

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE
SAĞLIK BAKIM HİZMETİNİN BELİRLENMESİ**

Kubilay İsmail ÇİFTÇİ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Yüksek Lisans Tezi- 2015

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK BAKIM HİZMETİNİN
BELİRLENMESİ**

Kubilay İsmail ÇİFTÇİ

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek KILIÇ**

**ERZURUM
2015**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK BAKIM HİZMETİNİN
BELİRLENMESİ

Kubilay İsmail ÇİFTÇİ

Tez Savunma Tarihi : 04.01.2016

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Dilek Kılıç

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

Onay

Bu araştırma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yayuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalıkların Önemi ve Epidemiyolojisi	4
2.3. Kronik Hastalıklarda Sağlık Bakım Hizmeti ve Hemşirelik	8
2.2. Kronik Hastalıkların Yönetimi	12
2.4. Kronik Bakım Modeli.....	15
2.4.1. Toplumsal Kaynaklar.....	16
2.4.2. Hizmet Sunumunun Yeniden Tasarımı.....	16
2.4.3. Kendi Kendini Yönetme Desteği.....	16
2.4.4. Karar Destek Sistemleri.....	17
2.4.5. Klinik Bilgi Sistemleri	18
2.5. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı	18
2.6. Kronik Hastalıklar ve Sağlık Okuryazarlığı	20
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	23

3.3. Evren ve Örneklem	23
3.4. Veri Toplama Aracı	24
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	64
EK-2. ETİK KURUL İZİN BELGESİ.....	65
EK-3. ANKET FORMU	66
EK-4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SORU FORMU	68
EK-5. KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ARACI-HASTA FORMU	69
EK-6. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI RESMİ KURUM İZNİ	70

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Doç. Dr. Dilek KILIÇ’a saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte bilgilerinden yararlandığım Sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK’a,

Lisans eğitimimi aynı çatı altında geçirdiğim ders hocam ve aynı zamanda okul yöneticim Sayın Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR’a

Kapısını her daim bizlere açık bırakan ve bizleri destekleyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU’na, Doç. Dr. Neziha KARABULUT’a ve Yrd. Doç. Dr. Esra YILDIZ’a

Her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen aileme ve oda arkadaşlarıma, özellikle müstakbel eşim Şule ÇOMAKLI’ya ve kardeşim Havvanur ÇİFTÇİ ve Ayşe Nurgül ÇİFTÇİ’ye teşekkür ederim.

Kubilay İsmail ÇİFTÇİ

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırma, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı olarak, 2014-2015 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, kronik hastalığı nedeniyle hastanede yatan 1440 hasta, örneklemini ise evreni bilinen örneklem hesabına göre 275 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 201 hasta ile araştırma tamamlanmıştır. Veriler tanımlayıcı anket formu, sağlık okuryazarlığı soru formu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada hastaların %51.7'sinin 60 yaş ve üzerinde olduğu ve sağlık okuryazarlığı puanlarının orta düzeyde olduğu (49.22 ± 8.39) bulundu. Yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, yaşanılan yer, sağlık okuryazarlık aktiviteleri, hastalık tanısı, hastalık süresi, eşlik eden hastalık ve hastalığı hakkında eğitim alma durumunun sağlık okuryazarlığını anlamlı olarak etkilediği saptandı.

Kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının 2.26 ± 0.90 olduğu, en düşük puan ortalamasının "izlem ve koordinasyon" boyutunda en yüksek puan ortalamasının ise "karar verme" boyutunda olduğu belirlendi. Cinsiyet, hastalık tanısı, eşlik eden hastalık ve bakım alınan kliniğe göre kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olarak belirlendi. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ile hastaların sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark olduğu saptandı.

Sonuç: Hastaların sağlık okuryazarlığı seviyeleri orta düzeyde olmasına rağmen kliniklerde aldıkları bakımdan memnun olmadıkları belirlendi. Hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerini ve aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin artırılması için kapsamlı araştırmalar yapılması, kliniklerde görev yapan hemşire ve diğer uzmanların eğitici rolünün aktif tutulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, kronik hastalık, sağlık okuryazarlığı.

ABSTRACT

Determining Health Care Service and Health Literacy of Individuals with Chronic Disease

Aim: The purpose of this research is to determine health care service and health literacy of individuals with chronic disease

Material and method: This research was carried out by descriptive model in Experimental Medical Application And Research Center in Ataturk University, Erzurum between 2014 - 2015. Target population of the study consists of 1440 patients who was treated in hospitals due to their chronic disease. Sampling of the study consists of 275 patients according to sampling account of which target population is known. The study was completed with 201 of 275 patients who accepted to participate in the study. Data was collected by using descriptive survey form, questionnaire form of health literacy and Patient Assessment of Chronic Illness Care.

Results: In this study %51.7 of the patients was over 60 and scores of health literacy of the patients were found as medium level. It was found that health literacy was correlated with age, education level, marital status, income, place of living, activities of health literacy, diagnosis, disease duration, having secondary disease and state of instructed about the disease.

It was determined that Patient Assessment of Chronic Illness Care mean of overall scale was 2.26 ± 0.90 . The lowest score mean was “follow up” and the highest score mean was “decision support” from subscales of Patient Assessment of Chronic Illness Care. Mean of Patient Assessment of Chronic Illness Care scores were correlated with gender, diagnosis, secondary disease and clinic. Patient Assessment of Chronic Illness Care scores were correlated with health literacy scores of patients.

Conclusion: It was determined that they were not satisfied with care in clinics although health literacy level of patients was on medium level. It can be advised that doing comprehensive researches to increase the level of care satisfaction of patients and their level of health literacy and keeping activated of nurses’ and specialists’ educative role in clinics.

Keywords: Care, chronic disease, health literacy.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
AR-GE	: Araştırma Geliştirme
CCI	: Kronik Hastalıklar Komisyonu
CCM	: Kronik Bakım Modeli
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
PACIC	: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TL	: Türk Lirası
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2. Hastaların Okuryazarlık Aktivitelerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 4.3. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımları	27
Tablo 4.4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Aktivitelere Yönelik Bulgularının Dağılımı	28
Tablo 4.5.1. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	28
Tablo 4.5.2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Madde Puan Ortalamaları	30
Tablo 4.6. Hastaların Pacıç Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	31
Tablo 4.7. Hastaların Pacıç Madde Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.8. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.9. Hastaların Okuryazarlık Aktivitelerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.10. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.11. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Pacıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.12. Hastaların Okuryazarlık Aktivitelerine Yönelik Özellikleri İle Pacıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.13. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri İle Pacıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.14. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre Pacıç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40

1.GİRİŞ

Geçmişten günümüze bakıldığında; sağlık hizmetlerinde ve teknolojideki gelişmeler sonucunda enfeksiyon hastalıkları ve aşırı doğurganlıkta belirgin azalmanın olduğu, bu gelişmeleri takiben yaşam süresinin uzadığı ve toplumların giderek yaşlandığı görülmektedir. Buna bağlı olarak günümüzde kronik ve dejeneratif hastalıklara sahip bireylerin sayıları da artmaktadır.¹⁻⁵

Yapılan hastalık yükü çalışmalarında kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum sistemi rahatsızlıkları, bazı kanserler, obezite, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl önemli ölçüde insan sağlığını etkilemektedir. Bu hastalıklar, her yıl yaklaşık 35 milyon kişinin ölümüne sebep olmakta ve bu ölümlerin %80'ini düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkeler oluşturmaktadır. Dünyada ölümlerin yaklaşık %60'ı kronik hastalıklar sebebiyle meydana gelmektedir. Önümüzdeki 10 yılda 388 milyon kişinin, kronik hastalıklar sebebiyle öleceği tahmin ediliyor.^{6,7}

Kronik hastalıklar yıllarca tedavi, bakım ve izlem gerektiren hastalıklar olmasından dolayı, zaman içinde hasta kitlesi artmaktadır. Kronik hastalığa sahip bireyler, hayatları boyunca değişik sorun ve hastalıklarla birlikte yaşamlarını devam ettirmek durumundadırlar. Kronik hastalıkların son zamanların önde gelen sağlık sorunlarını oluşturduğunu, bu sebeple de hastalıklardan hem korunma stratejilerinin geliştirilmesi hem de sağlık kuruluşlarında ki bakım kalitesinin artırılması ve mevcut sağlık sistemine dair yeni stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini görmekteyiz. Günümüz ve geleceğe dair sağlık stratejilerini belirlerken tüm bunların göz önünde bulundurulması ve bu yönde bir örgütlenmeye gidilmesi zorunluluk haline gelmiştir.¹

Kronik hastalığa sahip bireyin tedavisinde ki temel amaç; hastalığa ve verilen tedavi programına uyumunu sağlamaktır.⁸ Kronik hastalığın tedavi edilmesinden ziyade, değişik eğitim-öğretim yöntemleri ile hastanın kendi hastalığını yönetebilmesi için

hazırlanmasına ve güçlendirilmesine odaklanılması gerekmektedir.⁹ Etkili bir hastalık yönetimiyle; belirtilerin azaltılması, acil servis ihtiyacının ve hastane yatışlarının azalması, hastalığın fiziksel ve ruhsal etkilerinin sınırlandırılması, dışa bağımlı bir hayatın önüne geçilmesi ve hayat kalitesinin yükseltilmesi sağlanabilmektedir.¹⁰ Bu açıdan kronik bakım yönetimi; kronik hastalık bakımını geliştirmede, bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve maliyetlerin azaltılmasında önem arz eden pratik bir sistemdir. Kronik hastalıkların yönetimi ile hastaların hem sağlık sorumluluğu kazanabilmesi hem de öz etkililiklerinin artırılması beklenmektedir.^{2, 3, 11}

Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığını yönetmedeki bireysel engellerin başında eğitim durumu ve bilgi düzeyi yer almaktadır.¹² Son yıllarda ülkemizde sıkça anılan sağlık okuryazarlığı kavramı, “sağlık bilgisine ulaşma ve bu bilgiyi kullanabilme kabiliyeti” ile ilişkilendirilen yeni bir okuryazarlık boyutu olarak önümüze gelmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin kendisi ve çevresindekiler için doğru sağlık kararları verebilmelerinde ve sağlık algılarında sağlık okuryazarlıklarının önemi büyüktür.^{13, 14} Sağlık okuryazarlık seviyeleri düşük olan kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıklar ile ilgili yetersiz bilgiye sahip oldukları ve verilen eğitimleri anlamada güçlük çekebildikleri gözlemlenmektedir.^{15, 16}

Kronik hastalığı olan bireylerin, giderek daha karmaşık hale gelen sağlık sisteminde doğru yönlendirilmeleri önemlidir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili kesitsel çalışmalarda, sağlık okuryazarlık seviyesi düşük kişilerin sağlık bilgisinin yetersiz ve sağlık düzeylerinin iyi olmadığı, kronik hastalığını iyi yönetemediği ve koruyucu hizmetlerin kullanımının düşük olduğu, hastaneye yatışlarında artış olduğu ve bunun mortaliteyi artıran bir etmen olduğu belirtilmektedir.¹⁵⁻¹⁷ Bu sebeple, bireylerde ki sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yükseltilmesi ile doğru bilgi ve hizmete ulaşmada, bu hizmeti

kullanmada ve kaynakların etkili kullanılmasında bireylere beceri kazandırılmış olacağı düşünülmektedir. Ayrıca kronik hastalıklı bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesi ile medikal tedaviden ve bakımdan uzaklaşan toplumu sağlık hizmetlerine yönlendirip tedavi ve bakım hizmetlerinden en etkin şekilde yararlanılması sağlanabilecektir.^{7, 15}

Sağlık okuryazarlığı kavramı günümüzde halen, sağlık hizmetleri ile halk sağlığı alanlarındaki sağlık araştırmacılarının ciddi anlamda dikkatini çeken önemli bir konu olarak bildirilmektedir.

Bu araştırma; Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeğinin (PACIC) kullanıldığı birkaç araştırmadan biri olup kronik hastalığı sebebiyle bakım görmekte olan bireylerin, sağlık okuryazarlığının belirlenmeye çalışıldığı ve aldıkları bakım hizmetlerinin değerlendirildiği, ayrıca sağlık okuryazarlık seviyelerinin alınan bakım hizmetine etkisinin belirlenmeye çalışıldığı bir araştırmadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıkların Önemi ve Epidemiyolojisi

Dünya sağlık örgütüne göre kronik hastalıklar; genel olarak yavaş ilerleyen, tıbbi müdahalelerle tedavi edilemeyen, uzun dönemli, hastalığın şiddetini azaltmak ve öz-bakımında kişinin işlevlerini ve sorumluluğunu en üst seviyeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlar olarak tanımlanmaktadır.^{6, 18}

Kronik hastalıklar uzun zaman alan izlem, kontroller ve bakım gerektirmesi, geriye dönüşü olmayan patolojik sorunlara sebep olması, bireyde kalıcı yetersizlikler veya hareket kısıtlılıkları meydana getirmesi sebebiyle, günlük yaşam aktivitelerinde değişimler veya zorluklar oluşturmaktadır. Ayrıca kronik hastalıklı bir birey, ailesi ve ülkesi açısından, değişik sorunları da beraberinde getirebilmektedir.^{2, 19}

Kronik hastalıklar yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmekte, fakat yaş arttıkça kronik hastalıkların insidansı da artmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerde geriye dönüşü olmayan normalden sapmalar ve fonksiyonel yetersizlikler oluşmaktadır. Bu hastalıklar kendiliğinden çözülmez, özel bakım ve rehabilitasyon gerektirir ve nadiren tamamen tedavi edilirler. Kronik hastalıklarda bir veya birden fazla vücut sistemi etkilenebilir, duyuşsal algılamada, harekette, bilişsel fonksiyonlarda ve sosyal becerilerde zayıflama olabilir. Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireylerin fonksiyonel kapasitelerini azaltır, aktif hayatlarını sınırlar, çalışma performansı ve iş üretimini düşürür, yaşam kalitesini bozar ve sosyal izolasyona sebep olur. Sadece bireyi değil aile üyelerinin ilişkilerini ve yaşam tarzını da etkiler.²⁰⁻²² Sağlık problemleri kronik olduğu zaman, akut sağlık bakım sistemi yetersiz kalmaktadır. Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin yapılanması, ağırlıklı olarak koruyucu ve önleyiciden daha çok sağlık sorunlarının tedavisine odaklı sürdürülmektedir. Uygulamaların tanı ve test ağırlıklı olduğu, tedavi uygulamalarının daha çok ilaç ve teknolojik girişimlerle yapıldığı, ödeme

sisteminin de hastalık odaklı olduğu gözlenmektedir.^{21, 23} Bu durumda, kronik hastalıklı bireyler sağlıkla ilgili şikâyetleri olduğuunda hastanelere başvurmakta, çok sayıda bireyin hastanelere yönelmesi sağlık sistemine yük getirmekte, çoğunlukla semptomlar ve komplikasyonlar tedavi edilmeye çalışılmaktadır.²³ Ayrıca bireyler kendi sağlıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından bu bireylerin kendilerini yönetme becerileri de düşük kalmaktadır. Çünkü bakım ve tedavi daha çok sağlık ekibi üyeleri tarafından yönlendirilmekte, hastanın kendi kendini yönetimine ve sağlık ekibi hasta etkileşimine çok az önem verilmektedir. Kronik hasta bakımındaki sorunların temelinde toplumsal kaynakları kullanabilen, bilgili ve güçlü hastaların olmaması, sağlık ekibi üyelerinin bilgi ve diğer donanımlarının yetersiz olması, uygulamada kanıta dayalı bilgilerin kullanılmaması ve var olan bilgi sistemlerinin yetersiz olmasının bulunduğu belirtilmektedir. Yani nitelikli bakım yetersizliğinin gerçek nedeni organize ve gelişmiş bir bakım sisteminin olmayışdır. Buda hükümetleri sağlık hizmetlerinin değişimine ve yeni bir kronik bakım sistemini oluşturmaya zorlamaktadır.²²

Bir enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan genetik yatkınlık, çevresel maruziyete yada yaşam tarzına bağlı hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak adlandırılmaktadır. Son yıllarda kronik hastalıkların hepsi çeşitli başlıklar altında “bulaşıcı olmayan hastalıklar” kategorisinde ele alınmaktadır. Yapılan hastalık yükü çalışmaları da artık bu sınıflandırmaya göre şekillenmekte olduğu gözlenmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum sistemi rahatsızlıkları, bazı kanserler, obezite, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl önemli ölçüde insan sağlığını etkilemektedir. Bu hastalıklar, her sene tahminen 35 milyon kişinin ölümüne sebep olmakta ve bunların %80’ini düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkeler oluşturmaktadır. Dünyada ölümlerin yaklaşık %60’ı kronik hastalıklar sebebiyle meydana gelmektedir. Böyle giderse önümüzdeki 10 yılda 388 milyon kişinin, kronik hastalıklar sebebiyle

öleceği tahmin ediliyor. Ayrıca bahsi geçen ölümlerin çoğunluğunun beklenen yaşam süresinin altında kalacağı, bireylerin, ailelerin ve toplumların bu durumdan olumsuz bir şekilde etkileneceği tahmin edilmektedir.^{6, 23-25}

DSÖ'nün 2014 ülkeler bazında bulaşıcı olmayan hastalıklar verilerine bakıldığında; ülkemizde ölümlerin %47'sini kardiyovasküler hastalıklar, %22'sini kanserler, %8'ini kronik solunum hastalıkları, %2'sini diyabet, %21'ini diğer hastalıklar (Bulaşıcı olmayan doğum ve kadınla ilişkili şartlar, beslenme şartları ve yaralanmalar) oluşturmaktadır.⁶

Çoğunluğunu kalp-damar hastalıkları, diyabet, solunum yolunu ilgilendiren kronik hastalıklar ile kanserlerin oluşturduğu bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm toplumları olumsuz etkilemektedir. Bu tür hastalıklar tüm toplumlarda demografik ve epidemiyolojik dönüşüm sebebiyle sürekli artış göstermektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların bireyler üzerine etkisi ile nüfuslarda ki yaş ortalamaların artmasına bağlı olarak meydana gelen ölümlerin, dünya çapında artacağı tahmin edilmektedir. Bu ölümlerde ki en büyük artışın yine düşük ve orta gelirli bölgelerde ortaya çıkması beklenmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilintili yaşa bağlı ölüm oranları, genellikle düşük gelirli ülkelerde daha yüksektir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde Bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu ölümlerin hemen hemen yarısı 70 yaşın altında, neredeyse %30'u da 60 yaşın altında meydana gelir. Bu ölümler, üretkenlik ve sosyoekonomik gelişim açısından potansiyel olarak ciddi sonuçlar doğurur.²⁶ Mortalite ve morbidite verilerine göre; gelişmekte olan ülkelere bulaşıcı olmayan hastalıkların sayısının yükselme eğiliminde olduğu gözlemlenmektedir. Kalp-damar hastalıkları ve diyabet kaynaklı ölümlerin %80'den fazlası, KOAH kaynaklı hastalıklar sebebi ile meydana gelen ölümlerin %90'dan fazlası, kansere bağlı ölümlerin ise üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir. Ayrıca bulaşıcı olmayan

hastalıklara bağlı olarak erken yaşta ölümler meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde 60 yaş altında ki bireylerde meydana gelen bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümlerin oranı %13'leri bulurken, gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran %29'ları bulduğu görülmektedir.^{6, 23, 25, 27-29}

Ülkemizde yapılmış olan farklı epidemiyolojik araştırmaları barındıran Sağlık Bakanlığı Raporu'na göre yaklaşık olarak her üç kişiden birinin (22 milyon kişiden fazla), bir ya da birden çok kronik hastalığa sahip olduğu ifade edilmektedir.^{30, 31}

2012 yılında ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre 15 yaş ve üstü bireylerin %13,2'si hipertansiyon sorunu yaşamaktadır. Bu yaş grubunda, sağlık sorunu yaşadıklarını ifade edenlerin verdikleri yanıtlara bakıldığında; hipertansiyondan sonra en fazla problem, sırası ile; %12,8 ile bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri, %9,1 ile romatizmal eklem hastalığı, %7,7 ile mide ülseri ve %6,8 ile şeker hastalığı takip etmektedir. 15 yaş ve üstü bireylerde yapılan ölçümlere göre nüfusun %17,2'si obezdir. Bireylerin vücut kitle indeksleri incelendiğinde; %34,8'i fazla kilolu, %44,2'si normal kilolu, %3,9'u ise düşük kilolu olduğu ortaya çıkmaktadır. Cinsiyete göre bakıldığında ise, kadınların %20,9'unun obez ve %30,4'ünün fazla kilolu olduğu görülmektedir. Erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %13,7 ve %39,0 olduğu gözlenmektedir.³²

Ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölüm nedenlerine bakıldığında, 2013 ile 2014 yıllarında ki üç hastalık grubunun sıralamasının değişmediği görülmektedir. Bu lm nedenlerinin; 2013 ve 2014 yılında %39,6'sını ve %40,4'n dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. 2013 yılında %21,2 oranında gerçekleşen iyi huylu ve kötü huylu tümör kaynaklı ölümler, 2014 yılında %20,7 olarak ikinci sırada yer almaktadır.³³

Ülkemizde lme sebebiyet veren ilk 10 sağlık sorunundan yedisi kronik hastalıklardır.³⁴ Kronik hastalıkların giderek artması ile bu hastalıkların kontrolü ve

toplum merkezli hastalık yönetimi programlarının önemi daha da fazla ortaya çıkmaktadır.^{35, 36} Ayrıca ülkelerin sağlık seviyesi ekonomik gelişmişliğin bir işaretidir. Ulusal sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu, giderek artan bir şekilde kronik hastalıklara ayrılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nin, kronik hastalıkları olan bir toplulunun sağlık harcamalarında orantısız seviyede yüksek bir paya sahip olduğu belirtilmektedir.³⁷

Bulaşıcı olmayan hastalıklarda ki her %10'luk artış, yıllık ekonomik büyümeyi %0.5 azalttığı yapılan ekonomik analizler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu etkiler 1960'lı yıllarda sıtma, 1990'lı yıllarda AIDS'in yol açtığı ekonomik tehdidin çokça üstündedir. Gerçekte, özellikle düşük ve orta gelir sınıfındaki ülkelerde, kronik hastalıklar yoksulluğun en büyük nedenlerinden biridir. Hem ülkenin sağlık harcamalarında ki görünen büyük çoğunluğu kronik hastalıklar için harcanmakta hem de genç yaşta ki bireylerde iş gücü kaybına sebep olmaktadır.²⁵

Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıktığı düşünülürse, bu ciddi hastalık yükünün hâlihazırda ekonomisi kötü olan bir ülkeyi nasıl bir kısır döngüye soktuğu anlaşılacaktır.²⁸ Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri arasında bulunan "HIV/AIDS, sıtma ve öteki hastalıklarla mücadele edilmesi" hedefi ile ulusal ekonomilerin sürdürülebilirliği açısından önemli olan "Aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması" hedefi için önceliklidir.³⁸

2.2. Kronik Hastalıklarda Sağlık Bakım Hizmeti ve Hemşirelik

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, güncel ve giderek büyüyen acil bir sağlık gereksinimidir. Bu konu, hem sağlık çıktılarının iyileştirilmesi hem de sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmesi için önemlidir. Ülkemizde diyabet, kalp, kanser gibi kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimine ilişkin

ulusal politikalar ve stratejiler geliştirilmekle birlikte, bu konuda katkı sağlayacak paydaşların daha çok iş birliği ve ortaklık içinde çalışması gerekmektedir.²

Son zamanlarda sağlık bakım hizmetlerinde meydana gelen değişimlerle birlikte hemşirelik önemini giderek artırmış ve artırmaya da devam etmektedir. Artan önemi ile birlikte hemşirelik mesleğinin rolleri de giderek genişlemektedir.³⁹

Hemşirelik bireyin sadece biyolojik yönü ile değil bütüncül yönüyle değerlendiren, bireylerin karar almalarını ve bağımsızlığını destekleyen, sağlık bakımında da kendi kararlarını almasında yardımcı olan bir meslektir. Hemşirelik, sadece hastalığa odaklı hareket etmeyen, bireyin var olan ya da olası sağlık sorunlarına da odaklanan, ayrıca sağlığın geliştirilmesini ve hastalıkların önlenmesini vurgulayan bir meslek dalıdır. Hastalıklar meydana geldikten sonra palyatif bakımı da desteklemektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde ve sağlık eğitimi vermede özellikle hemşireler daha aktif ve profesyonel rol alabilirler. Bir hemşire, gerek doğrudan bakım gerekse destekleyici bakım konusunda bilgi ve beceri sahibidir. Hemşirelerin klinik sonuçlar, fonksiyonel sonuçlar, hasta memnuniyeti, hizmet kullanımı üzerine olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir. Hasta sözcülüğü ve vaka yönetimi holistik bakımın bir parçasıdır. Hemşireler, hem hasta hem de sağlık hizmeti verenler yönünden karşılıklı en iyi çıktı sağlayacak kanıta dayalı uygulamaları bilir ve uygular. Özellikle bilgilendirilmiş kişiler kendi kararlarını vermek için güçlendirilir. Hemşirelerin vaka yönetimine ilgisi çoktur. Vaka yönetimi yönteminin birkaç çeşidi vardır; ancak daha çok izleme, planlama, koordinasyon ve değerlendirmeye odaklanır.²²

Kronik hastalıklar bakım ekibi; diyabet, kalp hastalıkları, KOAH, kanser gibi tanımlanmış hastaların bakımında rol alan ve kendi aralarında sürekli iletişimde bulunan klinisyen ve bakım destek grubudur. Çoklu disiplinlerden oluşan bu ekipte hangi disiplinlerin bulunacağı, bakımda hangi fonksiyonların yer alacağına ve bu

fonksiyonların kimler tarafından yürütüleceğine bağlıdır. Ekipte yer alacak kişiler fonksiyonel performanslarına göre üç ana sınıfa ayrılır. Bunlar; tanı ve tedaviyi belirleyen hekimler; davranış değişikliğine yönelik danışmanlık ve eğitim veren hemşire, eczacı ve diğer sağlık bakım ekibi üyeleri; önerilen bakım ve tedaviyi uygulayan (sağlık bakım üyesi olmayan bakım destek grubu) kişilerdir. Gerektiğinde sivil toplum kuruluşları ve diğer toplumsal kaynaklar ekibe katkı verebilir. Kronik hastalıkların bakım tedavisinde başarılı olabilmek için ekipte hemşire ve klinik eczacıların yer alması elzemdir. Ancak, etkin ve verimli bir ekip çalışması ile hastaların kaliteli bir bakıma erişimi mümkündür.³⁶

Hemşirenin kronik hastalıkları olan bireyleri çok yönlü değerlendirdiğinde, belli başlı bakım gereksinimleri ortaya çıktığı görülmektedir. Bu bakım gereksinimleri şunları içermektedir.^{2, 9, 11, 19, 30}

- Öncelikle kronik durumların çıkışını önleme
- Semptomları hafifletme ve kontrol altına alma
- Yetersizlikleri önleme, uyum yapma ve kontrol altına alma
- Kriz dönemlerini ve komplikasyonları önleme ve kontrol altına alma
- Hastalığın stabil hale gelmesini önleme
- Bireysel değerler ve aile fonksiyonlarını koruma
- İlerleyici fonksiyon kayıplarını ve bireyin kimliğini tehdit eden durumlara uyum
- Bireysel ve aile hayatını olabildiğince normal sürdürme
- Yalnızlık, sosyal izolasyon ve değişen zaman planlaması ile yaşamak
- Destek için iletişim ağı ve kaynakları, sistemleri kurma ve sağlama
- Kronik durumun akut döneminden sonra normal yaşama dönme
- Rahat ve onurlu biçimde ölme konularını kapsamaktadır.

Başarılı giden kronik bakım uygulamalarında, hemşirenin ekipte yer aldığı ve etkin rol oynadığı belirlenmiştir. Bu hemşirelerin ilgili klinik alanda deneyiminin olması,

hemşirelikte uzmanlığını yapması ya da ilgili alanda özel eğitim (sertifika programı) almasının yanı sıra kronik hastalıklarda davranış değişimi yaratma konusunda eğitim alması önemlidir. Ayrıca, uzman hemşireler riskli hastaların bakımında vaka yöneticisi olarak rol alabilirler. Ancak bu hemşirelerin ayrıca etkili iletişim becerilerine de sahip olması gerekir. Vaka yöneticisi hemşireler, hazırlanan bakım protokolü doğrultusunda hastanın kendi bakımını yönetmesini, primer hekim ile uzman hekim arasında bağlantıyı sağlar.³⁶

Kronik bakım ekibinde, hemşirenin doğrudan bakım verici rolünden çok bakımı yönetme; hasta, ailesi ve bakım vericilere danışmanlık ve eğitim verme rolü ön plandadır. Hemşire, bireyin ve ailenin sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, bakımın planlanmasında ve yürütülmesinde hemşirelik sürecinden yararlanır. Bu amaçla bireyin kapsamlı tanılmasını yapar; öyküsünü alır, fizik muayenesi ve ağrı değerlendirmesi yapar. Kullandığı ilaçları, fonksiyonel yeterlilik durumu, egzersiz, beslenme ve diğer alışkanlıklarını, ev güvenliğini ve bakım vericilerin yetkinliğini değerlendirir. Bakımla ilgili hemşirelik tanılarını koyar, hedefleri ve izlemle alakalı beklenen sonuçları belirler, kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda bakımı planlar, planı aile ve diğer bakım vericilerle paylaşır, bakımın uygulanmasını sağlar. Periyodik vizitlerle izlem yaparak sonuçları değerlendirir. Bu izlemler ev ziyaretleri ve/veya telefon ile sağlanabilir. Vizitlerin sıklığı hasta gereksinimlerine göre ayarlanır. Hemşire bakıma doğrudan katılmayabilir; ancak gerektiğinde İV yolu ve setleri ile nazogastrik tüpü, foley kateteri değiştirir ve stoma bakımı yapar. Banyo, yemek yedirme veya temizlik gibi aktiviteler yardımcılar ya da aile bireyleri tarafından yürütülür. Hemşire, bu bakım vericilerin becerilerinin yeterliliğinden, bakım vericilerin yaptığı uygulamaların güvenli yapılıp yapılmadığından, talimatlara uygun şekilde yerine getirildiğinden emin olmalıdır. Hemşire, her bir vizitte tüm yaptıklarını kaydetmelidir.^{2, 10, 20, 30}

Hasta ve ailesinin; durumunu anlamaya, sağlık bakım kararlarına katılmaya ve sağlık davranışları geliştirmeye ihtiyaçları vardır. Hasta ve yakınlarının bakımla alakalı her řeyi hastanede yatarken öğrenmeleri çok mümkün değildir. Hemřirenin buradaki en önemli sorumluluklarından biri, aile ve bakım vericileri eğitmek, onlara danışmanlık vermek ve koçluk yapmaktır. Bu bağlamda, kronik bakımda görev yapan hemşireler, zamanlarının çoğunu hasta ve yakınlarına eğitim vermekle geçirirler. Hemřire gerekirse 5-10 kişilik gruplar halinde ya da bireysel olarak hasta, ailesi ve bakım vericilere eğitim verir; grupların birbirleri ile deneyimlerini paylaşmasını sağlar. Hemřirelik girişimleri, hastanın fonksiyonlarını bağımsız sürdürmesine, yaşam kalitesini artırılmasına ve fonksiyonlarının geliştirilmesine yönelik olmalıdır. Bu kapsamda hastanın öz bakımını değerlendirir; iyi bir iş birliği sağlayarak hastayı davranış değerikliği için motive eder. Hastanın kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk kazanması sağlanır. Hemřire, hasta haklarının ve otoritesinin korunmasına destek vermek üzere hasta ve yakınlarını sečecekler konusunda bilgilendirir. Toplumda ki diğer kaynaklara nasıl ulaşacaklarını ve önemli ya da acil durum geliştiğinde ne yapacaklarını belirtir.^{15, 21}

2.3. Kronik Hastalıkların Yönetimi

Kronik hastalıklar bireyler, aileler ve dolayıyla toplumun günlük yaşamında ve problem yönetiminde çeşitli zorluklara neden olur. Kronik hastalıkların bakımı yönetiminde ilk ve önemli olan strateji erken belirleme ve önleme olduğu belirtilmektedir. Çünkü kronik hastalıkların çoğunluğu, zararlı alışkanlıklar ve aşırı yeme gibi sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının önlenmesi ile tedavi edilebilir. Bu yüzden yaşam biçimindeki değerşiklikler bazı kronik hastalıkların gelişmesini önler veya en azından ortaya çıkışını ileri yaşlara erteler. Bireylerin; sağlığını geliştirmek ve korumak için, yaşam biçimi değerşiklikleri yapması zorunluluk haline gelmektedir. Kronik hastalıkların

oluşması veya ilerlemesi durumunda ise semptom yönetimi ile komplikasyonların ve diğer akut hastalıkların önlenmesi ön plana çıkmaktadır.³⁰

Kronik hastalıkların bazılarının önlenabilir olması, kronik hastalığa sahip bireylerin çoğunun yaşam boyu tedavi gereksiniminin olması, komplikasyonlarının önlenabilir olması, tedavisinde sorumlulukların sağlık çalışanları ve hasta tarafından paylaşılmasının gerekli olması, sağlık çalışanı ve hasta eğitiminin başarılı sonuç almada çok önemli yerinin olması ve maliyetlerinin çok yüksek olması gibi önemli özelliklerinden ötürü kronik hastalıkların yönetiminde birçok yöntem geliştirilmiştir.^{10, 40}

Bu sebeple kronik hastalıkların yönetiminde geliştirilen en önemli yöntemler şunlardır:

- Hastalık yönetimi,
- Bakım koordinasyonu,
- Hasta-odaklı “sağlık evi” uygulamaları,
- Gelişmiş elektronik hasta kayıt sistemi (EHR).³⁰

Hastalık yönetimi, sağlık hizmetlerinin ve ilgili iletişimin koordine edildiği ve hastanın kendi bakımını üstlenmesinin önemli olduğu hastalıklar için geliştirilmiş bir sistemdir.³⁰

Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi aile hekimlerinin, iç hastalıkları, geriatri ve diğer ilgili uzmanlık alanlarında uzman olan hekimlerin ve hemşirelerin görevleri arasında olup kronik bakım yönetimi uygulamada ciddi değişim gerektirmektedir.⁴⁰ Akut bakım hizmetleri içine kronik bakımla ilgili sistematik değerlendirme, önleme, eğitim ve izlemle ilgili girişimleri adapte etmek oldukça zordur. Bu hastalar için yeni yaklaşımlar organize edilmesi gerekmektedir.²² Son yıllarda mevcut sağlık hizmetleri sunumundaki bu önemli sorunlar fark edilmiş ve kronik hastalık bakımı ile ilgili yeni stratejiler geliştirilmesi için çaba harcanmaya başlanmıştır.^{1, 41}

Gelişmiş ülkelerde kronik durumların yönetimi hastaneler, rehabilitasyon merkezleri, evde sağlık bakımı, uzun süreli sağlık bakım kurumları, hemşirelik bakım evleri ve hospislerde vaka yönetimi ile gerçekleştirilir. Ülkemizde ise hastaneler, rehabilitasyon merkezleri, huzurevleri ve evde bakım kurumları bu görevi sürdürmektedir. Hastalık yönetimi kronik durumların tipi, evresi ve teknolojik olanaklara bağlı olarak farklılık gösterir. Hastalık yönetimi; önleme, tanı koyma, akut atakların tedavisi ve hasta eğitimini kapsar. Hastaların fonksiyonel yeteneklerini en üst düzeyde kullanmalarını ve yetersizliklere uyumlarını sağlamak için multidisipliner yaklaşım kullanır. Hastalık yönetiminin hedefleri sağlık ekibi üyeleri, hasta ve ailenin işbirliği ile belirlenir.⁴

Kronik hastalıkların yönetiminde temel stratejiler şunlardır;^{4, 30, 40}

- Kronik hastalıklar gelişme riski olan bireylerin belirlenmesi
- Kronik hastalıkların oluşmasını önlemeye yardım etme
- Eğitimle hastanın özyönetim becerisini geliştirme
- Kronik hastalıkların yönetiminde teknolojiyi kullanma
- Hastalık yönetim programlarını uygulamadır.

Bu stratejiler kullanımı ile yapılan kronik hastalık yönetiminin yararları şunlardır;^{4, 10, 11, 30, 40, 42}

- Maliyet odaklı etkin tanı ve tedavi yöntemleri kullanır,
- İşlev ve işlemleri devamlı iyileştirir.
- Klinik etkinliği en üst seviyeye çıkarır,
- Yetersiz ve gereksiz hizmetleri ortadan kaldırır,
- Koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik edip, hastalığa uygun tanı ve tedavi planlamasını destekler,

- Uygun kalite standartları geliştirip sağlık hizmeti sunumunun en etkili bir şekilde yapılmasını sağlar,
- Hastalık yönetimi daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak, daha verimli bir şekilde bu sonuçlara erişebilmek için hizmet sunumu süreçlerini entegre eder. Sağlık harcamaları azalır ve daha iyi yönetilir. Böylece; klinik uygulamalarda kanıta dayalı rehberler ve protokollerin kullanımını daha ön plana geçer. Aynı zamanda hasta ve hekimi, ekip çalışması kavramıyla desteklenir ve daha iyi klinik sonuçların elde edilmesi sağlanmış olur.

2.4. Kronik Bakım Modeli

Kronik hastalık yönetimi için en çok kullanılan, en bilinen ve en etkili kabul edilen Kronik Bakım Modeli'dir. Kronik hastalık yönetiminde Kronik Bakım Modeli, toplumsal ve ekonomik yükün sürekli artışı sonucunda bakımın kalitesini arttırmak ve maliyetini azaltmak amacıyla bir rehber olarak ortaya konmuştur. Model; bilgi, beceri ve güven ilişkisiyle donatılmış hastayla hastalık konusunda gerekli olan bilgi, deneyim, uzmanlık ile kaynaklara sahip olan “sağlık bakım ekibi” ile birlikte mevcut kaynakları kullanarak, yüksek kalitede bakım için etkili kararlar verebilecek ve kronik hastalık bakımını etkin şekilde yönetebilecektir. Kronik Bakım Modeli, sağlık hizmetleriyle sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri daha da ön plana çıkarmaktadır. Modelde ki amaç; kronik hastalığı olan bireylerin günlük bakımını akut ve tedavi edici bakımdan; koruyucu, planlanmış ve toplum temelli bakıma dönüştürmektir. Model ile hastalara rutin olarak tanı konur, hastaların aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri sağlanır, kendi öz-yönetimleri için desteklenir. En uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım sonuçlarında iyileşme; bunlar doğrultusunda da hasta memnuniyeti beklenir. Model altı temel bileşeni kapsar. Bunlar; toplum kaynakları

ve politikalar, karar verme desteği, sağlık bakım organizasyonu, öz yönetim desteği, sağlık hizmetleri sunum planı ve klinik bilgi sitemleridir.^{9-11, 36, 40, 43-46}

2.4.1. Toplumsal Kaynaklar

Tüm hizmet sunan kuruluş veya organizasyonlar (hastaneler, evde bakım şirketleri, aile sağlığı hizmetleri, vb.) ile hasta arasında ki ilişkilerin geliştirilmesidir. Kronik hastalıklı bireylerin bu kaynaklardan iyi yararlanabilmesi için hizmet sunan bu kurumların özellikleri bakımda ilerleme için çok önemlidir.⁴²

2.4.2. Hizmet Sunumunun Yeniden Tasarımı

Planlı vizitler yapılması, vaka yönetiminin uygulanması ve kronik hastalıkla ilgili primer bakım ekibi oluşturulması yer almaktadır.^{42, 45} Uygulama yapısı değiştirilmeli, kronik bakım ekibi akut bakım ekibinden ayrılmalıdır. Yüksek riskli vakalarda vaka yönetimi kullanarak ve planlı vizitler yaparak uygulamaya yeni bir bakış açısı getirilmelidir.⁴²

2.4.3. Kendi Kendini Yönetme Desteği

Kronik hastalıklı birey hastalığın akut dönemlerinde (alevlenme) hastaneye yatabilirler. Ancak bakım primer olarak evde sürdürölür, bu nedenle kronik hastalıklı bireyler kadar ailelerde çok etkilenir. Ailenin durumu nasıl algıladığı çok önemlidir; ailenin hastalığa veya duruma verdiği tepkiler bireyin hastalığa bakış açısını etkiler. Kronik hastalıkta her bireyin tepkisi farklı olabilir, bu tepkiyi etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; hastalığın yaşamın hangi döneminde ortaya çıktığı, fonksiyonel yetersizlik düzeyi, hastalığın getirdiği sınırlamaların düzeyi, hastalığı yol açan patofizyoloji, sosyal rollerdeki değişim gibi faktörlerdir. Bu faktörler bir hayli karışık olup her bireyde farklı gereksinimler çıkarabilir. Bu gereksinimleri standart hale getirmek güç olmakla birlikte tüm kronik hastalıklı bireylerin mümkün olduğunca duruma uyum sağlaması ve normal yaşamayı öğrenmesi gerekir. Bazı insanlar kronik hastalığa daha çabuk uyum

sağlamaktadırlar. Hastalığa uyumda bireyde; yaş, depresyon durumu, inkar etme, özgüven, kontrol hissi, fonksiyonel yetersizlik derecesi ve zorluklar önemlidir. Öncelikle semptomların tedavisi ve ortadan kaldırılması bireyi rahatlatacaktır.²¹

Hastanın hastalığa uyum sağlayabilmesi ve normal yaşamını sürdürebilmesi için hasta ve ailesi birlikte ele alınmalı; hasta, ailesi ve bakım vericilere özel eğitim verilmelidir. Hasta eğitimi; kronik hastalığa yönelik bilgi ve teknik beceri eğitimi, davranış değişikliğinde yardımcı olacak problem çözme becerisi kazandırmaya yönelik eğitim olmak üzere iki önemli bölümden oluşmaktadır. Hasta eğitimi ile hastanın problem çözme, hedefe odaklanma becerilerinin geliştirilmesi gerekir, çünkü kronik bakımda merkezde hasta birey vardır ve kontrol hastada olmalıdır.⁴² Ayrıca hastanın aynı hastalıkla mücadele eden diğer bireylerle ya da gruplarla etkileşimi sağlanmalıdır.

Hasta eğitimi ve etkileşiminde ki temel amaçlarımız şunlar olmalıdır:²¹

- Günlük yaşam aktivitelerini yalnız yapmayı öğrenmeli,
- Fiziksel yeterliliğini, sosyal rollerini sürdürebilmeli,
- Hastalığın tedavi ve bakımında bireysel sorumluluklarını alabilmeli,
- Kendine güvenini kazanmalı,
- Kontrolün kendinde olduğunu hissetmeli,
- Ölüme karşı dik durabilmelidir.

2.4.4. Karar Destek Sistemleri

Karar destek sistemleri klinik uygulama kılavuzları ve sağlık ekibi üyelerinin eğitimi olmak üzere iki bölümden oluşur.⁴² Uygulama kılavuzları, bir hastalığın, sorunun veya sürecin/işlemin yönetiminin kabul edilmiş kanıta dayalı özetidir. Bu rehberler ilgili konuda “doğru yapılacak işlem” tanımlamakta olup kalite geliştirme sürecinin önemli bir parçasıdır.⁴⁷ Klinik uygulamaya rehberlik edecek kanıta dayalı bilgilere sağlık ekibi üyeleri kolayca ulaşabilmeli, bu tür karar destek sistemlerinden yararlanabilmelidir.⁴²

2.4.5. Klinik Bilgi Sistemleri

Ülkemizde kronik hastalık yükünün devamlı artmasıyla birlikte kronik hastalıkların öz-yönetimiyle birinci basamak ve toplum temelli hastalık yönetimi programları önemini giderek arttırmıştır. Bu sebeple geliştirilen model; bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, bakıma aktif katılımın sağlanmasında sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaktadır. Bu doğrultuda sağlık profesyonelleri ile özellikle kronik hastalık yönetimi konusunda hayati rolü olan hemşirelerin, farkındalığının arttırılması, mezun olmadan önce ve sonraki eğitimlerde kronik hastalık yönetim programlarının yer alması, bunun için de yeterli sayıda ve uygun insan gücünün oluşturulması önemlidir.¹¹

2.5. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı

Okuma-yazma teriminin ilk anlamı yazı sembollerini kullanmak ve bu kullanılan sembollerin anlamını çözmek manasına gelmektedir. Dünyamız yazı sembolleri dışında çok fazla sembolik manalar da içerir. Bu sembolleri bütünüyle anlamlandırmaya çalışmak bir okuma şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Farkında olarak ya da olmadan kendimizi, çevremizi ve çevremizde olup bitenleri okuyoruz, bazen de sembolleri kullanarak kendimizi ifade etmeye çalışmaktayız. Tüm bunları esas aldığımızda okuryazarlık; başlangıçta yazı sembollerini seslendirme ve anlamlandırma olan, daha sonra bu beceriyi etkili bir şekilde kullanarak nesneleri, olgu-olayları ayrıntılı anlama ve kendini anladıkları ile ifade etme şekli olarak tanımlayabiliriz. Başka bir manasıyla “toplumdaki bilgileri, becerileri ve sosyal normları anlama, birbirleriyle paylaşma, yorumlayabilme ve sonraki nesillere aktarmak için kullanılan etkileşim aracıdır”.⁴⁸

Okuryazarlık kavramları 1950’li yıllardan günümüze gelinceye kadar değişmiş ve farklı boyutlar kazanmıştır. 1990’lı yıllardan sonra okuryazarlık kavramının çerçevesi teknolojiye, hayat şartlarının değişimine ve yeni ihtiyaçlara göre çeşitlenmiştir.

Okuryazarlık, bilgisayar okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, matematik okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı gibi farklı okuryazarlık türleri ile anılır olmuştur. Diğer taraftan bilgi okuryazarlığı, kültürel okuryazarlık ve evrensel okuryazarlık gibi insan ömrünü kapsayıcı yaşam tarzları şeklinde okuryazarlık türleri kullanılır olmuştur. Hatta bu okuryazarlık türleri ilk ve orta öğretim dersi olarak okutulmaya başlamıştır.^{17, 49}

Ülkemizde ki okuryazarlık kültürünün, birçok ülkenin gerisinde kaldığı bildirilmektedir. Okuryazarlık seviyesi; yapılan çalışmalarda okuma-yazma bilme durumu, okullaşma oranı, kütüphanelerin sayısı ve kullanılması, kitapçı-yayınevi bilme durumu, takip edilmesi, kitap-gazete satışı ve okunması gibi değişik şekillerde ölçümü yapıldığı görülmektedir.⁵⁰⁻⁵² Bazı verilerle ülkemizde ki okuryazarlık durumuna baktığımızda; yapılan bir araştırmada, halk kütüphanelerinden ödünç alınan kitap miktarının her on kişiye bir kitap düşecek şekilde olduğu hesaplanmıştır. A.B.D.'de ise bu oran bir kişiye altı kitap düşecek şekildedir.⁵³ Yapılan bir AR-GE çalışmasında Avrupa Birliği ülkelerinde kitap okuma oranının %21 olduğu, ülkemizde ise bu oranın %0.01 bulunduğu ifade edilmektedir⁵⁴. Ülkemizde ayrıca yılda basılan kitabın 2004 yılında 19000 olduğu, bu rakamında yaklaşık olarak Fransa'nın üçte biri, Almanya'nın dörtte biri, İngiltere'nin ise yedide biri olarak hesaplanmıştır.⁵⁵ TÜİK Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması bilgisayar ve internet kullanımı ile ilgili verileri incelediğimizde, bilgisayar ve internet kullanma oranının 16-74 yaş arası bireylerde %54.8 olduğu bildirilmiştir.⁵⁶

Okuryazarlık türleri özünde okuma ve yazma ile ilişkili olmasına rağmen, çok farklı, karmaşık ve çoklu okuma ve yazma becerileri gerektirmektedir. Ülkemizde, yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak kronik hastalıklarında içinde bulunduğu bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlaştığı bilinmektedir. Sağlık sorunlarında ki artış özellikle kronik

hastalıklarda bireylerin yaşam şekilleri ile sağlık davranışları ile doğrudan ilişkilidir. Bundan dolayı; hastalıkları oluşturan etmenleri, korunma tedbirlerini, hastalıkla yaşama ve mücadele etme, yani yaşam kalitesini arttırma yolları gibi konularda bilgi sahibi, bilgi kaynaklarına ulaşması, bu bilgiyi doğru olarak anlaması ve uygulaması gerekmektedir. Dünya sağlık sorunlarıyla yüzleşirken Amerika’da sağlık okuryazarlığı kavramı 20. Yüzyıl’da sıkça gündeme gelir olmuş ve sonrasında 1974 yılında Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” başlıklı makalede yer almıştır. Ancak literatürde yaygın şekilde kullanımı, Amerika’da 2003 yılında gerçekleştirilen Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan¹³ sonra başlamıştır.

Sağlık okuryazarlığı; “sağlığı iyileştirmek maksadıyla temel sağlık bilgileri ve sağlık hizmetleri edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkları önleme ve erken tarama, bakım, tedavi ve politika oluşturmayı kapsayan her bireyi ilgilendiren bir konudur. Duyduğunu ve okuduğunu anlama, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi sağlığı ilgilendiren durumlarda kullanabilmek, ayrıca sağlık sisteminin nasıl kullanılabileceği ve sağlık sisteminden nasıl yararlanılabileceğinin bilinmesi de tanım içerisinde yer almaktadır.²⁹

2.6. Kronik Hastalıklar ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, yıllarca süren eğitime veya genel okuma alışkanlığına bağlı olmayıp, mevcut şartlara göre değişebilmektedir.⁵⁷ Hastalar, sıklıkla bilgiyi değerlendirme, riskleri ve kazançları analiz etme, ilaç dozlarını hesaplama, test sonuçlarını anlamlandırma ya da sağlıkla ilgili bilgilere nasıl ulaşabilecekleri gibi karmaşık bilgi ve tedavi kararlarıyla karşı karşıyadırlar. Kaliteli bir sağlık hizmeti için hastaların, rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve hastalık belirtilerini olduğu şekli ile tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Yerinde sorular sormaları, verilen tıbbi tavsiyeyi

ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda beklenen özelliklerdir. Her bireyin sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirme fırsatı olmalıdır. Sağlık ve bilim temel eğitim sisteminin parçası olmalı, toplum güvenilir sağlık bilgilerine erişebilmeli ve eriştiği bilgilerin, kaynağı ne olursa olsun doğru olduğuna güvenebilmelidir.⁵⁸ Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, medikal işlem ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olduğu gösterilmiştir.⁵⁹

Kronik hastalıklar ve çoklu morbidite durumları sağlık hizmetinde önem verilmesi gereken konulardır. Hastaların sağlık durumları çoğunlukla kendilerinin kronik hastalıklarının yönetim ve tedavisinde bir seri temel yönlendirmenin yapılabilmesindeki motivasyonlarına bağlı olduğu için, kronik hastalıklar sağlık okuryazarlığı ve sağlık arasındaki etkileşimin açıklanmasında örnek olarak verilebilir¹⁴. Hasta verilen yönlendirmeleri anlamadığında ve/veya verilen yönlendirmelerin yetersiz ve açık olmadığı durumlarda, kronik hastalıkların tedavisi hasta ve hasta yakınları için daha da zorlaşmaktadır.⁶⁰

Hastalık yükü çalışmaları ülkemizde kronik hastalıkların sağlık hizmetleri alanında önemli bir konu olduğunu ve sağlık okuryazarlığı ile hasta eğitiminin özellikle kronik hastalık tedavisinin başarısında önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Toplumumuzda doğumda beklenen yaşam süresinin artmasına paralel olarak yaşlı nüfusun payı hızla artarken, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite azlığı, tütün kullanımı, stres ve benzeri faktörlerin artmasına paralel olarak kronik hastalık prevalansı yıllar içinde hızla yükselmektedir. Kronik hastalıklara karşı etkili mücadele programların başlatılması ve aralıksız olarak sürdürülmesi gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda ise öncelikle toplumda sağlık okuryazarlığı oranı ve farkındalık düzeyleri belirlenmelidir.⁵

Kronik hastalığı olan hastaların sağlık okuryazarlığının artırılmasında hastalık yönetimi yaklaşımlarının başarılı sonuçlar verdiği gösterilmiştir.⁶¹

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersizliğinin birey toplum ve sağlık sistemi üzerinde oldukça fazla olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bunlardan bazıları;

- Sağlıksız yaşamı sürdürme veya daha sağlıksız bir yaşam biçimi,
- Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliğinin yansıması olarak koruyucu sağlık hizmetleri kullanmada sorunlar (tarama, aşılar, egzersiz programları, v.b),
- Bireyin, verilen tedaviyi uygulamasında ki güçlükler (ilaç tedavisine, kontrollere uyum, v.b.),
- Kronik hastalıklar ile ilgili yetersiz bilgi (özellikle yaygın görülen hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda) ve verilen eğitimleri anlamada güçlük,
- İlaç uygulamalarında ki hatalarda artış,
- Morbidite ve mortalite oranının artması,
- Sağlık sektörü harcamalarında artış,
- Acil servis kullanımı ve hastane yatışlarında ki artış sıralanabilir.^{5, 13, 14, 17, 59}

Sürdürülebilir bir sağlık sistemi ve sağlıklı bir toplum için sağlık okuryazarlık seviyesinin geliştirilmesi büyük önem taşır ve sağlık politikalarının temel hedeflerinden biri olması beklenir.⁵

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yapıldı. Araştırma verileri hastanenin dâhili kliniklerinde kronik hastalık tanısı ile yatışı yapılan bireylerden toplandı. Araştırma Ocak 2014-Aralık 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, nöroloji ve psikiyatri klinikleri haricinde hastanenin dahili kliniklerinde kronik hastalık tanısıyla bakım ve tedavi gören 1440 birey oluşturdu. Aşağıda belirtilen evreni bilinen örneklem hesabına göre 275 hasta örneklemini oluşturdu. Altı ay ve daha uzun süredir kronik hastalığı olan, araştırmaya engel olacak işitme-görme ve zihinsel problemi bulunmayan 18 yaş üzerinde olan, araştırmayı katılmayı kabul eden ve anket formunu eksiksiz dolduran 201 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Evreni bilinen örneklem hesabı:⁶²

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N= Evrendeki birey sayısı (1440)

n= Örneklem alınacak birey sayısı (275)

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (%33=0.33)^{30, 31}

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (%67=0.67)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (%95 Güven aralığında 1,96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre örneklem hatası (%5=0.05)

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplamada anket formu kullanıldı. Bu form üç bölümden oluşmaktadır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form; hastaların sosyo-demografik bilgilerini, okuryazarlık aktivitelerini ve sağlık bilgisine nereden ulaştıklarını içeren 21 sorudan oluşmaktadır. (EK-3)

Sağlık Okuryazarlığı Soru Formu: Bu form, Uğurlu'nun çalışmasında⁶³ kullandığı soru form derlenerek oluşturuldu. Form, hasta bireyin mevcut durumu, diyeti ve ilaçları ile ilgili bilgi edinme, anlama ve rahat soru sorabilme durumlarını içeren 17 sorudan oluşmaktadır. Form; dörtlü likert şeklinde hazırlandı. “hiçbir zaman” yanıtı için 1, “nadiren” yanıtı için 2, “bazen” yanıtı için 3 ve “her zaman” yanıtı için 4 puan verilmektedir. Formun 1. 7. ve 13. maddeleri ters kodlanmaktadır. Soru formunun Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulundu. Ortalama puan üzerinden (49.22 ± 8.39) değerlendirilen formdan alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 17 ve 68'dir. (EK-4)

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC): Glasgow ve ark.^{11, 64} tarafından 2005 yılında geliştirilen 20 maddelik bu ölçek, kronik bakım modeli doğrultusunda oluşturulmuştur. Hasta bireylerin kendi-kendilerini değerlendirmelerine izin veren PACIC, uygulaması kolay ve kısa bir araçtır. Aynı zamanda kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği belirtilmektedir.^{11, 64, 65} Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı İncirkuş ve Nahcivan'ın çalışmasında Cronbach Alfa Katsayısı 0.91, bu araştırmada ise 0.80 bulunmuştur.^{11, 18} PACIC'in 5 alt boyutu vardır. Bunlar; 1–3. maddeler “hasta katılımı”, 4– 6.maddeler “karar verme desteği”, 7– 11. maddeler “amaç belirleme”, 12–15. maddeler “problem çözme”, 16–20.maddeler

“izlem\koordinasyon” alt boyutlarını oluşturmaktadır.^{11, 64, 66} Ölçek skoru belirlenirken; her alt boyut, kendi içinde tanımlanan maddelerin basit ortalaması ve aracın tamamını oluşturan 20 maddenin ortalaması bulunarak hesaplanır. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında alt boyutların tamamının Cronbach α değeri 0.71 ile 0.79 arasında bulunmuş olup, bu araştırmada ise 0.60 ile 0.85 arasında bulunmuştur. Alt boyutların açıklamaları aşağıda belirtildiği gibidir.

Hasta katılımı; boyutu, karar vermede hastanın katılımını belirleme faaliyetleridir.

Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme Desteği; hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini artırmak için bilgi sağlama ve bakımı organize etme faaliyetleridir.

Amaç Belirleme\Rehberlik; belirli, işbirlikçi amaçlar belirlemek için bilgi edinmektir.

Problem Çözme; tedavi planı oluşturmada potansiyel engelleri, hastaların sosyal ve kültürel çevrelerini dikkate almaktır.

İzlem\Koordinasyon; Ofis temelli bakımı sağlamak, güçlendirmek, gelişmiş koordineli bakımı belirlemek için hastalarla verimli ilişkiler düzenlemektir.

Aracın tüm maddeleri 1'den 5'e kadar puanlanan (1=Hiçbir Zaman, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman) 5'li likert tipi bir ölçekle hesaplanır.^{11, 64} Ölçek puanlarındaki artış; kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunu gösterdiği belirtilmektedir.⁶⁷ (EK-5)

3.5. Verilerin Toplanması

Anket formu, Mart 2015- Mayıs 2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu. Her bir anketin doldurulması yaklaşık olarak 15 dakika sürdü.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 20.0 paket programında yapıldı. Verilerin analizinde yüzdelik oran, standart sapma, frekans, bağımlı gruplarda t testi, One Way ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Tukey, Tamhane ve Cronbach α kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın verileri Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi etik kurul onayı (EK-2) alındı. Araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi izin yazısı (EK-6) alındı. Araştırma kapsamına alınan tüm bireylere araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılarak istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri (Özerkliğe Saygı) ifade edildi ve onayları alındı. Bireysel bilgilerin araştırmacı tarafından korunacağı, elde edilen bilgilerin ve yanıtlayanın kimliğinin gizli tutulacağı (Gizlilik ve Gizliliğin Korunması) belirtildi. “Kimliksizlik ve Güvenlik İlkesi” ile “Zarar Vermeme/Yararlılık” etik ilkelerinin uygulanmasına genel olarak dikkat edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Hastanede bakım gören kronik hastalıklı birey yoğunluğu, yatış tanıları açısından homojen dağılmamaktadır. Çoğunlukla; diyabet, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım gibi toplumda yaygın görülen kronik hastalıklar ön plana çıkmaktadır. Ayrıca araştırmanın, sadece bir sağlık kuruluşunda yapılıyor olmasından dolayı sonuçlar sadece araştırma yapılan kuruma genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	S	%
Yaş grubu	57.96 ± 6.15		
18-44 yaş arası		39	19.4
45-59		58	28.9
60 yaş ve üzeri		104	51.7
Cinsiyet			
Erkek		114	56.7
Kadın		87	43.3
Eğitim durumu			
Okuryazar değil		55	27.4
İlköğretim-Ortaokul mezunu		104	51.7
Lise-Üniversite mezunu		42	20.9
Medeni durum			
Evli		146	72.6
Bekâr		55	27.4
Çocuk sayısı *			
2 ve altı		30	16.3
3		43	23.2
4 ve üzeri		112	60.5
Çalışma durumu			
Çalışıyor		98	48.8
Çalışmıyor		103	51.2
Gelir durumu**			
1000 TL'den az		110	54.7
1000-2000 TL		58	28.9
2000 TL'den fazla		33	16.4
Yaşadığı yer			
Şehir merkezi		105	52.2
İlçe		41	20.4
Köy		55	27.4

* S=185

** 2015 yılı 2. Altı aylık dilime düşen resmi asgari ücret esas alındı. ⁶⁸

Tablo 4.1.'de hastaların sosyo-demografik özellikleri sunulmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütünün yaş gruplaması temel alınarak yapılan sınıflandırmada hastaların %19.4'ü genç erişkin yaş grubu olan 18-44 yaş grubunda, %28.9'u orta yaş olarak belirlenen 45-59 yaş grubunda, %51.7'si de yaşlı grubunda yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 57.96 ± 6.15 'dir.

Hastaların %56.7'sinin kadın, %43.3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde; %27.4'sinin okuryazar olmadığı, %51.7'sinin ilköğretim-ortaokul mezunu, %20.9'unun lise-üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların %72.6'sı evli, %27.4'ü ise bekârdır. Hastaların %16.3'ünün en fazla iki çocuğunun olduğu, %23.2'sinin üç çocuğu, büyük çoğunluğun (%60.5) ise en az dört çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Hastaların %51.2'sinin çalışmadığı ve/veya ev hanımı olduğu, %48.8'inin ise çalıştığı ve/veya emekli olduğu belirlenmiştir. Mevcut yılın ortalama asgari gelir düzeylerine göre sınıflandırılan gelir durumları incelendiğinde ise; %54.7'sinin yaklaşık asgari gelir miktarı olan 1000 TL' den az geliri olduğu, %28.9'unun asgari gelir düzeyi sayılabilecek 1000-2000 TL arası bir geliri olduğu ve %16.4'ünün ise 2000 TL'den daha fazla olduğunu belirlenmiştir. Hastaların %27.4'ü köyde yaşadığını belirtirken, %20.4'ü ilçede ve %52.2'si ise il merkezinde yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.2.'de hastaların okuryazarlık aktivitelerine ilişkin dağılımı gösterilmektedir.

Hastaların kitap okuma durumları değerlendirildiğinde; hastaların %26.4'ü kitap okuduğunu, %73.6'sı kitap okumadığını belirtirken, %51.7'sinin evlerinde hiç kitabının olmadığını belirtmişlerdir. Bilgisayar sahibi olan hasta oranı %26.4 iken, bilgisayar kullanmayı bilen hasta oranı %17.9 bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların Okuryazarlık Aktivitelerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Okuryazarlık Aktiviteleri	S	%
Kitap okuma		
Evet	53	26.4
Hayır	148	73.6
Ortalama kitap sayısı		
Hiç yok	104	51.7
1-9 tane	61	30.3
10 ve daha fazla	36	17.9
Bilgisayar sahibi		
Evet	53	26.4
Hayır	148	73.6
Bilgisayar kullanmayı bilme		
Evet	36	17.9
Hayır	165	82.1
Hastaların bilgisayar kullanma amacı*		
İşim gereği	12	33.3
E-mailleri Kontrol Etmek	6	16.7
Oyun -Eğlence	17	47.2
Araştırma yapmak	21	58.3
Diğer**	6	16.7
Sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanımı*		
Evet	28	77.8
Hayır	8	22.2
Okuryazarlık aktivitelerinde yardım alma		
Evet	125	62.2
Hayır	76	37.8

* S=36

** Alışveriş yapma, gazete-haber okuma

Hastaların genel olarak bilgisayar kullanma amacı çoğunlukla araştırma yapmak (%58.3) ve oyun-eğlence (%47.2) amaçlı olduğu bulunmuştur.

Hastaların genel olarak sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için interneti kullanma durumları incelendiğinde; %77.8'inin sağlıkla ilgili konularda bilgi almak için interneti kullandıkları belirlenmiş olup, %22.2'sinin ise interneti bu amaçla kullanmadığı belirlenmiştir.

Hastaların okuma-yazma ile ilgili aktivitelerinde, başkalarından yardım alanların oranı 62.2 iken, almayanların oranının ise %37.8 olduğu belirtilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımları

Hastalığa İlişkin Özellikler	S	%
Klinik		
Kardiyoloji	63	31.3
Göğüs	40	19.9
Endokrinoloji	33	16.4
Nefroloji	30	14.9
Diğer*	35	17.4
Tanı		
Diyabet	33	16.4
Koroner arter hastalığı	32	15.9
KOAH	29	14.4
Kronik böbrek yetmezliği	24	11.9
Konjestif kalp yetmezliği	24	11.9
Diğer	59	29.4
Hastalık süresi		
5 yıl ve altı	104	51.7
6-10 yıl arası	79	39.3
11 yıl ve üzeri	18	9.0
Eşlik eden kronik hastalık		
Var	122	60.7
Yok	79	39.3
1 ay içinde sağlık kuruluşuna başvuru		
Bir kez veya daha az	105	52.2
İki kez	43	21.4
Üç kez ve üzeri	53	26.4
6 ay içinde acile başvuru		
Hiç başvurmam	43	21.4
Bir kez	81	40.3
İki kez	33	16.4
Üç kez ve üzeri	44	21.9
İlaçlarını düzenli kullanma		
Evet	172	85.6
Hayır	29	14.4
Hastalığı hakkında eğitim alma		
Evet	129	64.2
Hayır	72	35.8
Eğitimi nereden aldıkları **		
Doktor	124	96.1
Hemşire	43	33.3
Tv ve radyo	16	12.4
Dergi ve broşür	3	2.3
İnternet	17	13.2
Diğer ***	4	3.1

* Hematoloji, Gastro-enteroloji, Fizik Tedavi ve Dermatoloji

** S=129, birden fazla yanıt verilmiştir

*** Diğer sağlık personeli, sosyal çevresindeki bireyler

Tablo 4.3.'de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, hastaların %31.3'ü kardiyoloji, %19.9'u göğüs hastalıkları, %16.4'ü endokrinoloji, %14.9'u nefroloji ve geri kalan kısmı ise (%17.4) diğer kliniklerde yatmakta olduğu görülmektedir. Hastaların yatış tanılarının dağılımını incelediğimiz zaman; diyabet (%16.4), koroner arter hastalığı (%15.9), KOAH (%14.4), kronik böbrek yetmezliği (%11.9) ve konjestif kalp yetmezliği (%11.9) tanılarının yoğunlukta olduğu görülmektedir.

Hastaların %51.7'si 5 yıl ve daha az, %39.3'ü 6-10 yıl arası, %9'u ise 11 yıl ve daha fazla süre kronik hastalığa sahip olduklarını belirtmişlerdir. Hastalıklarına eşlik eden başka bir kronik hastalık varlığı sorgulandığında; hastaların %60.7'si ikinci bir kronik hastalığının var olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları incelendiğinde, hastaların %52.2'si bir kez, %21.4'ü iki kez, % 26.4'ü üç kez ve üzeri olmak üzere, ortalama olarak 1 ay içerisinde kendisi veya aynı evde bulunan aile bireyleri için polikliniğe başvuruda bulunmuştur. 6 ay içerisinde hastaların kronik hastalığından dolayı acile başvurulma oranları incelendiğinde; hiç başvurmayan oranı %21.4, bir kez başvuran %40.3, iki kez başvuran %16.4, üç kez ve üzeri başvuran oranının ise %21.9 olduğu belirtilmiştir. Hastaların hepsi ilaç kullanırken, ilaçlarını düzenli kullanan hastaların oranı %85.6 olarak belirlenmiştir.

Hastaların, hastalıkları hakkında eğitim alma durumları incelendiğinde; %64.2'sinin kronik hastalığı hakkında eğitim aldığı, eğitim alan bu kişilerin ise sırasıyla eğitimi doktordan (%96.1), hemşireden (%33.3), internetten (%13.2) ve tv-radyo gibi yayın organlarından (%12.4) aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların sağlık okuryazarlığı maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

Aktiviteler		Her Zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Hastaneye yalnız gelme durumu	S	16	36	15	134
	%	8	17.9	7.5	66.7
2. Doktorların söylediklerini anlayabilme durumu	S	113	55	20	13
	%	56.2	27.4	10.0	6.5
3. Doktorlara rahat soru sorabilme durumu	S	139	34	19	9
	%	69.2	16.9	9.5	4.5
4. Hemşirelerin söylediklerini anlayabilme durumu	S	154	34	7	6
	%	76.6	16.9	3.5	3.0
5. Hemşirelere rahat soru sorabilme durumu	S	153	30	11	7
	%	76.1	14.9	5.5	3.5
6. Hastanelerdeki uyarı işaretlerini anlayabilme durumu	S	68	46	30	57
	%	33.8	22.9	14.9	28.4
7. Hastanede gideceği yerleri öğrenmek için başkalarından yardım isteme durumu	S	85	61	32	23
	%	42.3	30.3	15.9	11.4
8. İstenen tetkikleri anlayabilme durumu	S	43	58	39	61
	%	21.4	28.9	19.4	30.3
9. Reçeteleri okuyabilme durumu	S	27	33	38	103
	%	13.4	16.4	18.9	51.2
10.İlaçları konusunda doktorların açıklama yapma durumu	S	145	40	11	5
	%	72.1	19.9	5.5	2.5
11.İlaçları konusunda hemşirelerin açıklama yapma durumu	S	102	43	41	15
	%	50.7	21.4	20.4	7.5
12.İlaçları konusunda eczacının açıklama yapma durumu	S	183	10	4	4
	%	91.0	5.0	2.0	2.0
13.Evde ilaçlarını kullanmada yardım alma durumu	S	80	46	19	56
	%	39.8	22.9	9.5	27.9
14.İlaç prospektüslerini okuyabilme durumu	S	48	35	28	90
	%	23.9	17.4	13.9	44.8
15.İlaç prospektüslerini anlayabilme durumu	S	30	47	30	94
	%	14.9	23.4	14.9	46.8
16.Diyetinin doktor tarafından açıklama durumu	S	96	52	27	26
	%	47.8	25.9	13.4	12.9
17.Diyetinin hemşire tarafından açıklama durumu	S	60	48	44	49
	%	29.9	23.9	21.9	24.4

Tablo 4.4.'de Hastaların sağlık okuryazarlığı maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmiştir.

Tablo incelendiğinde, hastaların %66.7'si hastaneye yalnız gelmediklerini belirtmişlerdir. Hastaların büyük çoğunluğu doktor (%69.2) ve hemşireye (%76.1) her zaman rahat soru sorabilirken, doktor (%56.2) ve hemşirenin (%76.6) söylediklerini de her zaman anlayabildiklerini belirtmişlerdir.

Hastaların %33.8'i hastanede ki uyarı işaretlerini her zaman anlarken, %22.9'u bazen, %14.9'u nadiren anlayabildiklerini, %28.4'ü ise hiç anlayamadıklarını belirtmişlerdir. Hastanede gideceği yerleri öğrenmek için başkalarından yardım isteme durumları sorulduğunda; %42.3 oranında hasta "her zaman" ve %11.4 oranında da "hiçbir zaman" seçeneğini belirtmişlerdir.

Hastaların %21'i istenen tetkikleri her zaman anlayabilirken, %30.3'ü hiçbir zaman anlayamadığını belirtmiş olup, %51.2'sinin ise reçeteleri hiçbir zaman okuyamadıkları belirtilmiştir.

İlaçlar konusunda sağlık personelinin açıklama yapma durumları incelendiğinde; hastaların büyük çoğunluğunun doktorunun (%72.1), hemşiresinin (%50.7) ve eczacının (%91) ilaç konusunda her zaman açıklama yaptıklarını belirtmişlerdir. İlaç prospektüslerini okuma ve anlama durumlarına baktığımızda; hastaların %44.8'i hiçbir zaman okuyamadığını, %46.8'i ise hiçbir zaman anlayamadığını belirtmişlerdir. İlaçları yardımsız kullanabilen hasta oranı ise %27.9'dur.

Hastaların yaklaşık %48'i diyetinin doktor tarafından her zaman açıklandığını belirtirmişlerdir. Hemşirelerin hastaların diyetlerini açıklama durumları incelendiğinde; %29.9 "her zaman" açıkladıkları belirtilmiş olup, %24.4 oranında "hiçbir zaman" açıklamadıkları belirtilmiştir.

Tablo 4.5.1. Hastaların sağlık okuryazarlığına yönelik puanlarının dağılımı

Sağlık okuryazarlığı ifadeler	S	%
17-34 puan arası	10	5.0
35-51 puan arası	100	49.8
52-68 puan arası	91	45.3
Toplam	201	100

Tablo 4.5.2. Hastaların sağlık okuryazarlığı madde puan ortalamaları

Sağlık okuryazarlığı ifadeler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks	Cronbach α
	49.22 $\pm$ 8.39	25-65	.80

Tablo 4.5.1. ve 4.5.2.'de hastaların sağlık okuryazarlığı ile ilgili durumlarına yönelik 17 maddeye ilişkin puanlamaları incelenmiştir. Her bir maddeye verilen yanıtlar 1-4 arasında puanlandırılmıştır. Hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 49.22 $\pm$ 8.39 olduğu belirlenmiştir. Hastaların %5'inin 17-34 puan arasında aldığı, %49.8'inin 35-51 puan arasında aldıkları saptanmıştır. Hastaların %45.3'ünün sağlık okuryazarlığı aktivitelerinin gerçekleştirilme durumlarının 52-68 puan arasında ve ortalama üzerinde olduğu belirlenmiştir.

17 maddelik sağlık okuryazarlığı aktivitelerinin güvenilirliği için "Cronbach Alfa" değerlerine bakılmış, tüm maddelerin toplam "Cronbach Alfa" değeri 0.802 bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hastaların PACIC maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

Maddeler		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
Hasta Katılımı	1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı	S 88 % 43.8	22 10.9	35 17.4	28 13.9	28 13.9
	2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu	S 99 % 49.3	22 10.9	35 17.4	25 12.4	20 10.0
	3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi	S 63 % 31.3	24 11.9	34 16.9	20 10.0	60 29.9
Karar Verme	4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi	S 138 % 68.7	7 3.5	13 6.5	17 8.5	26 12.9
	5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım	S 17 % 8.5	7 3.5	26 12.9	77 38.3	74 36.8
	6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı	S 109 % 54.2	15 7.5	16 8.0	22 10.9	39 19.4
Amaç Belirleme	7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu	S 134 % 66.7	14 7.0	15 7.5	19 9.5	19 9.5
	8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi	S 128 % 63.7	19 9.5	20 10	11 5.5	23 11.4
	9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi	S 144 % 71.6	19 9.5	6 3.0	13 6.5	19 9.5
	10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim	S 162 % 80.6	13 6.5	11 5.5	4 2.0	11 5.5
	11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu	S 34 % 16.9	19 9.5	46 22.9	57 28.4	45 22.4
Problem Çözme	12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim	S 31 % 15.4	11 5.5	12 6.0	58 28.9	89 44.3
	13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi	S 124 % 61.7	9 4.5	25 12.4	15 7.5	28 13.9
	14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi	S 132 % 65.7	15 7.5	17 8.5	10 5.0	27 13.4
	15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu	S 103 % 51.2	30 14.9	18 9.0	25 12.4	25 12.4
İzlem Koordinasyon	16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı	S 160 % 79.6	12 6.0	7 3.5	9 4.5	13 6.5
	17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	S 154 % 76.6	15 7.5	16 8.0	7 3.5	9 4.5
	18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim	S 129 % 64.2	24 11.9	18 9.0	13 6.5	17 8.5
	19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı	S 120 % 59.7	18 9.0	34 16.9	11 5.5	18 9.0
	20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu	S 103 % 51.2	24 11.9	33 16.4	16 8.0	25 12.4

Tablo 4.6.’da hastaların PACIC maddelerine verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde; hastaların %43.8’inin tedavi planları yapılırken hiçbir zaman görüşlerinin alınmadığı, % 49.3’ün tedavileri konusunda karar vermesi için hiçbir zaman başka seçenek sunulmadığı belirtilmiştir. Hastaların %31.3’üne ilaçları ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylenmesi istendiği belirtilmiştir. Hastaların sağlığı için yapması gerekenlerin yazılı olarak verilip verilmediği sorgulandığında, %68.7 oranında “her zaman” yanıtı alınmıştır. Kronik hastalık bakım memnuniyetleri sorgulandığında ise hastaların çoğunluğunun “çoğu zaman” (%38.3) ve “her zaman” (%36.8) seçeneklerini ifade ettikleri saptanmıştır.

Kendi bakımları için yaptığı ya da yapmadığı şeylerin kendilerini nasıl etkileyeceği açıklanma durumları incelendiğinde; hastaların, %54.2’si hiçbir zaman açıklanmadığını belirtmiştir. Ayrıca, hastaların çoğunluğunun kendi bakımlarını yapma amacının sorulma durumuna (%66.7), beslenme ya da egzersiz yapma davranışı geliştirmeleri için kendisine yardım edilme durumuna (%63.7), tedavi planı yapılırken bir kopyası/örneği kendisine verilme durumuna (%71.6) ve hastalığı ile baş etmesinde kendisine destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edilme durumuna (%80.6) “hiçbir zaman” seçeneğini belirttikleri saptanmıştır.

Sağlıkla ilgili alışkanlıkları ilgili kendilerine soru sorulma durumu incelendiğinde; hastaların %16.9’u hiçbir zaman sorulmadığını, %9.5’u nadiren, %22.9’u bazen, %28.4’ü çoğu zaman, %22.4’ü her zaman sorulduğunu belirtmektedir.

Hastaların %44.3’ü, doktorların ya da hemşirelerin gerekli tedaviyi önerirken hastanın kendi değerlerini, inançlarını ve geleneklerini her zaman dikkate aldıklarını ifade etmektedir.

Günlük yaşamında uygulayabileceği bir tedavi planı yapması için yardım edilmesi durumuna (%61.7), zor zamanlarda bile kendisine bakma konusunda uygulayacağı bir tedavi planı konusunda yardım edilmesi durumuna (%65.7) hastaların büyük çoğunluğu hiçbir zaman yanıtını vermediği saptanmıştır. Hastaların %51.2'si hastalığının hayatını nasıl etkilediği sorusu sorulma durumuna hiçbir zaman seçeneğini belirtmediği belirlenmiştir.

Hastaların %79.6'sı sağlık kontrolleri dışında kendilerine hiçbir zaman ulaşılmadığını, %76.6'sı hastalığı konusunda kendisine yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya hiçbir zaman teşvik edilmediğini belirtmiş olup; %64.2'si diyetisyene, eğitim hemşiresi ve ihtiyacı olan diğer sağlık uzmanlarına hiçbir zaman yönlendirilmediğini, %59.7'si diğer branşlardaki hekimlere gitmesinin tedavisine nasıl yardımcı olacağını hiçbir zaman açıklanmadığını, %51.2'si ise diğer hekimlerle yaptığı görüşmeler konusunda soru hiçbir zaman sorulmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.7. Hastaların PACIC madde puan ortalamaları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Cronbach α	$\bar{X} \pm SS$ (min-max= 1-5)
Hasta katılımı (1-3)	.76	2.54 $\pm$ 1.25
Karar verme (4-6)	.60	2.76 $\pm$ 1.08
Amaç belirleme (7-11)	.73	2.05 $\pm$ 0.92
Problem çözme (12-15)	.71	2.50 $\pm$ 1.08
İzlem\Koordinasyon (16-20)	.85	1.80 $\pm$ 1.01
Toplam ölçek	.92	2.26 $\pm$ 0.90

Tablo 4.7.'de araştırmada kullanılan ölçek (PACIC) puan ortalamaları incelendiğinde toplam ölçek puanının 2.26 $\pm$ 0.9 olduğu, alt ölçekler arasında en düşük puan ortalamasının izlem/koordinasyon boyutunda (1.80 $\pm$ 1.01) olduğu, en yüksek puan ortalamasının ise karar verme boyutunda (2.76 $\pm$ 1.08) olduğu tespit edildi.

Tablo 4.8. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellik	S	$\bar{X} \pm SS$	Test Değerleri	P
Yaş grubu				
18-44 arası	39	53.56 $\pm$ 7.20	F=16.13	.000
45-59 arası	58	51.60 $\pm$ 7.42		
60 yaş ve üstü	104	46.26 $\pm$ 8.25		
Cinsiyet				
Erkek	114	49.00 $\pm$ 8.69	t= - .42	.673
Kadın	87	49.51 $\pm$ 8.03		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	55	43.33 $\pm$ 6.71	F=28.71	.000
İlk-ortaokul mezunu	104	50.21 $\pm$ 7.87		
Lise-Üniversite mezunu	42	54.48 $\pm$ 7.19		
Medeni durum				
Evli	146	50.09 $\pm$ 8.11	t=2.42	.016
Bekâr	55	46.91 $\pm$ 8.77		
Çocuk sayısı *				
2 ve altı	30	52.27 $\pm$ 6.70	KW=8.77	.012
3	43	49.51 $\pm$ 9.51		
4 ve üzeri	112	47.53 $\pm$ 8.18		
Çalışma durumu				
Evet	98	50.15 $\pm$ 8.05	t=1.54	.124
Hayır	103	48.33 $\pm$ 8.65		
Gelir durumu				
1000 TL'den az	110	47.61 $\pm$ 8.53	F=5.60	.004
1000-2000 TL	58	50.28 $\pm$ 7.72		
2000 TL ve üzeri	33	52.73 $\pm$ 7.92		
Yaşadığı Yer				
Şehir merkezi	105	50.76 $\pm$ 8.18	F=7.08	.001
İlçe	41	49.95 $\pm$ 8.47		
Köy	55	45.73 $\pm$ 7.85		

* S=185

Tablo 4.8.'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırması yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ortalama puanlarının yaş gruplarına göre farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Farkın; 60 yaş ve üzerindeki hastalardan (46.26 ± 8.25) kaynaklandığı ortaya çıktığı saptanmıştır.

Eğitim seviyelerine göre; gruplar arasında sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var olduğu görülmektedir ($p<0.001$). Bu farkın okuryazar olmayan (43.33 ± 6.71) hastalardan kaynaklandığı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca evli (50.09 ± 8.11) hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması, bekârlara göre (46.91 ± 8.77) anlamlı oranda yüksek çıktığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Çocuk sayılarına göre ortalamaları karşılaştırdığımızda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın dört ve üzeri çocuk sahibi olan hastalardan (47.53 ± 8.18) kaynaklandığı saptanmıştır. Gelir durumlarına göre ortalamaları kıyasladığımız zaman istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluştuğunu saptamaktayız ($p<0.05$). Farkın 1000 TL'den az gelire sahip hastalardan (47.61 ± 8.53) kaynaklandığı görülmektedir.

Yaşadığı yere göre sağlık okuryazarlık ortalamalarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluştuğunu saptamaktayız ($p<0.05$) Farkın köyde yaşayan hastalardan (45.73 ± 7.85) kaynaklandığı görülmektedir.

Cinsiyet, çalışma durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, sağlık kuruluşlarına gitme durumu ve acile başvurma durumlarına kendi içerisinde ki sağlık okuryazarlık puan ortalamalarına baktığımız zaman, ortalamalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların okuryazarlık aktivitelerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Okuryazarlık Aktiviteleri	S	$\bar{X} \pm SS$	Test Değerleri	P
Kitap okuma				
Evet	53	55.02 $\pm$ 6.20	t=7.27	.000
Hayır	148	47.14 $\pm$ 8.11		
Ortalama kitap sayısı				
Hiç yok	104	45.89 $\pm$ 7.94	F=20.48	.000
1-9 tane	61	52.31 $\pm$ 7.88		
10 ve daha fazla	36	53.58 $\pm$ 6.47		
Bilgisayar sahibi				
Evet	53	53.47 $\pm$ 6.22	t=5.21	.000
Hayır	148	47.70 $\pm$ 8.56		
Bilgisayar kullanmayı bilme				
Evet	36	54.50 $\pm$ 5.44	t=5.72	.000
Hayır	165	48.07 $\pm$ 8.50		
Sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanımı*				
Evet	28	55.43 $\pm$ 5.48	MWU=69.5	.005
Hayır	8	51.25 $\pm$ 4.09		
Okuryazarlık aktivitelerinde yardım alma				
Evet	125	46.38 $\pm$ 8.13	t=1.99	.000
Hayır	76	53.89 $\pm$ 6.56		

* S=36

Tablo 4.9.'da hastaların okuryazarlık aktivitelerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Kitap okuma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kitap okuyan (55.02 $\pm$ 6.20) ve kitap okumayan (47.14 $\pm$ 8.11) hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001). Okuryazarlık aktivitelerini yaparken yardım alan (46.38 $\pm$ 8.13) hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları, yardım almayan (53.89 $\pm$ 6.56) hastalara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0.001).

Kitap sayılarına göre grup ortalamaları kıyaslandığında; istatistiksel olarak bir fark olduğu, bu farkın hiç kitabı olmayan (45.89 ± 7.94) kaynaklandığı görülmektedir ($p<0.001$).

Bilgisayar sahibi olan (53.47 ± 6.22) ve olmayan (47.70 ± 8.56) grupların ortalamaları karşılaştırıldığı zaman anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bilgisayar kullanmayı bilen (54.50 ± 5.44) ve bilmeyen (48.07 ± 8.50) grupların ortalamaları karşılaştırıldığı zaman istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmaktadır ($p<0.001$).

Sağlık bilgisine ulaşmada internet imkânlarını kullanan hastalar (55.43 ± 5.48), kullanmayan hastalara (51.25 ± 4.09) göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10.'da hastaların, hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığına puan ortalamalarının karşılaştırılmıştır.

Hastaların bakım aldığı klinikler arasında sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların yatış tanılarına göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın, Diyabet (52.09 ± 9.02) ile KKY (45.13 ± 9.26) tanısı ile yatan hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastaların hastalık süreleri açısından ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkın 5 yıl ve daha az süredir kronik hastalığa sahip olanlardan (50.82 ± 8.23) kaynaklandığı görülmektedir. ($p<0.05$).

Hastalığı hakkında eğitim alan hastaların (51.09 ± 7.77), almayan hastalara (45.86 ± 8.48) göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 4.10. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastalığa İlişkin Özellikler	S	$\bar{X} \pm SS$	Test Değerleri	P
Klinik				
Kardiyoloji	63	48.03 $\pm$ 9.39	F=2.20	.070
Göğüs	40	47.25 $\pm$ 8.07		
Endokrinoloji	33	51.97 $\pm$ 9.08		
Nefroloji	30	51.17 $\pm$ 7.14		
Diğer*	35	49.34 $\pm$ 6.32		
Tanı				
Diyabet	33	52.09 $\pm$ 9.02	KW=13.69	.018
Koroner arter hastalığı	32	49.97 $\pm$ 9.00		
KOAH	29	46.76 $\pm$ 7.98		
Kronik böbrek yetmezliği	24	51.33 $\pm$ 7.89		
Konjestif kalp yetmezliği	24	45.13 $\pm$ 9.26		
Diğer	59	49.22 $\pm$ 6.96		
Hastalık süresi				
5 yıl ve altı	104	50.82 $\pm$ 8.23	KW=9.78	.008
6-10 yıl arası	79	48.00 $\pm$ 8.29		
11 yıl ve üzeri	18	45.33 $\pm$ 8.01		
Eşlik eden kronik hastalık				
Var	122	47.75 $\pm$ 8.71	t= -3.14	.001
Yok	79	51.48 $\pm$ 7.38		
Sağlık kuruluşuna gitme (1 aylık)				
Bir kez	105	49.62 $\pm$ 8.71	F=2.47	.087
İki kez	43	46.79 $\pm$ 8.05		
Üç kez ve üzeri	53	50.40 $\pm$ 7.76		
Acile başvuru (6 aylık)				
Hiç gitmedim	43	52.07 $\pm$ 7.94	F=2.30	.078
Bir kez	81	48.85 $\pm$ 7.98		
İki kez	33	47.67 $\pm$ 8.39		
Üç kez ve üzeri	44	48.27 $\pm$ 9.17		
Düzenli ilaç kullanma				
Evet	172	49.60 $\pm$ 8.12	t=1.56	.119
Hayır	29	46.97 $\pm$ 9.73		
Hastalığı hakkında eğitim alma				
Evet	129	51.09 $\pm$ 7.77	t=4.42	.000
Hayır	72	45.86 $\pm$ 8.48		

* Hematoloji, Gastroenteroloji, Fizik Tedavi ve Dermatoloji

Mevcut hastalığına ek olarak başka kronik hastalığa sahip olan (47.75 ± 8.71) ve olmayan (51.48 ± 7.38) bireylerin ortalamaları arasında istatistiksel fark vardır ($p < 0.05$). Aynı zamanda kitap okuyan, bilgisayar kullanmayı bilen grupların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Hastaların bir ay içerisinde kendisi veya ailesinden bir birey için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru durumları, son altı ayda kronik hastalığı sebebiyle acil servise başvurma durumları ve düzenli ilaç kullanma durumları, kendi içerisinde ki grupların ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11.'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre PACIC puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

PACIC puan ortalamaları erkek (2.15 ± 0.87) ve kadınlar (2.41 ± 0.92) arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmaktadır ($p < 0.05$).

Hastaların diğer sosyo-demografik özellikleri olan; yaşadığı yer, yaş grupları, cinsiyet çocuk sahibi olma durumları, medeni durumları, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir durumları PACIC ortalamaları yönünden karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görünmediği saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre PACIC puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellik	S	$\bar{X} \pm SS$	Test Değerleri	P
Yaş grubu				
18-44 yaş arası	39	2.28 ± 0.79	F=1.293	.277
45-60 arası	58	2.41 ± 0.98		
60 yaş ve üzeri	104	2.17 ± 0.89		
Cinsiyet				
Erkek	114	2.15 ± 0.87	t=-2.012	.046
Kadın	87	2.41 ± 0.92		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	55	2.20 ± 0.95	F=0.581	.560
İlk-ortaokul mezunu	104	2.24 ± 0.88		
Lise-Üniversite mezunu	42	2.39 ± 0.90		
Medeni durum				
Evli	146	2.27 ± 0.92	t=0.232	.817
Bekâr	55	2.24 ± 0.86		
Çocuk sayısı*				
2 ve altı	30	2.41 ± 0.83	F=1.874	.156
3	43	2.02 ± 0.87		
4 ve üzeri	112	2.28 ± 0.92		
Çalışma durumu				
Evet	98	2.20 ± 0.90	t=-0.973	.332
Hayır	103	2.32 ± 0.91		
Gelir durumu				
1000 TL den az	110	2.21 ± 0.89	F=0.493	.612
1000-2000 TL	58	2.29 ± 0.88		
2000 TL ve üzeri	33	2.38 ± 1.00		
Yaşadığı yer				
Şehir merkezi	105	2.25 ± 0.85	F=1.513	.223
İlçe	41	2.08 ± 0.93		
Köy	55	2.41 ± 0.97		

* S=185

Tablo 4.12. Hastaların okuryazarlık aktivitelerine göre PACIC puan ortalamalarının karşılaştırılması

Okuryazarlık Aktiviteleri	S	$\bar{X} \pm SS$	Test Değerleri	P
Kitap okuma				
Evet	53	2.32 $\pm$ 0.92	t=0.562	.575
Hayır	148	2.24 $\pm$ 0.90		
Ortalama kitap sayısı				
Hiç yok	104	2.19 $\pm$ 0.90	F=1.007	.367
1-9 tane	61	2.27 $\pm$ 0.86		
10 ve daha fazla	36	2.44 $\pm$ 0.97		
Bilgisayar sahibi				
Evet	53	2.38 $\pm$ 0.77	t=1.260	.210
Hayır	148	2.22 $\pm$ 0.94		
Bilgisayar kullanmayı bilme				
Evet	36	2.39 $\pm$ 0.81	t=0.341	.210
Hayır	165	2.23 $\pm$ 0.92		
Sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanımı*				
Evet	28	2.32 $\pm$ 0.84	MWU=81.00	.238
Hayır	8	2.63 $\pm$ 0.71		
Okuryazarlık aktivitelerinde yardım alma				
Evet	125	2.22 $\pm$ 0.96	t=-0.82	.410
Hayır	76	2.32 $\pm$ 0.79		

Tablo 4.12.'de hastaların okuryazarlık aktivitelerine göre PACIC puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hastaların diğer okuryazarlık aktivitelerinden; kitap okuma durumları, kitap sayıları, bilgisayar sahibi olma durumları ve bilgisayar bilme durumları, sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanma durumları ile okuryazarlık aktivitelerinde başkasından yardım alma durumlarının PACIC ortalamaları yönünden karşılaştırılması sonucu anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 4.13. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile PACIC puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastalığa İlişkin Özellikler	S	$\bar{X} \pm SS$	Test Değerleri	P
Klinik				
Kardiyoloji	63	2.61 ± 1.00	F=7.05	.000
Göğüs	40	1.78 ± 0.52		
Endokrinoloji	33	1.96 ± 0.75		
Nefroloji	30	2.39 ± 0.85		
Diğer*	35	2.34 ± 0.94		
Tanı				
Diyabet	33	1.96 ± 0.75	KW=18.44	.002
Koroner arter hastalığı	32	2.82 ± 1.15		
KOAH	29	1.88 ± 0.58		
Kronik böbrek yetmezliği	24	2.46 ± 0.84		
Konjestif kalp yetmezliği	24	2.23 ± 0.68		
Diğer	59	2.24 ± 0.92		
Hastalık süresi				
5 yıl ve altı	104	2.25 ± 0.94	KW=1.34	.510
6-10 yıl arası	79	2.31 ± 0.89		
11 yıl ve üzeri	18	2.06 ± 0.75		
Eşlik eden kronik hastalık				
Var	122	2.15 ± 0.79	t=-1.997	.048
Yok	79	2.43 ± 1.03		
Sağlık kuruluşuna gitme (1 aylık)				
Bir kez	105	2.19 ± 0.93	F=2.911	.057
İki kez	43	2.13 ± 0.85		
Üç kez ve üzeri	53	2.51 ± 0.86		
Acile başvuru (6 aylık)				
Hiç gitmedim	43	2.28 ± 0.93	F=0.463	.708
Bir kez	81	2.25 ± 0.95		
İki kez	33	2.12 ± 0.84		
Üç kez ve üzeri	44	2.37 ± 0.84		
Düzenli ilaç kullanma				
Evet	172	2.23 ± 0.90	t=-0.979	.329
Hayır	29	2.41 ± 0.89		
Hastalığı hakkında eğitim alma				
Evet	129	2.33 ± 0.94	t=1.424	.156
Hayır	72	2.14 ± 0.81		

* Hematoloji, Gastroenteroloji, Fizik Tedavi ve Dermatoloji

Tablo 4.13.'de hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile PACIC puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hastaların bakım gördüğü klinikler arasında PACIC puan ortalamaları karşılaştırıldığında klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farkın ise; kardiyoloji (2.61 ± 1.00) ile göğüs (1.78 ± 0.52) servisinde yatan hastaların puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortaya çıktığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların yatış tanıları ile PACIC puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Farkın KAH (2.82 ± 1.15) olan hastalar ile KOAH (1.88 ± 0.58) olan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların diğer sosyo-demografik özellikleri olan; hastalık süresi, kendisi veya ailesinde ki bireyler için aylık ortalama sağlık kuruluşuna başvurma durumları, kendisinin kronik hastalığı dolayısıyla acil servise başvurma durumları, düzenli ilaç kullanımı ve hastalığı hakkında eğitim alma durumlarının PACIC ortalamaları yönünden karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerine göre PACIC puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlık Seviyesi	S	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	P
Ortalama altı	10	1.65 ± 0.64		
Ortalama	100	2.13 ± 2.13	KW=13.18	.001
Ortalama üzeri	91	2.47 ± 2.47		

Tablo 4.14. de hastaların belirlenen sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile PACIC puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile PACIC ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın ortalama altı (1.65 ± 0.64) gruptan kaynaklandığı belirlendi.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada; hastaların çoğunluğunu erkek, evli, ilkokul-ortaokul mezunu, dört ve üzeri çocuk sahibi olan, çalışmayan, asgari ücretin⁶⁸ altında geliri olan ve şehir merkezinde ikamet edenler oluşturdu. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 57.96 ± 6.15 'dir. Benzer çalışmalarda da kronik hastalığa sahip bireylerin yaş ortalamalarının 50-65 arası olduğu görülmektedir.^{11, 43, 44, 64-66, 69-71} Bu araştırmada hastaların %51.7'si 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu bulunmuş olup, ileri yaşlarda kronik hastalıkların görülme sıklığının daha da arttığı söylemini destekler niteliktedir.⁷²⁻⁷⁴

Araştırma bulgularından hastaların eğitim durumu, evinde bulunan kitap sayısı, bilgisayar ve internet kullanma durumları, eşlik eden başka kronik hastalıkları olma durumları, kronik hastalık süreleri, ilaç kullanma durumları literatürle benzer özellikler göstermektedir.^{11, 30, 31, 41, 56, 75-84}

Yaşlı bireyler üzerinde farklı bir ölçüm aracının kullanıldığı Wolf ve ark. çalışması⁸⁵ ile Baker ve ark. çalışmasında¹⁷ ileri yaşlarda, düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda, düşük gelirlilerde sağlık okuryazarlığı seviyeleri anlamlı ölçüde düşük bulunmuş olup, cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Benzer bulgular bu araştırmada da görülmüştür. Uğurlu'nun çalışmasında⁶³ cinsiyete, eğitim durumuna ve gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları anlamlı bulunurken yaş, medeni durum ve çalışma durumuna göre farklılık göstermediği belirtilmiştir. Bu araştırmada yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yaşanılan yerin sağlık okuryazarlığına anlamlı etkisi; gelir kaynaklarının, sosyal imkânların ve mevcut iletişim araçlarının kullanımının özellikle şehir merkezlerinde daha çok olması, ülkede ki eğitim seviyelerinin ve okuryazar kitlenin artışı, sağlık sisteminin gelişimi ve devlet politikalarının etkili olması ile ilişkili olduğu tahmin ediliyor.

Takiben, tüm okuryazarlıkla ilişkili aktiviteler (kitap okuma, kitap sayısı, bilgisayar sahibi, bilgisayar kullanmayı bilme, sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanımı, okuryazarlık aktivitelerinde yardım alma durumu) ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarını karşılaştırdığımız zaman da anlamlı sonuçlar çıktığı görülmüştür. Bazı çalışmalarda ^{17, 85} eğitim durumu yüksek olan gruplarda sağlık okuryazarlığı seviyeleri yeterli* düzeyde bulunmuştur (*kategoriler; yetersiz, orta, yeterli). Uğurlu'nun araştırmasında okuryazar olmayan hastaların oranı %4.2, ilk-ortaokul mezunu hastaların oranı ise %40.8 olduğu, hastaların sağlık okuryazarlığı aktivitelerinin puan ortalaması, ortalama seviyenin üzerinde olduğu belirtilmiştir.⁶³ Bu çalışmada ise hastaların %27.4'ünün okuryazar olmadığı, %51.7'sinin ilk-ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur. Eğitim, okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı kavramları birbiri ile kuvvetli ilişkisi olduğundan dolayı, sağlık okuryazarlığı ortalama puanı hastaların eğitim durumuna göre anlamlı derecede farklı bulunması olağan karşılanmıştır.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalaması en yüksek diyabet hastalarında bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesi ortalama üzerinde olduğu bulunmuştur. Williams'ın farklı bir veri ölçüm aracı kullanıldığı sağlık okuryazarlığı çalışmasında¹² diyabetli hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi, benzer şekilde ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Bu sonucun ülkemizde diyabet farkındalığı için yıllardır yapılan çalışmaların etkili olduğu düşünülüyor.

Ayrıca çalışmada mevcut hastalığına eşlik eden başka bir kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı puanları anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Bunun sebebinin sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek kişilerin daha etkin bir şekilde sağlık hizmetlerini kullanması, hastalığı ve bakım gereksinimlerinin farkında olması, böylece farklı komplikasyon ve hastalıklara yakalanma olasılıklarının düşmesi ile ilişkili olabileceği düşünülüyor.

Bu araştırmada kullandığımız 20 maddelik PACIC ölçeğinin ortalama puanı 2.26 ± 0.90 bulunmuş, ölçeğın alt boyutlardan en düşük olanı “İzlem\Koordinasyon” boyutu olduğu, en yüksek olanın ise “Karar Verme” boyutu olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan benzer araştırmalarda PACIC ortalama puanı 2.44–3.17 arasında bulunduğu bildirilmiştir. Bu sebeple, bu araştırmadaki PACIC ölçek puanının diğerk araştırmalardan^{18, 44, 64, 65, 69} düşük ve ortalamanın altında olduğu söylenebilir. Ölçeğın ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik değerkendirildiğı İncirkuş ve Nahcivan’ın çalışmasında ölçek ortalaması 2.54 ± 0.9 bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde İncirkuş ve Nahcivan’ın çalışmasında, Apaydın Kaya ve ark. çalışması ve Üstünova’nın çalışmasında, bu araştırmaya benzer bir şekilde en fazla, “Karar Verme” alt boyutuna en yüksek puanı verirken, en düşük puanın ise “İzlem\Koordinasyon” alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yabancı araştırmalarda da benzer sonuçlar ortaya çıktığı görölmektedir.^{18, 44, 64, 65} Bu sonuçlardan yola çıkarak hastaların;

- Tedaviye ve bakıma katılımlarının sağlanmasında,
- Bakımları hakkındaki görüşlerini artırmak için bilgi sağlanmasında ve bakımı organize etmesinde,
- Bakım amaçlarını belirlemelerinde bilgi edinmesinde,
- Tedavi planı oluşturulurken potansiyel engellerin, hastaların sosyal ve kültürel çevresinin dikkate alınmasında
- Gelişmiş koordineli bir bakım için, taburculuk sonrası izlemleri ve bakımı ile ilgili diğerk uzmanlara yönlendirilmelerinde genel manada yetersizlik olduğu söylenebilir.

Glasgow ve ark. çalıřmalarında⁶⁴ yaş, cinsiyet ve hastalık sayısı ile PACIC madde puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Aragonese ve ark.⁶⁵ çalışmalarında değışkenlerin tümünde anlamlı ilişki bulamadıklarını belirtmişlerdir. Wensing ve ark.⁴⁶.

ise hastalık türü ile kronik bakım puanları arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Bu araştırmada PACIC madde puan ortalamaları ile cinsiyet, eşlik eden kronik hastalık, kliniklerin ve tanılarının karşılaştırılması sonucu anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalarda^{11, 64, 67} eğitim durumunun kronik hastalık bakım memnuniyetine anlamlı etkisi olduğu bulunmuş, bu araştırmada ise eğitim durumunun PACIC ortalamaları ile anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır. Yaşam koşulları, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve hizmet politikalarının her ülkede ve hatta ülke içindeki bölgelerde bile değişiklik gösterebileceğinden dolayı, bu çalışmalarda değişkenlere göre PACIC ortalamalarının anlamlılığının farklılık göstermesi olağan karşılanmıştır,

Bu araştırmada en yüksek PACIC ortalamasını kardiyoloji servisinde yatan (2.61 ± 1.00) ve koroner arter hastalığı olan bireyler (2.82 ± 1.15) oluşturmuş, en düşük ortalamayı ise göğüs servisinde yatan ve KOAH'ı olan hastalar (1.88 ± 0.58) oluşturmuştur. Ayrıca bu araştırmada diyabet hastalığı olanların (1.96 ± 1.75) PACIC ortalamasının KOAH hastalarından sonra en düşük ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Üstünova'nın KOAH'lı hastalar üzerinde ki çalışmasında⁷¹ PACIC ortalamasının (1.69 ± 0.37) oldukça düşük olduğu saptanmış olup ortalamalar bu araştırma ile benzer nitelikte olduğu belirlenmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar üzerinde çalışan Cramm ve Nieboer ise çalışmasında²⁶ PACIC ortalamasını 2.71 ± 0.84 bulmuştur. Glasgow ve ark. çalışmalarında⁶⁴ ise kronik hastalıklar arasında tek solunum rahatsızlığı olan astımlı hastaların en düşük (2.40 ± 1.00) ve diyabetli hastaların ise en yüksek (2.83 ± 1.00) PACIC ortalamasına sahip olduğunu görmekteyiz. Bu durumun solunum sistemi hastalıklarında yaşam kalitesinin daha düşük, yatış sürelerinin daha uzun, prognoz daha kötü ve bakım şartlarının daha ağır olmasından kaynaklı olduğu düşünülüyor.⁸⁶

Bu araştırmada, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkisinin de kronik hastalık bakımını değerlendirme puanına etki edip etmeyeceği de araştırılmıştır. Sağlık

okuryazarlığı seviyelerine göre PACIC madde puan ortalamaları arasında anlamlı bulunmuştur. Günümüzde sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri ile halk sağlığı alanlarındaki sağlık araştırmacılarının ciddi anlamda dikkatini çeken önemli bir konu olduğu bilinmektedir. 1970-80'li yıllardan itibaren sağlık okuryazarlığı konusu uluslararası literatürde çok tartışılmasına rağmen, ülkemizde bu konu üzerinde yeterince çalışma yapılmadığı görülmektedir.¹³ Bu araştırma ülkemizde, PACIC ölçeğinin kullanıldığı birkaç araştırmadan biri olup, sağlık okuryazarlık seviyelerinin alınan bakım hizmetine etkisinin araştırıldığı ilk araştırma denilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi dâhili kliniklerinde yatan kronik hastalığa sahip bireylerin, sağlık okuryazarlığını ve aldıkları sağlık bakım hizmetini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada aşağıda ki sonuçlar elde edildi:

- Araştırmaya alınan hastaların %51.7'si 60 yaş ve üzeri, %56.7'si erkek, %60.7'si ilk-ortaokul mezunu, %60.7'sinin birden fazla kronik hastalığının olduğu, %31.3'ünün kardiyoloji servisinde yattığı, %73.6'sının kitap okumadığı saptanmıştır.
- Hastaların %73.6'sının bilgisayarının olmadığı, %82.1'inin bilgisayar kullanmayı bilmediği, bilgisayar kullanmayı bilenlerin %58.3'ünün araştırma yapma amaçlı bilgisayar kullandığı, %77.8'inin sağlık bilgisine ulaşmada bilgisayar kullandığı ve %62.2'sinin okuryazarlık aktivitelerinde yardım aldığı bulunmuştur.
- Hastaların %64.2'si hastalığı hakkında eğitim aldığını ve bu eğitimi yaklaşık olarak hemşirelere oranla üç kat daha fazla doktorlardan aldığı tespit edildi. Hastaların çok az bir kısmı (%17.9) 10 ve üzeri kitaba sahip olduğu, yaklaşık yarısının reçete ve ilaç prospektüslerini okuyup anlamada problem yaşadığı bulundu.
- 60 yaş ve üzerinde olanlarda, hastalığı hakkında eğitim almayanlarda, mevcut hastalığına ek olarak kronik hastalığı olanlar ile beş yıl ve daha az süredir kronik hastalığı olanlarda sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Ayrıca, eğitim seviyesi düşük olan hastaların, sağlık okuryazarlığı puanlarının da anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı.
- Kronik hastalıklarda bakım değerlendirme ölçeğinin (PACIC) tüm boyutlarına bakıldığında hastaların aldıkları bakım hizmetlerinden memnun olmadığı

görülmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla memnuniyet ortalamaları anlamlı oranda düşük bulundu. Ayrıca sağlık okuryazarlığı seviyeleri düşük olan hastaların memnuniyet ortalamalarının da anlamlı oranda düşük olduğu, en yüksek memnuniyet ortalamasına koroner arter hastalığı olan bireyler (2.82 ± 1.15), en düşük ortalamaya ise KOAH'lı hastaların (1.88 ± 0.58) sahip olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Hastaların, klinik bazında en çok zaman geçirdikleri ve irtibatlı oldukları sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Bu sebeple hastaların doktordan daha çok hemşireden bilgi ve eğitim almaları gerekmektedir. Hemşirelerin sağlık eğitimi-bilgisi verme konusunda doktorların gerisinde olmasına sebep olan engellerin kapsamlı araştırılması, hemşirelerin “eğitici rolü”nün daha aktif kullanılabilmesi için yollar araştırılması gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin bakım memnuniyetini belirlemede önemli bir faktör olmasından dolayı, bu konuda yeterli-etkili donanıma sahip ve hazırlıklı olabilmeleri sağlanmalıdır.
- Özellikle düşük gelirli, eğitim seviyeleri düşük kronik hastalıklı bireylerin tespiti ve sağlık eğitimi-rehberlik odaklı hizmetlerin artırılması ve teşviki ile hastaların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin artabileceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyelerinin artırılması ile yüksek olan sağlık kuruluşuna ve acil servislere başvurma oranları düşürülebilir. Ayrıca hastaların sağlık okuryazarlığı seviyeleri yükseltilerek bakım memnuniyet düzeylerinin artacağı düşünülüyor.
- Klinikler ve tanımlar arasında bakım memnuniyetlerinin farklı olması klinik fiziksel şartları ve hastaların yaşam kaliteleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmekte. Bu durum farklı değişkenlerle (yaşam kalitesi, yönetim anlayışı, fiziksel koşullar gibi) araştırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006, 25: 1-6.
2. Durna Z. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012: 1-63.
3. Geyman JP. Disease management: panacea, another false hope, or something in between? *The Annals of Family Medicine*, 2007, 5: 257-260.
4. Karadakovan A, Aslan FE. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2011: 105-117.
5. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. *Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. 1. Baskı. Ankara, Altan Özyurt Matbaacılık, 2014: 17-66.
6. WHO. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. 10.07.2015.
7. Ünal B, Ergör G. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf. 10.08.2015.
8. Düzöz G. Hipertansiyonlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 2005: 22-26.
9. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, 2008, 372: 940-949.
10. Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management & Practice*, 2006, 18: 492-494.

11. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23: 66-75.
12. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*, 1998, 158: 166-172.
13. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. *National Center for Education Statistics*, 2006.
14. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns*, 2003, 51: 267-275.
15. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, Newman AB, Rosano C, Rooks R, Rubin SM. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med*, 2006, 21: 806-812.
16. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*, 1998, 13: 791-798.
17. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*, 2007, 167: 1503-1509.
18. İncirkuş K. Kronik hastalık bakımını değerlendirme aracı'nın geçerlik ve güvenirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
19. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2005.
20. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L. *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 1. Baskı. Elsevier Health Sciences, 2011: 62-79.

21. Burke KM, LeMone P, Mohn-Brown E, Eby L. *Medical Surgical Nursing Care*. 4. Baskı. Boston, Pearson Education, 2011: 957-1074.
22. Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Advances in Nursing Science*, 2004, 27: 70-80.
23. WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report.
<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>. 10.07.2015.
24. Aydın S. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri. *Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, FTS Turizm, Ankara*, 2008: 17-24.
25. WHO. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf.
10.07.2015.
26. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, 2010, 376: 1861-1868.
27. WHO. The World Health Report: Shaping The Future.
http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1. 12.05.2015.
28. WHO. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf. 10.07.2015.

29. U.S. Department Of Health And Human Services Centers For Disease Control And Prevention National Center For Health Statistics, Healthy People 2010 Final Review. http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf. 12.07.2015.
30. Akalın E. Kronik Hastalıklarda Hastalık Yönetimi. *Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, FTS Turizm, Ankara*, 2008: 151-152.
31. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar Raporu. <https://www.hekimce.com/kronik-hastaliklar-raporu-2006/>. 10.07.2015.
32. TÜİK. Sağlık Araştırması. http://www.turkstat.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=223. 09.07.2015.
33. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>. 09.07.2015.
34. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004*. 1. Baskı. Ankara, Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 2006.
35. Cranston JM, Crockett AJ, Moss JR, Pegram RW, Stocks NP. Models of chronic disease management in primary care for patients with mild-to-moderate asthma or COPD: a narrative review. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188: S50.
36. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000, 320: 569-572.
37. Conwell LJ, Cohen JW. Characteristics of persons with high medical expenditures in the US civilian noninstitutionalized population, Statistical Brief #73, 2002. http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st73/stat73.pdf. 12.07.2015.
38. Akalın E, Durusu Tanrıöver F. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü.

http://www.tusiad.org.tr/__rsc/shared/file/SurdurulebilirSaglikRaporu-Haziran2012.pdf. 12.06.2015.

39. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 12. Baskı. Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 143-163.
40. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH, Curry SJ, Solberg LI. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 2001, 79: 579.
41. Kekeç Z, Koç F, Büyük S. Acil serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi. *JAEM*, 2009, 8: 21-24.
42. Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Disease Management*, 2003, 6: 63-71.
43. Kaya ÇA, Akturan S, Şimşek M, Uğuz K, İçen F, Akman M. Evaluation of the Chronic Illness Care From the Patients' Perspective. *Turkish Family Physician*, 2013, 4: 1-9.
44. Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *J Gen Intern Med*, 2008, 23: 77-80.
45. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 1996: 511-544.
46. Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermesen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res*, 2008, 8: 182.
47. Akalın E. Klinik Uygulama Rehberleri ve Kanıta Dayalı Tıp.
http://www.actus.com.tr/files/Klinik_Uygulama.pdf. 21.08.2015.

48. Altun A. *Gelişen Teknolojiler ve Yeni Okuryazarlıklar*. 1. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2005: 10-160.
49. Glassman P. National Network of Libraries of Medicine]“Health Literacy”. *Shrewsbury MA*, 2010.
50. Cotugna N, Vickery CE, Carpenter-Haefele KM. Evaluation of literacy level of patient education pages in health-related journals. *J Community Health*, 2005, 30: 213-219.
51. Teksöz G, Şahin E, Ertepinar H. Çevre okuryazarlığı, öğretmen adayları ve sürdürülebilir bir gelecek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010, 39.
52. Akkoyunlu B, Yılmaz M. Öğretmen adaylarının bilgi okuryazarlık düzeyleri ile internet kullanım sıklıkları ve internet kullanım amaçları. *Eğitim Araştırmaları*, 2005, 19: 1-14.
53. Yılmaz B. Avrupa Birliği sürecinde Türk halk kütüphaneleri: nicel bir değerlendirme. *Türk Kütüphaneciliği*, 2006, 20: 61-84.
54. DES (Demokratik Eğitimciler Sendikası) AR-GE Raporu, Türkiye’nin Acil Kitap Politikasına İhtiyacı Var! <http://www.des.org.tr/icerikoku.asp?ids=378>. 05.12.2015.
55. Nergis A. Literacy culture and everchanging types of literacy. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2011, 3: 1133-1154.
56. TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18660>. 05.12.2015.
57. National Network of Libraries of Medicine, Health Literacy. <http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html>. 22.08.2015.
58. Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K. Literacy and Health in America. Policy Information Report. *Educational Testing Service*, 2004.
59. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. 1. Baskı. Washington, DC, National Academies Press, 2004.

60. Hester EJ, Stevens-Ratchford R. Health literacy and the role of the speech-language pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2009, 18: 180-191.
61. Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*, 2008, 23: 152-159.
62. Karagöz Y. *SPSS Uygulamalı Biyoistatistik*. 1. Baskı. Ankara, Nobel, 2014: 150-153.
63. Uğurlu Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2011.
64. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Med Care*, 2005, 43: 436-444.
65. Aragonés A, Schaefer E, Stevens D, Gourevitch M, Glasgow R, Shah N. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev Chronic Dis*, 2008, 5: A113-A113.
66. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients Relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care*, 2005, 28: 2655-2661.
67. Rosemann T, Laux G, Droeßemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2007, 13: 806-813.
68. Asgari Ücretin Net Hesabı ve İşverene Maliyeti,
<http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/cgm.portal?page=asgari> 22.08.2015.

69. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and quality of life outcomes*, 2012, 10: 1-7.
70. Drewes HW, de Jong-van Til JT, Struijs JN, Baan CA, Tekle FB, Meijboom BR, Westert G. Measuring chronic care management experience of patients with diabetes: PACIC and PACIC+ validation. *International journal of integrated care*, 2012, 12.
71. Üstünova E, Nahcıvan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23: 11-22.
72. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *The Lancet*, 2005, 366: 1578-1582.
73. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 1963, 185: 914-919.
74. Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. *Lancet*, 2005, 366: 1514-1514.
75. TÜİK. Seçilmiş Göstergelerle Erzurum.
<http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/ERZURUM.pdf>. 10.12.2015.
76. TÜİK. İstatistik göstergeler 1923-2011.
www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=158. 12.07.2015.
77. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatri*, 2000, 3: 56-60.
78. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğer T. Yaşlıda ilaç kullanımı. *Geriatri*, 1999, 2: 33-38.

79. Seçkin Ü, Bodur H, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatric Dergisi*, 1998, 1: 36-38.
80. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Gökçe-Kutsal Y, Yücel M, Kliniği-Ankara R, Fakültesi T, Tıp F, Ankara RAD. Huzur evinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Geriatric*, 2000, 3: 6-10.
81. Castela X, Mompart A, Perez G. Hospital utilization for acute problems of the elderly. *Gac Sanht*, 1997, 11: 259-265.
82. Akkılık R. Türkiye okuma kültürü haritası. *Türk Kütüphaneciliği*, 2011, 25: 326-329.
83. Saygılı Ş, Cihan C, Yavan ZA. Eğitim ve Sürdürülebilir Büyüme: Türkiye Deneyimi, Riskler, Fırsatlar. 2006.
84. Ünsal A, Çevik A, Metintaş S, Arslantaş D, İnan O. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2003, 6: 83-88.
85. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*, 2005, 165: 1946-1952.
86. Sexton E, King-Kallimanis B, Layte R, Hickey A. CASP-19 special section: how does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHO ICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging & mental health*, 2015, 19: 622-633.

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Kubilay İsmail Çiftci Doğum tarihi: 31.07.1989 Doğum yeri: Selçuklu/Konya Medeni hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, No:5 Anabilim Dalı, 25240 Yakutiye/ERZURUM Tel: 0442 236 27 55 Faks: 0449 236 00 00 E-mail: kubilayiciftci@gmail.com
Eğitim
Lise: Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi (2008) Lisans: Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2008-2012) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2012- ...) Doktora: - -
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: İyi derecede (ÜDS 81.25, Eylül 2014) Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
.....
İlgi Alanları ve Hobiler
.....

EK-2. ETİK KURUL İZİN BELGESİ

	ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
Araştırmanın Adı: "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aldıkları Sağlık Bakım Hizmetinin ve Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi"		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur		(X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur		()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir		()
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 10.10.2013 tarihinde yapılan toplantısında "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aldıkları Sağlık Bakım Hizmetinin ve Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi" konulu Doç.Dr.Dilek KILIÇ ve Hemşire Kubilay İsmail ÇİFTÇİ'nin çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.		
Prof.Dr. Mehtap TAN Başkan		
Doç.Dr.Fatma ÇODUÇU TÜFEKÇİ Başkan Yrd.		Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU Üye
Doç.Dr.Nadiye ÖZER Üye		Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU Sekreter/Raportör

EK-3. TANITICI BİLGİ FORMU

Başvurduğu Poliklinik/ Servis:.....

Servise yatış sebebi:.....

1. Tanı konulmuş başka bir kronik hastalığınız var mı?

☐1 Evet..... ☐2 Hayır

2. Ne kadar süredir kronik hastalığınız var?

☐1 1 yıldan az ☐2 1-5 yıl arası ☐3 6-10 yıl arası ☐3 11 yıl ve üzeri

3. Yaşınız

4. Cinsiyetiniz

☐1 Erkek ☐2 Kadın

5. Eğitim Durumunuz

☐1 Okuryazar değil ☐2 İlköğretim mezunu ☐3 Ortaokul mezunu
☐4 Lise mezunu ☐5 Üniversite mezunu ☐6 Yüksek lisans mezunu
☐7 Doktora mezunu

6. Medeni Durumunuz

☐1 Evli ☐2 Bekâr ☐3 Boşanmış ☐4 Dul ☐5 Ayrı yaşıyor ☐6 Diğer

7. Çocuğunuz var mı?

☐1 Hayır ☐2 1 çocuk ☐3 2 çocuk ☐4 3 çocuk ☐5 4 çocuk ve üstü

8. Çalışma durumunuz

☐1 Çalışıyor ☐2 Çalışmıyor ☐3 Emekli ☐4 Ev Hanımı

9. Aylık Geliriniz:

☐1 1000 TL den az ☐2 1000-2000 TL ☐3 2000-3000 TL ☐4 3000 TL den fazla

10. Yaşadığınız Yer

☐1 Şehir merkezi ☐2 İlçe ☐3 Köy

11. Kitap okuyor musunuz?

☐1 Evet ☐2 Hayır

12. Evde ortalama kaç kitabınız var?

☐1 Hiç yok ☐2 1- 9 tane ☐3 10 ve daha fazla

13. Bilgisayarınız var mı?

☐1 Evet ☐2 Hayır

14. Bilgisayar kullanmayı biliyor musunuz?

☐1 Evet ☐2 Hayır (Cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

Cevabınız “Evet” ise ;

15. Bilgisayarı hangi amaç/amaçlarla kullanıyorsunuz?

- ☐1 İşim gereği ☐2 E-maillerimi kontrol etmek ☐3 Oyun oynamak
☐4 İnternette araştırma yapmak ☐5 Diğer

16. Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için internet kullanıyor musunuz?

- ☐1 Her zaman ☐2 Bazen ☐3 Nadiren ☐4 Hiçbir zaman

17. Okuryazarlık ile ilgili aktivitelerinize yönelik diğer kişi/kişilerden yardım alıyor musunuz?

- ☐1 Her zaman ☐2 Bazen ☐3 Nadiren ☐4 Hiçbir zaman

18. Siz ve/veya yakınlarınızın sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

- ☐1 1 kez ☐2 2 kez ☐3 3 kez ☐4 4 kez ve üstü

19. Son 6 ay içerisinde kronik hastalığınız sebebiyle acil servise başvurduğunuz mu?

- ☐1 1 kez ☐2 2 kez ☐3 3 kez ☐4 4 kez ve üstü ☐5 Hiç Başvurmadım

20. İlaçlarınızı düzenli (dozda/zamanda/sıklıkta) kullanıyor musunuz?

- ☐1 Her zaman ☐2 Bazen ☐3 Nadiren ☐4 Hiçbir zaman

21. Kronik hastalığınızla ilgili hiç sağlık eğitimi/bilgilendirme eğitimi aldınız mı?

- ☐1 Evet ☐2 Hayır

Cevabınız “Evet” ise;

22. Kronik hastalığınız ile ilgili eğitim/bilgiyi nereden aldınız?

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Doktorunuzdan | ☐ 1 Evet | ☐ 2 Hayır |
| Hemşirenizden | ☐ 1 Evet | ☐ 2 Hayır |
| Televizyon ve Radyodan | ☐ 1 Evet | ☐ 2 Hayır |
| Dergilerden ve Broşürlerden | ☐ 1 Evet | ☐ 2 Hayır |
| İnternette | ☐ 1 Evet | ☐ 2 Hayır |
| Diğer..... | ☐ 1 Evet | ☐ 2 Hayır |

EK-4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SORU FORMU

İfadeler	Her Zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Hastaneye gelirken yalnız mı gelirsiniz?				
2. Doktorların söylediklerini anlayabiliyor musunuz?				
3. Doktorunuza durumunuzla ilgili olarak rahat soru sorabiliyor musunuz?				
4. Hemşirelerin söylediklerini anlayabiliyor musunuz?				
5. Hemşirenize durumunuzla ilgili olarak rahat soru sorabiliyor musunuz?				
6. Hastanelerdeki uyarı işaretlerini anlıyor musunuz? (örnek: radyasyon levhalarını)				
7. Hastanede gideceğiniz yerleri öğrenmek için başkalarından yardım istiyor musunuz?				
8. İstenen tetkiklerin neler olduğunu anlıyor musunuz?				
9. Verilen reçeteleri okuyabiliyor musunuz?				
10. İlaçlarınızı nasıl kullanacağınız konusunda doktorlar açıklama yapıyor mu?				
11. İlaçlarınızı nasıl kullanacağınız konusunda hemşireler açıklama yapıyor mu?				
12. İlaçlarınızı nasıl kullanacağınız konusunda eczacı açıklama yapıyor mu?				
13. Evde ilaçlarınızı kullanmada yardım alıyor musunuz?				
14. İlaç prospektüslerinde yazılanları okuyabiliyor musunuz?				
15. İlaç prospektüslerinde yazılanları anlayabiliyor musunuz?				
16. Diyetinizle ilgili doktor açıklama yapıyor mu ?				
17. Diyetinizle ilgili hemşire açıklama yapıyor mu ?				

EK-5. KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ARACI-HASTA FORMU

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

EK-6. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI RESMİ KURUM İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü



Sayı : 45361945-03/126
Konu: Tez Çalışması

Erzurum : 03.01.2014

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İLGİ: 02.01.2014 tarih ve 84 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Kubilay İsmail ÇİFTÇİ'nin "**Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aldıkları Sağlık Bakım Hizmetlerinin ve Sağlık Okuryazarlıklarının Belirlenmesi**" konulu tez çalışmasını teşkil edecek anket uygulamasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necip BECİT

BAŞHEKİM

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastaneleri Yazı İşleri Bürosu
Tel: 0442 3446765-64 Fax: 0442 2361301