları oluşturmaktadır.

#### **3.3. Hipotezler**

Çalışmanın teorik bölümünde incelenen konulardan yola çıkarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

**H1.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında okuma yazma becerisini kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H2.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında bilgisayar kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H3.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş grupları arasında bilgisayar kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H4.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H5.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H6.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H7.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H8.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H9.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H10.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında düzenli olarak ilaç kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H11.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında düzenli olarak ilaç kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H12.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında düzenli olarak ilaç kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H13.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H14.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H15.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H16.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında diyet uygulama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.



**H17.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında diyet uygulama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H18.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında diyet uygulama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H19.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında yılda bir kez göz kontrolü olma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H20.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında yılda bir kez göz kontrolü olma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H21.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında yılda bir kez göz kontrolü olma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H22.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında hastanede verilen dokümanları okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H23.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında hastanede verilen dokümanları okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H24.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında hastanede verilen dokümanları okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H25.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında bilimsel yayın okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H26.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında bilimsel yayın okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H27.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında bilimsel yayın okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H28.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında verilen talimatları doğru algılama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H29.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında verilen talimatları doğru algılama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

**H30.** Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında verilen talimatları doğru algılama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

### **3.4. Varsayımlar**

Araştırma kapsamındaki çalışanların anket sorularına verdikleri cevaplar gerçek durumu yansıtmaktadır.

### **3.5. Evren ve örneklem**

Çalışmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü'nden 26.02.2015 tarihinde (Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1416) etik kurul izni alınmıştır. Ek 1'de verilmiştir. Anket çalışmasının yapılması için ayrıca, Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 30.04.2015 tarihinde (Sayı: 54103609/044) izin alınmıştır. Ek 2'de verilmiştir. 2014 yılı içerisinde dahiliye polikliniklerine başvuran Tip II Diyabetli hasta sayısı 900'dür. Çalışmaya, 18 Mayıs 2015-17 Ağustos 2015 tarihleri arasında dahiliye polikliniklerine başvuran 300 hasta alınmıştır.

### **3.6. Veri toplama aracı**

Bu çalışmada, Tip II diyabetli hastaların hastalık süreçlerinde okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı durumlarını değerlendirmek ve hastalık süreçlerine etkilerini belirlemek için veri toplanmak üzere anket formu oluşturulmuştur. Anket formu oluşturulurken, Filiz Aslantekin'in yaptığı "Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tip II Diyabetli Hasta Örneği) adlı doktora tezinden, Ziyafet Uğurlu' nun "Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi" adlı doktora tezinden, Esra Üçpınar'ın "Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması" adlı yüksek lisans tezinden, Asena İrem Akın'ın "Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon" adlı yüksek lisans tezinden, Emine Avcı'nın "Annelerin Anne Sütü ile İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Saptama" adlı uzmanlık tezinden yararlanılmıştır.

Araştırma anketi, katılımcıların demografik bilgileri, okuryazarlıklarına ilişkin durumları, sağlık okuryazarlık durumlarına ilişkin davranışları, hastalığa ilişkin

durumları, ailesinden destek alma durumunu sorgulayan 80 soru ve diyabet bilgi düzeyini belirleyen 16 soru olmak üzere toplam 96 sorudan oluşturulmuştur. Sorular çoktan seçmeli ve açık uçlu olarak hazırlanmıştır.

### **3.7. Analiz metodu**

Veriler IBM SPSS V21 ile analiz edilmiştir. Sonuçlar frekans, yüzde, ortanca (min-mak) şeklinde sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

### **3.8. Güvenirlilik ve geçerlilik**

Yapılan araştırmalarda, 2014 yılı içerisinde Vezirköprü Devlet Hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuran Tip II Diyabet hasta sayısı toplam 900'dür. Yapılan çalışmada üç ay içinde 300 Tip II Diyabeti olan hastaya ulaşılması hedeflenmiştir. Vezirköprü Devlet hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuran ve yapılan çalışma için gönüllü olan 300 Tip II Diyabetli hastaya ulaşılmıştır.

Araştırmanın geçerliliği için, daha önceki çalışmalarda araştırmacılar tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır. 04 Mayıs 2015- 15 Mayıs 2015 tarihleri arasında 30 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Alınan geribildirimler ile anket güncellenmiştir. 18 Mayıs 2015-17 Ağustos 2015 tarihleri arasında 300 Tip II Diyabetli hastaya anket uygulanmıştır.

## **4. BULGULAR**

Bu bölümde, araştırmanın bulguları yer almaktadır. Bulgular altı başlık altında incelenmiştir.

- 4.1.** Demografik özelliklere göre bulgular
- 4.2.** Hastalık yaşantılarına ilişkin bulgular
- 4.3.** Okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlığına ilişkin bulgular
- 4.4.** Sağlık okuryazarlığına ilişkin bulgular
- 4.5.** Sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlere ilişkin bulgular
- 4.6.** Diyabet hakkında bilgi düzeyleri

#### 4.1. Demografik özelliklere göre bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin veriler tablo 1’de yer almaktadır.

**Tablo 1.** Tanımlayıcı özelliklere göre dağılım

<b>Tanımlayıcı Özellikler (n:300)</b>		
<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Kadın	167	55,7
Erkek	133	44,3
<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evli	279	93,0
Bekar	21	7,0
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okuryazar değil	89	29,7
Sadece okuryazar	27	9,0
İlkokul	82	27,3
Ortaokul	22	7,3
Lise	52	17,3
Lisans-lisansüstü	28	9,3

**Tablo 1.** Tanımlayıcı özelliklere göre dağılım-devam

<b>Meslek</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Ev hanımı	126	42,0
Çiftçi	33	11,0
Esnaf	41	13,7
Öğretmen	11	3,7
İşçi	14	4,7
Emekli	38	12,7
Polis	3	1,0
Ormancı	2	0,7
Mütahit	1	0,3
Memur	10	3,3
Muhasebeci	2	0,7
Şoför	3	1,0
Terzi	2	0,7
Veteriner	1	0,3
Tekniker	3	1,0
Tıbbi sekreter	1	0,3
Hemşire	4	1,3
Çalışmıyor	2	0,7
Aşçı	2	0,7
İnfaz koruma memuru	1	0,3
<b>Sosyal Güvence</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SGK	255	85,0
Yeşil kart	36	12,0
Yok	9	3,0
<b>Yaşanılan Yer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kent Merkezi	131	44,3
Kasaba	60	20,3
Köy	96	32,4
Kışın Kent/ Yazın Köy	9	3,0
<b>Yaş ve Aylık Gelir</b>	<b>Ortanca (min-mak)</b>	
Yaş	57 (28-85)	
Aylık gelir	1500 (400-7000)	

Araştırmaya katılanların %55,7'si kadın ve %44,3'ü de erkektir. Evli olanların oranı %93,0' tür. Eğitim durumları incelendiğinde %29,7'si okuryazar değil, %9,0'u sadece okuryazar, %27,3'ü ilkokul mezunu, %7,3'ü ortaokul mezunu, %17,3'ü lise mezunu, %9,3'ü lisans ve lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %42,0'si ev hanımı iken, %11,0'i çiftçi, %13,7'si esnaf, %3,7'si öğretmen, %4,7'si işçi, %12,7'si emekli, %1,0'i polis, %3,3'ü memur, %1,0'i şoför, %1,0'i tekniker ve %1,3'ü de hemşiredir. SGK'lı (Sosyal Güvenlik Kurumu) olanların oranı %85,0, yeşil kart sahibi olanların oranı %12,0'dir. Sosyal güvencesi olmayanların oranı %3,0'tür. Katılımcıların %44,3'ü kent merkezinde, %20,3'ü kasabada, %32,4'ü köyde ve %3,0'ü kışın kent, yazın köyde yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Ortanca yaş 57 yıldır. Katılımcıların yaşları minimum 28 ve maksimum 85 tir. Çalışmaya katılanların, ortanca aylık gelir değeri 1500 TL dir. En az kazanan 400 TL, en fazla kazanan 7000 TL kazanmaktadır.

## 4.2. Hastalık yaşantılarına ilişkin bulgular

Bu bölümde katılımcıların şeker hastalığı dışında başka kronik bir hastalığı olma durumu, halen kullandıkları ilaçlar, son bir yıl içerisinde hastaneye yatma durumu ve nedeni, hastalıklarıyla ilgili ilk bilgilendirmeyi aldıkları yer ve kişilere ilişkin veriler yer almaktadır

Katılımcıların hastalık süreçlerini tanımlayan özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 2’de verilmiştir

**Tablo 2.** Hastalık süreçlerini tanımlayan özelliklerine ilişkin dağılımı

<b>Hastalık Süreçlerini Tanımlayan Özellikler</b>		
<b>Şeker hastalığı dışında kronik hastalık varlığı</b>	<b>Sayı(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Evet	174	58,0
Hayır	126	42,0
<b>Halen kullanılan ilaçlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İnsülin	140	46,7
Şeker İlacı	202	67,3
Kolesterol ilacı	21	7,0
Tansiyon İlacı	97	32,3
Hepsi	4	1,3
Diğer (prostat, guatr ilacı)	2	0,7
<b>Son bir yıl içerisinde hastaneye yatma durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	154	51,2
Hayır	146	48,8
<b>Son bir yıl içerisinde hastaneye yatma nedeni</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Şeker hastalığı ile ilgili sebep	81	53,6
Şeker hastalığı dışı sebep	70	46,4
<b>Hastalıklarıyla ilgili ilk bilgiyi aldıkları yer/kşi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hastanede, doktordan öğrendim. Diyet ve ilaç tedavisi hakkında bilgi verdi.	286	95,3
Çok üzüldüm.		
Aile hekiminden öğrendim. Diyet ve ilaç tedavisi hakkında bilgi verdi. Çok üzüldüm.	7	2,3
Çevremdeki insanların söylediklerinden öğrendim. Çok üzüldüm.	7	2,3
<b>Kaç yıldır şeker hastasıınız?</b>	<b>Ortanca</b>	<b>(min-mak)</b>
Kaç yıldır şeker hastasıınız?	7	(1-30)



Şeker hastalığı dışında kronik hastalığı olanların oranı %58,0, halen insülin kullananların oranı %46,7, şeker ilacı kullananların oranı %67,3, kolestrol ilacı kullananların oranı %7,0, tansiyon ilacı kullananların oranı %32,3 tür. Son bir yıl içerisinde hastaneye yatanların oranı %51,2'dir. Hastaneye yatma nedenleri incelendiğinde şeker hastalığı sebebi ile yatanların oranı %53,6'dır. Şeker hastalığı dışında herhangi bir nedenle yatma oranı ise %46,4'tür. Hastalıklarla ilgili bilgili katılımcıların %95,3'ü hastanede doktordan öğrendiklerini, kendisine diyabet ve ilaç tedavisi hakkında bilgi verildiğini ve çok üzülüğünü belirttiler. Aile hekiminden öğrenen, kendisine diyabet ve ilaç tedavisi hakkında bilgi verildiğini ve çok üzülüğünü söyleyenler ile çevremdeki insanların söylediklerinden öğrendim çok üzuldüm diyenlerin oranı %2,3'tür. Katılımcılar ortanca olarak 7 yıldır şeker hastası olduklarını belirtmişlerdir. 1 yıldır şeker hastası olan katılımcılarla 30 yıldır şeker hastası olan katılımcılar mevcuttur.

### 4.3. Okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlığına ilişkin bulgular

Katılımcılardan sadece okuryazar olanların okuma yazma öğrendikleri yerlerin cinsiyete göre dağılımı tablo 3'de verilmiştir.

**Tablo 3.** Sadece okuryazar olanların okuma yazma öğrendikleri yerlerin cinsiyete göre dağılımı

Okuma yazma öğrenilen yerler	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Okuma yazma kurslarından	4	30,8	7	50,0
Okul eğitiminden	5	38,5	2	14,3
Okuldan terk	1	7,7	3	21,4
Ailemden ( eş, çocuklar)	3	23,0	2	14,3
<b>Toplam</b>	13	100	14	100

Kadınların %30,8'i okuma yazmayı okuma yazma kurslarından, %38,5'i okul eğitiminden, %7,7'si okuldan terk ve %23,1'i de ailesinden öğrendiklerini belirtmişlerdir. Erkeklerin %50,0'si okuma yazmayı okuma yazma kurslarından,

%14,3'ü okul eğitiminden, %21,4'ü okuldan terk ve %14,3'ü de ailesinden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların okuma yazma becerilerini kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı tablo 4'de verilmiştir.

**Tablo 4.** Okuma yazma becerilerini kullanma durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Okuma yazma becerileri	Kadın		Erkek		Test İstatistiği	p değeri
	n	%	n	%		
Çok iyi düzeyde okuyorum yazıyorum	63	38,0	82	61,7	25,0	<0,001
Okuyabiliyorum ama yazamıyorum	3	1,8	3	2,3		
Güçlükle okuyup yazabiliyorum	29	17,5	25	18,8		
Güçlükle okuyorum, ama yazamıyorum	2	1,2	2	1,5		
Okuyamıyorum, yazamıyorum	69	41,6	21	15,8		

\***Ki-kare testi**

Okuma yazma becerisini kullanma durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0,001$ ). Kadınların %38,0'i "çok iyi düzeyde okuyorum yazıyorum" cevabını verirken erkeklerde bu oran %61,7'dir. "Okuyamıyorum yazamıyorum" cevabını veren kadınların oranı %41,6, erkeklerde bu oran %15,8'dir.

Katılımcıların okuma yazma becerilerini kullanma durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo5.** Okuma yazma becerilerini kullanma durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Okuma yazma becerileri	Yaş Grupları							
	28-42 yıl		43-57 yıl		58-71 yıl		72-85 yıl	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çok iyi düzeyde okuyorum yazıyorum	25	0,0	87	69,6	31	25,4	2	8,0
Okuyabiliyorum ama yazamıyorum	1	3,7	2	1,6	2	1,6	1	4,0
Güçlükle okuyup yazabiliyorum	1	3,7	23	18,4	26	21,3	4	16,0
Güçlükle okuyorum, ama yazamıyorum	0	0,0	0	0,0	4	3,3	0	0,0
Okuyamıyorum yazamıyorum	0	0,0	13	10,4	59	48,4	18	72,0
<b>Toplam</b>	<b>27</b>		<b>125</b>		<b>122</b>		<b>25</b>	

28-42 yaş aralığında olanların %92,6'sı “çok iyi düzeyde okuyorum”, %3,7'si “okuyabiliyorum ama yazamıyorum”, %3,7'si de “güçlükle okuyup yazabiliyorum” cevabını vermişlerdir.

43-57 yaş aralığında olanların %69,6'sı “çok iyi düzeyde okuyorum”, %1,6'sı “okuyabiliyorum ama yazamıyorum”, %18,4'ü de “güçlükle okuyup yazabiliyorum” ve %10,4'ü de “okuyamıyorum, yazamıyorum” cevabını vermişlerdir.

58-71 yaş aralığında olanların %25,4'ü “çok iyi düzeyde okuyorum”, %1,6'sı “okuyabiliyorum ama yazamıyorum”, %21,3'ü de “güçlükle okuyup yazabiliyorum”, %3,3'ü “güçlükle okuyorum ama yazamıyorum” ve %48,4'ü de “okuyamıyorum, yazamıyorum” cevabını vermişlerdir.

72-85 yaş aralığında olanların %8,0'i “çok iyi düzeyde okuyorum”, %4,0'ü “okuyabiliyorum ama yazamıyorum”, %16,0'sı “güçlkle okuyup yazabiliyorum” ve %72,0'si de “okuyamıyorum, yazamıyorum” cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların yaş gruplarının öğrenim durumlarına göre dağılımı tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** Yaş gruplarının öğrenim durumlarına göre dağılımı

Öğrenim durumları	Yaş Grupları							
	28-42 yıl		43-57 yıl		58-71 yıl		72-85 yıl	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar değil	0	0,0	13	10,4	59	48,0	17	68,0
Sadece okuryazar	0	0,0	7	5,6	17	13,8	3	12,0
İlkokul mezunu	2	7,4	44	35,2	31	25,2	5	20,0
Ortaokul mezunu	1	3,7	15	12,0	6	4,9	0	0,0
Lise mezunu	13	48,1	33	26,4	6	4,9	0	0,0
Lisans-lisansüstü	11	40,7	13	10,4	4	3,3	0	0,0

28-42 yaş aralığında olanların %48,1'i lise mezunu ve %40,7'i üniversite mezunudur. 43-57 yaş aralığında olanların %35,2'si ilkokul mezunu, %26,4'ü lise mezunu, %12,0'si ortaokul mezunu ve %10,4'ü de okuryazar değildir. 58-71 yaş aralığında olanların %48,0'i okuryazar değil, %25,2'si ilkokul mezunu, %13,8'i sadece okuryazardır. 72-85 yaş aralığında olanların %68,0'i okuryazar değil, %12,0'si sadece okuryazar ve %20,0'si de ilkokul mezunudur.

Katılımcıların okuma yazma becerilerini kullanma durumlarının öğrenim durumlarına göre dağılımı tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo 7.** Okuma yazma becerilerini kullanma durumlarının öğrenim durumuna göre dağılımı

Öğrenim durumları	Çok iyi düzeyde okuyorum yazıyorum		Okuyabiliyorum ama yazamıyorum		Güçlükle okuyup yazabiliyorum		Güçlükle okuyorum, ama yazamıyorum		Okuyamıyorum, yazamıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	87	98,9
Sadece okuryazar	4	14,8	3	11,1	18	66,7	2	7,4	0	0,0
İlkokul mezunu	44	53,7	2	2,4	32	39,0	2	2,4	2	2,4
Ortaokul mezunu	19	86,4	0	0,0	3	13,6	0	0,0	0	0,0
Lise mezunu	51	98,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9
Lisans-lisansüstü	27	96,4	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Okuryazar olmayanların %98,9’u “okuyamıyorum, yazamıyorum” cevabını verdiler. Sadece okuryazar olanların %66,7’si “güçlükle okuyup yazabildiklerini”, %14,8’i “çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını”, %11,1’i “okuyabildiklerini ama yazamadıklarını” belirtmişlerdir. İlkokul mezunu olanların %53,7’si “çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını”, %39’u “güçlükle okuyup yazdıklarını” belirtmişlerdir. Ortaokul mezunlarının %86,4’ü “çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını” ve %13,6’sı da “güçlükle okuyup yazdıklarını” belirtmişlerdir. Lise mezunlarının %98,1’i “çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını” belirtmişlerdir. Üniversite mezunlarının da %96,4’ü “çok iyi düzeyde okuyup yazabildiklerini” belirtmişlerdir.

Katılımcıların bilgisayar kullanma durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı tablo 8’de verilmiştir.

**Tablo 8.** Bilgisayar kullanma durumunun cinsiyetlere göre dağılımı

Bilgisayar kullanma durumu	Kadın		Erkek		Test İstatistiği	p değeri
	n	%	n	%		
Evet	38	35,2	61	53,5	7,5	<b>0,006</b>
Hayır	70	64,8	53	46,5		

\***Ki-kare testi**

Bilgisayar kullanma durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,006). Kadınlarda bilgisayar kullanma oranı %35,2, erkeklerde %53,5’tir.

Katılımcıların bilgisayar kullanma durumlarının yaş gruplarına göre dağılımları tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9.** Bilgisayar kullanma durumunun yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	Evet		Hayır		Test İstatistiği	p değeri
	n	%	n	%		
28-42 yıl	23	85,2	4	14,8		
43-57 yıl	59	51,3	56	48,7	36,2	<b>&lt;0,001</b>
58-71 yıl	16	22,5	55	77,5		
72-85 yıl	1	11,1	8	88,9		

\***Eğimde Ki-kare Testi**

28-42 yaş aralığında olanların %85,2’si 43-57 yaş aralığında olanların %51,3’ü 58-71 yaş aralığında olanların %22,5’i ve 72-85 yaş aralığında olanların da %11,1’i bilgisayar kullanmaktadırlar.

Katılımcıların bilgisayar kullanma durumunun öğrenim durumlarına göre dağılımı tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo10.** Bilgisayar kullanma durumunun öğrenim durumlarına göre dağılımı

Öğrenim durumları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Okuryazar değil	1	6,7	14	93,3
Sadece okuryazar	2	7,4	25	92,6
İlkokul mezunu	17	21,3	63	78,8
Ortaokul mezunu	6	27,3	16	72,7
Lise mezunu	45	90,0	5	10,0
Lisans- lisansüstü	28	100,0	0	0,0

Okuryazar olmayanların %6,7'si, sadece okuryazar olanların %7,4'ü, ilkökul mezunlarının %21,3'ü, ortaokul mezunlarının %27,3'ü, lise mezunlarının %90,0'ı ve lisans-lisansüstü mezunlarının da %100,0'ü bilgisayar kullanmaktadır.

Katılımcıların bilgisayar kullanma amaçlarının cinsiyete göre dağılımı tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 11.** Bilgisayar kullanma amaçlarının cinsiyete göre dağılımı

Bilgisayar kullanma amaçları	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Haber okumak	20	50,0	42	67,7
Sohbet etmek	18	45,0	19	30,6
Oyun oynamak	8	20,0	21	33,9
Merak ettiğim konuları araştırmak	21	52,5	24	38,7

\*Katılımcılar, birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Kadınların %50,0'si haber okumak için , %45,0'i sohbet etmek için , %20,0'si oyun oynamak için ve %52,5'i merak ettikleri konuları araştırmak için bilgisayar kullanmaktadır.

Erkeklerin %67,7'si haber okumak için , %30,6'sı sohbet etmek için, %33,9'u oyun oynamak için ve %38,7'si merak ettikleri konuları araştırmak için bilgisayar kullanmaktadır.

Katılımcıların bilgisayar kullanma sıklıklarının cinsiyete göre dağılımı tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo 12.** Bilgisayar kullanma sıklıklarının cinsiyete göre dağılımı

Bilgisayar kullanma sıklıkları	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Kullanıyorum	17	37,8	20	27,4
Nadiren kullanıyorum	12	26,7	25	34,2
Sıklıkla	3	6,7	6	8,2
Kullanmıyorum	13	28,9	22	30,1

Çalışmaya katılan kadınlara sorulan “hastalığınızla ilgili araştırmalar için interneti kullandınız mı?” sorusuna , %37,8'i “kullanıyorum”, %26,7'si “nadiren kullanıyorum”, %6,7'si “sıklıkla”, %28,9'u “kullanmıyorum” cevabını vermişlerdir.

Çalışmaya katılan erkeklere sorulan “hastalığınızla ilgili araştırmalar için interneti kullandınız mı?” sorusuna %27,4'ü “kullanıyorum”, %34,2'si “nadiren kullanıyorum”, %8,2'si “sıklıkla”, %30,1'i “kullanmıyorum” cevabını vermişlerdir.



Katılımcıların gazete okuma alışkanlığının, gazete okuma alışkanlığı olanların gazeteyi nasıl okuduklarına ilişkin verilerin dağılımı tablo 13’de verilmiştir.

**Tablo 13.** Gazete okuma alışkanlığının, gazete okuma alışkanlığı var ise: Gazeteyi nasıl okuduklarının dağılımı

<b>Gazete okuma alışkanlığı (n: 213)</b>		
<b>Gazete okuma alışkanlığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	97	45,5
Yok	116	54,5
<b>Gazeteyi nasıl okursunuz</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Ayrıntılı okurum	41	38,0
Sadece başlıkları okurum	5	4,6
İlgimi çeken yazıları okurum	52	48,1
Büyük yazıları ve başlıkları seçerek okurum	10	9,3

Katılımcıların (n:213) %45,5’inin gazete okuma alışkanlığı olmakla birlikte, %54,5’inin gazete okuma alışkanlığı olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların %38’i “gazeteyi ayrıntılı okuduğunu”, %4,6’sı “sadece başlıkları okuduğunu”, %48,1’i “ilgilerini çeken yazıları okuduğunu” %9,3’ü “büyük yazıları ve başlıkları seçerek okuduğunu” ifade etmişlerdir.

#### 4.4. Sağlık okuryazarlığına ilişkin bulgular

Bu bölümde literatüre göre sağlık okuryazarlığı kapsamında değerlendirilen katılımcıların özelliklerine göre dağılımına ilişkin veriler yer almaktadır.

##### 4.4.1. Hastalığın nedenini bilme durumu

Katılımcıların hastalığın nedenini bilme durumunu değerlendirmek için sorulan “sizce şeker hastası olmanızın nedeni çok şeker tüketmeniz mi?” sorusuna verdikleri cevabın cinsiyete, yaşa ve öğrenim durumuna göre dağılımına ilişkin veriler tablo 14’te yer almaktadır.

**Tablo 14.** Hastalığın nedeninin şeker tüketmeyle ilgili olduğunu bilmekte olanların cinsiyet, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına göre dağılımı

	Hastalığın nedeninin şeker tüketmeyle ilgili olmasını bilme durumu			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	71	42,5	96	57,5
Erkek	53	39,8	80	60,2
Test istatistiği	0,2			
p değeri	0,641			
	n	%	n	%
<b>Yaş Grubu</b>				
28-42	7	25,9	20	74,1
43-57	45	36,0	80	64,0
58-71	59	48,0	64	52,0
72-85	13	52,0	12	48,0
Test istatistiği	7,5			
p değeri	0,057			

**Tablo 14.** Hastalığın nedeninin şeker tüketmeyle ilgili olduğunu bilmekte olanların cinsiyete, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına göre dağılımı-devamı

Öğrenim durumu	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Okuryazar değil	50	56,2	39	43,8
Sadece okuryazar	11	40,7	16	59,3
İlkokul mezunu	36	43,9	46	56,1
Ortaokul mezunu	7	31,8	15	68,2
Lise mezunu	16	30,8	36	69,2
Lisans-lisansüstü	4	14,3	24	85,7
Test istatistiği		20,0		
p değeri		<b>0,001</b>		

**\*Eğimde Ki-kare Testi**

Hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme cinsiyete göre farklılık bulunmamıştır ( $p=0,641$ ). Kadınların %42,5'i, erkeklerinde %39,8'i "evet" cevabını vermişlerdir. Hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme yaş gruplarına göre farklı bulunmamıştır ( $p=0,057$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %25,9'u 43-57 arasında olanların %36,0'sı 58-71 arasında olanların %48'i ve 72-85 arasında olanların da %52,0' si evet cevabı vermişlerdir. Hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme, eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Okuryazar olmayanların %56,2'si, sadece okuryazar olanların %40,7'si, ilkokul mezunlarının %43,9'u, ortaokul mezunlarının %31,8'i, lise mezunlarının %30,8'i ve lisans –lisansüstü mezunlarının da %14,3'ü evet cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili “şeker hastalığına bağlı herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı?, evet ise; sizce bu komplikasyon önlenebilir miydi?” sorusuna verdikleri cevabın dağılımına ilişkin veriler tablo 15’te yer almaktadır.

**Tablo15.** Şeker hastalığına bağlı herhangi bir komplikasyon yaşanma ve yaşandı ise komplikasyonun önlenilme durumunun dağılımı

	n	%
<b>Şeker hastalığına bağlı herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı?</b>		
Evet	87	28,8
Hayır	213	71,2
<b>Sizce bu komplikasyon önlenebilir miydi?</b>		
Evet	76	88,4
Hayır	10	11,6

Katılımcıların %28,8’i “şeker hastalığına bağlı komplikasyon yaşadığını” belirtirken, %71,2’si “herhangi bir komplikasyon yaşamadığını” belirtmiştir. Katılımcılara sorulan “Sizce bu komplikasyon önlenebilir miydi?” sorusuna “evet” cevabını verenlerin oranı %88,4, “hayır” cevabını verenlerin oranı %11,6’dır.

#### 4.4.2. Sağlık kontrollerine gitme durumu

Katılımcıların sağlık kontrollerine düzenli gitmeleri ile cinsiyetlerine, yaşlarına ve öğrenim durumlarına ilişkin veriler tablo 16'da yer almaktadır.

**Tablo 16.** Katılımcıların sağlık kontrollerine düzenli gitmelerinin cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre dağılımı

Katılımcıların sağlık kontrollerine düzenli gitmeleri				
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	120	71,9	47	28,1
Erkek	109	82,0	24	18,0
Test istatistiği		4,2		
p değeri		<b>0,041</b>		
<b>Yaş Grubu</b>				
28-42	24	88,9	2	11,1
43-57	99	79,2	26	20,8
58-71	91	74,0	32	26,0
72-85	15	60,0	10	40,0
Test istatistiği		7,0		
p değeri		0,072		
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okuryazar değil	54	60,7	35	39,3
Sadece okuryazar	17	63,0	10	37,0
İlkokul mezunu	66	80,5	16	19,5
Ortaokul mezunu	17	77,3	5	22,7
Lise mezunu	47	90,4	5	9,6
Lisans-lisansüstü	28	100,0	0	0
Test istatistiği		29,9		
p değeri		<b>&lt;0,001</b>		

\*Eğimde Ki-kare Testi

Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,041$ ). Kadınların %71,9'u, erkeklerin %82,0'si düzenli olarak kontrole gitmektedirler. Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme yaş gruplarına göre anlamlı farklı bulunmamıştır ( $p=0,072$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %88,9'u, 43-57

arasında olanların %79,2'si, 58-71 arasında olanların %74,0'ü ve 72-85 arasında olanların %60,0'ı düzenli olarak kontrole gitmektedir.

Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Okuryazar olmayanların %60,7'si, sadece okuryazar olanların %63,0'ü, ilkokul mezunlarının %80,5'i, ortaokul mezunlarının %77,3'ü, lise mezunlarının %90,4'ü ve lisans–lisansüstü mezunlarının da %100,0'ü evet cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların kontrollere gitmeme nedenleri, diyabetle ilgili sağlık kontrollerinin yaptırıldıkları yerlerin ve diyabetle ilgili sağlık kontrolü yaptırma sıklıklarına göre dağılımları tablo 17'de yer almaktadır.

**Tablo 17.** Katılımcıların kontrole gitmeme nedenleri, diyabetle ilgili sağlık kontrollerini yaptırıldıkları yerlerin, diyabetle ilgili sağlık kontrolü yaptırma sıklıkları ve hastaneye tek başına gitmeme nedenine göre dağılımı

<b>Kontrollere gitmeme nedenleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ulaşım problemleri ve ekonomik zorluk	35	48,6
Zamanım yok, işim çok	17	23,6
İyi olduğumu düşünüyorum	10	13,9
Unutuyorum	1	1,4
İhtiyaç duyarsam giderim	5	6,9
Doktora gitmeyi sevmem	2	2,8
Fiziksel nedenler	2	2,8
<b>Sağlık kontrolü yaptırılan yer ve sıklığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hastanede 3-6 ay	64	21,6
Hastanede 6-9 ay	74	25,0
Hastanede 9-12 ay	130	43,9
Aile hekimliğinde	28	9,5
<b>Hastaneye tek başına gitmeme nedeni</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fiziksel engel	40	44,0
Sağlık personelini yeterince anlayamadığımdan	37	40,7
Okuma yazmam olmadığından işlemleri yaptırمام	56	61,5
Tek başıma ulaşım araçlarını kullanamıyorum	40	44,0

\*Bu tabloda birden fazla seçenek işaretlenen soru bulunmaktadır.

Katılımcıların %48,6' sının kontrollere gitmeme nedenleri arasında ulaşım problemleri ve ekonomik zorluk gelmektedir. “Zamanım yok, işim çok” cevabını verenlerin oranı %23,6, “iyi olduğunu düşünüyorum” cevabını verenlerin oranı %13,9' dur. “İhtiyaç duyarsam giderim” cevabını verenlerin oranı %6,9, “doktora gitmeyi semem” cevabını verenlerin oranı ile “fiziksel nedenler” cevabını verenlerin oranları %2,8'dir.

Hastanede 3-6 ayda bir kontrol yaptıranların oranı %21,6, hastanede 6-9 ayda bir kontrol yaptıranların oranı %25,0, hastanede 9-12 ayda bir kontrol yaptıranların oranı %43,9 ve aile hekimliğinde kontrol yaptıranların oranı %9,5'tir. Hastaneye tek başına gitmeme nedenleri arasında, “okuma yazmam olmadığından, işimi yaptırılmamam” cevabını verenlerin oranı %61,5'tir. “Fiziksel engeller” cevabını verenlerin oranı %44,0, “sağlık personelinin yeterince anlayamadığımdan” cevabını verenlerin oranı %40,7 ve “tek başıma ulaşım araçlarını kullanamıyorum” cevabını verenlerin oranı %44,0' tür.

#### 4.4.3. Kan düzeyi kontrol durumu; evde şeker ölçümü

Katılımcıların evde şeker ölçümü yapmalarına ilişkin veriler tablo 18'de verilmiştir.

**Tablo 18.** Katılımcıların evde şeker ölçümü yapmalarına ilişkin dağılımı

Evde şeker ölçümü yapılma durumu	n	%
Evet	268	89,3
Hayır	32	10,7

Evde şeker ölçümü yapanların oranı %89,3' tür.

Katılımcılara sorulan ‘şeker ölçümü yapmak için size eğitim verildi mi?’, ‘evet ise; eğitimi kim verdi?’, ‘evet ise; eğitim verirken sizde uygulama yaptı mı?’ sorularına verilen cevapların verileri tablo 19’ da verilmiştir.

**Tablo 19.** Katılımcılara sorulan ‘şeker ölçümü yapmak için size eğitim verildi mi?’, ‘evet ise; eğitimi kim verdi?’, ‘evet ise; eğitim verirken sizde uygulama yaptı mı?’ soruların cevaplarının dağılımı

<b>Şeker ölçümü yapmak için size eğitim verildi mi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	267	89,0
Hayır	33	11,0
<b>Eğitimi kim verdi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Doktor	19	7,0
Hemşire	217	80,1
Eczacı	33	12,2
Diğer	2	0,7
<b>Eğitim verirken sizde uygulama yaptı mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Uyguladı	218	80,7
Sadece anlatarak	52	19,3

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%89,0) bu konuda eğitim aldıkları görülmektedir. Katılımcıların ölçüm yapmak için en çok hemşire olmak üzere sağlık profesyonellerinden eğitimi almış ve %80,7’si bu eğitimlerin uygulama yapılarak verildiğini ifade etmiştir.



#### 4.4.4. Kan düzeyi kontrol durumu; HbA1c takibi

Katılımcıların en son baktırdıkları HbA1c değerini hatırlama durumlarının ilişkin veriler tablo 20’de verilmiştir.

**Tablo 20.** En son baktırdıkları Hba1c değeri hatırlama durumlarına ilişkin dağılımı

<b>Hatırlama Durumu (HbA1c değeri)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hatırlayanlar	36	12,0
Hatırlamayanlar	264	88,0

En son baktırdıklarında Hba1c değerini hatırlamayanların oranı %88,0’dir.

#### 4.4.5. Düzenli ilaç kullanma durumu

Katılımcıların ilaçlarını düzenli saatlerde alma durumlarının cinsiyete, yaşa ve öğrenim durumlarına göre dağılımları tablo 21’de verilmiştir.

**Tablo 21.** İlaçlarını düzenli saatlerde alma durumlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim düzeylerine göre dağılımı

	İlaçlarını düzenli saatlerde alma durumları			
	Evet		Hayır	
<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	154	92,2	13	7,8
Erkek	129	97	4	3,0
Test istatistiği		3,2		
p değeri		0,075		
<b>Yaş Grubu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
28-42	25	92,6	2	7,4
43-57	119	95,2	6	4,8
58-71	117	95,1	6	4,9
72-85	22	88,0	3	12,0
Test istatistiği		2,3		
p değeri		0,503		
<b>Öğrenim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okuryazar değil	81	91,0	8	9,0
Sadece okuryazar	24	88,9	3	11,1
İlkokul mezunu	77	93,9	5	6,1
Ortaokul mezunu	22	100,0	0	0
Lise mezunu	51	98,1	1	1,9
Lisans-lisansüstü	28	100,0	0	0
Test istatistiği		7,7		
p değeri		0,172		

\***Ki-kare Testi**

Düzenli olarak ilaç kullanımı cinsiyete göre farklılık bulunmamıştır (p=0,0751). Kadınların %92,2’si, erkeklerin %97,0’si düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Düzenli olarak ilaç kullanımı yaş gruplarına göre farklılık

bulunmamıştır (p=0,503). Hastaların 28-42 yaş aralığında olanların %92,6’sı, 43-57 arasında olanların %95,2’si, 58-71 arasında olanların %95,1’i ve 72-85 arasında olanların da %88,0’i düzenli olarak ilaç kullanmaktadır.

Düzenli olarak ilaç kullanımı, eğitim düzeyine göre farklılık bulunmamıştır (p=0,172). Okuryazar olmayanların %91,0’i, sadece okuryazar olanların %88,9’u, ilkokul mezunlarının %93,9’u, ortaokul mezunlarının %100’ü, lise mezunlarının %98,1’i ve lisans –lisansüstü mezunlarının da %100’ü “evet” cevabını vermişlerdir.

#### 4.4.6. Doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumu

Katılımcıların “Doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapar mısınız?” sorusuna yanıtlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim düzeylerine göre dağılımına ilişkin veriler tablo 22’de verilmiştir.

**Tablo 22.** “Doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapar mısınız?” sorusuna yanıtlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumuna göre dağılımı

	Doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapar mısınız?			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	13	7,8	154	92,2
Erkek	6	4,5	127	95,5
Test istatistiği			1,3	
p değeri			0,248	
<b>Yaş Grubu</b>				
28-42	2	7,4	25	92,6
43-57	7	5,6	118	94,4
58-71	5	4,1	118	95,9
72-85	5	20,0	20	80,0
Test istatistiği			9,1	
p değeri			0,028	

**Tablo 22.**“Doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapar mısınız?” sorusuna yanıtlarını cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumuna göre dağılımı-devamı

Öğrenim Durumu	n	%	n	%
Okuryazar değil	8	9,0	81	91,0
Sadece okuryazar	2	7,4	25	92,6
Lisans-lisansüstü	1	3,6	27	96,4
İlkokul mezunu	4	4,9	78	95,1
Ortaokul mezunu	1	4,5	21	95,5
Lise mezunu	3	5,8	49	4,2
Test istatistiği			1,9	
p değeri			0,862	

**\*Ki-kare Testi**

Doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,248$ ). Katılımcılardan, kadınların %7,8'i, erkeklerin %4,5'i doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapmaktadırlar. Doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumu, yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,028$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %7,4'ü, 43-57 arasında olanların %5,6'sı, 58-71 arasında olanların %4,1'i ve 72-85 arasında olanların da %20,0'si doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapmaktadırlar.

Doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumu, eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,862$ ). Okuryazar olmayanların %9,0'u, sadece okuryazar olanların %7,4'ü, ilkokul mezunlarının %4,9'u, ortaokul mezunlarının %4,5'i, lise mezunlarının %5,8'i ve lisans –lisansüstü mezunlarının da %3,6'sı “evet” cevabını vermişlerdir.

#### 4.4.7. Diyet uygulama durumu

Katılımcıların “Beslenme konusunda doktorunuzun veya beslenme uzmanınızın önerilerini içeren diyet reçetesi verildi ve tarif edildi/anlatıldı mı” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı tablo 23’te verilmiştir.

**Tablo 23.**“Beslenme konusunda doktorunuzun veya beslenme uzmanınızın önerilerini içeren diyet reçetesi verildi ve tarif edildi/anlatıldı mı?” sorusuna verilen cevaba göre dağılımı

<b>Diyet reçetesi verilme durumu</b>		
<b>Beslenme konusunda doktorunuzun veya beslenme uzmanınızın önerilerini içeren diyet reçetesi verildi ve tarif edildi mi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Verildi, anlatıldı	197	65,7
Verildi, anlatılmadı	73	24,3
Hayır	30	10,0

Diyet reçetesi verilerek tarifi yapılanların oranı %65,7, reçete verilip tarifi yapılmayanların oranı %24,3’tür. Hiç reçete verilmeyenlerin oranı ise %10,0’ dur.

Katılımcıların diyet uygulamalarını değerlendirmek için “beslenme konusunda doktorunuzun veya beslenme uzmanınızın önerilerini içeren diyet reçetenizi uyguluyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre dağılımına ilişkin veriler tablo 24’de yer almaktadır.

**Tablo 24.** Diyet uygulama durumlarının cinsiyet, yaş grupları ve öğrenim durumlarına göre dağılımı

Bağımsız değişkenler	Diyet uygulama durumu			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	127	76,5	39	23,5
Erkek	105	78,9	28	21,1
Test istatistiği		0,25		
p değeri		0,615		
<b>Yaş Grubu</b>				
28-42	23	85,2	4	14,8
43-57	98	78,4	27	21,6
58-71	95	77,2	28	22,8
72-85	16	66,7	8	33,3
Test istatistiği		2,6		
p değeri		0,458		
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okuryazar değil	60	68,2	28	31,8
Sadece okuryazar	17	63,0	10	37,0
İlkokul mezunu	63	76,8	19	23,2
Ortaokul mezunu	19	86,4	3	13,6
Lise mezunu	46	88,5	6	11,5
Lisans-lisansüstü	27	96,4	1	3,6
Test istatistiği		18,1		
p değeri		0,003		

**\*Ki-kare Testi**

Diyet uygulama durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,615$ ). Katılımcılardan, kadınların %76,5'i, erkeklerin %78,9'u diyet uygulamaktadırlar. Diyet uygulama durumu yaş gruplarına bağlı olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,458$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %85,2'si, 43-57 arasında olanların %78,4'ü, 58-71 arasında olanların %77,2'si ve 72-85 arasında olanların da %66,7'si diyet yapmaktadırlar.

Diyet uygulama durumu eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p=0,003$ ). Okuryazar olmayanların %68,2'si, sadece okuryazar olanların %63,0'ü,

ilkokul mezunlarının %76,8'i, ortaokul mezunlarının %86,4'ü, lise mezunlarının %88,5'i ve lisans–lisansüstü mezunlarının da 96,4'ü “evet” cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların diyet uygulama durumlarını değerlendirmek için “Beslenme konusunda doktorunuzun veya beslenme uzmanınızın önerilerini içeren diyet reçetenizi uyguluyor musunuz” sorusuna verdikleri cevapların gelir durumlarına göre dağılımına ilişkin veriler tablo 25’de verilmiştir.

**Tablo 25.** Diyet uygulama durumlarının gelir durumuna göre dağılımı

<b>Diyet uygulama durumu</b>	<b>Ortanca (min-mak)</b>	<b>Test istatistiği</b>	<b>p değeri</b>
Evet	1700 (700-7000)	3840,5	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	1000 (400 -3000)		

**\*Mann Whitney U Testi**

Diyet uygulayanlar ile uygulamayanların ortanca gelir değerleri arasında anlamlı farklılık vardır ( $p<0,001$ ). Diyet uygulayanların ortanca gelir değeri 1700 TL, uygulamayanlarda bu değer 1000 TL’ dir.

#### 4.4.8. Egzersiz Yapma Durumu

Katılımcıların egzersiz yapma durumlarını değerlendirmek için sorulan “Doktorunuzun önerdiği egzersizleri (haftada 3 gün 20-30 dk yürüyüş) yapar mısınız” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı tablo 26’da verilmiştir.

**Tablo 26.** Egzersiz yapma durumlarına ilişkin dağılımı

<b>Doktorunuzun önerdiği egzersizleri yapar mısınız?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	101	33,9
Hayır	197	66,1
<b>Egzersizleri yapmama nedeni</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ayakta çalışıyorum	33	16,1
Günlük işler egzersiz gibi geliyor	118	57,6
Diğer	54	26,3

Tablo 26’da görüldüğü gibi katılımcıların yarısından fazlası doktorların tavsiye ettiği egzersiz hareketlerini “yapmadıklarını” belirtmektedirler. Katılımcıların %16,1’i “ayakta çalışıyorum”, %57,6’sı “günlük işler egzersiz” gibi cevaplarını vermişlerdir.

#### 4.4.9. Ayak Bakımı Yapma Durumu

Diyabet hastalarında en sık görülen komplikasyonların arasında ayak problemleri yer almaktadır. Bu nedenle diyabetli hastalarda ayak bakımı yapmak çok önemlidir.

Katılımcılara sorulan “Ayak bakımınızı (ılık su ile yıkama, kurulama, vazelinleme gibi) her gün yapar mısınız?”, “Hayır ise neden?”, “Ayak bakımı yapmak için size eğitim verildi mi?”, “Evet ise; eğitim verirken sizde uygulama yaptı mı?” sorularına verilen cevapların dağılımları tablo 27’de verilmiştir.



**Tablo 27.** Ayak bakımı yapma durumuna ilişkin dağılımı

<b>Ayak bakımınızı (ılık su ile yıkama, kurulama, vazelinleme gibi) her gün yapar mısınız?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	73	24,4
Hayır	226	75,6
<b>Ayak bakımı yapmama nedeni</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Abdest alıyorum	155	66,5
Günlük duş alıyorum	11	4,7
Sadece yıkıyorum	67	28,8
<b>Ayak bakımı yapmak için size eğitim verildi mi?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	84	28,1
Hayır	215	71,9
<b>Eğitim verirken sizde uygulama yaptı mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	23	25,0
Hayır	69	75,0

Katılımcıların %24'ü“ayak bakımını yaptığını”, %75,6'sı “ayak bakımını yapmadığını” ifade etmiştir. Ayak bakımı yapmama nedeni olarak katılımcıların çoğunluğu, (%66,5) “abdest alıyorum” cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %71,9'u “ayak bakımı hakkında eğitim almadıklarını” ifade etmiştir. Ayak bakımı hakkında eğitim alan katılımcıların %25,0'i, “uygulamalı eğitim verildiğini” ifade etmişlerdir.

#### 4.4.10. Riskli Davranışlarına İlişkin Durum

Katılımcıların sigara ya da alkol kullanma alışkanlıklarıyla ilgili durumu gösteren veriler tablo 28’de yer almaktadır.

**Tablo 28.** Sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına ilişkin dağılımı

<b>Sigara kullanımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	101	33,8
Hayır	198	66,2
<b>Sigarayı tanı aldıktan sonra mı bıraktınız?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	19	8,8
Hayır	196	91,2
<b>Alkol kullanımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	21	7,0
Hayır	278	93,0
<b>Alkolü tanı aldıktan sonra mı bıraktınız?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	5	1,8
Hayır	276	98,2
<b>Bıraktı iseniz kararınızda etkili olan durum nedir?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sağlığımın kötüleşmesi	18	90,0
Aldığım eğitimler	2	10,0

Sigara kullanma oranı %33,8, sigarayı tanı aldıktan sonra bırakanların oranı %8,8’dir. Alkol kullanımı %7,0,“sağlığımın kötüleşmesi sonucu bıraktım” cevabını verenlerin oranı %90,0’dır.

#### 4.4.11. Göz kontrolü yaptırma durumu

Katılımcıların göz kontrolü yaptırma durumlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre dağılımı tablo 29'da verilmiştir.

**Tablo 29.** Göz kontrolü yaptırma durumlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına ilişkin dağılımı

Bağımsız değişkenler	Yılda 1 kez göz kontrolü olur musunuz?			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	81	48,5	86	51,5
Erkek	63	47,4	70	52,6
Test istatistiği		0,038		
p değeri		0,845		
<b>Yaş Grubu</b>				
28-42	16	59,3	11	40,7
43-57	65	52,0	60	48,0
58-71	51	41,5	72	58,5
72-85	12	48,0	13	52,0
Test istatistiği		4,3		
p değeri		0,233		
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okuryazar değil	31	34,8	58	65,2
Sadece okuryazar	10	37,0	17	63,0
İlkokul mezunu	37	45,1	45	54,9
Ortaokul mezunu	11	50,0	11	50,0
Lise mezunu	33	63,5	19	36,5
Lisans-lisansüstü	22	78,6	6	21,4
Test istatistiği		23,3		
p değeri		<0,001		

\***Ki-kare Testi**

Yılda bir kez göz kontrolü olmak cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir. ( $p=0,845$ ). Kadınların %48,5'i, erkeklerin %47,4'ü yılda bir kez göz kontrolü olmaktadır. Yılda bir kez göz kontrolü olmak yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0,233$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %59,3'ü, 43-57

yaş aralığında olanların %52,0'si, 58-71 yaş aralığında olanların %41,5'i ve 72-85 yaş aralığında olanların %48,0'i yılda bir kez göz kontrolü olmaktadır.

Yılda bir kez göz kontrolü olmak eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir. ( $p<0,001$ ). Okuryazar olmayanların %34,8'i, sadece okuryazar olanların %37,0'si, ilkokul mezunlarının %45,1'i, ortaokul mezunlarının %50,0'si, lise mezunlarının %63,5'i ve lisans–lisansüstü mezunlarının da %78,6'sı evet cevabını vermişlerdir.

#### 4.4.12. Grip Aşısı Yaptırma Durumu

Katılımcılara sorulan “Grip aşısı oldunuz mu?” sorusuna verilen cevapların dağılımı tablo 30'da verilmiştir.

**Tablo 30.** “Grip aşısı oldunuz mu” sorusuna verilen cevaba göre dağılımı

Grip aşısı oldunuz mu?	n	%
Evet	91	30,3
Hayır	209	69,7

Katılımcıların %30,3'ü evet cevabını, %67,7'si hayır cevabını vermiştir.

#### 4.4.13. Hastalıkla ilgili duyduğu bilgiyi kullanma durumu

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili yararlı olacak herhangi bir şey duyduğunda gösterdiği tutum davranışa göre verilerin dağılımı tablo 31’de verilmiştir.

**Tablo 31.** Hastalıklarıyla ilgili yararlı olacak herhangi bir şey duyduğunda gösterdiği tutum ve davranışa göre dağılımı

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili yararlı olacak herhangi bir şey duyduğunda gösterdiği tutum davranışa göre dağılımı	n	%
Sağlık personeline sormadan uygulamam	164	54,7
Yazılı dokümanlardan araştırırım	4	1,3
İnternette araştırırım	9	3,0
Şeker hastalarına sorarak uygulurım	88	29,3
Aklıma yatarsa uygulurım	29	9,7
Böyle bir durum hatırlamıyorum	6	2,0

Katılımcılar hastalıklarıyla alakalı bir şey duyduklarında, %54,7’si sağlık “personeline sormadan uygulamam”, %29,3’ü “şeker hastalarına sorarak uygulurım”, %9,7’si “aklıma yatarsa uygulurım” ve %2,0’si “böyle bir durum hatırlamıyorum” cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların “Şeker hastalığı için tıbbi ilaçların dışında bitkisel ilaçlar kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı tablo 32’de verilmiştir.

**Tablo 32.** “Şeker hastalığı için tıbbi ilaçların dışında bitkisel ilaçlar kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

<b>Şeker hastalığı için tıbbi ilaçların dışında bitkisel ilaçlar kullanıyor musunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	111	37,0
Hayır	189	63,0
<b>Kimin tavsiyesi ile kullanıyorsunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sağlık personeli	23	20,9
Eczacı	5	4,5
Şeker hastaları	65	58,2
Aile	18	16,4

Katılımcıların %37,0’si “evet” cevabını, şeker hastalığı için tıbbi ilaçların dışında bitkisel ilaçlar kullananların %58,2’si “şeker hastalarının”, %20,9’u “sağlık personelinin”, %16,4’ü “ailenin”, %4,5’i “eczacı tavsiyesi ile kullanıyoruz” cevabını vermişlerdir.

#### 4.4.14. Hastanede verilen dokümanları anlama durumu

Katılımcıların hastanede verilen dokümanları anlama durumlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre verilerin dağılımı tablo 33’de verilmiştir.

**Tablo33.** Hastanede verilen dokümanları anlama durumlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre dağılımı

	Herhangi bir dokümanla karşılaşmadım		Genellikle anlamıyorum		Genellikle anlıyorum	
	n	%	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	26	27,1	24	25,0	46	47,9
Erkek	27	24,3	28	25,2	56	50,5
Test istatistiği			0,221			
p değeri			0,895			
<b>Yaş Grubu</b>						
28-42	5	18,5	3	11,1	19	70,4
43-57	28	25,2	23	20,7	60	54,1
58-71	16	25,8	23	37,1	23	37,1
72-85	4	57,1	3	42,9	---	---
Test istatistiği			18,9			
p değeri			0,004			
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Sadece okuryazar	5	19,2	15	57,7	6	23,1
İlkokul mezunu	33	41,3	27	33,8	20	25,0
Ortaokul mezunu	8	36,4	4	18,2	10	45,5
Lise mezunu	6	11,8	4	7,8	41	80,4
Lisans-lisansüstü	1	3,6	2	7,1	25	89,3
Test istatistiği			82,3			
p değeri			<0,001			

\***Ki-kare Testi**

Hastanede verilen dokümanları anlama durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,895). Kadınların %47,9’u, erkeklerin %50,5’i dokümanları “genellikle anladıklarını” ifade etmişlerdir. Hastanede verilen dokümanları anlama durumu yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,004). 28-42 yaş

aralığında olanların %70,4'ü, 43-57 arasında olanların %54,1'i ve 58-71 arasında olanların %37,1'i “genellikle anladıklarını” ifade etmişlerdir.

Hastanede verilen dokümanları anlama durumu eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Sadece okuryazar olanların %19,2'si, ilkokul mezunlarının %41,3'ü, ortaokul mezunlarının %36,4'ü, lise mezunlarının %11,8'i ve lisans –lisansüstü mezunlarının da %3,6'sı “herhangi bir dokümanla karşılaşmadıklarını” ifade etmişlerdir.

Katılımcıların hastanede verilen dokümanların anlamama nedenlerine göre verilerin dağılımı tablo 34'de verilmiştir.

**Tablo 34.** Hastanede verilen dokümanların anlamama nedenlerine göre dağılımı

<b>Hastanede verilen dokümanların anlamama nedenleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tıbbi kelimeler olduğundan anlaşılır değil	36	61,0
Yazılar çok küçük	5	8,5
Çok şey yazdığından okumak sıkıcı geliyor	18	30,5

Hastanede verilen dokümanları anlamama nedenleri incelendiğinde, katılımcıların %61,0'i “tıbbi kelimeler olduğundan anlaşılır değil”, %30,5'i “çok şey yazdığından okumak sıkıcı geliyor” cevabını vermişlerdir.



#### 4.4.15. Hastalıklarına ilişkin yayın okuma durumu

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumlarının cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre verilerin dağılımı tablo 35’ verilmiştir.

**Tablo 35.** Hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumlarının cinsiyete, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına göre dağılımı

Hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumları				
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	62	64,6	34	35,4
Erkek	67	60,4	44	39,6
Test istatistiği		0,391		
p değeri		0,532		
<b>Yaş Grubu</b>				
28-42	23	85,2	4	14,8
43-57	75	67,6	36	32,4
58-71	28	45,2	34	54,8
72-85	3	42,9	4	57,1
Test istatistiği		16,2		
p değeri		0,001		
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Sadece okuryazar	6	23,1	20	76,9
İlkokul mezunu	35	43,8	45	56,3
Ortaokul mezunu	17	77,3	5	22,7
Lise mezunu	45	88,2	6	11,8
Lisans-lisansüstü	26	92,9	2	7,14
Test istatistiği		56,6		
p değeri		0,001		

\***Ki-kare testi**

Hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumları cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,532). Katılımcılardan, kadınların %64,6'sı, erkeklerin %60,4'ü “bilimsel yayın okuduklarını” ifade etmişlerdir. Hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumları, yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). 28-42 yaş aralığında olanların %85,2'si, 43-57 arasında olanların %67,6'sı, 58-71 arasında olanların %45,2'si ve 72-85 arasında olanlarında %42,9'u “bilimsel yayın okuduklarını” ifade etmişlerdir. Hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumları, eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,001). Sadece okuryazar olanların %23,1'i, ilkokul mezunlarının %43,8'i, ortaokul mezunlarının %77,3'ü, lise mezunlarının %88,2'si ve lisans–lisansüstü mezunlarının da %92,9'u bilimsel yayın okuma durumuna “evet” cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili okudukları doküman türleri ve hastalıklarıyla ilgili okuma yapmama nedenlerine göre verilerin dağılımı tablo 36'da verilmiştir.

**Tablo 36.** Hastalıklarıyla ilgili okudukları doküman türleri ve hastalıklarıyla ilgili okuma yapmama nedenlerine göre dağılımı

<b>Hastalıklarıyla ilgili okudukları doküman türleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hastanede verilen broşürleri, bilgi notlarını	117	90,0
Gazetelerde hastalıkla ilgili yazıları	46	35,4
<b>Hastalıklarıyla ilgili okuma yapmama nedenleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okuma alışkanlığı olmadığından	26	32,9
Okuma düzeyi yeterli olmadığından	21	26,6
Tıbbi terimleri anlayamadığından	14	17,7
Sağlık personelinin anlattıklarını yeterli bulduğundan	17	21,5
Diğer	1	1,3

\*Bu tabloda birden fazla seçenek işaretlenen soru bulunmaktadır.

Katılımcıların %90,0'ı “hastalıkları ile ilgili hastanede verilen broşürleri, bilgi notlarını okuduğunu”, %35,4'ü “gazetelerdeki hastalığıyla ilgili yazıları okuduğunu”%32,9'u “okuma alışkanlığı olmadığından doküman okumadıklarını”,

%26,6'sı “okuma düzeyleri yeterli olmadığından”, %17,7'si “tıbbi terimleri anlayamadığından”, %21,5'i,“sağlık personelinin anlattıklarını yeterli bulduğundan” cevaplarını vermişlerdir.

#### 4.4.16. Hastalık yönetimine ilişkin verilen talimatları doğru algılama durumu

Katılımcıların verilen talimatları doğru algılama durumunun cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre verilerin dağılımı tablo 37’de verilmiştir.

**Tablo 37.** Verilen talimatları doğru algılama durumunun cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre dağılımı

Bağımsız değişkenler	İlaçların üzerine yazılan 3x1 sizce ne demek			
	Günde 3kez 1tane		Söylemedi/Yanlıştır	
Cinsiyet	n	%	n	%
Kadın	128	76,6	39	23,4
Erkek	117	88,0	16	12,0
Test istatistiği			6,3	
p değeri			0,012	
Yaş Grubu	n	%	n	%
28-42	26	96,3	1	3,7
43-57	108	86,4	17	13,6
58-71	98	79,7	25	20,3
72-85	13	52,0	12	48,0
Test istatistiği			20,8	
p değeri			<0,001	

**Tablo 37.** Verilen talimatları doğru algılama durumunun cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre dağılımı-devamı

Öğrenim Durumu	n	%	n	%
Okuryazar değil	53	59,6	36	40,4
Sadece okuryazar	20	74,1	7	25,9
İlkokul	73	89,0	9	11,0
Ortaokul	21	95,5	1	4,5
Lise	50	96,2	2	3,8
Lisans-lisansüstü	28	100	0	0,0
Test istatistiği			49,4	
p değeri			<b>&lt;0,001</b>	

**\*Eğimde Ki-kare Testi**

Verilen talimatları doğru algılama durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,012$ ). Katılımcılardan, kadınların %76,6'sı, erkeklerin %88,0'i verilen talimatları doğru algılamaktadır. Verilen talimatları doğru algılama durumu, yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Katılımcılardan, 28-42 yaş aralığında olanların %96,3'ü, 43-57 yaş aralığında olanların %86,4'ü, 58-71 yaş aralığında olanların %79,7'si ve 72-85 yaş aralığında olanları %52,0'si "anladıklarını" ifade etmişlerdir.

Verilen talimatları doğru algılama durumu, eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Katılımcılardan, okuryazar olmayanların %59,6'sı, sadece okuryazar olanların %74,1'i, ilkokul mezunlarının %89,0'u, ortaokul mezunlarının %95,5'i, lise mezunlarının %96,2'si ve lisans –lisansüstü mezunlarının %100,0'ü "evet" cevabını vermişlerdir.

#### 4.4.17. Diyabet eğitim durumu

Katılımcıların diyabetle ilgili eğitim toplantısına katılma durumunun cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre verilerin dağılımı tablo 38’de verilmiştir.

**Tablo 38.** Diyabetle ilgili eğitim toplantısına katılma durumunun cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre dağılımı

	Diyabetle ilgili eğitim toplantısına katılma durumu			
	Evet		Hayır	
Cinsiyet	n	%	n	%
Kadın	18	10,8	149	89,2
Erkek	7	5,3	126	94,7
Yaş Grubu	n	%	n	%
28-42	3	11,1	24	88,9
43-57	16	12,8	109	87,2
58-71	6	4,9	117	95,1
72-85	0	0	25	100
Öğrenim Durumu	n	%	n	%
Okuryazar değil	3	3,4	86	96,6
Sadece okuryazar	0	0	27	100
İlkokul	6	7,3	76	92,7
Ortaokul	2	9,1	20	90,9
Lise	7	13,5	45	86,5
Lisans-lisansüstü	7	25,0	21	75,0

Katılımcılardan kadınların %10,8’i, erkeklerin %5,3’ü “diyabetle alakalı eğitim toplantılarına katıldıklarını” belirtmişlerdir. Katılımcılardan 28-42 yaş arasında olanların %11,1’i, 43-57 yaş arasında olanların %12,8’i, 58-71 yaş arasında olanların %4,9’u “eğitim toplantılarına katıldıklarını” ifade etmişlerdir. Katılımcılardan okuryazar olmayanların %3,4’ü, ilkokul mezunlarının %7,3’ü, ortaokul mezunlarının %9,1’i, lise mezunlarının %13,5’i ve lisans-lisansüstü mezunlarının %25,0’i, “toplantılara katıldıklarını” ifade etmişlerdir.

Katılımcıların diyabetle ilgili eğitim toplantısına katılmama nedenleri, katılanların eğitimlerin yararını değerlendirme durumları ve eğitim programlarından beklentilerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 39’da verilmiştir.

**Tablo 39.** Diyabetle ilgili eğitim toplantısına katılma durumunun katılmama nedenleri, katılanların eğitimlerin yararını değerlendirme durumları ve eğitim programlarından beklentilerinin dağılımı

<b>Diyabetle ilgili eğitim toplantısına katılmama nedenleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kontrollerimi olduğum hastaneden bana böyle bir şey söylenmiyor	257	93,1
Kontrollerimi olduğum hastanede eğitim için davet ediliyorum ama sağlık durumumdan dolayı katılamıyorum	6	2,2
Kontrollerimi olduğum hastanede eğitim için davet ediliyorum ama ulaşım (ekonomik) sorunumdan dolayı katılamıyorum	4	1,4
Yararlı bulmadığımdan katılamıyorum	9	3,3
<b>Katıldığınız eğitim programları ne kadar yararlı oldu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Herhangi bir yararı olduğunu düşünmüyorum	1	4,3
Orta düzeyde yararlı olduğunu düşünüyorum	14	60,9
Çok yararlı olduğunu düşünüyorum	8	34,8
<b>Katıldığınız eğitim programında neler yapılırsa daha iyi olur</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Herkesin anlayacağı şekilde anlatılmalı	3	13,6
Ekonomisi kötü olup, ulaşım problemleri yaşayan, bu sebeple eğitime gelemeyen insanların belirlenip, onlar ziyaret edilip eğitim verilmesi ve onların anlayacağı dilde anlatılması gerekir.	11	50,0
Eğitime uzun yıllar şeker hastası olan kişiler getirilebilir. Onların da bazı konularda bilgi vermeleri sağlanabilir.	1	4,5
Aralıklı olarak tekrar edilmeli	1	4,5
Önerim yok	3	13,6
Uygulamalı olmalı	3	13,6

Katılımcıların toplantılara katılmama nedenleri incelendiğinde %93,1'i "Kontrollerimi olduğum hastaneden bana böyle bir şey söylenmiyor" cevabını verirken %3,3'ü "Yararlı bulmadığından katılamıyorum" cevabını vermişlerdir. Katıldığınız eğitim programları ne kadar yararlı oldu sorusuna katılımcıların %60,9'u, "Orta düzeyde yararlı olduğunu düşünüyorum", %34,8'i, "Çok yararlı olduğunu düşünüyorum" cevabını vermişlerdir. Katılımcılara sorulan, "katıldığınız eğitim programlarında neler yapılırsa daha iyi olurdu?" sorusuna karşılık katılımcıların %50,0'si, "Ekonomisi kötü olup, ulaşım problemleri yaşayan, bu sebeple eğitime gelemeyen insanların belirlenip, onlar ziyaret edilip eğitim verilmesi ve onların anlayacağı dilde anlatılması gerekir", %13,6'sı, "Eğitimler uygulamalı olmalı ve herkesin anlayacağı şekilde anlatılmalı" şeklinde ifade etmişlerdir.

#### 4.4.18. Hastaların Diyabetle İlgili Sorularını Danışma Durumu

Katılımcıların hastalığı ile ilgili sıkıntılı ya da sorması gereken bir durum olduğunda yer/kişi tercihlerinin cinsiyete, yaş gruplarına ve öğrenim durumlarına göre verilerin dağılımı tablo 40'da verilmiştir.

**Tablo 40.** Hastalığı ile ilgili sıkıntılı ya da sorması gereken bir durum olduğunda yer/kişi tercihlerinin cinsiyete, yaşa ve öğrenim durumuna göre dağılımı

Bağımsız değişkenler	Sağlık Personeline		Çevremdeki Kişilere		Sormadan kendim hallederim		İnternet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	120	71,9	44	26,3	3	1,8	0	0,0
Erkek	108	81,2	21	15,8	0	0,0	4	3,0
<b>Yaş Grubu</b>								
28-42	23	85,2	1	3,7	0	0,0	3	11,1
43-57	102	81,6	21	16,8	2	1,6	0	0,0
58-71	89	72,4	33	26,8	0	0,0	1	0,8
72-85	14	56,0	10	40,0	1	4,0	0	0,0

**Tablo 40.** Hastalığı ile ilgili sıkıntılı ya da sorması gereken bir durum olduğunda yer/kişi tercihlerinin cinsiyete, yaşa ve öğrenim durumuna göre dağılımı-devamı

<b>Öğrenim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okuryazar değil	53	59,6	3	39,3	1	1,1	0	0,0
Sadece okuryazar	19	70,4	8	29,6	0	0,0	0	0,0
İlkokul mezunu	65	79,3	15	18,3	1	0,0	1	1,2
Ortaokul mezunu	20	90,9	2	9,1	0	0,0	0	0,0
Lise mezunu	47	90,4	3	5,8	1	1,9	1	1,9
Lisans-lisansüstü	24	85,7	2	7,1	0	0,0	2	7,1

Katılımcılardan, kadınların %71,9'u ve erkeklerin %81,2'si “diyabetle alakalı sorularını, sağlık personeline sorduklarını” ifade etmişlerdir. Katılımcılardan, 28-42 yaş aralığında olanların %85,2'si, 43-57 yaş aralığında olanların %81,6'sı, 58-71 yaş aralığında olanların %72,4'ü ve 72-85 yaş aralığında olanların da %56,0'sı “diyabetle alakalı sorularını, sağlık personeline sorduklarını” ifade etmişlerdir. Katılımcılardan, okuryazar olmayanların %59,6'sı, sadece okuryazar olanların %70,4'ü, ilkokul mezunlarının %79,3'ü, ortaokul mezunlarının %90,9'u, lise mezunlarının %90,4'ü ve lisans-lisansüstü mezunlarının da %85,7'si “diyabetle alakalı sorularını, sağlık personeline sorduklarını” ifade etmişlerdir.

#### **4.4.19. Bilgi kaynakları**

Katılımcılara sorulan “Sizin için hastalığınızla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı hangisidir?”, “Kontrole gittiğinizde hastalığınızla ilgili yaşadığınız durumları unutmadan anlatabilmek için sorun yaşadığınızda şikayetlerinizi bir deftere ya da günlüğe yazar mısınız?”, Diyabetle ilgili bir dernek ya da kuruluşa üye misiniz?”, “Evet ise; aktif olarak çalışıyor musunuz?”, sorularına verilen cevapların dağılımı tablo 41'de verilmiştir.



**Tablo 41.** Hastalıklarıyla ilgili en güvenilir bilgi kaynaklarına, şikayetleri deftere yazma durumuna, dernek ya da kuruluşa üye olma durumuna göre dağılımı

<b>Hastalıklarıyla ilgili en güvenilir bilgi kaynakları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
TV deki sağlık programları	4	1,3
Doktor	269	89,7
Hemşire	21	7,0
İnternet	1	0,3
Diğer Şeker Hastaları	5	1,7
<b>Şikayetlerini deftere yazma durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	5	2,3
Hayır	211	97,7
<b>Dernek ya da kuruluşa üyelik durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	3	1,0
Hayır	295	99,0
<b>Diabetesle ilgili bir dernekte aktif olarak çalışıyor musunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	2	12,5
Hayır	14	87,5

Katılımcıların %89,7'si, "hastalıklarıyla alakalı en güvenilir bilgi kaynağı olarak, doktorları gördüklerini" ifade etmişlerdir. Katılımcıların %7,0'ı, "hastalıklarıyla alakalı en güvenilir bilgi kaynağı olarak, hemşireleri gördüklerini" ifade etmişlerdir. Katılımcıların şikayetlerini deftere yazanların oranı, %2,3 tür. Katılımcıların dernek ya da kuruluşa üye olanların oranı sadece %1,0 olarak belirlenmiştir. Üye olanlardan %12,5'i aktif olarak çalışmaktadır.

#### 4.4.20. Mevzuat takip etme

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili mevzuatı takip etme durumlarına ilişkin verilerin dağılımı tablo 42’de verilmiştir.

**Tablo 42.** Hastalıklarıyla ilgili mevzuatı takip etme durumlarının dağılımı

Hastalıklarıyla ilgili mevzuatı takip etme durumu	n	%
Evet	100	33,4
Hayır	199	66,6
<b>Hastalıklarıyla ilgili mevzuat maddelerin esas ve şartlarını bilme durumları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Uzman hekim raporu gerekmektedir	206	68,9
Tip II Diyabetes Mellituslu İnsülin kullanan hastalar için üç ayda 100 adet şeker ölçüm çubukları	44	14,7
Sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet şeker ölçüm çubukları	30	10,0
Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçete asılları ödeme evraklarına eklenecektir	46	15,4
Sağlık raporları en fazla iki yıl geçerli olacaktır	57	19,1
Bilmiyorum, yakınlarım takip ediyor	71	23,7

\*Bu tabloda birden fazla seçenek işaretlenen soru bulunmaktadır.

Katılımcıların %33,4’ü hastalıkları ile ilgili mevzuatı takip etmektedirler. Hastalıkları ile ilgili mevzuat maddelerin esas ve şartlarını bilme durumları incelendiğinde, katılımcılardan “uzman hekim raporu gerekmektedir” cevabını verenlerin oranı %68,9, “tip II diyabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için üç ayda 100 adet şeker çubuğu” cevabını verenlerin oranı %14,7, “sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet şeker ölçüm çubuğu” diyenlerin oranı %10,0, “kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçete asılları ödeme evraklarına eklenecektir” diyenlerin oranı %15,4 tür. “Sağlık raporları en fazla iki yıl geçerlidir diyenlerin oranı %19,1, “bilmiyorum, yakınlarım takip ediyor” diyenlerin oranı %23,7’dir.

## 4.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular

### 4.5.1. Sağlık Personeli İle İletişim

Katılımcıların hastanedeki muayene sürelerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 43’de verilmiştir.

**Tablo 43.** Hastanedeki muayene sürelerine ilişkin değerlendirilmesine göre dağılımı(Ortalama)

Hastanedeki muayene süresi	Ortanca (min-mak)
Muayene süresi	10 (5-15) dakika

Muayene süresi ortanca olarak 10 dakikadır. Muayene en az 5, en fazla 15 dakika sürmüştür.

Katılımcıların doktoruyla hastalıkları hakkında görüşme yaparken iletişim süreçlerindeki yaşantılarına ilişkin verilerin dağılımları tablo 44’de verilmiştir.

**Tablo 44.** Doktoruyla hastalıkları hakkında görüşmeler yaparken iletişim süreçlerindeki yaşantılarıyla ilgili dağılımı

Doktorunuzla hastalığınız hakkında görüşme yaptığınızda neler yaşıyorsunuz?	n	%
Söylediklerini anlamada güçlük yaşıyorum	92	30,8
Soru sormaya çekiniyorum	104	34,8
Derdimi anlatamıyorum	61	20,4
Zaman baskısı olduğundan rahat olamıyorum	94	31,4
Beni dinlemediğini düşünüyorum	15	5,0
Kendimi güvende hissetmiyorum	6	2,0
Sıkıntı yaşamadım	62	20,7

\*Bu tabloda birden fazla seçenek işaretlenen soru bulunmaktadır.

Katılımcılara sorulan “Doktorunuzla hastalığınız hakkında görüşme yaptığınızda neler yaşıyorsunuz?” sorusuna katılımcıların %30,8’i, “söylediklerini anlamada güçlük yaşıyorum” cevabını, %34,8’i “soru sormaya çekiniyorum” cevabını

vermişlerdir. Katılımcıların %20,4'ü “derdimi anlatamıyorum” , %31,4'ü “zaman baskısı olduğundan daha rahat olamıyorum” cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %5,0'ı “beni dinlemediğini düşünüyorum”,%2,0'ı “kendimi iyi hissetmiyorum”, cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %20,7'si “sıkıntı yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

#### 4.5.2. Hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olma

Katılımcıların hastalık hakkında bilgi düzeyleri ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin hastalık sürecini nasıl etkilediğine ilişkin veriler tablo 45’de verilmiştir.

**Tablo 45.** Hastalık hakkında bilgi düzeyleri ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin hastalık sürecini nasıl etkilediğine ilişkin dağılımı

<b>Şeker hastası olduğunuzu belirten bir kimlik taşıyor musunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	37	12,4
Hayır	262	87,6
<b>Sizce şeker hastası olmak ne demek?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baş etmesi güç bir hastalık. Ömür boyu şekerli gıdalardan uzak durup, diyet yapmak demek.	185	61,7
Sürekli ilaç kullanmak zorunda kalmak. Özveri gerektiren bir hastalık.	90	30,0
Şeker hastası olmak, kısıtlanmak, dilediğince yaşayamamak demek. Sürekli hasta olduğunu hatırlatan bir hastalık	25	8,3
<b>Okuma yazma bilmemeniz hastalığınızla baş etmenizi nasıl etkiliyor?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İnsanlara muhtaç oluyorum	9	9,8
Zor oluyor	52	56,5
İlaçlarımı kendim uygulayamıyorum	11	12,0
Bilmiyorum, anlamıyorum	11	12,0
Etkilenmiyorum	9	9,8

Katılımcıların %87,6'sı “şeker hastası olduğunu belirten kimlik taşımadığını” ifade etmişlerdir. Hastaların %61,7'si şeker hastalığı hakkında “baş etmesi güç bir hastalık”, %30,0'u “sürekli ilaç kullanmak zorunda kalmak” cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %56,5'si “okuma yazma bilmemenin zor olduğunu” ifade etmişlerdir.

### 4.5.3. Sosyal destek

Katılımcıların aile durumlarına ilişkin veriler tablo 46’da yer almaktadır.

**Tablo 46.** Sosyal yaşama ilişkin bazı derilerin dağılımı

<b>Kiminle yaşıyorsunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yalnız yaşıyorum	23	7,7
Eşimle	111	37,0
Eşim ve çocuklarımla	148	49,3
Eş, çocuk ve diğer akrabalarımla	14	4,7
Arkadaş veya yakınlarımla	4	1,3
<b>Aile bireyleri size hastalığınızın tedavisinde destek oluyor mu?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	269	90,6
Hayır	28	9,4
<b>Destek olunan konu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diyet	154	56,4
Egzersiz	42	15,4
İlaçların düzenli alınması	217	79,5
Ayak bakımı	22	8,1
Kontrolleri gitme	154	56,4
Kan şekerimi ölçmemde	182	66,7
Diğer	2	0,7
<b>Hastaneye tek başınıza gelebilir misiniz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	209	69,7
Hayır	91	30,3

\*Bu tabloda birden fazla seçenek işaretlenen soru bulunmaktadır.

Katılımcıların %7,7’si “yalnız yaşadığını”, %37,0’ı “eşiyle yaşadığını”, %49,3’ü “eşi ve çocuklarıyla yaşadığını”, %4,7’si “eşi, çocukları ve diğer akrabalarıyla yaşadığını”, %1,3’ü “arkadaş ve yakınlarıyla yaşadığını” ifade etmişlerdir. Katılımcıların %90,6’sı “aile bireylerinden destek aldığını” ifade etmişlerdir. Katılımcıların %79,5’i, “ilaçların düzenli alınması noktasında destek aldıklarını”, %66,7’si “kan şekerini ölçmede yardım aldıklarını” ifade etmişlerdir. Katılımcıların %56,4’ü “kontrole gitmede destek aldıklarını”, %56,4’ü “diyet yaparken destek

aldıklarını” ifade etmişlerdir. Katılımcıların %69,7’si “hastaneye tek başına geldiklerini” ifade etmişlerdir.

#### 4.6. Diyabet hakkında bilgi düzeyleri

Katılımcıların diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri sorgulanarak puanlanmıştır. Diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri tablo 47’de verilmiştir.

**Tablo 47.** Katılımcıların diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri

Diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri	Bilen sayısı (n)	Bilinme oranı(%)
Sizce kan şekerinizin açlık değeri ne olmalıdır?	187	62,3
Sizce kan şekerinizin tokluk değeri ne olmalıdır?	173	57,7
Kan şekerinizin istenmeyen şekilde düştüğünü nasıl anlarsınız	144	48,0
Kan şekerinin düşme nedenlerini biliyor musunuz?	151	50,3
Kan şekerinizin düştüğünü hissettiğinizde ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz?	142	47,3
Kan şekerinizin yükseldiğini nasıl anlarsınız	119	39,7
Kan şekerinizin yükselme nedenlerini biliyor musunuz?	120	40,0
Kan şekerinizin yükseldiğini hissettiğinizde ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz?	22	7,3
Egzersizizin yararlarını biliyor musunuz?	136	45,3
En uygun egzersiz nasıl yapılmalıdır?	130	43,3
Ayak bakımında neler yapılması gerekir?	93	31,0
HbA1C veya A1C’nin ne anlama geldiğini ifade eder misiniz?	80	26,7
HbA1C’nin diyabet hastalarında hangi değerde olması gerekir?	59	19,7
Şeker hastalığının hangi organlara olumsuz sonuçları vardır?	136	45,3
Şeker hastalarının beslenme düzeni nasıl olmalıdır?	232	77,3
İNSÜLİN KULLANIYORSANIZ sizce insülinin en önemli yan etkisi nedir?	176	58,7

\*Bu tabloda birden fazla seçenek işaretlenen sorular bulunmaktadır.

Katılımcıların kan şekerinin açlık değerini bilme oranı, %62,3, kan şekerinin tokluk değerini bilme oranı, %57,7, kan şekerinin istenmeyen şekilde nasıl düştüğünü anlayanların oranı, %48,0, kan şekerinin düşme nedenlerini bilenlerin oranı, %50,3, kan şekeri düştüğünde ne yapılması gerektiğini bilenlerin oranı, %47,3, kan şekerinin nasıl yükseldiğini anlayanların oranı, %39,7, kan şekerinin yükselme nedenlerini bilenlerin oranı, %40,0, kan şekeri yükseldiğinde neler yapılması gerektiğini bilenlerin oranı,

%7,3, egzersizin yararlarını bilenlerin oranı, %45,3, egzersizin nasıl yapılması gerektiğini bilenlerin oranı, %43,3, ayak bakımının nasıl yapıldığını bilenlerin oranı, %31,0, HbA1c'nin ne anlama geldiğini bilenlerin oranı, %26,7, HbA1c'nin hangi değerde olması gerektiğini bilenlerin oranı, %19,7, şeker hastalığının zarar verdiği organları bilenlerin oranı, %45,3, şeker hastalarının beslenme düzenini bilenlerin oranı, %77,3, insülinin yan etkilerini bilenlerin oranı, %58,7'dir.

Toplam 16 sorudan en çok 15 ine doğru cevap verilirken bir tane bile doğru cevap veremeyen katılımcılar mevcuttur. Genel olarak incelendiğinde 16 sorudan ortanca olarak 7 soru doğru bilinmiştir.

#### **4.7. Hipoteze İlişkin Sonuçların Özeti**

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında okuma yazma becerisini kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında bilgisayar kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında bilgisayar kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında düzenli olarak ilaç kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında düzenli olarak ilaç kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında düzenli olarak ilaç kullanma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında diyet uygulama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında diyet uygulama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında diyet uygulama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında yılda bir kez göz kontrolü olma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında yılda bir kez göz kontrolü olma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.



Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında yılda bir kez göz kontrolü olma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında hastanede verilen dokümanları okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında hastanede verilen dokümanları okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında hastanede verilen dokümanları okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında bilimsel yayın okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında bilimsel yayın okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında bilimsel yayın okuma durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, cinsiyetler arasında verilen talimatları doğru algılama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, yaş gruplar arasında verilen talimatları doğru algılama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturanlarda, eğitim düzeyler arasında verilen talimatları doğru algılama durumları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Çalışma, Vezirköprü Devlet Hastanesi Dahiliye Poliklinikler'ine başvuran Tip II Diyabet hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık durumlarının belirlenmesi amacıyla 2015 yılında yürütülmüş olan, Sağlıkta Okuryazarlık: Tip II Diyabet Hastaları Üzerine Bir Araştırma çalışmasıdır. 300 kişi üzerinde yürütülen çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki bölümlerle literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

- Çalışma grubunun demografik özellikleri
- Çalışma grubunun hastalık yaşantılarına ilişkin özellikleri
- Çalışma grubunun okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlık özellikleri
- Çalışma grubunun sağlık okuryazarlık durumlarının özellikleri
- Çalışma grubunun diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri özellikleri

### 5.1. Çalışma grubunun demografik özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan Vezirköprü Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniklerine başvuran Tip II Diyabetli bireylerden, çalışmaya katılan 300 kişinin yaş ortalaması 57 yıldır (min: 28, mak: 85).

Hastaların yarısından fazlasının (%55,7) kadın olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %93,0'ü evlidir. Sağlık hizmeti kullanımı cinsiyet, yaş, medeni durum, ırk vb. faktörler tarafından etkilenmektedir. Araştırmalar kadınların erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarını göstermektedir (Erdem ve Pirinççi, 2003).

Tip II Diyabet günümüzde epidemik bir hastalık haline gelmiştir. Hızlı nüfus artışı, nüfusun yaşlanması, şehirleşme, fiziksel inaktivite ve obezite prevalansının artması nedeniyle diyabetik kişilerin sayısı giderek artmaktadır. Tüm yaş grupları için dünyada 2000 yılında %2,8 olan diyabet prevalansının, 2030 yılında %4,4 olacağı, diyabetli kişi sayısının ise 2000-2030 yılları arasında 171 milyondan 366 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (Gür, 2013).

Katılımcıların %29,7'sinin okuryazar olmadığı belirlenmiş olup, %9,0 sadece okuryazar, %27,3'ü ilköğretim mezunu, %7,3'ü ortaokul mezunu, %17,3'ü lise mezunu, %9,3'ü lisans-lisansüstü eğitim mezunudur. Bu bulgu, çalışma kapsamındaki hastaların genel okuryazarlık düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmada, okuryazarlık oranının düşük olması, sağlık okuryazarlığına ilişkin bulgularda olumsuz yansımaları etki etmiştir.

Uygun sağlık kararlarının alınması, bireylerin sağlıkla ilgili temel bilgilere erişme, bu bilgileri işleme ve anlama kapasitesinin derecesi anlamına gelen sağlık okuryazarlığı seviyeleri tarafından belirlenmektedir (Yalçın ve ark., 2014).

Düşük okuryazarlığının, birçok sağlık profesyoneli için hayal edilenden çok daha büyük bir sorun olduğu belirtilmektedir. ABD’de Ulusal bir çalışmaya göre, toplumda bağımsız fonksiyonlar için gerekli temel okuma-yazma becerilerinin erişkinlerin %21,0-23,0’ünde düşük olduğu belirtilmektedir (Grace ve Christensen, 1998).

Katılımcıların %42,0’si ev hanımı, %11,0’i çiftçi, %13,7’si esnaf, %3,7’si öğretmen, %4,7’si işçi, %12,7’si emekli, %1,0’i polis, %3,3’ü memur, %1,0’i şoför, %1,0’i tekniker ve %1,3’ü hemşiredir.

Katılımcılardan SGK’lı olanların oranı %85,0, yeşil kart sahibi olanların oranı %12,0’dır. Sosyal güvencesi olmayanların oranı %3,0’dür.

Yapılan çalışmada katılımcıların yaşadığı yerler incelendiğinde, %44,3’ü kent merkezinde, %20,3’ü kasabada, %32,4’ü köyde yaşamaktadır. Geriye kalan %3,0’lük kısım kışın kent, yazın köyde yaşamaktadır.

Katılımcıların aylık gelirine bakıldığında ortanca aylık gelir değeri 1500 TL’dir. Katılımcılardan en az kazanan 400 TL, en fazla kazanan 700 TL kazanmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu gelir durumlarının düşük düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir.

## **5.2. Çalışma grubunun hastalık yaşantılarına ilişkin özellikleri**

Yapılan çalışmada, katılımcıların ortanca olarak 7 yıldır şeker hastası olduğu görülmektedir. 1 yıldır şeker hastası olan katılımcılarla, 30 yıldır şeker hastası olan katılımcılar mevcuttur.

Gür’ün (2013), “Çanakkale İli’nin Tip 1 ve Tip 2 Diyabet Hastalığı’ndaki Karnesi” adlı çalışmasında katılımcıların diyabet yıl ortalaması 9,0-6,3’dür.

Akın ve arkadaşlarının (2015), “Tip 2 Diyabette Hastalık Yaşı ile Acil Servis Başvurularında Yatış Oranlarının Karşılaştırılması” adlı çalışmasında, DM yaşı<10 yıl olanlarda Diyabetes Mellitus yıl ortalaması; 4,98, DM yaşı >10 yıl olanlarda Diyabetes Mellitus yıl ortalaması; 15,22’dır.

Akın’ın (2013) çalışmasında katılımcılardan 1-5 yıl arası şeker hastası olanların oranı %24,1, 6-10 yıl arası olanların oranı %24,7, 11 yıl ve üzeri olanların oranı %51,7’dır.

Turhan'ın (2007) "Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete" adlı çalışmasında diyabet süresi 0-5 yıl olanların oranı %42,0, 6-10 yıl olanların oranı %29,0, 11-20 yıl olanların oranı %25,0, 21 yıl ve üzeri olanlar %4,0'dür.

Tip II Diyabet, tüm diyabetli hastaların %85-90'lık kısmını oluşturur. Bu hastalarda, tanı yıllarca gecikebilir, diyabetin klinik semptomları ortaya çıkana kadar geçen zaman 10-12 yıl kadar uzun olmaktadır (Gür, 2013).

Diyabet, insülin hormonunun yetersizliği, yokluğu ve/veya eksikliği sonucu ortaya çıkan ve karbonhidrat metabolizması bozuklukları ile karakterize olan kronik metabolizma hastalığıdır (Hekim, 2015).

Diyabet beraberinde diğer organlarda da fonksiyonel bozuklulara yol açabilen bir hastalıktır. Diğer hastalıkların diyabetin yanı sıra başka bir kronik hastalıkların olması sık görülen durumdur (Aslantekin, 2011).

Türk Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması'nda (TURDEP), yetişkinlerde Diabetes Mellitus, hipertansiyon ve obezite prevalansları sırasıyla, %7,2, %29,0, %22,0 olarak bulunmuştur (Satman ve ark., 2002).

Katılımcıların %58,0'nin, şeker hastalığı dışında, başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır.

Azak ve arkadaşlarının (2008), "Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Akut Yorgunluk Sendromu ve Etkileyen Faktörler" adlı çalışmasında katılımcıların %56,5'inde şeker hastalığı dışında kronik hastalığı bulunduğu tespit edilmiştir.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin hipertansiyon, diyabet, kronik akciğer hastalığı ve nörolojik sorunlardan daha fazla etkilendiği ve bu etkilenmenin bireysel düzeyde hastayı etkilediği gibi, hastanın yakın çevresini de etkilediği belirtilmektedir (Uğurlu, 2011).

Tip 2 Diyabetli hastalarda ideal tedavi, diyet ve egzersizle kan şekeri kontrolünün sağlanmasıdır. Fakat bu yöntemler çoğu zaman yetersiz kalır ve hasta oral antidiyabetik ilaç veya insülin kullanımına ihtiyaç duyar (Akin, 2013).

Katılımcıların halen insülin kullananların oranı %46,7, şeker ilacı kullananların oranı %67,3, kollestrol ilacı kullananların oranı %7,0, tansiyon ilacı kullananların oranı %32,3'tür.

Çıtıl ve arkadaşlarının (2010), “Kayseri İl Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler” adlı çalışmasında katılımcıların, sadece diyet ile tedavi olanların oranı %5,1, oral antidiyabetik kullananların oranı %63,6, insülin kullananların oranı %11,2, oral antidiyabetikle birlikte insülin kullananların oranı %12,3, hiçbir şey kullanmayanların oranı %7,8’dir.

Akın’ın (2013) çalışmasında, çalışma grubunun %39,5’i oral antidiyabetik kullanmakta, %12,32’ü egzersiz yapmakta aynı zamanda, diyet yapmakta ve oral diyabetik kullanmakta, %11,1’i oral antidiyabetik ve insülin kullanmaktadır (Akın, 2013). Yapılan araştırmalarda hastaların çoğunluğu tedavi amaçlı oral antidiyabetik ilaç kullanmaktadır.

Turhan’ın (2007) çalışmasında, katılımcıların %43,0’ı oral antidiyabetik kullanmakta, %28,0’ı insülin kullanmakta, %29,0’ı insülinle beraber oral antidiyabetik kullanmaktadır.

Katılımcıların, son bir yıl içerisinde hastaneye yatma oranı %51,2’dir. Hastaneye yatma nedenleri incelendiğinde şeker hastalığı sebebi ile yatanların oranı %53,6, şeker hastalığı dışında herhangi bir nedenle yatma oranı %46,4’tür.

Akın ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, şubat-temmuz 2013 tarihleri arasında, Tip II Diyabet hastalığı nedeniyle hastaneye yatış oranı, %48,5’dir.

Katılımcıların %95,3’ü, “hastalıklarıyla ilgili ilk bilgiyi hastanede doktordan öğrendiklerini, kendisine diyabet ve ilaç tedavisi hakkında bilgi verildiğini ve çok üzülüğünü” belirtmiştir. Aile hekiminden öğrenen, “kendisine diyabet ve ilaç tedavisi hakkında bilgi verildiğini ve çok üzülüğünü söyleyenler ile çevremdeki insanlardan öğrendim çok üzuldüm” diyenlerin oranı %2,3’tür.

Acemoğlu ve arkadaşlarının (2006), “Tip II Diabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri” adlı çalışmasında diyabet tanısı birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında konulmuştur.

Çıtıl ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, diyabet tanısının devlet hastanelerinde konulduğu görülmektedir. Bu çalışmada çalışma grubunun tamamına yakını diyabet tanısını bir sağlık kuruluşunda ve bir sağlık personelinden öğrenmiştir.

Diyabet gibi kronik hastalıklarda, bireyin tedavi kurallarına uymak için normal yaşam tarzında değişiklikler yapmak zorunda olması, kişinin hastalığa uyum ve kabullenme sorunları yaşamasına neden olabilmektedir (Demirtaş ve Akbayrak, 2009).

### **5.3. Çalışma grubunun okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlık özellikleri**

Çalışma grubundan kadınların %30,8'i okuma yazmayı, okuma yazma kurslarından, %38,5'i okul eğitiminden, %7,7'si okuldan terk ve %23,1'i de ailesinden öğrendiklerini belirtmişlerdir. Erkeklerin %50,0'si okuma yazmayı okuma yazma kurslarından, %14,3'ü okul eğitiminden, %21,4'ü okuldan terk ve %14,3'ü ailesinden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Aslantekin'in çalışmasında, kadınların %15,0'i okuma kurslarından, %75,0'i okul terk, %10,0'u aileden okuma yazma öğrenmişlerdir. Erkeklerin %10,0'u okuma kurslarından, %60,0'ı okul terk şekilde okuma yazma öğrenmişlerdir (Aslantekin, 2011).

Yapılan çalışmada, kadın katılımcıların, erkeklere göre, okuma yazma konusunda, aileden daha fazla yardım aldıkları görülmektedir. Erkeklerin, kadınlara göre, okul terk etme durumu daha fazla görülmektedir.

Katılımcılardan kadınların %38,0'i, "çok iyi düzeyde okuyorum, yazıyorum" cevabını verirken, erkeklerde bu oran %61,7'dir. "Okuyamıyorum, yazamıyorum" diyen kadınların oranı %41'6, erkeklerde bu oran %15'8'dir. Okuma yazma becerisini kullanma durumu, cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < 0,001$ ). Cinsiyet değişkeni açısından H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Uğurlu'nun çalışmasında, katılımcılar okuma yazma düzeyleri hakkında, %8,1'i "mükemmel", %14,4'ü "çok iyi", %37,2'si "iyi", %21,8'i "kötü", %18,4'ü "çok kötü" cevabını vermişlerdir.

Yapılan çalışmada kadınlar okuma yazma konusunda erkeklere oranla daha dezavantajlı görülmektedirler.

Katılımcılardan, 28-42 yaş aralığında olanların %48,1'i lise mezunu ve %40,7'i üniversite mezunudur. 43-57 yaş aralığında olanların %35,2'si ilkokul mezunu, %26,4'ü lise mezunu, %12,0'si ortaokul mezunu ve %10,4'ü de okuryazar değildir. 58-71 yaş aralığında olanların %48,0'i okuryazar değil, %25,2'si ilkokul mezunu, %13,8'i sadece okuryazardır. 72-85 yaş aralığında olanların %68,0'i okuryazar değil, %12,0'si sadece

okuryazar ve %20,0'si ilkokul mezunudur. Katılımcıların eğitim durumları ile yaşları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Katılımcıların yaş düzeyleri arttıkça eğitim düzeyinin düştüğü görülmektedir.

Katılımcıların okuryazar olmayanların %98,9'u "okuyamıyorum, yazamıyorum" cevabını vermişlerdir. Sadece okuryazar olanların %66,7'si, "güçlükle okuyup yazabildiklerini", %14,8'i, "çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını", %11,1'i, "okuyabildiklerini ama yazamadıklarını" belirtmişlerdir. İlkokul mezunu olanların %53,7'si, "çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını", %39,0'u, "güçlükle okuyup yazdıklarını" belirtmişlerdir. Ortaokul mezunlarının %86,4'ü, "çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını" ve %13,6'sı, "güçlükle okuyup yazdıklarını" belirtmişlerdir. Lise mezunlarının %98,1'i, "çok iyi düzeyde okuyup yazdıklarını" belirtmişlerdir. Üniversite mezunlarının %96,4'ü, "çok iyi düzeyde okuyup yazabildiklerini" belirtmişlerdir. Katılımcıların okuma yazma becerileri eğitim düzeyi arttıkça daha iyi olmaktadır.

Katılımcıların bilgisayar kullanma oranı kadınlarda %35,2, erkeklerde %53,5'tir. Çalışma grubuna katılan bireylerin bilgisayar kullanma alışkanlığının yaygın olmadığı görülmektedir. Erkeklerin bilgisayar kullanma oranının kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir. Bilgisayar kullanma durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,006$ ). Cinsiyet değişkeni açısından H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Uğurlu'nun (2011) çalışmasında, erkeklerde bilgisayar kullanma oranının %56,1, kadınlarda bilgisayar kullanma oranının %50,8 olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan, 28-42 yaş aralığında olanların %85,2'si 43-57 yaş aralığında olanların %51,3'ü 58-71 yaş aralığında olanların %22,5'i ve 72-85 yaş aralığında olanların da %11,1'i bilgisayar kullanmaktadırlar. Bilgisayar kullanma durumu yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yaş değişkeni açısından H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre, bilgisayar ve internet kullanım oranları 16-74 yaş grubundaki bireylerde sırasıyla %54,8 ve %55,9 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar erkeklerde %64,0 ve %65,8, kadınlarda %45,6 ve %46,1'dir (TÜİK, 2015).

Katılımcılardan, okuryazar olmayanların %6,7'si, sadece okuryazar olanların %7,4'ü, ilkokul mezunlarının %21,3'ü, ortaokul mezunlarının %27,3'ü, lise mezunlarının %90,0'ı ve lisans-lisansüstü eğitim mezunlarının %100,0'ü bilgisayar kullanmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça bilgisayar kullanma oranı da artmaktadır.

TÜİK 2015 verilerine göre, eğitim durumuna göre bilgisayar kullanım oranları, ilköğretim mezunlarının %59,0, lise mezunlarının %74,1, yüksekokul ve fakülte mezunlarının %91,7'dir (TÜİK, 2015).

Çalışma grubundan kadınların %50,0'si, bilgisayarı "haber okumak için", %45,0'i, "sohbet etmek için", %20,0'si "oyun oynamak için" ve %52,5'i "merak ettiğim konuları araştırmak için" kullandıkları cevabını vermişlerdir. Erkeklerin %67,7'si, "haber okumak için bilgisayarı kullanırken", %30,6'sı, "sohbet etmek için", %33,9'u, "oyun oynamak için" ve %38,7'si, "merak ettiğim konuları araştırmak için" cevabını vermişlerdir.

Uğurlu'nun (2011) çalışmasında, katılımcıların %37,8'i, "araştırma yapmak için", %23,0'ü "mailleri kontrol etmek için", %22,5'i "iş gereği", %16,7'si "oyun oynamak için" bilgisayar kullandıklarını söylemişlerdir.

Avcı'nın (2013), "Annelerin Anne Sütü ile İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme" adlı çalışmasında katılımcıların %97,3'ü, "çocukla ilgili bilgi amaçlı", %80,5'i, "sosyal amaçlı", %38,2, "iş ile ilgili", %40,0'ı, "oyun amaçlı bilgisayar kullandıklarını" söylemişlerdir (sorulara birden fazla yanıt verilmiştir).

Kadınların %37,8'i "interneti hastalığınızla ilgili araştırmalar için kullandınız mı?" sorusuna karşılık kullandıklarını belirtmişlerdir. "Nadiren kullanıyorum" cevabını verenlerin oranı %26,7, "sıklıkla" cevabını verenlerin oranı %6,7 ve "kullanmıyorum" cevabını verenlerin oranı %28,9'dur. Erkeklerin %27,4'ü, "interneti hastalığınızla ilgili araştırmalar için kullandınız mı?" sorusuna karşılık "kullanıyorum" cevabını vermişlerdir. "Nadiren kullanıyorum" cevabını verenlerin oranı %34,2, "sıklıkla kullanıyorum" cevabını verenlerin oranı %8,2 ve "kullanmıyorum" cevabını verenlerin oranı %30,1'dir.

Uğurlu'nun (2011) çalışmasında, katılımcılara bilgisayarı hangi amaçla kullandıkları sorulduğunda; hastaların bilgisayarı sırasıyla, araştırma yapmak (%37,8), e-maillerin kontrolü (%23,0), iş gereği (%22,5) ve oyun oynamak için (%16,7) kullandıkları tespit edilmiştir.

Katılımcıların %45,5'inin gazete okuma alışkanlığı olmakla birlikte, %54,52'sinin gazete okuma alışkanlığı olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %38,0'i, "gazeteyi ayrıntılı okuduğunu", %4,6'sı, "sadece başlıkları okuduğunu",



%48,1'i, "ilgilerini çeken yazıları okuduğunu", %9,3'ü "büyük yazıları ve başlıkları seçerek okuduğunu" belirtmişlerdir.

Avcı'nın (2013) çalışmasında katılımcıların %19,0'si "gazete okuma alışkanlığı olmadığını", %80,3'ü, "gazete okuma alışkanlığının olduğunu" ifade etmektedir. Çalışma grubunun %25,8'i, "gazeteyi ayrıntılı okuduğunu", %26,7'si, "gazeteyi yüzeysel okuduğunu", %47,5'i, "gazeteyi seçerek okuduğunu" belirtmişlerdir.

#### **5.4. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlık durumlarının özellikleri**

Yapılan çalışmada, hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme durumu cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0,641$ ). Kadınların %42,5'i, erkeklerin %39,8'i, "evet" cevabını vermişlerdir. Cinsiyet değişkeni açısından H4 hipotezi reddedilmiştir. Hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,057$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %25,9'u, 43-57 yaş aralığında olanların %36,0'sı, 58-71 yaş aralığında olanların %48,0'i ve 72-85 yaş aralığında olanların %52,0'si "evet" cevabını vermişlerdir. Yaş değişkeni açısından H5 hipotezi kabul reddedilmiştir. Hastalığın nedeninin şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilme eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Okuryazar olmayanların %56,2'si, sadece okuryazar olanların %40,7'si, ilkökul mezunlarının %43,9'u, ortaokul mezunlarının %31,8'i, lise mezunlarının %30,8'i ve lisans-lisansüstü mezunlarının %14,3'ü, "evet" cevabını vermiştir. Eğitim değişkeni açısından H6 hipotezi kabul edilmiştir.

Aslantekin'in çalışmasında katılımcıların %81,1'i hastalığın nedeninin şeker tüketmekten kaynaklanmadığı bilgisine sahiptir. Verdikleri cevaplar ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların "Sizce şeker hastası olmanızın nedeni çok şeker tüketmeniz olabilir mi?" sorusuna verdikleri cevapları ile yaş değişkeni ve öğrenim durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Katılımcıların %28,8'i, şeker hastalığına bağlı komplikasyon yaşadığını belirtirken, %71,2'si herhangi bir komplikasyon yaşamadığını belirtmiştir. Katılımcılara sorulan "Sizce bu komplikasyon önlenebilir miydi?" sorusuna, "evet" cevabını verenlerin oranı %88,4, "hayır" cevabını verenlerin oranı %11,6'dır.

Doğan'ın (2008) yaptığı "Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitim Düzeyi ile Diyabet Başlangıç Yaşı, Vücut Kitle İndeksi, HbA1c Düzeyi ve Mikroanjyopatik

Komplikasyonların Karşılaştırılması” adlı çalışmasında, katılımcıların %54,2’si şeker hastalığına bağlı mikrovasküler komplikasyon yaşamıştır.

Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme durumu, cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,041$ ). Kadınların %71,9’u, erkeklerin %82,0’si düzenli olarak kontrole gitmektedirler. Cinsiyet değişkeni açısından H7 hipotezi kabul edilmiştir. Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,072$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %88,9’u, 43-57 yaş aralığında olanların %79,2’si, 58-71 yaş aralığında olanların %74,0’ü ve 72-85 arasında olanların %60,0’ı düzenli olarak kontrole gitmektedir. Yaş değişkeni açısından H8 hipotezi reddedilmiştir. Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Okuryazar olmayanların %60,7’si, sadece okuryazar olanların %63,0’ü, ilkokul mezunlarının %80,5’i, ortaokul mezunlarının %77,3’ü, lise mezunlarının %90,4’ü ve lisans –lisansüstü mezunlarının %100,0’ü “evet” cevabını vermişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H9 hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların kontrollere gitmeme nedenleri arasında, “ulaşım problemleri ve ekonomik zorluk” cevabını verenlerin oranı %48,6, “zamanım yok, işim çok” cevabını verenlerin oranı %23,6, “iyi olduğunu düşünüyorum” cevabını verenlerin oranı %13,9’ dur. “İhtiyaç duyarsam giderim” cevabını verenlerin oranı %6,9, “doktora gitmeyi sevmem” cevabını verenleri oranı %2,8’ dir.

Acemoğlu ve arkadaşlarının yaptığı, “Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri” adlı çalışmasında, katılımcıların %54,8’i kontrollere düzenli olarak gitmektedirler (Acemoğlu ve ark., 2006).

Hastanede 3-6 ayda bir kontrol yaptıranların oranı %21,6, hastanede 6-9 ayda bir kontrol yaptıranların oranı %25,0, hastanede 9-12 ayda bir kontrol yaptıranların oranı %43,9 ve toplum sağlığı merkezlerinde kontrol yaptıranların oranı %9,5’tir. Hastaneye tek başına gitmeme nedenleri arasında, “okuma yazmam olmadığından işimi yaptırمامam” cevabını verenlerin oranı %61,5, “fiziksel engeller” cevabını verenlerin oranı %44,0, “sağlık personelini yeterince anlayamadığımdan” cevabını verenlerin oranı %40,7 ve “tek başıma ulaşım araçlarını kullanamıyorum” cevabını verenlerin oranı %44,0’tür (katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir).

Akın’ın (2013) çalışmasında, sağlık kuruluşuna rahatsızlanınca gidenlerin oranı %3,1, 6 ayda bir gidenlerin oranı %20,4, ayda bir gidenlerin oranı %5,6, yılda bir

gidenlerin oranı %16,0, iki ayda bir gidenlerin oranı %4,3, üç ayda bir gidenlerin oranı %36,4'dür.

Baykal ve Kapucu'nun yaptığı, "Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi" adlı çalışmada, katılımcıların %41,4'ü iki ayda bir, %38,9'u üç ayda bir, %7,0'ı altı ayda bir, %12,7'si yılda bir ve üstü kontrole gitmişlerdir (Baykal ve Kapucu, 2015).

Evde glisemi takibi, doğru uygulandığında kişiye kendi kan şekerlerini ölçerken, kendi hastalığını tanıma ve yön verme imkanı tanır. Evde glisemi takibinin yararları; daha iyi glisemik kontrol sağlanmasına yardım eder, hipoglisemilerin erken tanı ve önlenmesine yardım eder, insülin ve oral antidiyabetiklerin doz ayarlarını kolaylaştırır, uzun vadede kronik komplikasyonlar azalır, yaşam kalitesi artar, dolayısıyla hastaneye yatış nedenleri azalır, hastanın eğitimine yardımcı olur (Ayalp, 2008).

Yapılan çalışmada evde şeker ölçümü yapanların oranı %89,3'tür. Çıtıl ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada evde şeker ölçümü yapanların oranı %33,3'tür.

Katılımcıların %89,0'unun evde şeker ölçümü yapmalarına ilişkin eğitim aldıkları görülmektedir. Katılımcıların ölçüm yapmak için en çok hemşire olmak üzere sağlık profesyonellerinden eğitimi almış olmaları ve %80,7'sine bu eğitimlerin uygulama yapılarak verilmesi becerinin kazandırılması ve süreç takibinin kalitesi açısından önemlidir.

Diyabet tedavisinde glisemik kontrol çok önemlidir. Diyabet regülasyonunun takibinde en yaygın kullanılan testler, kan glukoz ve HbA1c ölçümüdür. Kan glukoz ölçümü, günlük glisemik durumun göstergesi iken, HbA1c geçmiş 2-3 aylık dönemdeki ortalama glukoz değerini yansıtır ve diyabet komplikasyonlarının gelişme riskinin bir göstergesidir (Özgür ve ark., 2011).

Katılımcıların, en son baktırdıklarında HbA1c değerini hatırlamayanların oranı %88,0'dir.

Çıtıl'ın (2010) çalışmasında hastaların HbA1c değerlerine göre metabolik kontrol durumu %45,9'unda kötü, %29,3'ünde sınırdaki, %24,8'inde iyi saptanmıştır. Diyabetli bireylerin büyük çoğunluğunun, metabolik kontrol durumu istenilen düzeyde değildir.

Düzenli olarak ilaç kullanımı cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,0751$ ). Kadınların %92,2'si, erkeklerin %97,0'si düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Cinsiyet değişkeni açısından H10 hipotezi reddedilmiştir. Düzenli olarak ilaç kullanımı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,503$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %92,6'sı, 43-57 yaş aralığında olanların %95,2'si, 58-71 yaş aralığında olanların %95,1'i ve 72-85 yaş aralığında olanların %88,0'i düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Yaş değişkeni açısından H11 hipotezi reddedilmiştir. Düzenli olarak ilaç kullanımı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,172$ ). Okuryazar olmayanların %91,0'i, sadece okuryazar olanların %88,9'u, ilköğretim mezunlarının %93,9'u, ortaokul mezunlarının %100,0'ü, lise mezunlarının %98,1'i ve lisans–lisansüstü mezunlarının %100,0'ü, “evet” cevabını vermişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H12 hipotezi reddedilmiştir.

Uğurlu'nun (2011) çalışmasında, katılımcıların %65,6'sı, “her zaman”, %7,3'ü, “bazen”, %3,5'i, “nadiren”, %23,6'sı, “hiçbir zaman” ilaç kullanmadıkları cevabını vermişlerdir.

Doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma cinsiyete göre farklılık bulunmamıştır ( $p=0,248$ ). Kadınların %7,8'i, erkeklerin %4,5'i, doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapmaktadırlar. Cinsiyet değişkeni açısından H13 hipotezi reddedilmiştir. Doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,028$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %7,4'ü, 43-57 yaş aralığında olanların %5,6'sı, 58-71 yaş aralığında olanların %4,1'i ve 72-85 yaş aralığında olanların %20,0'si doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapmaktadırlar. Yaş değişkeni açısından H14 hipotezi kabul edilmiştir. Doktorlara sormadan ilaç dozunda değişiklik yapma ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,862$ ). Okuryazar olmayanların %9,0'u, sadece okuryazar olanların %7,4'ü, ilköğretim mezunlarının %4,9'u, ortaokul mezunlarının %4,5'i, lise mezunlarının %5,8'i ve lisans–lisansüstü mezunlarının da %3,6'sı, “evet” cevabını vermişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H15 hipotezi reddedilmiştir.

Diyet reçetesi verilerek tarifi yapılanların oranı %65,7, reçete verilip tarifi yapılmayanların oranı %24,3'tür. Hiç reçete verilmeyenlerin oranı %10,0'dur.

Uğurlu'nun çalışmasında katılımcılar diyabetle ilgili sağlık personelinde bilgi alma durumu hakkında %86,9'u "her zaman", %9,7'si, "bazen", %1,4'ü, "nadiren", %2,0'si, "hiçbir zaman" cevabını vermişlerdir.

Diyet uygulama durumu ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p=0,615$ ). Kadınların %76,5'i, erkeklerin %78,9'u diyet uygulamaktadırlar. Cinsiyet değişkeni açısından H16 hipotezi reddedilmiştir. Diyet uygulama durumu ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,458$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %85,2'si, 43-57 yaş aralığında olanların %78,4'ü, 58-71 yaş aralığında olanların %77,2'si ve 72-85 yaş aralığında olanların %66,7'si diyet yapmaktadırlar. Yaş değişkeni açısından H17 hipotezi reddedilmiştir. Diyet uygulama durumu eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Okuryazar olmayanların %68,2'si, sadece okuryazar olanların %63,0'ü, ilkökul mezunlarının %76,8'i, ortaokul mezunlarının %86,4'ü, lise mezunlarının %88,5'i ve lisans-lisansüstü mezunlarının 96,4'ü, "evet" cevabını vermişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H18 hipotezi kabul edilmiştir.

Çıtıl ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada katılımcıların %13,3'ü diyetle tam uymuş, %43,2'si kısmen uymuş, %43,5'i diyet yapmamıştır.

Diyet uygulayanlar ile uygulamayanların ortanca gelir değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Diyet uygulayanların ortanca gelir değeri 1700 TL, uygulamayanlarda bu değer 1000 TL dir. Yapılan çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların diyet uygulama oranları, gelir düzeyi düşük olanlara göre yüksektir.

Yapılan çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası (%66,1) doktorların tavsiye ettiği egzersiz hareketlerini yapmadıklarını belirtmektedirler. Egzersiz yapmama nedenlerine katılımcılar, %16,1'i "ayakta çalışıyorum", %57,6'sı "günlük işler yapıyorum" cevaplarını vermişlerdir.

Tekin ve arkadaşlarının yaptığı, "Diyabetik Hastalarda Tedavi Bariyerleri ve Bunların Glisemik Kontroldeki Önemleri: Ankara-Pursaklar Bölgesinde Kesitsel Bir Çalışma" adlı çalışmasında, katılımcılardan düzenli egzersiz yapanların oranı %26,8, biraz egzersiz yapanların oranı %50,0, hiç egzersiz yapmayanların oranı %23,2'dir (Tekin ve ark., 2007).

Katılımcıların %24,0'ünün ayak bakımını yaptığını, %75,6'sının ayak bakımını yapmadıkları belirlenmiştir. Ayak bakımı yapmama nedeni olarak katılımcıların

çoğunluğu (%66,5),“abdest alıyorum” cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %71,9’u “ayak bakımı hakkında eğitim almadıklarını” ifade etmektedirler. Ayak bakımı hakkında eğitim alan katılımcıların %25,0’i, “eğitim verilirken uygulamalı verildiğini” belirtmiştir.

Çıtıl ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada katılımcıların %61,2’si “ayak bakımı yaptığını”, %38,8’i,“ayak bakımı yapmadığını” ifade etmiştir.

Sigara kullanma oranı %33,8’dir. Sigarayı tanı aldıktan sonra bırakanların oranı %8,8’dir. Alkol kullanımı %7,0’dir. Alkolü, “sağlığımın kötüleşmesi sonucu bıraktım” diyenlerin oranı %90,0’dır.

Üçpınar’ın (2014) çalışmasında katılımcıların sigara kullanma oranlarına bakıldığında, “hiç içmedim” cevabını verenlerin oranı %43,3, “kullanıp bıraktım” cevabını verenlerin oranı %28,8, “halen kullanıyorum” cevabını verenlerin oranı %27,9’dur. Üçpınar’ın çalışmasında katılımcıların alkol kullanım oranlarına bakıldığında, “evet” cevabını verenlerin oranı %7,4, “nadiren” cevabını verenlerin oranı %39,6, “hayır” cevabını verenlerin oranı %53,0’dür.

Gür’ün yaptığı çalışmada katılımcıların %31,2’si, “sigara kullandığını”, %68,8’si,“sigara kullanmadığını” belirtmişlerdir. Katılımcılardan, alkol kullananların oranı %7,8, alkol kullanmayanların oranı %92,2’dir (Gür, 2013).

Yılda bir kez göz kontrolü olmak ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,845$ ). Kadınların %48,5’i, erkeklerin %47,4’ü yılda bir kez göz kontrolü olmaktadır. Cinsiyet değişkeni açısından H19 hipotezi reddedilmiştir. Yılda bir kez göz kontrolü olmak yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,233$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %59,3’ü, 43-57 yaş aralığında olanların %52,0’si, 58-71 yaş aralığında olanların %41,5’i ve 72-85 yaş aralığında olanların %48,0’i yılda bir kez göz kontrolü olmaktadır. Ancak katılımcıların ileri yaşlarda daha fazla kontrollere gittikleri görülmektedir. İleri yaş gruplarının daha fazla kontrole gitmeleri bu durum ile açıklanabilir. Yaş değişkeni açısından H20 reddedilmiştir. Yılda bir kez göz kontrolü olmak eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Okuryazar olmayanların %34,8’i, sadece okuryazar olanların %37,0’si, ilkokul mezunlarının %45,1’i, ortaokul mezunlarının %50,0’si, lise mezunlarının %63,5’i ve lisans–lisansüstü mezunlarının %78,6’si,“evet” cevabını vermişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H21 hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcılara sorulan “Grip aşısı oldunuz mu?” sorusuna %30,3’ü, “evet” cevabını verirken, %67,7’si, “hayır” cevabını vermiştir.

Uğurlu’nun çalışmasında, “grip aşısı oldunuz mu?” sorusuna, katılımcıların %24,4’ü, “evet” cevabını verirken, %75,6’sı, “hayır” cevabını vermiştir.

Arslan’ın (2011) yaptığı “Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler” adlı çalışmasında, katılımcıların %61,5’i yılda bir kez göz kontrolü yaptırmakta, %38,5’i göz kontrolü yaptırmamaktadır (Arslan, 2011).

Yapılan çalışma ve literatür araştırmalarında katılımcıların çoğunluğu grip aşısı yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum katılımcıların hastalıkları ile ilgili bilinç düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı davranışlarının düşük olduğuyla açıklanabilir.

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili yararlı olacak herhangi bir şey duyduklarında gösterdikleri davranış durumları, %54,7’si, “sağlık personeline sormadan uygulamam”, %29,3’ü, “şeker hastalarına sorarak uygulamam”, %9,7’si, “aklıma yatarsa uygulamam” ve %2,0’si “böyle bir durum hatırlamıyorum” cevabını vermişlerdir.

Katılımcılara sorulan “Şeker hastalığı için tıbbi ilaçların dışında bitkisel ilaçlar kullanıyor musunuz?” sorusuna %37,0’si, “evet” cevabını verirken, kullananların %58,2’si, “şeker hastalarının”, %20,9’u “sağlık personelinin”, %16,4’ü “ailenin”, %4,5’i “eczacı tavsiyesi ile kullanıyoruz” cevabını vermişlerdir.

Aslantekin’in (2011) çalışmasında, katılımcılara sorulan “Şeker hastalığı için tıbbi ilaçların dışında bitkisel ilaçlar kullanıyor musunuz?” sorusuna %45,0’i, “evet” cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %45,8’i, “aktar gibi bitkisel ilaç satışı yapan yerlere danışırım” cevabını, %22,2’si “şeker hastalarına sorarım”, %12,5’i “ailelerinin tavsiyeleri ile kullandıklarını” belirtmektedirler.

Hastanede verilen dokümanları anlama durumu ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,895$ ). Kadınların %47,9’u, erkeklerin %50,5’i “dokümanları genellikle anladıklarını” belirtmişlerdir. Cinsiyet değişkeni açısından H22 hipotezi reddedilmiştir. Hastanede verilen dokümanları anlama durumu ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p=0,004$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %70,4’ü, 43-57 yaş aralığında olanların %54,1’i ve 58-71 yaş aralığında olanların %37,1’i, “genellikle anladıklarını” belirtmişlerdir. Yaş değişkeni açısından H23 hipotezi reddedilmiştir. Hastanede verilen dokümanları anlama durumu eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Sadece okuryazar olanların %19,2’si, ilkokul

mezunlarının %41,3'ü, ortaokul mezunlarının %36,4'ü, lise mezunlarının %11,8'i ve lisans –lisansüstü mezunlarının %3,6'sı,“herhangi bir dokümanla karşılaşmadıklarını” belirtmişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H24 hipotezi kabul edilmiştir.

Uğurlu'nun (2011) çalışmasında katılımcıların form ve materyalleri anlama durumu, “her zaman” cevabını verenlerin oranı %69,5, “bazen” cevabını verenlerin oranı%10,5, “nadiren” cevabını verenlerin oranı %5,8'i, hiçbir zaman cevabını verenlerin oranı %14,2'dir.

Katılımcıların, hastanede verilen dokümanları anlamama nedenleri incelendiğinde %61,0'i “tıbbi kelimeler olduğundan anlaşılır değil” cevabını verirken, %30,5'i “çok şey yazdığından okumak sıkıcı geliyor” cevabını vermişlerdir.

Aslantekin'in (2011) çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğu (%44,6) şeker hastalığına ilişkin verilen yazılı dokümanlarda tıbbi kelimelerin olmasından dolayı anlayamadıklarını ve çok fazla yazı içerdiğinden okumayı sıkıcı bulduklarını belirtmektedir.

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,532$ ). Kadınların %64,6'sı, erkeklerin %60,4'ü “bilimsel yayın okuduklarını” belirtmişlerdir. Cinsiyet değişkeni açısından H25 hipotezi reddedilmiştir. Hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumları ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %85,2'si, 43-57 yaş aralığında olanların %67,6'sı, 58-71 yaş aralığında olanların %45,2'si ve 72-85 yaş aralığında olanların %42,9'u “bilimsel yayın okuduklarını” belirtmişlerdir. Yaş ilerledikçe okuma oranı düşmektedir. Yaş değişkeni açısından H26 hipotezi kabul edilmiştir. Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayınlar gibi yazılı doküman okuma durumları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Sadece okuryazar olanların %23,1'i, ilkokul mezunlarının %43,8'i, ortaokul mezunlarının %77,3'ü, lise mezunlarının %88,2'si ve lisans–lisansüstü mezunlarının da %92,9'u “evet” cevabını vermişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H27 hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili hastanede verilen broşürleri, bilgi notlarını okuyanların oranı %90,0, “gazetelerde hastalığımla ilgili yazıları okuyorum” cevabını verenlerin oranı %35,4'tür. Okuma alışkanlığı olmadığından doküman okumayanların oranı %32,9,“okuma düzeyim yeterli olmadığından okuyamıyorum” diyenlerin oranı



%26,6'dır. "Tıbbi terimleri anlayamadığımdan" cevabını verenlerin oranı %17,7, "sağlık personelinin anlattıklarını yeterli bulduğumdan" cevabını verenlerin oranı %21,5'dir.

Karaman Özlü ve arkadaşlarının (2015) "Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastaların Bilgi Düzeyinin İncelenmesi" adlı çalışmasında, cerrahi onam formunu okuyanların oranı %54,5, cerrahi onam formlarını anlayanların oranı %30,0'dır.

Katılımcılara sorulan "ilaçların üzerinde yazan 3x1 sizce ne demek?" sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: Verilen talimatları doğru algılama durumu ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p=0,012$ ). Kadınların %76,6'sı, erkeklerin %88,0'i verilen talimatları doğru algılamaktadırlar. Cinsiyet değişkeni açısından H28 hipotezi kabul edilmiştir. Verilen talimatları doğru algılama durumu ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). 28-42 yaş aralığında olanların %96,3'ü, 43-57 yaş aralığında olanların %86,4'ü, 58-71 yaş aralığında olanların %79,7'si ve 72-85 yaş aralığında olanların %52,0'si "verilen talimatları anladıklarını" belirtmişlerdir. Yaş ilerledikçe verilen talimatları anlama oranı düşmektedir. Yaş değişkeni açısından H29 hipotezi kabul edilmiştir. Verilen talimatları doğru algılama durumu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Okuryazar olmayanların %59,6'sı, sadece okuryazar olanların %74,1'i, ilkokul mezunlarının %89,0'u, ortaokul mezunlarının %95,5'i, lise mezunlarının %96,2'si ve lisans-lisansüstü mezunlarının %100,0'ü "evet" cevabını vermişlerdir. Eğitim değişkeni açısından H30 hipotezi kabul edilmiştir.

Akılcı ilaç kullanımı hastaya doğru tanının konması, sorununun dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi, değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış (güvenilir) tedavinin seçilmesi, uygun bir reçete yazılması, hastaya açık bilgiler ve talimatlar vererek tedaviye başlanması, tedavi sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir (İskit, 2006).

Yapılan çalışmada, kadınların %10,8'i, erkeklerin %5,3'ü "diyabetle alakalı eğitim toplantılarına katıldıklarını" belirtmişlerdir. 28-42 yaş aralığında olanların %11,1'i, 43-57 yaş aralığında olanların %12,8'i, 58-71 yaş aralığında olanların %4,9'u "eğitim toplantılarına katıldıklarını" belirtmişlerdir. Okuryazar olmayanların %3,4'ü, ilkokul mezunlarının %7,3'ü, ortaokul mezunlarının %9,1'i, lise mezunlarının %13,5'i

ve lisans-lisansüstü mezunlarının %25,0'i "eğitim toplantılarına katıldıklarını" belirtmişlerdir.

Çıtıl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diyabet eğitimi alan katılımcıların oranı %19,4, diyabet eğitimi almayanların oranı %80,6'dır (Çıtıl ve ark. , 2010).

Acemoğlu ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, hastaların %6,8'i diyabet eğitimine katılmıştır.

Katılımcıların toplantılara katılmama nedenleri incelendiğinde, katılımcıların %93,1'i "kontrollerimi olduğum hastaneden bana böyle bir şey söylenmiyor" cevabını verirken, %3,3'ü "yararlı bulmadığımdan katılamıyorum" cevabını vermişlerdir. "Katıldığınız eğitim programları ne kadar yararlı oldu?" sorusuna, katılımcıların %60,9'u "orta düzeyde yararlı olduğunu düşünüyorum" cevabını, %34,8'i "çok yararlı olduğunu düşünüyorum" cevabını vermişlerdir. "Katıldığınız eğitim programlarında neler yapılırsa daha iyi olurdu?" sorusuna karşılık katılımcıların %50,0'si "ekonomisi kötü olup, ulaşım problemleri yaşayan, bu sebeple eğitime gelemeyen insanların belirlenip, onlar ziyaret edilip eğitim verilmesi ve onların anlayacağı dilde anlatılması gerekir" cevabını, "önerim yok", "uygulama olmalı" ve "herkesin anlayacağı şekilde anlatılmalı" cevabı verenlerin oranı %13,6 olarak elde edilmiştir.

Aslantekin'in (2011) çalışmasında katılımcıların hastalığı ile ilgili eğitim toplantılarına katılmama nedeni olarak katılımcıların %60,1'i "kontrollerimi olduğum hastaneden bana böyle bir şey söylenmedi" cevabını vermiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %71,9'u, erkeklerin %81,2'si "diyabetle alakalı sorularını sağlık personeline" sorduklarını belirtmişlerdir. 28-42 yaş aralığında olanların %85,2'si, 43-57 yaş aralığında olanların %81,6'sı, 58-71 yaş aralığında olanların %72,4'ü ve 72-85 yaş aralığında olanların %56,0'si "diyabetle alakalı sorularını sağlık personeline sorduklarını" belirtmişlerdir. Okuryazar olmayanların %59,6'sı, sadece okuryazar olanların %70,4'ü, ilkokul mezunlarının %79,3'ü, ortaokul mezunlarının %90,9'u, lise mezunlarının %90,4'ü ve lisans-lisansüstü mezunlarının da %85,7'si sağlık personeline sormaktadırlar.

Katılımcılardan, hastalıklarıyla alakalı en güvenilir bilgi kaynağı olarak doktorları görenlerin oranı %89,7,"hemşire" cevabını verenlerin oranı %7,0'dir. Katılımcılardan, şikayetlerini deftere yazanların oranı %2,3'tür. Dernek yada kuruluşa

üye olanların oranı sadece %1,0 olarak belirlenmiştir. Üye olanlardan %12,5'i aktif olarak çalışmaktadır.

Zaim ve Tarım'ın (2010) "Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması" adlı çalışmasında, araştırma sonuçları, hastaların, doktorların mesleki bilgisine oldukça güvendiğini ortaya koymaktadır. Ankete katılan hastaların %92,6'sı "kendilerini muayene ve tedavi eden doktorların mesleki bilgisine güvendiklerini" ifade etmişlerdir.

Katılımcılardan, hastalıklarıyla ilgili mevzuat takibi yapanların oranı %33,4 tür. Hastalıklarıyla ilgili mevzuat maddelerin esas ve şartlarını bilme durumları incelendiğinde, "uzman hekim raporu gerekmektedir" cevabını verenlerin oranı %68,9, "Tip II Diyabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için üç ayda 100 adet" cevabını verenlerin oranı %14,7, "sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet" diyenlerin oranı %10,0, "kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçete asılları ödeme evraklarına eklenecektir" diyenlerin oranı %15,4' tür. "Sağlık raporları en fazla iki yıl geçerlidir." cevabını verenlerin oranı %19,1, "bilmiyorum, yakınlarım takip ediyor" cevabını verenlerin oranı %23,7'dir.

Yapılan çalışmada muayene süresi ortanca olarak 10 dakikadır. Muayene en az 5 dakika, en fazla 15 dakika sürmüştür.

Özcan ve arkadaşlarının "Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri" adlı çalışmasında, araştırmaya katılanların %82,0'ı doktorların kendileri için ayırdıkları muayene süresinden memnun kalmışlardır (Özcan ve ark., 2008).

Yapılan çalışmada, "doktorunuzla hastalığınız hakkında görüşme yaptığınızda neler yaşıyorsunuz?" sorusuna, katılımcıların %30,8'i "söylediklerini anlamada güçlük yaşıyorum" cevabını verirken, %34,8'i "soru sormaya çekiniyorum" cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %20,4'ü "derdimi anlatamıyorum", %31,4'ü "zaman baskısı olduğundan rahat olamıyorum" cevabını vermişlerdir. "Beni dinlemediğini düşünüyorum" diyenlerin oranı %5,0, "kendimi güvende hissetmiyorum" diyenlerin oranı %2'dir. Sıkıntı yaşamayanların oranı ise %20,7'dir.

Uğurlu'nun (2011) çalışmasında, katılımcıların doktora rahat soru sorabilme durumu, "her zaman" cevabını verenlerin oranı %89,2, "bazen" cevabını verenlerin

oranı %9,4, “nadiren” cevabını verenlerin oranı %6,1, “hiçbir zaman” cevabını verenlerin oranı %4,4’tür.

Katılımcıların %87,6’sı “şeker hastası olduğunu belirten kimlik taşımadığını” belirtmiştir. Hastaların %61,7’si şeker hastalığı hakkında “baş etmesi güç bir hastalık” derken %30,0’u “sürekli ilaç kullanmak zorunda kalmak” cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %56,5’i “okuma yazma bilmemenin zor olduğunu” söylemişlerdir.

Aslan ve Korkmaz’ın (2015) yaptığı “Diyabetli Bireylerin İnsülin Uygulama Bilgi-Beceri Düzeyleri: Doğru ve Yanlışlar” adlı çalışmada, katılımcıların (n:110) %24,5’i yanında diyabet kartı taşıdığını ifade etmişlerdir.

Akın’ın “Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon” adlı çalışmada, 11 yıl ve üzeri süredir tip II diyabet hastası olan katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puan değerlerine göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Bununla birlikte hastalıklarına anlam veremediklerine dair inançları ve hastalığın oldukça endişe verici olduğuna dair algıları diğer gruplardan daha fazladır. Bu inançların 1-5 yıldır diyabet hastası olan katılımcılarda daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Akın, 2013).

Yapılan çalışmada, katılımcılardan yalnız yaşayanların oranı %7,7, eşiyile yaşayanların oranı %37,0, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların oranı %49,3, eş, çocuk ve diğer akrabalarıyla yaşayanların oranı %4,7, arkadaş ve yakınlarıyla yaşayanların oranı %1,3’tür. Çalışma grubunda, aile bireylerinden destek alanların oranı %90,6’dır. İlaçların düzenli alınması noktasında destek alanların oranı %79,5, kan şekerini ölçmede yardım alanların oranı %66,7’dir. Kontrole gitmede destek alanların oranı %56,4, diyet noktasında destek alanların oranı %56,4’tür. Hastaneye tek başına gelenlerin oranı %69,7’dir.

Uğurlu’nun (2011) çalışmada, her zaman hastaneye yalnız gelenlerin oranı %33,0, bazen hastaneye yalnız gelenlerin oranı %29,5, nadiren hastaneye yalnız gidenlerin oranı %7,8’dir.

### 5.5. Çalışma grubunun diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri özellikleri

Katılımcıların kan şekerinin açlık değerini bilme oranı, %62,3, kan şekerinin tokluk değerini bilme oranı, %57,7, kan şekerinin istenmeyen şekilde nasıl düştüğünü anlayanların oranı, %48,0, kan şekerinin düşme nedenlerini bilenlerin oranı, %50,3, kan şekeri düştüğünde ne yapılması gerektiğini bilenlerin oranı, %47,3, kan şekerinin nasıl yükseldiğini anlayanların oranı, %39,7, kan şekerinin yükselme nedenlerini bilenlerin oranı, %40,0, kan şekeri yükseldiğinde neler yapılması gerektiğini bilenlerin oranı, %7,3, egzersizin yararlarını bilenlerin oranı, %45,3, egzersizin nasıl yapılması gerektiğini bilenlerin oranı, %43,3, ayak bakımının nasıl yapıldığını bilenlerin oranı, %31,0, HbA1c'nin ne anlama geldiğini bilenlerin oranı, %26,7, HbA1c'nin hangi değerde olması gerektiğini bilenlerin oranı, %19,7, şeker hastalığının zarar verdiği organları bilenlerin oranı, %45,3, şeker hastalarının beslenme düzenini bilenlerin oranı, %77,3, insülinin yan etkilerini bilenlerin oranı, %58,7'dir.

Katılımcıların hastalığına ilişkin puan ortalaması 7'dir. Toplam 16 sorudan en çok 15 ine doğru cevap verilirken bir tane bile doğru cevap veremeyen katılımcılar mevcuttur.

Batkin ve Çetinkaya'nın (2005) yaptığı "Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diyabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları" adlı çalışmasında, (n: 310) ayak bakımı yapanların oranı, %18,4, düzenli egzersiz yapanların oranı, %32,9, beslenme düzenini bilenlerin oranı, %99,4, gelişebilecek olan komplikasyonları bilenlerin oranı, %8,0'dır.

Kartal ve arkadaşlarının (2008) yaptığı "Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler" adlı çalışmasında, katılımcıların (n: 110) %90,9'u diyetine uymaktadır.

Bozyer ve arkadaşlarının (2004) yaptığı "Muğla Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Muğla Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniklerinde Yatan Diyabetli Hastaların Ayak Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı çalışmasında, katılımcıların (n:351) %90,2'si ayak bakımını bildiğini ifade etmiştir.

Gündüz'ün (2014) yaptığı "Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi" adlı çalışmasında,

katılımcıların (n: 300) %48,7'si diyabet sonrası gelişebilecek olan komplikasyonları bilmektedir.

Aslan ve Korkmaz'ın (2015) yaptığı çalışmada, katılımcıların (n:110) kullandıkları insülinin adını bilme oranı, %31,8, yanında şekerli yiyecek taşıyanların oranı, %55,4, diyetine uyanların oranı, %24,5, egzersiz yapanların oranı, %23,6'dır.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen genel sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

Araştırmanın sonuçları ve önerileri demografik özellikler, hastalık yaşantıları, okuryazarlık ve bilgisayar okuryazarlık durumları, sağlık okuryazarlık durumları ve diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri şeklinde verilmiştir.

### *Demografik Özelliklere İlişkin Sonuçlar*

Katılımcıların %55,7'si kadınlardan oluşmaktadır. Çalışma grubunun yaş ortalaması 57 yıldır. Çalışma grubunun %27,7'si okuryazar olmayıp, %27,3'ü ilkokul mezunudur. %93,0'ü evli ve %42,0'si ev hanımıdır. Katılımcıların %97,0'si sosyal güvenceye sahiptir. Çalışma grubunun aylık gelir ortalaması 1500 TL'dir.

### *Hastalık Yaşantılarına İlişkin Sonuçlar*

Katılımcıların ortalama şeker hastalığı süresi 7 yıldır ve yarıdan fazlasının (%57) şeker hastalığı dışında kronik hastalığı bulunmaktadır. Katılımcılarda şeker ilacı ve insülin kullanım oranı yaygın olup, son bir yıl içinde hastaneye yatanların oranı %51,2, şeker hastalığı sebebi ile yatanların oranı %53,6'dır. Katılımcıların %95,3'ü hastalıklarıyla ilgili ilk bilgiyi hastanede doktordan öğrendiği, büyük çoğunluğunun tanı aldıktan sonra üzülmediği tespit edilmiştir.

### *Okuryazarlık ve Bilgisayar Okuryazarlığına İlişkin Sonuçlar*

Çalışma grubuna katılan erkek ve kadınların çoğunluğu okuma yazmayı okuma yazma kurslarından öğrenmişlerdir. Katılımcılardan, kadınların %38,0'i, erkeklerin %61,7'si "çok iyi düzeyde okuyorum yazıyorum" cevabını verirken, diğer katılımcıların okuma yazma becerilerinin herhangi biri veya ikisinde güçlük yaşadıkları görülmektedir. Yaş ilerledikçe okuma yazma oranının düştüğü belirlenmiştir. Katılımcılarda bilgisayar kullanma oranı erkeklerde, (%53,5) kadınlara oranla, (%35,2) daha fazla görülmektedir. Bilgisayar kullanan grubun eğitim seviyesinin yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe bilgisayar kullanım oranının düştüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların %45,5'inin gazete okuma alışkanlığı olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çalışma grubunun gazete okuma alışkanlığının yetersiz olduğunu göstermektedir.

### ***Sağlık Okuryazarlık Durumlarına İlişkin Sonuçlar***

Katılımcıların önemli bir bölümü (1/3), hastalıklarının nedenini şeker tüketimi ile ilgili olduğunu bilmektedir. Bu durumu bilmeyi yaş ve cinsiyet etkilememektedir. Öğrenim durumunun etkili olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların %28,8'i şeker hastalığına bağlı komplikasyon yaşadığını belirtmiştir. Bunların yarısından fazlasının önlenebilir nitelikte olduğu belirlenmiştir. Diyabet hastalığında, tedavi sürecinde dikkatli olunmadığı durumlarda bazı komplikasyonlar yaşanabilir. Katılımcıların çoğunluğunun önlenebilir nitelikte olduğunu söylemesi tedavi sürecinde dikkatli olmadıkları anlamına gelmektedir. Bu davranış sağlık okuryazarlığının düşük olduğu anlamına gelmektedir.

Katılımcıların (1/4) bir bölümü, düzenli kontrollere gitmediğini ifade etmiştir. Yapılan çalışmada düzenli kontrole gitme cinsiyete ve eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir. Katılımcıların bir bölümünün sağlık kontrollerine gitmiyor olması hastalıklarının yeterince farkında olmadıkları anlamına gelmektedir. Katılımcıların kontrollere gitmeme nedenleri, ulaşım problemleri, zamanlarının olmayışı, iyi olduğunu düşünmemeleri, unutmaları, ihtiyaç duyduklarında gitmeleri, doktora gitmeyi sevmemeleri ve fiziksel engellerdir. Katılımcıların çoğunluğunun kontrollerini hastanede 9-12 ayda yaptırıldıkları tespit edilmiştir.

Katılımcıların bir bölümü hastaneye tek başlarına gelemediklerini ifade etmektedirler. Nedenleri arasında en büyük faktör, okuma yazma bilmemeleri gelirken, fiziksel engel, sağlık personelinin yeterince anlayamama, tek başına ulaşım araçlarını kullanamama diğer nedenler arasında gelmektedir. Okuryazar olmama faktörünün, katılımcıların hastaneye tek başlarına gelebilmelerini önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir. Bu durum okuryazar olmayanları başkalarına bağımlı hale getirmektedir ve öz denetim yetersizliğine sebep olmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, (%89,3) evde şeker ölçümü yapmaktadır. Tamamına yakınının da şeker ölçümü yapmak için eğitim aldıkları görülmektedir. Eğitimlerin çoğu sağlık profesyonelleri tarafından verilmiştir.

Katılımcıların HbA1c değerini bilmeyenlerin ve hatırlamayanların oranı %88,0'dir. Diyabet tanısı konulmasında ve kan şekeri kontrolünde önemli bir yere sahip



olan HbA1c değerinin çoğunluk tarafından bilinmemesi, yetersiz sağlık okuryazarlık davranışının olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%95) ilaçlarını düzenli saatlerde almaktadırlar. İlaçları düzenli saatlerde almak, sağlık okuryazarlığı davranışdır.

Katılımcıların %12,3'ü doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapmaktadır.

Yapılan çalışmada katılımcıların %10,0'una diyet reçetesi verilmediği ve anlatılmadığı saptanmıştır. Diyet verilenlerin %65,7'si, "diyet verilirken anlatıldığımı" ifade ederken, diyet verilenlerin birçoğunun bu tavsiyeyi uyguladığı görülmüştür. Gelir durumu azaldıkça diyete uyma alışkanlığı azalmıştır.

Katılımcıların yarıdan fazlası (%66,1) doktorun tavsiye ettiği egzersizleri yapmamaktadır. Katılımcıların çoğunluğu (%57,6) günlük işleri egzersiz olarak görmektedir. Doktorun önerdiği egzersizleri uygulamamak, yetersiz sağlık okuryazarlığının bir göstergesidir.

Katılımcıların çoğunluğu (%75,6) ayak bakımı yapmamakta, neden olarak ise yarıdan fazlası abdest almayı öne sürmektedir. %71,9'unun ayak bakımı hakkında eğitim almadıkları tespit edilmiştir. Sonuçlara göre ayak bakımı hakkında eğitim yetersizliği görülmektedir. Hastaların ayak bakımı konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir. Ayak bakımı yapmama veya bilmeme, yetersiz sağlık okuryazarlığı davranışdır.

Katılımcıların sigara kullanma oranı (%33,8), alkol kullanım oranından (%7,0) fazladır. Tanı aldıktan sonra bırakanların çoğunluğu hastalıklarının kötüye gideceği endişesiyle bırakmışlardır.

Katılımcıların %50,2'si göz kontrolü yaptırmamaktadır. Görme problemlerinin ileri yaşlarda artması nedeniyle yaş ilerledikçe göz kontrolü yaptıрма oranı artmaktadır.

Katılımcıların %67,7'si grip aşısı yaptırmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun grip aşısı yaptırmaması yetersiz sağlık okuryazarlığı davranışdır.

Katılımcıların hastalıklarıyla ilgili yararlı olacak herhangi bir şey duyduğunda gösterdikleri davranışlara baktığımızda; büyük çoğunluğu (%54,7) sağlık personeline

danışarak uygulamakta, %29,3'ü şeker hastalarına sorarak uygulamakta, %9,7'si aklına yatarsa uygulamaktadır. Hastaların bir kısmının sağlık personeli dışında duyduklarını uyguladığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların bazıları (1/3),“hastanede verilen dokümanları anlamadığını” ifade etmekte, %61,0'i,“tıbbi kelimeler olduğu için anlaşılır olmadığını” ifade etmektedirler. Katılımcıların %40,3'ü hastalıklarıyla ilgili bilimsel yayın okumadıklarını belirtmiştir. Bilimsel yayın okuma durumu yaş ve eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan çalışmada yaş ilerledikçe eğitim düzeyi düşmekte, dolayısıyla bilimsel yayın okuma oranı düşmektedir.

Katılımcıların %81,7'si “3x1” mesajını doğru algılamaktadır. Verilen talimatları anlama durumu cinsiyet, yaş ve öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Yaş ilerledikçe anlama düzeyi azalmakta, eğitim düzeyi arttıkça anlama kapasitesi artmaktadır. Verilen talimatları anlama, istenilen sağlık okuryazarlığı davranışıdır.

Yapılan çalışmada katılımcıların %18,3'ünün verilen talimatları anlamadığı görülmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%90,1) eğitim toplantısına katılmadığı tespit edilmiştir. Eğitim toplantılarına katılmama nedeni olarak, katılımcıların %93,1'i “kontrollerimi olduğum hastanede bana böyle bir şey söylenmiyor” cevabını vermiştir. Eğitimlerin yararlı olduğunu düşünen katılımcıların oranı %34,8, “orta düzeyde yararlı olduğunu” söyleyen katılımcıların oranı %60,9'dur. Katılımcıların eğitim programlarından beklentileri sorulduğunda, “ulaşım problemlerinin çözülmesi, eğitimde anlaşılır düzeyde konuşulması gerektiği” cevabını vermişlerdir.

Katılımcıların %76,0'sı diyabetle ilgili sorularını sağlıkçılara sormaktadırlar. Geriye kalan %24,0 oranındaki katılımcılar çevrelerindeki insanlara sorduklarını belirtmiştir. Katılımcıların %89,7'si en güvenilir bilgi kaynağı olarak doktorları görmektedirler.

Katılımcıların sadece %1,0'i diyabetle ilgili dernek ya da kuruluşa üyedir. Hastalıklarıyla ilgili mevzuat takip edenlerin oranı %33,4'dür. Çoğu katılımcının ilaç

raporu, şeker ölçüm çubuklarının ödenmesi konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmektedir. Diyabetle ilgili dernek üyelik sayısının az olması, yetersiz sağlık okuryazarlığı davranışıdır.

Yapılan çalışmada, muayene süresi en az 5 dakika en fazla 15 dakika sürmüştür. “Doktor muayene ederken soru sormaya çekiniyorum” cevabını verenlerin oranı %34,8, “söylediklerini anlamakta güçlük çekiyorum” cevabını verenlerin oranı %30,8, “derdimi anlatamıyorum” cevabını verenlerin oranı %20,4, “zaman baskısı olduğundan rahat olamıyorum” cevabını verenlerin oranı %31,4, sıkıntı yaşamayanların oranı %20,7’dir.

Katılımcıların %87,6’sı diyabet hastası olduklarına dair kimlik taşımadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların şeker hastalığı hakkında %61,7’si, “baş etmesi güç bir hastalık” cevabını, %30,0’u, “sürekli ilaç kullanmak zorunda kalmak” cevabını vermişlerdir. Katılımcıların yarıdan fazlası okuma yazma bilmemenin zor olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların %49,3’ü eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, %37,0’si eşiyile yaşamaktadır. Aileden destek görenler çoğunluğu (%90,6) oluşturmaktadır. Hastaneye tek başına gelebilenlerin oranı %69,7’dir.

### ***Diyabet Hakkındaki Bilgi Düzeylerine İlişkin Sonuçlar***

Katılımcıların hastalığına ilişkin puan ortalaması 7’dir. Toplam 16 sorudan en çok 15 ine doğru cevap verilirken, bir tane bile doğru cevap veremeyen katılımcılar mevcuttur.

### ***Demografik Özelliklere İlişkin Öneriler***

Katılımcıların %27,7’sinin okuryazar olmadığı dikkate alındığında, okuma yazma bilmeyen hastalara, hastalıklarının tedavisinde yaşadığı problemlerin ana kaynağında okuma yazma bilmemenin önemli bir faktör olduğu hakkında farkındalık kazandırılabilir. Hastalar okuma yazma öğrenmeleri için yakınlarının desteğiyle gerekli kuruluşlara yönlendirilebilir. Sağlık personelleri okuma yazma bilmeyen hastalara bilgi verirken ve uygulama yaparken daha açıklayıcı olabilir. Hastalık sürecine ilişkin, ilaçların dozları, kullanım şekilleri, verilen diyetler hastaların anlayacağı dilden açıkça ifade edilebilir.

### ***Hastalık Yaşantılarına İlişkin Öneriler***

Diyabet hastalığı uzun süreli kronik bir hastalık olduğundan, hastaların yaşamlarının bir parçası haline gelmiştir. Bu yüzden diyabet hastalığını kontrol altına alabilmeleri için hastalığın önemi, oluşabilecek komplikasyonlar, nasıl bir yaşam sürülmesi gerektiği gibi durumlar kişilere anlatılabilir. Diyabet tanısı almış bireylere hastalık hakkında ayrıntılı bilgi verilebilir. Kendilerine ve ailelerine psikolojik destek sağlanabilir. Hastalar düzenli ilaç kullanmaları ve diyet yapmaları konusunda desteklenebilir.

### ***Okuryazarlık ve Bilgisayar Okuryazarlığına İlişkin Öneriler***

Katılımcıların bir bölümünün okuma yazma becerilerinden birini veya her ikisini bilmemesi dikkate alındığında hastaların okuma yazma becerilerinin desteklenmesi gerektiği yaşayacağı zorluklar açısından açıkça görülmektedir. Bunun için okuma yazma becerisi olmayan veya düşük olan hastalara bu becerilerin kazandırılması için destek verilebilir ve gerekli eğitim programları düzenlenebilir. Hastalar bu konuda motive edilebilir ve desteklenebilir. Katılımcıları okuma yazma açısından teşvik etmek için hasta bekleme salonlarına dergi, gazete, broşür gibi dokümanlar bırakılabilir, hastane yöneticileri ve sağlık çalışanları da bu konuda hastaları yönlendirilebilir ve teşvik edilebilir. Katılımcıların çoğunluğu bilgisayar kullanmamaktadır. Bilgisayar kullanımı konusunda sağlık çalışanları, hastaları özendirilebilir.

### ***Sağlık Okuryazarlık Durumlarına İlişkin Öneriler***

Katılımcıların hastalığın nedenini bilerek hastalığını tanıması, hastalığı hakkında bilinçli olması ve kontrol edebilmesi sağlığını koruması ve yönetebilmesi açısından önemlidir. Bu sebepten dolayı sağlık çalışanları hastalara, hastalıklarının oluş sürecini, sebep olan kaynakları ayrıntılı bir şekilde hastaların anlayacağı dilde anlatabilir.

Hastalığın düzenli takibi, komplikasyon gelişme riskini büyük oranda azaltacaktır. Bunu yapmaları için de hastaların hastalıklarıyla ilgili donanımlı olmaları gerekmektedir. Bu sebepten dolayı sağlık çalışanları hastalara hastalıklarıyla ilgili düzenli eğitim verebilir, öz bakım davranışı kazandırabilir, onları diyet ve egzersiz

yapmaları konusunda bilinçlendirebilir ve yaşanan komplikasyon durumlarında ne yapacakları hakkında destek verebilir.

Diyabet hastalığı uzun süreli kronik bir hastalık olduğundan kontrollere düzenli gidilmesi hastalığın seyri açısından önemlidir. Düzenli sağlık kontrolleri hastaların yaşam kalitesini artırır, oluşabilecek olan yan etkileri azaltır. Bu sebepten dolayı hastalar bu konuda teşvik edilebilir, eğitim programları geliştirilebilir ve bu konuda özendirilebilir.

Hastanelere tek başına gelememek hastalar açısından dezavantajlı bir durumdur. Bu durumda hastaneler ve sağlık ocakları, bireylerin hizmet almalarını kolaylaştırmak için ulaşım kolaylığı sağlanabilir ve hastalarla işbirliği içinde olunabilir. Gelemeyen hastalar için evde bakım hizmetleri geliştirilerek hasta ihtiyaçları karşılanabilir.

Katılımcıların çoğunluğunun, evde şeker ölçümü yapmaları, bu konuda eğitim almış olmaları ve eğitim alırken uygulama yapılması sağlık becerilerinin kazandırılması ve süreç takibi açısından önemlidir.

Diyabetin takibinde önemli yeri olan HbA1c değerinin ne anlama geldiği, neden önemli olduğu hastalara anlatılabilir ve bu konu eğitim programlarının içinde yer alabilir.

Düzenli ilaç kullanımı hastalığın tedavi sürecinde önemli bir yere sahiptir. Düzenli ilaç kullanımı konusunda riskli gruplara bu konuda eğitim verilebilir ve hastalar özendirilebilir.

Hastalığın seyrini etkileyeceğinden, doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapmamaları konusunda hastalara eğitim verilebilir. Doktor tavsiyesi dışında böyle bir değişiklik yapmamaları konusunda bilgi verilebilir ve farkındalık kazandırılabilir.

Sonuçlara bakıldığında diyet yapmayan riskli gruplar, düzenli beslenme konusunda özendirilebilir, hastanın kendisine ve birlikte yaşadığı kişilere bu konuda eğitim verilebilir. Sağlık çalışanları tarafından tüm diyabet hastalarına, kişiye özgü olarak diyet reçetesi verilebilir ve verirken anlatılabilir.

Hastalara yapılan günlük işlerin egzersiz olmadığı ve tavsiye edilen egzersizlerin kan şekerini önemli ölçüde düzenleyeceği anlatılabilir. Bu konuda hasta ve yakınları teşvik edilebilir.

Sağlık kuruluşlarında ayak bakımı hakkında verilen eğitimler yaygınlaştırılabilir. Diyabetin en sık komplikasyonu olan ayak problemlerinin yaşanmaması için, ayak bakımının sadece yıkamaktan ibaret olmadığı, yıkandıktan sonra kurulanması, yumuşatıcı sürülmesi, tırnakların düz kesilmesi gerektiği hakkında hastalar bilinçlendirilebilir.

Hastalara alkol ve sigaranın diyabet üzerindeki olumsuz etkileri anlatılabilir, hastalar bu alışkanlıkları bırakması için motive edilebilir ve desteklenebilir.

Hastaların şeker hastalığına bağlı göz problemleri yaşamamaları için göz kontrollerine gelmeleri sağlanabilir. Bunun için düzenli aralıklarla eğitim verilebilir.

Sağlık kuruluşlarına başvuran diyabet hastalarının aynı zamanda grip aşısı takibinin yapılması gerekmektedir ve hastalar bu konuda bilinçlendirilebilir.

Hastalara sağlık personeli tavsiyesi dışında, başkalarının söyledikleri veya kendi kendilerine yaptıkları uygulamaların veya tedavinin yanlış olduğu hakkında bilgi verilebilir.

Hastanede verilen yazılı dokümanlar hastaların anlayacağı şekilde düzenlenebilir, olabildiğince tıbbi terimlerden uzak tutularak yazılabilir. Hastalar hastalıklarıyla ilgili araştırma yapmak ve okuma konusunda özendirilebilir.

Yapılan çalışmada katılımcıların %18,3'ünün verilen talimatları anlamadığı görülmekte. Bu oranı daha minimum seviyeye getirmek için hastalara verilen talimatlar anlaşılır biçimde olabilir, sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların anlayabileceği şekilde tarif edilebilir.

Sağlık kuruluşlarında diyabet eğitimine gerekli özen gösterilebilir. Başta sağlık idarecileri olmak üzere, sağlık çalışanlarının sık aralıklarla eğitim düzenlemesi, sağlık kuruluşlarına başvuran hastaları eğitim programlarına katılmaları için desteklemeleri ve teşvik etmeleri gerekebilir. Yapılan eğitimlerde, eğitim veren sağlık çalışanlarının tıbbi

terimlerden uzak, sade ve anlaşılır bir şekilde eğitim vermesi gerekebilir. Eğitimin hangi gün, saat kaçta olduğu hastalara duyurulabilir. Eğitimler düzenli yapılabilir ve hastalar bu konuda teşvik edilebilir.

Katılımcılar, sağlık çalışanları dışındaki önerileri uygulamamaları konusunda bilgilendirilebilir.

Katılımcılar, hastalıklarıyla ilgili güncel konuları takip etmek için derneğe üye olmaya özendirilebilmeli. Katılımcılara, ilaç raporu, şeker ölçüm çubuklarının ödenmesi konusunda aydınlatıcı bilgiler verilebilir ve yakınları tarafından desteklenmeleri sağlanabilir.

Yapılan araştırmada muayene süreleri büyük oranda yeterli görülmektedir. Yapılan muayenelerde hasta hekim ilişkileri güçlendirilebilir. Hasta muayeneden önce rahatlatılabilir ve sakin olunması gerektiği anlatılabilir.

Katılımcıların hastalık hakkında yorumlarına bakılırsa, diyabet hastalığı ve tedavisi hakkında olumsuz düşündükleri görülmektedir. Bu açıdan hastalar sağlık çalışanları tarafından motive edilebilir, stres faktörünün de hastalığı olumsuz etkilediği anlatılabilir.

Hastalık ve tedavi sürecinde bireylerin aileleri tarafından desteklenmesi son derece önemlidir. Yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğu aile desteği almaktadır. Sosyal destek verilecek eğitimlerin konuları arasında olabilir, hastalar refakat eden yakınları bu konuda desteklenebilir.

### ***Diyabet Hakkındaki Bilgi Düzeylerine İlişkin Öneriler***

Yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğunun hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Bu yüzden diyabet eğitimlerinin sık aralıklarla verilmesi, hastaların katılım için teşvik edilmesi gerekebilir.

Bu çalışma sağlıkta okuryazarlık konusunda nadir yapılmış bilimsel çalışma olup, araştırmacılar bu konuya dikkat çekebilir. Sağlıkta okuryazarlık konusunda diğer hastalıklar incelenebilir.

## KAYNAKLAR

- Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. “Tip II Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri”. The Eurasian Journal of Medicine, 2006; 89-95.
- Akbudak P. Tip 2 Diyabetli Hastalarda, Beslenme Durumu ve Bazı Biyokimyasal Bulgular ile Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 3-11.
- Akbulut Y. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 113-128.
- Akgün Şahin Z. Tip 2 Diyabetli Hastaların, Hastalığa Karşı Tutumu ve Problem Alanları Arasındaki İlişki, Odü Tıp Dergisi, 2015; (2): 1-4.
- Akın Aİ. Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 4-37.
- Akın S, Kozan S, Yalçın C, Erdoğan M, Kılıç Aydın D, Tekçe M, Aliustaoğlu M. Diyabette Hastalık Yaşı ile Acil Servis Başvurularında Yatış Oranlarının Karşılaştırılması. J Kartal TR, 2015: 26(3); 207-210.
- Akpunar D. Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnancına, Bilgi Düzeyine ve Diyabet Yönetimine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 17-25.
- Alış M. Tip 2 Diyabetli Diyabetik Retinopatili Hastalarda Serum Okside LDL Düzeyleri İle Retinopati Evresi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İstanbul, Yandal Uzmanlık Tezi, 2012; 27.
- Arslan E. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır, 2011; 34.
- Aslan Ü, Korkmaz M. Diyabetli Bireylerin İnsülin Uygulama Bilgi-Beceri Düzeyleri: Doğru ve Yanlışlar, DEUHFED, 2015: 8(1); 20.
- Aslantekin F. Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tip II Diyabetli Hasta Örneği). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2011;1-196.
- Astrup A, Finer N. Redefining Type 2 Diabetes: “Diabesity” or “Obesity Dependent Diabetes Mellitus?”, Obesity Reviews, 2000:1;57.
- Avcı E. Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri



- Saptama. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2013; 1-88.
- Ayalp P. Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Kendi Kendine Kan Glikozu Ölçüm Sıklığı İle HemoglobınA1c Arasındaki İlişki. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2008; 39.
- Azak A, Altundağ S, Sert H, Çınar S. Tip II Diabetes Mellituslu Hastalarda Akut Yorgunluk Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Fatih Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008; 22(2); 73-75.
- Baker D. The Meaning and the Measure of Health Literacy, J Gen Intern MED, DOI: 10.1111/.1525-1497.2006.00540.x
- Baker D, Gazmararain J, Williams M, Scott T, Parker R, Green D, Ren J, Peel J. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Care Enrollees, American Journal of Puplic Health, 2002;8(92);1278.
- Balcı K. Öğretmen Adaylarının Bilgi Okuryazarlık Başarısı, Bilgisayar Öz Yeterlilik ve Bilgi Okuryazarlık Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki. Fırat Ünivresitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 6.
- Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diyabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005; 14(1); 7.
- Baturuğlu S. Tip 1 ve Tip 2 Diyabet Hastalığının İnflamatuvar Sürecinde, Trombositlerde CD40-CD40 Ligand Ekspresyonunun, Diyabet Hastaları ve Sağlıklı Bireylerde Flow Sitometri ile Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2008; 6.
- Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diyabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005; 14(1); 8.
- Baykal A, Kapucu S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 49.
- Berkman N, Sheridan S, Donahue K, Halpern D, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Reviev, Annals of Internal Medicine, 2011; 2(155); 97.
- Bozyer İ, Baybek H, Eksen M, Düzöz G, Yavaş S. Muğla Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Muğla Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniklerinde Yatan Diyabetli Hastaların Ayak Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN: 1303-5134, 2004;4.
- Cafiero MR. Nurse Practitioners' Knowledge, Experience and Intention to use Health Literacy Strategies in Practice. Submitted in Portial Fulfillment of the requirement fort he Degree of Doctor of Education in Teachers Collage, Columbia Universty, Dissertation, 2012; 1.
- Carmona R. Healty Literacy: A National Priority, J Gen Intern MED, DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00569.x

- Çınarlı İ. Kitle İletişimi ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 32-33.
- Çıtıl R, Öztürk Y, Güney C. Kayseri İl Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler, Erciyes Tıp Dergisi, 2010; 32(2); 113.
- Demir E. Diyabetik Hastaların Diyabet ve Diyabetik Ayak Yarası Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi, İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2014;9.
- Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi, Anatol J Clin Investing, 2009; 3(1); 10.
- Dikmetaş E. Elektronik Bilgi Sistemi ve Çalışma Yaşam Kalitesi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri İbn-i Sina Hastanesi Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2004; 11-49.
- Dindar S. Tip 2 Diyabetik Hastalarda Ortalama Trombosit Hacmi İle HbA1c Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce, Uzmanlık Tezi, 2009; 8-10.
- Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. [http://www.turkdiab.org/i/2013/DİYABET\\_REHBERİ.pdf](http://www.turkdiab.org/i/2013/DİYABET_REHBERİ.pdf). Erişim Tarihi: 14.05.2016.
- Doğan D. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitim Düzeyi ile Diyabet Başlangıç Yaşı, Vücut Kitle İndeksi, HbA1c Düzeyi ve Mikroanjiopatik Komplikasyonlarının Karşılaştırılması. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Genel Koordinatörlüğü, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2008; 57.
- Erdağ Çiler G. Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 1-11.
- Erdem R. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler, O.M.Ü. Tıp Dergisi, 2003; 20(1); 39-46.
- Ergin G. Çalışanların Ücretlendirilmesi: Sağlık Kurumlarında Çalışanların Ücret Sistemini Değerlendirmelerine İlişkin Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2009; 67.
- Filiz E. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Doktora Tezi, 2015; 1-2.
- Gaglio BA. Assessing Health Literacy and Health Information Needs of Persons at Risk for Cardiovascular Disease. B.S. University of Houston. In Portial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, Houston, 2010; 7.
- Gönenç İM. Kadın Sağlığı Açısından Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı, 3. Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 63-69.

- Grace G, Christensen R. Literacy and Mental Health Care, *Psychiatr Services*, 1998; 49(1); 7.
- Gücük S, Boztaş G. Aile Hekimliği Uygulamasının Diyabetli Hastaların Takibine Etkileri, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2013; 5(2); 13.
- Gündüz F. Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 50.
- Gür S. Çanakkale İli'nin Tip 1 ve Tip 2 Diyabet Hastalığı'ndaki Karnesi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale, Uzmanlık Tezi, 2013; 8-100.
- Hekim M. Tip II Diyabet, Hipertansiyon ve Obezitenin Önlenmesinde Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2015; 8(38); 1083.
- Hergenç Hİ. Kamu Sağlığı Enformasyonu (Bilgisi) ve Sağlık İletişiminin, Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 57-59.
- İskit A. Akılcı İlaç Kullanımı, *Sted*, 2006; 15(7); 4.
- Karaman G. Erken Okuryazarlık Becerilerini Değerlendirme Aracı'nın Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2013; 1.
- Karaman Özlü Z, Kılıç M, Yayla A. Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastaların Bilgi Düzeyinin İncelenmesi. *HSP*, 2015; 2(3); 321.
- Kartal A, Özsoy Altuğ S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İncancına ve Metabolik Kontrole Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014; 1(2); 1-15.
- Kartal A, Gülçin Çağırın M, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip II Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler, *TAF Prev Med Bull*, 2008; 7(3); 225.
- Kaygısız E, Çağlıyan V. Bilgi Yönetimi ve Örgütsel Bilgelik İlişkisi Üzerine Sektörel Bir Değerlendirme: Metal ve Makine Sanayi Örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2014; 31; 228.
- Keser A, Çıracıoğlu ED. Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 41-50.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tgouros AD. Health Literacy The Solid Facts. World Health Organization, 2013; 7.
- Knol M, Twisk J, Beekman A, Heine R, Snoek F, Pauwer F. Depression as a Risk Factor for the Onset of Type 2 Diabetes Mellitus, Ameta-Analysis, *Diabetologia*, DOI: 10.1007/S00125-006-0159-x.

- Korkmaz Binay Ş. Tip 2 Diyabetli Bireylerde, Hastalığı Kabullenme Durumu İle Etkin İnsülin Uygulama İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 7.
- Köseoğlu Ö. Tip 2 Diyabetik Bireylerde Beslenme Eğitiminin Diyabet Durumu ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 8-27.
- Larsson S, Mantzaros C, Wolk A (2007). Diabetes Mellitus and Risk of Breast Cancer: A Meta-Analysis, *Int.J.Cancer*,121.
- Lüle S. Diyabet Hastalığı ve SUMO4 Geninde Ortaya Çıkan M55V Polimorfizmi Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Biyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 21.
- Mika V. Salual Y Vıda: Exploring The Health Literacy of a Mexican American Population. The University of Texas at San Antonio College of Education and Human Development. San Antonio, Dissertation, 2007; 6.
- Muşlu N, Çimen B, Eskandari G, Kalafat H. İyon Değişim Kromatografisi ve İmmunoturbidimetrik Yöntemlerle Çalışılan HemoglobınA1c Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2009: 2(2); 26-28.
- Olgun N, Akdoğan Altun Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2012; 47.
- Orhan B. Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel ve Sosyal Faktörlerin Metabolik Kontrolde Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 7-19.
- Öney Doğanyığıt S. Mobil Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 104.
- Özbek Ayaz C. Ailelerin Okul Öncesi Dönemdeki Çocuklarının Okuryazarlık Becerilerini Desteklemek İçin Kullandıkları Okuryazarlık Uygulamalarının İncelenmesi: Tekirdağ İli Örneği. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale, Yüksek Lisans Tezi, 2015;1.
- Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008: 35(2); 98.
- Özdemir B, Yıldırım F, Hablemitoğlu Ş. Aktif Yaşlanma İçin Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 83.
- Özdemir İ, Hocoğlu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011: 24; 129.
- Özgür R, Maviş O, Ayalp P. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Evde Glukoz Takibi Sıklığı ve HbA1c ile İlişkisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2011: 27(2); 70.

- Özkan Y, Çolak R, Koca SS, Dağ S, Kan E, Sırma N. Diyabet ve Hiperlipidemi: Tedavide Ne Kadar Başarılıyız?. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008; 22(2); 97-100.
- Paosche M, Parker R, Gazmararion J, Nielsen L, Rudd R. The Prevalence of Limited Healty Literacy, J Gen Intern MED, DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x
- Porsuk AÖ. Kırklareli İlinde Çalışan Hekimlerin Tip 2 Diyabet ve Tip 2 Diyabetin Risk Faktörlerinin Saptanması ve Azaltılmasına Yönelik Hizmet Verdikleri Toplumda Farkındalık ve Davranış Değişikliği Yaratma Açısından Durumları ve Sorunlarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne, Doktora Tezi, 2012; 9-32.
- Ralp A. Pharmacologic Therapy for Type 2 Diabetes Mellitus, Ann Intern Med, 1999;131; 281.
- Rodbard H, Davidson J, Garber A, Handelsman Y, Lebovitz H, Maghissi E. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Consensus Panel on Type 2 Diabetes Mellitus: An Algorithm for Glycemic Control, Endocrine Practice, 2009; 6(15);542.
- Rosenstock J, Davies M, Home P, Lorsen J, Koenen C, Scherthoner G. A Rando in mised, 52- Week, Treat-To-Target Trial Comparing Insulin Detemir with Insulin Glargine when Administered as add-on to Glucose-Lowering Drugs in Insulin-Naive People with Type 2 Diabetes, Diabetologia, DOI: 10.1007/S00125-007-0911-x.
- Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Eylem Planı. Stratejik Plan (2013-2017).  
[http://pydb.saglik.gov.tr/ documents/stratajik plan. pdf](http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratajik_plan.pdf). Erişim Tarihi: 07.05.2016
- Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy?, Diabetes Care, 2006; 4(29); 823.
- Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care, 2002; 25(9);1551-1556.
- Sezer A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 11-15.
- Sezer A. Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 17:3; 165-166.
- Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 2004;3; 73-81.

- Şeref Özdoğan P. Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi. Başken Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 19-22.
- Taşkıran Tatar B. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Diyabet Hastalığı, Tedavisi ve Tedavi Yan Etkileri Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıklar Ana Bilim Dalı, Bursa, Uzmanlık Tezi, 2009; 3-5.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014) Eylem Planı. <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya>. Erişim Tarihi: 14.05.2016.
- Tekin O, Erarslan E, Işık B, Özkara A. Diyabetik Hastalarda Tedavi Bariyerleri ve Bunların Glisemik Kontroldeki Önemleri: Ankara- Pursaklar Bölgesinde Kesitesel Bir Çalışma, Yeni Tıp Dergisi, 2007; 24(2); 107.
- Terkeş N, Bektaş H. Prediyabetli Bireylerin Diyabete Geçişini Engellemede Yaşam Tarzı Değişiminin Önemi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 17(4); 262.
- Turhan H. Tip 2 Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi, 2007; 54.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2015 Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. <http://www.tuik.gov.tr/PreTablo>. Erişim tarihi: 12.07.2016.
- Tütün Yümin E. Tip 2 Diyabetli Olan Hastalarda Diyabetin Plantor Duyu, Denge ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Doktora Tezi, 2014; 5-18.
- Uğurlu Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2011; 1-18.
- Uludağ MO. Diyabete Bağlı İkincil Hastalıklar (Komplikasyonlar). Mised, 2010;23-24; 39.
- Üçpınar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014; 16-34.
- Yalçın P, Taşkaya S, Şahin B. Healty Literacy, TAF Prev Med Bull., 2014; 13(4); 321.
- Yıldız E. Obezite ve Tip 2 Diyabet. 1.Baskı. Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008;7.
- Yılmaz E. Hastaların Güçlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015; 32-33.

- Yılmazel G. Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri, Doktora Tezi, 2014; 7-17.
- Zaim H, Tarım M. Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları, 2010: 59(2);17.
- Quinlan P. The Relationship Between Health Literacy, Health Knowledge and Adherence to Treatment in Patients with Rheumatoid Arthritis. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Doctor of Nursing Science in the School of Nursing. Columbia University, 2009; 11.

Ek- 1.



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1416

26.03.2015

**Sayın Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN**

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Sağlıkta okuryazarlık: tip II diyabet hastaları üzerine bir araştırma** başlıklı OMÜ KAEK 2015/81 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 26.02.2015 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra *başlanmasına* oy birliği ile karar verilmiştir.  
Bilgilerinize arz/rica ederim

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNER  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



Ek- 2.



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük

Sayı : 49933177-804.01[104]-E.25294  
Konu : Anket Uygulama İzni

11/05/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 21/04/2015 tarihli ve 51409053-044-E.21137 sayılı yazınız.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 30.04.2015 tarih ve 54103609/044/348 sayılı yazı ile Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Mine ŞEN'in "Sağlıkta Okuryazarlık: Tıp II Diyabet Hastaları Üzerine Bir Araştırma" konulu anket çalışmasını Genel Sekreterliklerine bağlı Vezirköprü Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine müracaat eden Tıp II Diyabet Hastalarına yapmasının uygun görüldüğü belirtilerek, bahse konu anket çalışmasının yapılabilmesi için Genel Sekreterlikleri ile bölüm başkanı arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalandığı bildirilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Şenol EREN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek: Yazı (17 Sayfa)

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlük Binası  
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: 0362 457 60 91  
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Gonca PERÇİN  
Dahili: 7223

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.  
Evrak teyidi <https://ebysorgu.omu.edu.tr> adresinden 907A-MYJ9-8OGD kodu ile yapılabilir.

**Ek-3.**

**"SAĞLIKTA OKURYAZARLIK: TİP II DİYABET HASTALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA" ÇALIŞMASI, VERİ TOPLAMA FORMU**

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak yürütülen bir yüksek lisans tezidir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Çalışmanın amacı, Tip II Diyabet hastalığı olan hastaların sağlık okuryazarlık durumları ile sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlerin ve bununla ilişkili öğeleri bilimsel olarak belirlemektir. Çalışma esnasında size herhangi bir işlem uygulanmayacaktır. Sadece sizden bu anketteki soruların cevaplanması istenecektir.

Vereceğiniz tüm bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak, başka amaçlarla kullanılmayacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Ankette lütfen adınız ve soyadınızı belirtmeyiniz. Katılarınız için teşekkür ederim.

**Mine ŞEN**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi ABD.

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz: 1) Kadın( ) 2) Erkek( )

2. Doğum Tarihiniz: .....

3. Medeni Durumunuz: 1) Evli ( ) 2) Bekar ( )

4. Öğrenim Durumunuz:

1)Okuryazar Değil( ) 2) Sadece Okuryazar( ) 3) İlkokul Mezunu ( )

4) Ortaokul Mezunu ( ) 5) İlköğretim Mezunu( ) 6) Lise Mezunu ( )

7) Üniversite/ Meslek Y.Mezunu 8) Yüksek Lisans/ Doktora Mezunu

5. Mesleğiniz: .....

6. Ailenizin ortalama aylık geliri nedir? .....

7.Sosyal güvenceniz nedir?

- 1) SGK ( )                      2) Yeşil Kart ( )                      3) Yok ( )

8. Yaşadığınız yer neresidir?

- 1) Kent Merkezi ( )   2) Kasaba ( )   3) Köy ( )   4) Kışın Kent/ Yazın Köy ( )

9. Okuma yazmayı nereden öğrendiniz? ( **Bu soru sadece okuryazar olanlar içindir**)

- 1) Okuma yazma kurslarından ( )  
2) Okul eğitiminden ( )  
3) Okuldan terk ( )  
4) Ailemden ( Eş, çocuklar) ( )  
5) Diğer.....

10. Okuma yazma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Çok iyi düzeyde okuyorum yazıyorum ( )  
2) Okuyabiliyorum ama yazamıyorum ( )  
3) Güçlkle okuyup yazabiliyorum ( )  
4) Güçlkle okuyorum, ama yazamıyorum ( )  
5) Okuyamıyorum, yazamıyorum ( )

11. Gazete okuma alışkanlığınız var mı?   1) Genellikle var ( )   2) Genellikle yok( )

12.VAR ise: Gazeteyi nasıl okursunuz?

- 1) Ayrıntılı okurum ( )  
2) Sadece başlıkları okurum ( )  
3) İlgimi çeken yazıları okurum ( )  
4) Büyük yazıları ve başlıkları seçerek okurum ( )  
5) Diğer.....

13. Kitap okuma alışkanlığınız var mı?

- 1) Yok ( )   2) Haftada 1 kitap ( )   3) Ayda 1-2 kitap ( )   4) Yılda 3 kitap ve üzeri( )  
5) Diğer.....

14. Bilgisayar kullanır mısınız?

- 1) Evet ( )                      2) Hayır ( )

**15. Hangi amaçla bilgisayar kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Haber okumak için ( )
- 2) Sohbet etmek için ( )
- 3) Oyun oynamak için ( )
- 4) Merak ettiğim konuları araştırmak için ( Bilgilenmek için )
- 5) Diğer.....

**16. İnterneti hastalığınızla ilgili araştırmalar için kullandınız mı? (Bilgilenmek amacıyla kullananlar cevaplayacaktır )**

- 1) Kullanıyorum ( )
- 2) Nadiren Kullanıyorum ( )
- 3) Sıklıkla ( )
- 4) Kullanmıyorum ( )

**17. Hastalığınızla ilgili bir sıkıntınız ya da sormanız gereken bir durum olduğunda nereye başvurursunuz?**

- 1) Sağlık Personeline ( )
- 2) Çevremdeki Kişilere ( )
- 3) Kitap, dergi vs. ( )
- 4) Sormadan kendim hallederim ( )
- 5) İnternet ( )
- 6) Diğer.....

**18. Hastalığınızla ilgili herhangi bir eğitim toplantısına katıldınız mı?**

- 1) Evet ise kaç kez ( )
- 2) Hayır ( )

**19. HAYIR ise; Katılmamanızın nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz )**

- 1) Kontrollerimi olduğum hastaneden bana böyle bir şey söylenmiyor ( )
- 2) Kontrollerimi olduğum hastanede eğitim için davet ediliyorum ama sağlık durumumdan dolayı katılamıyorum ( )
- 3)Kontrollerimi olduğum hastanede eğitim için davet ediliyorum ama ulaşım (ekonomik) sorunumdan dolayı katılamıyorum ( )
- 4) Yararlı bulmadığından katılamıyorum ( )
- 5) Diğer.....

**20. ( Eğitim Programına katılanlar cevaplayacaktır )** Katıldığınız eğitim programları ne kadar yararlı oldu?

- 1) Herhangi bir yararı olduğunu düşünmüyorum ( )
- 2) Orta düzeyde yararlı olduğunu düşünüyorum ( )
- 3) Çok yararlı olduğunu düşünüyorum ( )

**21.** Sizce katıldığınız eğitim programında neler yapılırsa daha iyi olur?.....

**22.** Şeker hastalığına ilişkin verilen yazılı dokümanları (onam formları gibi) anlayabiliyor musunuz? (**Okuma yazma bilmeyenler cevaplamayacaktır**)

- 1) Herhangi bir dokümanla karşılaşmadım( )
- 2) Genellikle anlamıyorum ( )
- 3) Genellikle anlıyorum ( )
- 4) Diğer.....

**23.** Şeker hastalığına ilişkin verilen yazılı dokümanları (onam formlarını) anlayamıyorsanız, sebebi nedir? (**Okuma yazma bilmeyenler cevaplamayacaktır**)

- 1) Tıbbi kelimeler olduğundan anlaşılır değil ( )
- 2) Yazılar çok küçük ( )
- 3) Çok şey yazdığından okumak sıkıcı geliyor ( )
- 4) Diğer.....

**24.** Hastaneye tek başınıza gelebilir misiniz? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

**25. HAYIR ise; nedenleri nelerdir? ( Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Fiziksel engel ( )
- 2) Sağlık personelinin yeterince anlayamadığımdan ( )
- 3) Okuma yazmam olmadığından işlemleri yaptıramam ( )
- 4) Tek başıma ulaşım araçlarını kullanamıyorum ( )

**26.** Şeker hastalığı için tıbbi ilaçların dışında bitkisel ilaçlar kullanıyor musunuz?

- 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

**27. EVET ise; kimin tavsiyesi ile kullanıyorsunuz?**

- 1) Sağlık personeli ( ) 2) Eczacı ( ) 3) Şeker hastaları ( ) 4) Aile ( ) 5) Diğer.....

**28.** Hastalığınızla ilgili bilimsel yayınları vs. gibi yazılı dokümanları okur musunuz? (**Okuma yazma bilmeyenler cevaplamayacaktır**) 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

**29. EVET ise; ne okursunuz?**

- 1) Hastanede verilen broşürleri, bilgi notlarını ( )
- 2) Gazetelerde hastalığımla ilgili yazıları ( )
- 3) Diğer.....

**30. HAYIR ise; hastalığınızla ilgili niçin okuma yapmıyorsunuz? ( Okuma yazma bilmeyenler cevaplamayacaktır) ( Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Okuma alışkanlığım olmadığından ( )
- 2) Okuma düzeyim yeterli olmadığından ( )
- 3) Tıbbi terimleri anlayamadığımdan ( )
- 4) Sağlık Personelinin anlattıklarını yeterli bulduğumdan ( )
- 5) Diğer.....

**31. Hastalığınızla ilgili yararlı olacak/iyi gelecek herhangi bir şey ( ilaç, şifalı ot vs..) duyduğunuz da tutumunuz/ davranışınız nasıl olur?**

- 1) Sağlık personeline sormadan uygulamam ( )
- 2) Yazılı dokümanlardan araştırırım ( )
- 3) İnternette araştırırım ( )
- 4) Şeker hastalarına sorarak uygulayırım ( )
- 5) Aklıma yatarsa uygulayırım ( )
- 6) Böyle bir durum hatırlamıyorum ( )
- 7) Diğer.....

**32. Şeker Hastası olduğunuzu öğrendiğinizde hastalığınızla ilgili bilgileri ilk kez kimlerden , nerelerden öğrendiniz? Neler öğrendiniz? Neler hissettiniz?**

.....

**33. Sizin için hastalığınızla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı hangisidir?**

- 1) Tv deki sağlık programları ( ) 2) Doktor ( ) 3) Hemşire ( ) 4) Eczacı ( )
- 5) Eczacı Kalfası ( ) 6) internet ( ) 7) Diğer Şeker Hastaları ( )
- 8) Diğer.....

**34. Hastanede muayene olurken doktor size ne kadar vakit ayırıyor? .....dakika**

**35. Doktorunuzla hastalığınız hakkında görüşme yaptığınızda neler yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Söylediklerini anlamada güçlük yaşıyorum ( )
- 2) Soru sormaya çekiniyorum ( )
- 3) Derdimi anlatamıyorum ( )
- 4) Zaman baskısı olduğundan rahat olamıyorum ( )
- 5) Beni dinlemediğini düşünüyorum ( )
- 6) Kendimi güvende hissetmiyorum ( )
- 7) Diğer.....

**36. Kontrole gittiğinizde hastalığınızla ilgili yaşadığınız durumları unutmadan anlatabilmek için sorun yaşadığınızda şikayetlerinizi bir deftere ya da günlüğe yazar mısınız? (Okuma yazma bilmeyenler cevaplamayacaktır)**

- 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

**37. Diyabetle ilgili bir dernek ya da kuruluşa üye misiniz? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )**

**38. EVET, ise aktif olarak çalışıyor musunuz? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )**

**39. Şeker hastalığıyla ilgili mevzuatı takip eder misiniz? (ilaç, şeker ölçüm çubuklarının ödemesi, rapor süresi vs...) 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )**

**40. Tip II diyabetli hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller hangi esaslar ve şartlara göre ödenmektedir söyler misiniz? (Seçenekleri okumadan verdiği yanıtları işaretleyiniz)**

-Uzman hekim raporu gerekmektedir ( )

-Tip II diyabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için üç ayda 100 adet ( )

-Sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet ( )

-Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçete asılları ödeme evraklarına eklenecektir ( )

-Sağlık raporları en fazla iki yıl geçerli olacaktır ( )

**41. Kaç yıldır Tip II diyabet/ şeker hastasıınız?.....**

42. Halen hangi tedaviyi alıyorsunuz?

- 1) İnsülin kullanımı ( )
- 2) Şeker ilacı kullanımı ( )
- 3) Kollestrol için ilaç kullanımı ( )
- 4) Tansiyon için ilaç kullanımı ( )
- 5) Hepsi ( )
- 6) Diğer.....

43. Şeker Hastalığınız dışında başka kronik bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

44. İlaçların üzerine yazılan 3x1 sizce ne demek?

- 1)Günde 3kez 1tane ( )
- 2) Söylemedi/Yanlış ( )

45. Sizce şeker hastası olmanızın nedeni çok şeker tüketmeniz olabilir mi?

- 1)Evet ( )
- 2) Hayır ( )

46. Şeker hastalığına bağlı herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı?

- 1)Evet ( )
- 2) Hayır ( )

47. **EVET ise;** sizce bu kompliksasyon önlenebilir miydi? Nasıl? 1)Evet ( ) 2) Hayır ( )

.....  
.....  
.....

48. Son bir yıl içinde hastaneye yattınız mı? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

49. **EVET ise;** niçin yattınız? 1) Şeker Hastalığı ile ilgili sebep ( ) 2) Şeker Hastalığı dışı sebep ( )

50. Sigara kullanır mısınız? 1) Evet ( ) 2).Hayır ( )

51. **HAYIR ise;** tanı aldıktan sonra mı bıraktınız? 1) Evet ( ) 2).Hayır ( )

52. Alkol kullanır mısınız? 1) Evet ( ) 2).Hayır ( )

53. **HAYIR ise;** tanı aldıktan sonra mı bıraktınız? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )



54. Bıraktı iseniz kararınızda etkili olan durum nedir?

- 1) Sağlığımın kötüleşmesi ( ) 2) Aldığım eğitimler ( ) 3) Okuduğum bilgiler ( )  
4) Hepsi ( ) 5) Diğer.....

55. A1C değerimize en son ne zaman baktırdınız ve değerini hatırlıyor musunuz?

.....

56. Evde seker ölçümü yapıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır ( )

57. Şeker ölçümü yapmak için size eğitim verildi mi? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

58. **EVET ise;** eğitimi kim verdi? 1) Doktor ( ) 2) Hemşire ( ) 3) Eczacı ( ) 4) Diğer.....

59. **EVET İse;** eğitim verirken sizde uygulama yaptı mı?

- 1) Uyguladı ( ) 2) Sadece anlatarak ( )

60. İlaçlarınızı düzenli saatlerde alır mısınız? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

61. Beslenme konusunda doktorunuzun veya beslenme uzmanınızın önerilerini içeren diyet reçetesi verildi mi? Tarif edildi/ anlatıldı mı?

- 1) Verildi, anlatıldı ( ) 2) Verildi, anlatılmadı ( ) 3) Hayır ( )

62. Beslenme konusunda doktorunuzun veya beslenme uzmanınızın önerilerini içeren diyet reçetenizi uyguluyor musunuz?

- 1) Evet, uyguluyorum ( ) 2) Hayır, uygulamıyorum ( )

63. Doktora sormadan ilaç dozunda değişiklik yapar mısınız? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

64. Doktorunuzun önerdiği egzersizleri ( Haftada 3 gün 20-30 dk yürüyüş ) yapar mısınız?

- 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

65. **HAYIR ise;** neden? 1) Ayakta çalışıyorum ( ) 2) Günlük işler egzersiz gibi ( ) 3) Diğer.....

66. Ayak bakımınızı (Ilık su ile yıkama, kurulama, vazelinleme gibi) her gün yapar mısınız?

- 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

67. **HAYIR ise;** neden? 1) Abdest alıyorum ( ) 2) Günlük duş alıyorum ( ) 3) Sadece yıkıyorum ( )

68. Ayak bakımı yapmak için size eğitim verildi mi? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

69. **EVET ise;** eğitim verirken sizde uygulama yaptı mı? 1) Uyguladı ( ) 2) Sadece anlattı ( )

70. Yılda 1 kez göz kontrolü olur musunuz? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
71. Grip aşısı oldunuz mu? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
72. Şeker hastası olduğunuzu belirten bir kimlik taşıyor musunuz? 1)Evet ( ) 2) Hayır ( )
73. Sizce şeker hastası olmak ne demek? .....
74. Kiminle yaşıyorsunuz?
- 1) Yalnız yaşıyorum ( ) 2) Eşimle ( ) 3) Eşim ve çocuklarımla ( )
- 4) Eş, çocuk ve diğer akrabalarımla ( ) 5) Arkadaş veya yakınlarımla ( )
75. Aile bireyleri size hastalığınızın tedavisinde destek oluyor mu? 1)Evet ( )2) Hayır ( )
76. **EVET ise;** hangi konularda destek oluyorlar?
- 1) Diyet ( ) 2) Egzersiz ( ) 3) İlaçların Düzenli Alınması ( )
- 4) Ayak Bakımı ( ) 5) Kontrolleri gitme ( ) 6) Kan şekerimi ölçmemde ( )
- 7) Diğer.....
77. Kontrollere düzenli gider misiniz? 1)Evet ( ) 2) Hayır ( )
78. **HAYIR ise;** neden düzenli gitmezsiniz?.....
79. Kontrolleri nerede ve ne kadar süre ile yaptırırsınız?.....
80. **(OKUMA YAZMA BİLMEYENLER İÇİN)** Okuma yazma bilmemeniz hastalığınızla baş etmenizi nasıl etkiliyor?.....

**Diyabet İlişkin Bilgi Düzeyi (her doğru 1 puan; yanlış/boş 0 puandan hesaplanır)**

- 1.Sizce kan şekerinizin açlık değeri ne olmalıdır? 1) 110 mg/dl ( ) 2) Bilmiyorum( )
- 2.Sizce kan şekerinizin tokluk değeri ne olmalıdır? 1) 140 mg/dl ( ) 2) Bilmiyorum( )
3. Kan şekerinizin istenmeyen şekilde düştüğünü nasıl anlarsınız? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
- 1) Titreme, terleme ( )
- 2) Açlık hissi ( )
- 3) Çarpıntı, baş dönmesi, uyuşma ( )
- 4) Hepsi ( )
- 5) Bilmiyorum ( )

**4. Kan şekerinin düşme nedenlerini biliyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) İlaç dozunun uygun kullanılmaması/düzensiz ilaç kullanılması ( )
- 2) Diyete uyulmaması, az yemek, ara öğün atlama ( )
- 3) Hepsi ( )
- 4) Bilmiyorum ( )

**5. Kan şekerinizin düştüğünü hissettiğinizde ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) 3-4 kesme şeker alınır ( )
- 2) Bir meyve yenilir, bir bardak meyve suyu içilir ( )
- 3) Hepsi ( )
- 4) Bilmiyorum ( )

**6. Kan şekerinizin yükseldiğini nasıl anlarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Ağız kuruluğu/su içme isteği ( )
- 2) Sık idrara çıkma ( )
- 3) Halsizlik, kusma ( )
- 4) Hepsi ( )
- 5) Bilmiyorum ( )

**7. Kan şekerinizin yükselme nedenlerini biliyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) İlaç dozunun uygun kullanılmaması/düzensiz ilaç kullanılması ( )
- 2) Diyete uyulmaması ( )
- 3) Stresli bir dönem olması ( )
- 4) Kan şekerinin yükselten ilaç kullanılması ( )
- 5) Hepsi ( )
- 6) Bilmiyorum ( )

8. Kan şekerinizin yükseldiğini hissettiğinizde ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz?

- 1) Ölçüm yaparım ya da hastaneye başvururum ( )
- 2) Ölçüm yaparım insülin kullanıyorsam insülin yaparım ( )
- 3) Ölçüm yaparım insülin kullanıyorsam insülin yaparım hastaneye giderim ( )
- 4) Bilmiyorum ( )

9. Egzersizin yararlarını biliyor musunuz?

- 1) Kan şekerini düşürür, kiloyu dengeler, yağları düzenler ( )
- 2) Bilmiyorum ( )

10. En uygun egzersiz nasıl yapılmalıdır?

- 1) Haftada en az 3 kez 20-30dk ( )
- 2) Bilmiyorum ( )

11. Ayak bakımında neler yapılması gerekir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Her gün gözlenmeli, yıkanıp kurulanmalı ( )
- 2) Tırnaklar düz kesilmeli ( )
- 3) Sıkı ayakkabı giyilmemeli ( )
- 4) Ayaktaki sert dokuları almak için alet kullanmamak ( )
- 5) Hepsi ( )
- 6) Bilmiyorum ( )

12. HbA1C veya A1C'nin ne anlama geldiğini ifade eder misiniz?

- 1) 2-3 aylık kan şekeri düzeyini ( )
- 2) Bilmiyorum ( )

13. HbA1C'nin diyabet hastalarında hangi değerde olması gerekir?

- 1) %7'nin altı ( )
- 2) Bilmiyorum ( )

14. Seker hastalığının hangi organlara olumsuz sonuçları vardır? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Ayak ( )
- 2) Kalp ( )
- 3) Böbrek ( )
- 4) Göz ( )
- 5) Hepsi ( )
- 6) Bilmiyorum ( )

15. Şeker hastalarının beslenme düzeni nasıl olmalıdır?

- 1) Üç ana üç ara öğün ( )
- 2) Bilmiyorum ( )

16. **İNSÜLİN KULLANIYORSANIZ** sizce insülinin en önemli yan etkisi nedir?

- 1) Kan şekerinin aşırı düşmesi ( )
- 2) Bilmiyorum ( )

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Mine Şen

**Doğum Yeri:** Vezirköprü

**Doğum Tarihi:** 21.07.1988

**Medeni Hali:** Bekar

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu:**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü (2006-2010)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı  
Yüksek Lisans (2013-)

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2011-2013)

Vezirköprü Devlet Hastanesi (2013-)

**e-posta:** senmine5@gmail.com