



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ
DÜZEYİ VE DİYABET RİSKİNE ETKİSİ**

Nurten DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Serap KOÇAK

GAZİANTEP
2022



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ
DÜZEYİ VE DİYABET RİSKİNE ETKİSİ**

Nurten DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Serap KOÇAK

GAZİANTEP
2021

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KARDİYOVASKÜLER
HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE DİYABET RİSKİNE
ETKİSİ

Nurten DOĞAN

Tez Savunma Tarihi : / /

.....(Ad SOYAD İmza)

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne; Bu çalışmanın bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

.....(Ad SOYAD İmza)

.....Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

.....(Ad SOYAD İmza)

.....Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Tez Jürisi

.....

.....

.....

BEYAN

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

12/01/2022

Nurten DOĞAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca tezimin her aşamasında öneri, bilgi ve görüşleriyle beni aydınlatan, sabrı ve hoşgörüsüyle yol gösteren, her umutsuzluğa düştüğümde umut veren, danışmanım olduğu için mutluluk duyduğum saygı değer hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Hatice Serap KOÇAK’a

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi birikimleri sayesinde gelişimimi sağlayan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ’e, Doç. Dr. Rabia SOHBET’e,

Hayatımın her anında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da benden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olup bana inanan, güvenen, sabrını ve sevgisini esirgemeyen kardeşlerime, çocukları olduğumdan dolayı gurur duyduğum anne ve babama,

Desteğini her zaman hissettiğim, her ihtiyacım olduğunda bana güç ve moral veren, yüksek lisans eğitim sürecinde yanımda olan eşim Hasan DOĞAN’a

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan tüm kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

12/01/2022

Nurten DOĞAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	6
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	6
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	7
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığın Kavramsal Modeli ve Ölçüm Araçları	7
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	9
2.1.5. Dünya ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	10
2.1.6. Yetersiz Düzeyde Sağlık Okuryazarlığının Etkileri	11
2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar	13
2.2.1. Kardiyovasküler Risk Faktörleri	14
2.2.2. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma	18
2.2.3. Kardiyovasküler Hastalık ve Sağlık Okuryazarlığı	19
2.3. Diyabet	19
2.3.1. Diyabet’in Tipleri	21
2.3.2. Diyabet Yönünden Riskli Gruplar	22
2.3.3. Diyabetten Koruma	23
2.3.4. Diyabet ve Sağlık Okuryazarlığı	24
2.4. Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Sürecinde Hemşirenin Rolü	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırma Soruları	27

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.4. Araştırmanın Evreni	28
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.6. Araştırmaya Alınma/Dışlanma Ölçütleri	29
3.6.1. Araştırma Alınma Ölçütleri	29
3.6.2. Dışlanma Ölçütleri.....	29
3.7. Veri Toplama Araçları	29
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32).....	29
3.7.3. Finlandiya Diyabet Risk Anketi (FINDRISC)	31
3.7.4. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği	32
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	32
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	32
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	33
3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği, Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları	34
3.11.1. Araştırmanın Genellenebilirliği.....	34
3.11.2. Araştırmanın Sınırlılığı.....	34
3.11.3. Araştırmanın Güçlü Yanları	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	35
4.2. TSOY-32, KARRİF-BD ve FINDRISC Ölçekleri ve Alt Boyut Puanlarının Birbirleriyle ve Yaş Arasındaki Korelasyonları.....	38
4.3. Sosyo-Demografik Bilgileri Bakımından Ölçek Değerlerinin Karşılaştırılması....	41
4.3.1. TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Kıyaslanması.....	41
4.3.2 KARRİF-BD ve Alt Boyutlarının Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Kıyaslanması.....	45
4.3.3. FINDRISC Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Kıyaslanması.....	48
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. TSOY-32, KARRİFF-BD ve FINDRISC Ölçek ve Alt Boyutlarının Alınan Puan Ortalamalarının İncelenmesi	50

5.2. TSOY-32 Ölçek Puan Ortalaması İle Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi	52
5.3. KARRİF-BD Ölçek Puan Ortalaması İle Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi	54
5.4. FINDRISC Ölçek Puan Ortalaması ile Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi	55
5.5. TSOY-32 ölçeği, KARRİF-BD ölçeği ve FINDRICS arasındaki ilişki	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER	72
Ek 1. Güç Analizi	72
Ek 2. Veri Toplama Araçları	73
Ek 3. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	78
Ek 4. Kurum İzni Yazısı	79
Ek 5. Ölçek Kullanım İzni	82
Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu	83
Ek 7. Kongre Katılım Belgesi	87
9. ÖZGEÇMİŞ	89

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1: SOY kavramsal modeli	8
---------------------------------------	---



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1: TSOY-32'nin 2X4'lük matriks bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları	30
Tablo 3.2: Diyabet Risk Puanı	31
Tablo 4.1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 4.2: Kadınların Madde Kullanımı, Fiziksel Aktivite Yapma ve Beslenme Şekli Alışkanlıklarının Dağılımı	36
Tablo 4.3: Kadınlarda ve Ailelerinde Hastalık Varlığı ve Kendilerini Nasıl Hissettikleri Değer Dağılımları	36
Tablo 4.4: Kadınların Okuma alışkanlıklarını dağılımı	37
Tablo 4.5: Kadınların KARRİF-BD, FINDRISC ve TSOY-32 Puan Ortalamaları	37
Tablo 4.6: Kadınların TSOY-32 Sınıflandırmasının Dağılımı	37
Tablo 4.7: Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler Değerleri	38
Tablo 4.8: Kadınların TSOY-32, KARRİFF-BD ve FINDRISC Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyonlar	40
Tablo 4.9: Kadınların tanıtıcı özellikleri ile TSOY-32 alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
Tablo 4.10: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile KARRİF-BD alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 4.11: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile FINDRISC Ölçek Puanın Karşılaştırılması	49

SİMGELER VE KISALTMALAR

SOY	: Sağlık okuryazarlığı (Health Literacy)
AMA	: Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association, 1999)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GA	: Güven Aralığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
OK	: Oral Kontraseptif
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
REALM	: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
YİSOT	: Yetişkinlerde İşlevsel SOY Testi
NVS	: Son Yaşam Bulguları Ölçeği
HALS	: Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
KB	: Kan Basıncı
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
METSAR	: Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması
TG	: Trigliserit
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
SCORE	: Puan
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
TURDEP	: Türkiye’de Diyabet Epidemiyolojisi
APG	: Açlık Plazma Glikozu
BAG	: Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
PKOS	: Polikistik Over Sendromu
HBA1C	: Hemoglobin A1c
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses)
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32
FINDRISC	: Finlandiya Diyabet Risk Anketi
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

KARRİF-BD	: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi
ANOVA	: Varyans Analizi (Analysis Of Variance)
LSD	: Asgari Önemli Fark (Least Significant Difference)
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı
NHANES	: Ulusal Sağlık ve Beslenme Sınavı Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey)
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezleri



ÖZET

KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE DİYABET RİSKİNE ETKİSİ

Nurten DOĞAN

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice Serap KOÇAK

2022, 90 Sayfa

Kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisini belirlemek için tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır. Gaziantep Binevler Aile Sağlığı Merkezi, Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi ve Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezine gelen 18 yaş üzerinde kronik hastalığı olmayan 300 kadınla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada "Kişisel Bilgi Formu", "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32)" "Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği" ve "Finlandiya Diyabet Risk Anketi (FINDRISC)" kullanılmıştır. IBM SPSS 22 programında sıklık, yüzde, ortalama, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U ve korelasyon analizleriyle yapıldı. Katılımcıların ölçek toplam puanları; TSOY-32 28.48±11.02, KARRİF-BD 16.77±4.46 ve FINDRISC 13.93±3.63 olarak belirlendi. Çalışma kapsamına alınan kadınların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarıyla FINDRISC toplam puanı arasında ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmadaki kadınların genellikle eğitim seviyesinin düşük, yaşlarının daha ileri, genel sağlık durumlarını kötü olarak gördükleri ve yeşil kart kullananların sağlık okuryazarlığı seviyesin yetersiz ve TSOY-32 ölçek ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı. Okuryazar olmayanların ve ekonomik durumları geliri yetersiz olanların KARRİF-BD ölçeğinden aldıkları puanların daha az olduğu belirlendi. Bekar olanların sayısı arttıkça, eğitim seviyesi yükseldikçe, birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olanların sayısı azaldıkça, her zaman okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde yardım alanlar sayısı azaldıkça, genel sağlık durumu iyileştikçe FINDRISC puanı istatistiksel olarak azaldığı görüldü. Kadınlara sağlık okuryazarlığı konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, diyabet riski, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörü, hemşirelik.

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS, LEVEL OF AWARENESS AND DIABETES RISK IN WOMEN

Nurten DOĞAN

Master's Thesis, Department of Public Health Nursing

Supervisor: Dr. Instructor Member Hatice Serap KOÇAK

2022, 90 Pages

A descriptive and cross-sectional study was conducted to determine the effect of health literacy on cardiovascular disease risk factors knowledge and diabetes risk in women. It was carried out with 300 women over the age of 18 who did not have a chronic disease who came to Gaziantep Binevler Family Health Center, Halide Alevli Family Health Center and Mehmet Ali Özkara Family Health Center. "Personal Information Form", "Turkey Health Literacy Scale - 32 (TSOY-32)" "Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level (KARRIF-BD) Scale" and "Finland Diabetes Risk Questionnaire (FINDRISC)" were used in the study. IBM SPSS 22 program frequency, percentage, mean, Kruskal Wallis and Mann Whitney U and correlation analyses. Total scale scores of the participants were determined as TSOY-32 28.48 ± 11.02 , CARRIF-BD 16.77 ± 4.46 and FINDRISC 13.93 ± 3.63 . A correlation was found between the scale and its sub-dimensions and the FINDRISC total score ($p < 0.05$). Women in the study generally had low education level, were older, had poor general health status, and those who used green cards had insufficient health literacy and had lower TSOY-32 scale averages. It is evident that those who are illiterate and have low economic status have lower scores on the CARRIF-BD scale. It was observed that the FINDRISC score decreased statistically as the number of single people increased, the education level increased, the number of people with heart disease in their first degree relatives decreased, the number of people who always received help in their reading and writing activities decreased, and the general health status improved. It is important to provide women with the necessary training on health literacy.

Keywords: Health literacy, diabetes risk, cardiovascular diseases risk factor, nursing.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı (SOY) sağlığı korumayı, sağlık eğitimi ve iletişimi etkileyen bir kavramdır (15). SOY, Amerikan Tıp Derneği (AMA,1999)'ne göre bireyin sağlığı hakkında olan durumlarda kendini karar mercisi olarak görüp, sağlığı hakkında gereken doğru bilgileri anlayabilmek ve gerektiğinde ulaşabilmek olarak ifade edilirken, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ, 1998) göre “sağlığın korunması ve devam etmesi kişilerin bilgileri erişme, anlama ve kullanma hünerleri” şeklinde ifade edilmektedir (12). SOY, okuma yeteneğinden ibaret değildir (55). SOY, hastaneye gitmeden sağlık hizmetlerine ulaşabilme, randevu alabilme, doktorun sağlık ile ilgili kurduğu cümleleri anlayabilme, ilaçları kullanırken olması doğru doz ve doğru zamanda alabilme ve tüm bu sistemlerle baş edebilmektir (7). SOY yalnız sağlık sorunu olan bireyler için değil, aynı zamanda sağlık sorunu olmayan bireylerinde başlıca sağlık hizmetlerini doğru kullanması nedeniyle önemli bir beceridir (1). SOY'un; sağlık politikalarının önemli bir boyutu olduğu DSÖ'nün 62. oturumunda kabul edilmiş ve bireylerin, sağlığının iyileştirilmesi ve gelişmesiyle ilgili durumlarda tüm toplumun katılımının etkin ve önemli sonuçlar meydana getireceği ifade edilmiştir (56).

SOY düzeyinin yetersizliği tüm dünyada önemli bir sorun haline gelmiştir. Avusturya toplumunun yarısından fazlasının SOY düzeyinin olması gereken düzeyde olmaması, Amerika'da bulunan yetişkinlerin yarısının da sağlık bilgilerini kullanmakta sıkıntı çektikleri saptanmıştır. 2015 yılında Avrupa'nın sekiz ülkesinde yapılan SOY çalışmasında katılımcıların %12'sinin SOY'u yetersiz, %47'sinin ise sınırlı, 2016 yılında ülkemizde yapılan çalışmada genel SOY indeksi puan ortalaması 30.4 (%95 Güven Aralığı(GA): 30.03-30.66) olarak bulunmuş; %24.5 yetersiz, %40.1 sorunlu, %27.8 yeterli ve %7.6 mükemmel olarak saptanmıştır (7). Yaşamın çoğu alanını etkileyen yetersiz SOY bilgisi, bireylerin bulunduğu sosyal, kültürel ekonomik faktörlerden de etkilenmektedir. Yetersiz SOY düzeyi haliyle kronik hastalık yönetiminde başarısızlıklara, hastane yatışlarında artışa, sağlık hizmetlerini doğru kullanamama gibi birçok probleme sebep olur (1). SOY, yaşlıları, kronik hastalığı olanları ve özellikle kadınları daha çok etkilemektedir (12). Kadınların sağlık

hakkındaki bilgi birikimleri, yetiştirecekleri nesillerin iyi bir sağlık hali ve olumsuz sağlık sonuçlarını nleyebilmeleri için çok önemli bir etkindir (12). Düşük SOY kadınların sağlık konusundaki durumlarına olumsuz bir şekilde sebep olurken hem kendilerini hem de çocuklarını ve ailelerini etkileyebilmektedir (11). Kadınların SOY düzeyinin arttırılması tüm toplumun sağlık düzeyinde farklılıklar ortaya çıkaracaktır (12).

Ülkemizde yaşanılan gün sayısının artmasıyla birlikte düzensiz ve dengesiz beslenme, fiziksel egzersizin doğru düzgün yapılmaması, sigara kullanma ve diğer sosyal ve çevresel faktörlerin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyonda, kronik rahatsızlıkların yaygınlığı kendini hızla göstermektedir (1). Kronik hastalıkların yönetimi çoğunlukla kişinin tavrına ve davranışlarına bağlıdır, hastaların sağlık bilgilerini idrak etmesi ve uygulaması sağlıklı yaşamak için önemlidir. Düşük SOY; koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında, bireyin sağlık olma durumunun iyi olmadığını anlamasında, tıbbi önerilere uyum sağlamada, öz bakımlarını yapmada yetersizlik, sağlık hizmetlerini arama ve kullanma davranışında gecikmelerin meydana gelmesi, sağlık giderlerinde ve mortalite oranlarında yükselmesi ile bağlantı kurulmaktadır (6).

Dünyanın günümüzde en önemli sağlık problemi olan diyabet, insülin azlığı veya insülin defektleriyle karbonhidrat, yağ ve proteinlerden vücudun olması gerektiği kadar kullanamaması sonucu oluşan sürekli devam eden bir metabolizma hastalığıdır. Diyabetin kontrol edilemez risk değişkenleri genetik, kalıtım faktörler, yaş ve cinsiyettir. Kontrol edilebilir risk değişkenleri arasında ise, Bozulmuş açlık glukozu (BAG), Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT), kolesterol ve diğer lipid türlerinin anormal seviyelerde olması gibi metabolik bozukluklar, gestasyonel diyabet, obezite, sigara, yüksek tansiyon, dengesiz ve düzensiz beslenme ve aktivite azlığı gösterilebilir (71). Diyabetin etkisiyle kronik kan şekeri ykseklıği, ilerleyen zamanlarda küçük damar rahatsızlıklarına ve makrovasküler gibi istenmeyen durumlara neden olabilmektedir. Diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar (KVH) daha çok görülmekte ve kalp damar hastalıkları oluşan diyabetli kişilerde ölüm riski, diyabeti bulunmayan kişilere göre yakın seviyede yükselme saptanmıştır (9).

KVH, kalbi besleyen damar hastalıkları, felç, romatizmal kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, atar damar tıkanıklığı, kan basıncı yüksek olan hastalıklar ve kalp ritim bozukluğu barındıran hastalık sınıfıdır (5). Günümüzde diyabette de olduğu

gibi kalp damar hastalığı bakımından yaş, cinsiyet, birinci derece akrabalarında erken yaşta kalp damar hastalık öyküsü bulunan, kontrol edilemez risk değişkenleri olarak belirlenirken; sigara kullanımı, diyabet, kandaki yağ, kolesterol ve diğer lipid türlerinin anormallığı, yüksek tansiyon, karın yağlanması, psikososyal faktörler, meyve ve sebze kullanımının düşüklüğü, devamlı içki tüketimi ve fiziksel egzersizin düzensiz yapılması kontrol edilebilir risk değişkenleri olarak gösterilmektedir (9).

Diyabet ile KVH genel olarak ifade edilirse madeni paranın iki yönü gibi düşünülebilir (29). Tip 2 diyabetli kişilerde gerçekleştirilen araştırmalarda da, sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri ile kalp damar hastalığı gelişiminin azaltılabileceği belirlenmiştir (9). DSÖ, yaşam tarzı tavırlarındaki farklılıkları nedeniyle yükselen KVH ölümlerinin %75'ten fazlası uygun yaşam biçimi farklılıklarıyla azalabileceği söylenmektedir (5). Davranış değişikliklerinin uygulanması için ise kişilerin kalp damar hastalıkları risk değişkenleri hakkında (2) ve diyabet hastalığı ve tedavisi hakkında gereken bilgi birikimine ve kendi bakım rollerini üstlenmesi sağlanmalıdır (73). Bu noktada “sağlık okuryazarlığı” kavramı kendini göstermektedir (22).

Yetersiz düzeyde SOY; koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma azlığı, erken tanı konulması gereken zamanda hastalığı fark edememe, bireyin sağlığı hakkında iyi ve kötü arasındaki farkı anlamadaki yetersizliğine, tıbbi tavsiye ve direktifleri gerçekleştirmeme, öz-bakım yetersizliğine, sağlık harcamalarında ve ölüm oranlarında yükselmeye sebep olduğu görülebilir (74). SOY, kişilerin sağlık hakkındaki çoğu problemlerinden ötürü toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir (8). Sağlıklı toplum ve gelişen sağlık sistemi için SOY çok önemlidir ve bir ülkenin sağlık politikaları içerisinde önemli bir alanda olması gerekir (1).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

“Sağlık okuryazarlığı”(SOY) tabiri ilk defa 1974 yılında, sağlık sektörünü, sağlık eğitim sisteminin, iletişiminin ve yapısının üzerinde etkisi olan bir sosyal politika problemi şeklinde gündeme gelmiş, sağlık konferansında duyurulmuş, S.K. Simons’un “Health Education as Social Policy” isimli kitabında yer almıştır (8). 1986 senesinde Ottawa’da gerçekleştirilen “Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı” bitiminde SOY kendini göstermiştir. Sağlıklı bireyler olabilmek için sağlık hakkındaki bilgileri anlayarak uygun davranış sergilenmesi gerektiği ifade edilmiştir (20).

DSÖ, SOY’u, “bireylerin sağlığını iyileştirilmesi ve bütüncül sağlık durumunu devam ettirmesi için sağlık hakkında bilgiye erişmesi, kavraması ve uygulaması için yeterli bilişsel ve sosyal hünerler şeklinde tanımlanır” (11). SOY’un “okuryazarlık ile bağlantılıdır ve bireylerin yaşadığı zamanda iyi yaşam sürdürebilmesi için yaşarken sağlık hizmetlerinden yararlanma, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi için kararlar alması, bilgi birikimine erişmesi, anlaması, değerlendirmesi ve uygulaması için belirli bilgiye, motivasyona ve yeterli yetkinliğe sahip olmak gerekir” şeklinde yapılmıştır (10).

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık alanı; teknolojinin gelişmesiyle sürekli farklılıkların olduğu kompleks bir sektördür. Bu gelişmeler doğrultusunda insanların sağlıkları için bu değişimleri takip etmenin önüne geçilemez. Kişilerin sağlık hakkındaki bilgi seviyeleri sağlık okuryazarlık düzeyi olarak adlandırılır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları hakkında kararlar da söz sahibi olmaları ve bunun sonucu olarak kendilerini daha rahat ifade etmeleri, hastaların ajite düzeyinin azaltılması, tedavi zaman diliminin daha pozitif hale geçmesi bakımından yaşantımızda oldukça önemli bir yere sahiptir (54). Belli bir sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireyler, sağlığın ön planda olduğu konuşmalarda çekinmeden fikirlerini sunabilirler. Yaşam boyunca içinde bulunduğumuz toplum şekilleri, sosyal, kültürel ve ekonomik durumlar SOY hakkındaki bilgilerimiz üzerinde oldukça etkin olurlar. Ottawa Sağlığın Teşviki

Sözleşmesi'nde "sağlık, yaşamanın bir hedefi olmayıp, hayatın kaynağıdır" (10). SOY aynı zamanda toplumun genel sağlık yönetiminde önemli etkilere sahiptir (14). SOY'un niçin toplum sağlığı için önemli bir yere sahip olduğunu göstermeye yardım etmek için altı genel başlık maddeler halinde verilmiştir:

1. Etkilenen insan sayısının büyüklüğü,
2. Kötü sağlık problemleri,
3. Kalıcı hastalık hızlarında yükselme,
4. Sağlık bakım maliyeti,
5. Sağlık bilgilendirme gerekliliği,
6. Eşitlik (47).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

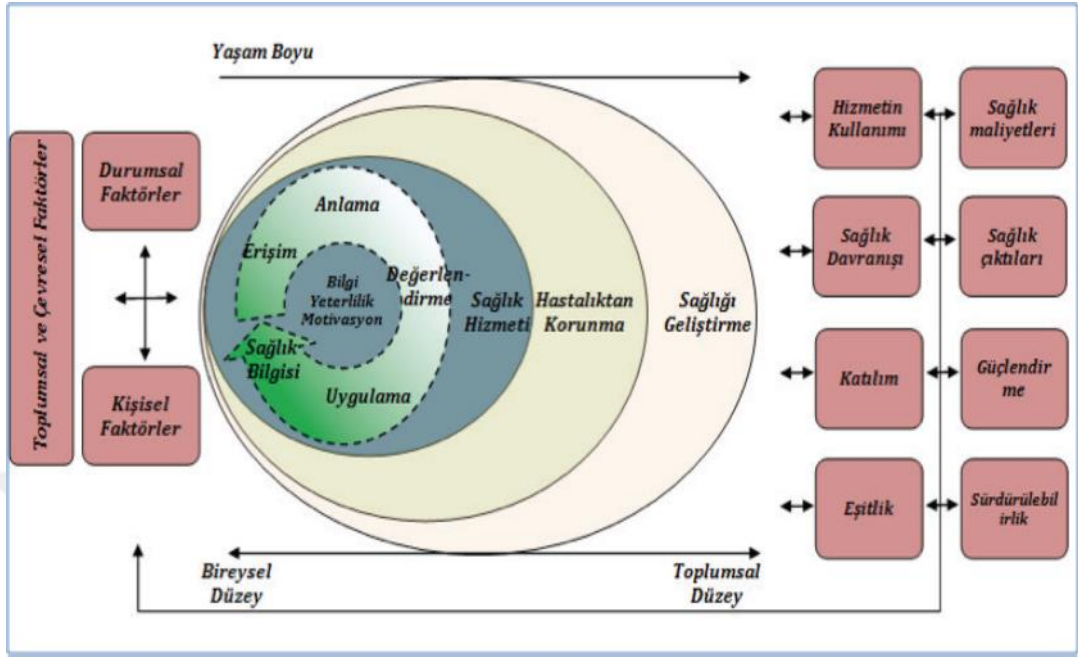
SOY, bireylerin kendi sağlıkları ya da sorumlu oldukları kişilerin sağlık durumlarının yönetiminde başarılı bir şekilde rol alabilmeleri için sağlık hizmetlerine ulaşma, anlama, yorumlama ve uygulama ve değerlendirme gibi temel okuryazarlık hünelerlerini ele almaktadır. Sağlık okuryazarlığı, okuma yeteneğinden ibaret olmamakla birlikte (55), **Nutbeam'e göre SOY üç farklı düzeyde incelenmektedir;**

1. **Fonksiyonel SOY:** Temel okuma ve yazma becerisi ve sağlık bilgilerini anlama sağlık hizmetlerini kullanma becerisidir.
2. **İnteraktif SOY:** Kişilerin kendini gerçekleştirme bireysel ve sosyal hünelerlerini geliştirmesi üzerine yoğunlaşmaktadır.
3. **Kritik SOY:** Bireyin kendi sağlık durumunu ifade edebilmesi, değerlendirebilmesi, yeterli bilgisinin bulunması, incelemesi, sağlık politikalarını ve gelişmelerini takip etmesi sorunların çözümünde bulunmasını incelemektedir (48).

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığın Kavramsal Modeli ve Ölçüm Araçları

SOY'un; sağlık politikalarının önemli bir boyutu olarak düşünülerek bugüne kadar çok sayıda tanım yapılmakla birlikte yapılan önemli tanımlardan biri de Sorensen ve

ark.(2012) yaptığı kapsamlı bir tanımdır (56). SOY kavramsal modeli aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.



Şekil 2.1: SOY kavramsal modeli (56)

SOY ile ilgili tıbbi ifadeleri ve halk sağlığı ifadelerini de değerlendiren bu model ve tanım kaynakların düzenli bir biçimde araştırılması ve kaynaklarda bulunan 17 tanımın ve 12 kavramsal çerçevenin içeriğinin çözümlenmesi ile meydana getirilmiştir. Bu kavramsal modelde, erişim, kavrayış, değerlendirme ve sağlık hakkında bilgilerin sağlığın kollama boyutunda uygulanması, hastalıkların engellenmesi ve sağlığın geliştirilmesine bağlı SOY'un 12 alt boyutu ifade edilmektedir. Bu model sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla yapılan girişimlerin kullanılmasının yanı sıra ölçüm araçlarının ilerlemesi ve onaylanması, sağlık hizmetleri, sağlık sorunlarının engellenmesi ve sağlığın ilerlemesi için yapılan girişimler arasında SOY'un boyutunu göstermek amacıyla yapılmıştır. (Şekil 2.1) (57).

Son yıllarda SOY'a artan ilgi SOY düzeyini belirlemek amacıyla sürekli ortaya çıkan bir araç rağbeti meydana getirmektedir. Günümüzde SOY düzeyini belirlemek amacıyla, birçok ölçme aracının sayısı gün geçtikçe artmaktadır (17). Tıp Enstitüsünün ayırdığı dört kategoriye göre SOY'un araştırılması için geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan değerlendirme araçları aşağıda tanımlanmıştır (23):

- **Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM):** Davis ve ark.(1991), birinci basamağa gelen kişilerin SOY düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirmişlerdir.
- **Yetişkinlerde İşlevsel SOY Testi (YİSOT):** Parker ve ark.(1995) gerçekleştirdiği anlama hünerlerinin SOY'unu ölçmektedir.
- **Son Yaşam Bulguları Ölçeği (NVS):** Weiss ve ark.(2005) tarafından geliştirilen, kişinin besin etiketini okuma ve anlamasını göstermektedir (16).
- **Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği (HALS):** Rudd ve ark.(2004) yılında geliştirilmiştir (17). Sağlığı etkileyen kötü faktörleri engellemek, iyileşmesinde katkı sağlamak, bakımının devamlılığını sağlamak ve sağlık hizmetlerine ulaşma biçiminde adlandırılan kısımdan meydana gelmektedir (24).

2.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

SOY; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni hal, hastalık süreleri, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve sağlık sisteminin kompleksliği ve (54) psikososyal bileşenlerden, temel okuryazarlık seviyesinden, kişisel özelliklerden, hastalık tecrübelerden ve hizmeti sistemi hakkındaki birçok faktör ile birlikte etkileşim halindedir (20). SOY'u etkileyen bireysel ve sistemsel faktörlerdir.

Bireysel faktörler;

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Okuryazarlık hünerleri,
- Kognitif hünerleri,
- Güdülenme,
- Bedensel ve duygusal sağlık,
- Sağlık bakımı tecrübesi,

- Kişisel sağlık sorunları,
- İnançlar,
- Sosyo-ekonomik durum,
- Toplumsal yardımlar.

Sistemsal faktörler;

- Sağlık hizmeti verenlerin iletişim hünerleri,
- Sağlık bilgisinin kompleks durumu,
- Bakım yerlerinin nitelikleri,
- Sisteminin hastalardan istekleri, ümitleri,
- Sağlık bakım personellerine yapılan mobingidir (14).

Sonuç olarak belirtmek gerekirse, kişilerin eğitimleri sosyo-ekonomik ve kültürel alandaki yaşam tarzları sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgilerini etkilemekte ve biçimlendirmektedir. (1).

2.1.5. Dünya ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Gelişmiş veya gelişmekte olan ülke olsun, SOY seviyesinin her yerde yetersiz olduğu görülmektedir (23). 2011’de, Avrupa Birliği’nde (AB) 8 ülkede (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU) yapılmıştır. Araştırma sonuçları 4 gruba ayıran kesme verilerle hesaplanmıştır (Yetersiz/kuşkulu/yeterli/ mükemmel). Araştırmada %12 yetersiz, %35 kuşkulu SOY seviyesi belirlenmiş, araştırılanların %50 yakın sınırlı SOY’u olduğu saptanmıştır (8). Genel eğitim seviyesi ve gelir durumu düşük olan sınıflarda, azınlık sınıflarında, göçmenlerde, genel sağlık düzeyi yetersizlerin, uzun süreli sağlık problemi yaşayanlarda ve yaşlılarda SOY seviyeleri yetersiz olduğu gösterilmiştir (22).

Ülkemizde SOY çalışması, Türkiye’de 12 bölgedeki 23 ilde, 4924 erişkin bireylerin desteğiyle ile yapılmıştır. Çalışmada ülkenin genel SOY indeksi 30.4 (%95 GA: 30.03-

30.66) olarak bulunmuştur. SOY'un sınırlı veya yetersiz düzeyde bulunmasının, sağlığı koruma ve geliştirme hakkında bilgi yetersizliği, kullanma hatalarına, sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetleri kullanmaya ilgili sıkıntılar, hastalık algısının yükselmesine, bedensel hastalıkların meydana gelmesine, bireyin kendi etkililik ve bakımında eksikliğe, verilen sağlık eğitimlerini idrak etmedeki zorluğa, kronik hastalık yönetiminin doğru yapılamaması ve tedaviyi uygulamada zorlanma, ilaç uygulama yanlışlarında yükselme, acil servislere başvurma oranında ve buna bağlı sağlık harcamalarında yükselmeye sebep olduğu belirtilmiştir (19). Yetersizliğin kendini göstermesiyle 2012-2017 senelerini temel alan Stratejik Planı'nda "kişilerin kendi sağlığı üstünde mesuliyeti daha fazla sağlamak için SOY'u geliştirmek" amaçlanmıştır. Amaç doğrultusunda, "toplum içerisinde SOY seviyesini belirleme, takip ve yükseltme" ve "halk arasında SOY'u yükseltmek amacıyla iletişim etkinliklerini kuvvetlendirme" şeklinde etkinliklerin yapılması düşünülmüştür (18).

2.1.6. Yetersiz Düzeyde Sağlık Okuryazarlığının Etkileri

Yaşam boyunca sağlık hizmetleri, toplum hizmetleri arasında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu almalarını, sağlıklarını geliştirmelerini, korumalarını gerektiğinde gerekli mercilere başvurarak haklarını bilmeleri ve bunlar doğrultusunda bilgilerini kullanmaları beklenmektedir (12). Bireyler yaşamlarının her yerinde her döneminde sağlık ve hastalık problemleri durumunda kararlar vermek ve bilgi birikimine sahip olmakla sorumludurlar. Ebeveynler ailelerinin sağlık bakım yönetimini, yaşlılar tedavilerini doğru anlayarak kullanımını, çalışanlar iş alanlarının muhtemel sağlık tehlikelerini bilmesini, gerekli önlemleri almasını, hastalık halinde doğru hizmete başvurmasını, verilen eğitimleri ve gerekli bilgileri idrak etme, değerlendirme, tedavi yönetimine katılabilmesi, inceleyebilmesi, dozları doğru zamanda alma gibi kompleks yapılarla sürekli karşılaşmaktadır. Ancak bu durumlarla baş edebilmek için kişilerin temel düzeyde belirli bir seviyede sağlık okuryazarlıklarının olması kaçınılmazdır (21). Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin gereksinim duyulduğu zamanlarda önemli bir bariyer durumundadır. Düşük SOY, kişilerin sağlık ile ilgili herhangi bir zamanında etkisinin olduğunu gösteren durumların günbegün daha fazlaştığı bildirilmektedir. Bu etkiler;

1. Bireylerin sağlık bilgi ve seviyelerinin yetersizliğinin artışı,

2. Koruyucu sađlık hizmetlerine gereksinim duyulmasının dűşűklűđű,
3. Acil servislerini gereksiz yere daha çok meşgul etme, poliklinik daha az başvurma, hastaneye yatışların ve bulunma zamanlarının daha fazla olduğu,
4. Hastalık belirtilerinin başladığı zamanda erken farkedemeyerek iyilik haline geç kalma durumu,
5. Bireyin kendisinde olan sağlık problemlerini ve değişimlerini gűrmesinde farkındalıksızlık,
6. Kalıcı hastalıkları idare etmek konusunda iyi olmaması,
7. Hekim denetimi ve sađlık hizmetlerini kullanma verilerinin dűřűklűđű,
8. Sağlık alanında tavsiye ve direktiflere uyum sağlamada gerekli őzenin sağlanmaması,
9. Kişisel bakımın çok iyi olmaması,
10. Sađlık harcamalarında ve őlűm oranlarında artıř olarak belirtilmektedir (7).

SOY açısından en çok etkilenenlerin genellikle kronik hastalıklı kiřilerin, ileri yařta olanlar ve genelde kadınların oluřturduđu gűsterilmektedir. Sađlıđın korunması ve geliřtirilmesi kapsamında kadınlarda SOY dűzeyi (12), DSŐ tarafından ifade edilen genel sađlık okuryazarlıđı tanımına bakıldıđında, kadınların iyi sađlık halinin yűkseltilmesi, geliřtirilmesi ve sűrdűrűlebilmesi amacıyla yeterli dűzeyde bilgilerin anlařılmasında, kullanılmasında, yararlanılmasında kiřisel motivasyon ve beceri belirleyen sosyal davranıřlar olarak belirtilir. Bir kadının sađlık bakımı konusundaki bilgi birikimi olması gerekenin altında bir dűzeyde ise kendisinin ve sorumlu olduđu çocukları veya familyasının sađlık alanında dođru kararlar alması gű olabilir. Bu nedenle kadınlar karřı cinslerine gűre daha fazla SOY'ndan etkilenmektedirler. Kadınların SOY seviyeleri yűkseldike sađlık problemlerin bařladıđı dűnemde ortaya çıkan semptomları ayırt edip, sađlık hizmetleriyle iletiřime geçerek kendilerini daha iyi ifade edebilir, anlatabilir ve sađlık personelinin őnerilerini anlayarak uygulayabilirler. Leyva ve ark.(2005) ile gerçekleřtirdikleri bir arařtırmada SOY seviyesi belli bir

düzeyde olan kadınların, çocuklarının sağlık yönetimini daha iyi yaptığı gözlenmiştir (49).

Ülkemizde yaşanan gün sayısının artmasıyla birlikte düzensiz ve dengesiz beslenme, fiziksel egzersizin doğru düzgün yapılmaması, sigara kullanma ve diğer sosyal ve çevresel faktörlerin artmasıyla birlikte yaşlı popülasyonda, kronik rahatsızlıkların yaygınlığı kendini hızla göstermektedir (1). Hastalık sürecinin yoğun olarak bireyin gayretine ve baş etme yeteneğine bağlı olduğu kronik hastalıklarda ve diğer sağlık problemlerinde, hastaların sağlıkla ilgili değişen durumları anlaması ve uygulaması sağlıklı davranışları bakımından büyük öneme sahiptir. Bunlara dayanarak kronik hastalığı olanların, hastalıklarının oluşturacakları problemleri, tedavi ve bakım süreçlerinin yönetimini sağlamaları, yeri geldiğinde kullanmaları, sağlıklarının gelişimi ve ilerleyişi için beklenmektedir. SOY'un düşük seviyedeysse özellikle kronik hastalığı olan bireylerin sağlık sistemi hakkındaki bilginin yetersizliği nedeniyle gerek duyduklarında sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve hastalığını yönetebilmesi ile ilgili sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar (6).

Gün geçtikçe insanlar arasında yaygınlaşan, bütün dünya da global sorun haline gelen diyabet, diyabetli bireylerin en çok karşılaştığı ve yaşamı tehdit eden önemli morbidite ve mortalite sebebi kalp damar hastalıklarıdır (9).

2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar

KVH, kalbi besleyen damar hastalıkları, felç, romatizmal kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, atar damar tıkanıklığı, kan basıncı yüksek olan hastalıklar ve kalp ritim bozukluğu barındıran hastalık sınıfıdır. Tüm ülkelerde çoğunlukla gelişmekte olanlarda daha belli olan ölümlerin %30'u kalp damar hastalıkları sonucudur. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'nda (2008) önümüzdeki 30 sene döneminde KVH nedeniyle meydana gelen ölüm rakamlarının 2.3 kat kadınlarda 1.8 kat yükseleceği düşünülmektedir (5). Ülkemizde 2019 senesinde ölen kişi 435 bin 941 olduğu ölenlerin %45.4'ünün kadın ve ölüm nedenleri arasında %36.8 ile dolaşım sistemi hastalıkları en başta bulundu. Dolaşım sistemi hastalıkları ölümleri araştırıldığında, %39.1'inin iskemik kalp hastalığından, %22.2'sinin serebrovasküler hastalıklardan, %25.7'sinin diğerlerinden öldüğü görülmektedir (76).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırmasında, Türkiye’de 45-74 yaşta bireyler kalbi besleyen damar hastalıkları ölüm oranı bakımından Avrupa ülkeleri içerisinde en üst düzeyde yer almaktadır (40). Kalp damar hastalıklarının gelişmiş ülkelerde azalıyor olmasında, bireylerin yaşam tarzı farklılıklarını hedefleyen koruma programlarının etkisinin olduğu bildirilmiştir. Araştırmalar, kalp damar hastalıklarının oluşumunda sağlıklı yaşam stilleri koşulları, aktiviteleri, davranışları ve sosyal çevrenin etkisi olduğunu göstermiştir (58).

2.2.1. Kardiyovasküler Risk Faktörleri

KVH’nın prevalansı ve mortalitedeki düşmenin oluşabilmesi için ilk olarak kalp damar hastalıklarının risk değişkenlerinin denetim altına alınmalıdır. Kalp damar hastalık risk değişkenleri yaş, cinsiyet, birinci derece yakın akraba hikayeleri gibi değiştirilemeyen risk değişkenleri ve nikotin, sedanter geçen hayat, vücutta fazla yağlanma, yüksek kan basıncı, dengesiz ve düzensiz diyet, kolesterol yüksekliği ve diyabet gibi değiştirilebilen risk değişkenleri şeklinde ikiye sınıflandırılmıştır. Değiştirilebilen risk değişkenleri erken müdahale edilmesi kalp damar hastalıklarının meydana gelmesini engelleyebilmekte ya da sürmesini önleyebilmektedir. Septomların kendini yeni gösterdiği dönemde fark ederek harekete geçmek için yaşam koşullarının, tavır ve tutumlarının doğru bir şekilde kullanmak gerekmektedir. Yaşamdaki tavır ve tutum farklılıklarının uygulanması için ise kişilerin kalp damar hastalıklarının risk değişkenleri hakkında belirli bir fikre, farkındalığa hakim olmak önemli bir detaydır (2).

1. Yaş (erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 veya erken menopoz),
2. Ailede kalp hastalığı öyküsü,
3. Sigara içmek,
4. Yüksek kan basıncı (hipertansiyon/ kan basıncı (KB 140/90 mmHg’in üzerinde olması),
5. Hiperkolesterolemi (total kolesterol 200 mg/dl’in üzeri düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL kolesterol) 130 mg/dl’in üzeri),
6. Düşük, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL kolesterol) değeri (< 40 mg/dl),

7. Diyabet,
8. Obezite,
9. Stresör faktörlerle güçlük yaşama,
10. Aşırı alkol kullanımı,
11. Fiziksel aktivitenin az olması,
12. Doğum kontrol hapı kullanımı (sigara içiliyorsa),
13. Menopoz (45).

Yaş ve cinsiyet

KVH yaş ilerledikçe daha çok kendini göstermektedir. Kalp hastalığı ve felç olma erkeklerin %47'si, kadınların %53'ü aterosklerotik KVH'a bağlı olarak öldüğü bilinmektedir. Yetişkin erkeklerde kalbi besleyen damar hastalığı, hastalık hali ve ölüm oranlarının kadınlardan 4-5 kat yukarıdayken ileri yaşlarda bu üstünlük düşmektedir. Yakın biçimde 65 yaş altında inme riski erkeklerde 2 kat daha üstündür (44).

Sigara Kullanımı

Kalp damar hastalıklarını iki kat yükselten sigara, yalnız aktif içmekle değil, pasif içicilikle de endotel disfonksiyonu meydana getirmektedir. Hipertansif ve taşikardik sorunlar meydana getirerek, periferik damar direnci ve katekolamin oluşumunu yükseltmektedir. Kalbi besleyen damarlarda akımın etkisiyle genişlemeyi düşürürken tromboza yatkınlığı yükseltmektedir. Sigara kullanımını engellemek ve bireylerin pasif içici olarak etkilenmelerini önlenmek, birincil korumada öncelikli amaçları arasında yer almalıdır (34).

Yetersiz Fiziksel Aktivite

Yetersiz fiziksel egzersiz hergün en az 30 dakika süreyle yapılan orta dereceli veya haftada 3 kez 20 dakika süreyle yapılan ağır egzersizden daha azı şeklinde yapılmaktadır. Erişkinlerde haftada 150 dakika yapılan orta egzersizin iskemik kalp hastalığı riski oranını düşürdüğü belirtilmektedir. Çoğu araştırmayla fiziksel egzersizin kalbi besleyen damar hastalıklarını ölümü ve tüm kalp ve damar hastalıkları risklerini

azalttığı ifade edilmiştir. Fiziksel egzersiz enerji ve kilo dengesinde kilit noktadadır. Ayrıca fiziksel egzersiz endotelyal fonksiyonu düzeltir. Bunun yanı sıra fiziksel egzersiz; kilo verme, glisemik denetim, kan basıncı, lipid profili, insülin duyarlılığında düzelmesinde etkilidir (59) .

Stres

Kalbi besleyen damarlarda daralma, trombositler ve endotel disfonksiyonu, kötü huylu ritim bozukluklarının harekete geçirilmesi gibi mekanizmalarla kalp damar hastalık riski faktörlerini yükseltmektedir. Gerçekleştirilen bir meta-analizde, klinik olarak depresyonu olan hastalarda kalbi besleyen damarlarda oluşacak hastalıkların meydana gelme riskinin diğer değişkenlerden bağımsız olarak 2.6 kat yükseldiği belirlenmiştir. Yetersiz sosyoekonomik seviye de değişik mekanizmalarla (nikotin, yüksek tansiyon, obezite, hareketsiz yaşama benzer risk değişkenlerinin çok olması, sağlık hizmetlerine erişimde güçlük, eğitim yetersizliği, dengesiz ve düzensiz beslenme ve psikososyal stres) kalp damar hastalıkları risk faktörlerinin artışının oluşmasını meydana getirmektedir (44).

Hipertansiyon

KVH'ların organizmalarındaki değişimlerinde önemi olan ve damarın içindeki kanın damar duvarına yaptığı yüksek basınç sonucu oluşan hipertansiyon, genelde kontrol edilebilir risk faktörüdür. Egzersizin az ve yetersiz yapılması, tuzun fazla kullanımı, yaşam alanındaki stres faktörleri ve kötü alışkanlıklar gibi durumlar hipertansiyon ile ilişkilidir. Tüm dünyada önemli sayıda insanı etkileyen hipertansiyon, Türkiye'deki TEKHARF araştırma sonuçlarına göre hipertansiyon yaygınlığı %33.7 tesbit edilip, 2007-2008 kohortunda erkeklerde %37.7, kadınlarda %46.3 bulunmuştur. 20 yaş üzeri 4259 kişinin eşlik etmesi ile yapılan Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) raporunda ise yüksek tansiyon yaygınlığı %55.7 olarak saptanmıştır (37).

Dislipidemi

Dislipidemi, LDL-K>130 mg/dL, (HL-K<40 mg/dL veya trigliserit (TG)>200 mg/Dl değişkenlerinin tek ya da birden çok yer alması şeklinde ifade edilir. Kalp damar hastalıkları için birden fazla risk değişkeni olarak belirlenmiş olmasına rağmen dislipidemi, nikotin, yüksek tansiyon ve obezite görülen riskin büyük çoğunluğunu

meydana getirmektedir. Dislipideminin ise kalp damar hastalıkları için büyük risk değişkeni olmak dışında ön koşul olarak görülebilmektedir. Dislipidemi yönetiminde başta olması gereken yaşam tavrı ve davranış farklılığıdır (26).

Alkol Tüketimi

İleri alkol kullanımı kalp kası hastalıklarına kadar vararak kas kasılmalarının gücünü zayıflatır ve kalbin düzensiz atmasına neden olur. Alkol kullanımı özellikle üç ana teknik ile kalp kasının hasarına neden olabilir; muhtemel direkt toksik etki, nutrisyonel etki (tiamin eksikliği sonucu) ve seyrek olarak alkollü içeceklere konan kobalt gibi maddelerin sebep olduğu toksik etkiler. Organizmadaki değişimi tam olarak tanımlanmamış olsa da deneysel araştırmalarda alkol kullanımı erken zamanda diyastolik disfonksiyona, uzun zamanda ise sistolik disfonksiyona neden olduğu bildirilmiştir (46).

Obezite

Obezite, vücuttaki alınan enerjinin kullanılan enerjiden fazla olmasına bağlı olarak, vücuttaki yağ kitle oranının, yağsız vücut kitle oranından daha fazla olmasının sonucudur. Özellikle obezite, halk arasında boy kilo indeksi olarak da bilinen beden kitle indeksi (BKİ) ile hesaplanır. $BKİ > 35 \text{ kg/m}^2$ olduğunda bu değerinin üzerindeki herkesi obez olarak kabul edilebilmektedir. Türkiye’de fazla kiloya sahip ve obez erkeklerin bel çevresini belirleyen değer aralığının 90 cm ve 100 cm, fazla kiloya sahip ve obez kadınları bel çevresini belirleyen değer aralığının ise 80 cm ve 90 cm olduğu kabul edilmiştir (90). Obezitenin KVVH için bağımsız bir risk faktörü olması yanında KVVH ve kan basıncının yüksekliği, kolesterolün yüksekliği gibi belirli kardiyovasküler risk faktörleri arasında kuvvetli bir bağ bulunmaktadır (45).

Menopoz ve Kontraseptiflerin Kullanımı

KVVH, kadınların karşı cinslerinden 10 yaş kadar geç hastalık tanısı konmaktadır ve kadın cinsiyet bir ‘koruma faktörü’ olarak belirtilmektedir. Premenopoz döneminde düşük olan KVVH riski yaşlanmanın getirdiği menopozdan sonraki dönemde, kendini daha fazla göstermektedir. Buna sebep olarak da menopoz dönemine girmesiyle birlikte endojen östrojenin koruyucu etkisinin yok olması sorumlu görülmektedir (32). Oral kontraseptif (OK) kullanımı sigara içen kadınlarda iskemik kalp hastalığı riskini 7 kat

artırmaktadır. OK kullanımı diyastolik kan basıncını yükseltmekte ve hipertansif hastalarda kan basıncı etkilemektedir. Bu hastalarda sadece progesteron içeren yeni jenerasyon oral kontraseptiflerin kullanımı önerilmektedir (31).

2.2.2. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma

Kalp damar hastalıkları riski saptamakta score (puan) risk cetvellerinden yararlanılır. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu'nda KVH'dan korunmanın amaçları şu şekilde ifade edilmiştir:

1. Kalp damar hastalıkları riski az bulunanların bu durumunun yaşam boyunca devam ettirmesi, riski fazla olan gruplarda ise riskin düşürülmesini sağlamak; sigaranın bırakılması, düşük yağlı diyet, aerobik egzersiz, statin, diyabet ve yüksek tansiyon denetimi.

2. Sağlıklı bir birey olarak yaşamak için:

- Sigara kullanmama,
- Dengeli ve düzenli beslenme,
- Hergün yarım saat fiziksel aktivite,
- BKİ < 25 kg/m² olmalı, karın yağlanması durumuna dikkat etmek,
- Tansiyon < 140/90 mmHg,
- Toplam kolesterol < 5 mmol/L,
- Kötü kolesterol < 3 mmol/L,
- Kan şekeri < 6 mmol/L olmalı.

3. Fazla riskli bireylerde, öncelikli olarak kalp damar hastalıkları veya diyabeti olanlarda daha fazla bir risk denetimi sağlayabilmek amacıyla,

- Tansiyon < 130/80 mmHg,
- Toplam kolesterol < 4.5 mmol/L; < 4 mmol/L,

- Kötü kolesterol < 2.5 mmol/L; < 2 mmol/L ,
- Açlık kan şekeri < 6 mmol/L HbA1c $< \%6.5$ olmalı.

4. Riskli fazla olan bireylerde, öncelikli olarak arter damar duvarlarında yağlı maddelerin birikmesi sonucu oluşan kalp damar hastalığı olanlarda kalbi savunacak ilaç tedavisi düşünülmelidir (30).

2.2.3. Kardiyovasküler Hastalık ve Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ, yaşam tarzı davranışlarındaki farklılıklara bağlı olarak giderek daha fazla ortaya çıkan kalp damar hastalıklarının ölüm oranlarının $\%75$ 'ten fazlası uygun yaşam biçim farklılıklarıyla engellenebilir. Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan ve Eylem Planı'nda da sürekli varlığı devam eden hastalıkların engellenmesinde önemli bir alan sunmuşlardır. Planın amaçları arasında, kalp ve damar hastalıkları hakkında halkı bilinçlendirmek, toplumsal farkındalığı yükseltmek, risk değişkenlerini azaltmak vardır (5). Yaşam tarzı farklılıklarının yapılması için kişilerin kalp damar hastalıklarının riskleri hakkında belli bir seviye de bilgiye sahip olmaları gereklidir (2). Kronik hastalık tedavi yaklaşımı temel komponenti; tedavi ve bakım yönetiminin oluşmasıdır (42). Bu noktada "sağlık okuryazarlığı" kavramı gündeme gelmektedir (22). SOY düz bir okuma şekli değildir. Sağlık konusunda yeterli bir başarıya ulaşmak için belirli bilgiye sahip olarak doğru zamanda ve doğru yerde o bilgiyi kullanmak, anlamak, yorumlamak ve sağlık yönetiminin sorumluluğunu alarak karar verile bilinmelidir. Bu nedenle yeterli SOY seviyesi olanlar sağlıklı yaşam sürmek konusunda daha az zorlanırlar (43). SOY düzeyi düşük olanların daha fazla hastaneyi gereksiz yere meşgul ettikleri, bu kişilerde hastanede yatarak tedavi alanların oranlarının daha fazla, tedavi yönetiminde daha çok zorlandıkları saptanmıştır. Sınırlı SOY'u olan hipertansiyon hastalarının fiziksel aktiviteyle vücuttaki yağ oranının azaltılmasının kan basıncını dengede tutacağını çok fazla bilmiyor olabilirler. SOY, etkilediği bu durumlar nedeniyle toplum sağlığı konusunda önemli yere sahiptir (8).

2.3. Diyabet

Diyabet, insülin azlığı veya insülin etkisindeki bozukluklar sonucu oluşan, devamlı bakıma ihtiyaç duyulan ve kan şekeri yüksekliği ile ayırt edilen sürekli varlığı devam edecek olan bir hastalıktır (3). Diyabetli kişilerin özellikle hastalık hali ve ölüm

oranlarının nedenleri arasında kalp damar hastalıkları vardır. Diyabet nedeniyle devam eden kan şekeri yüksekliği, uzun zamanda küçük damar hastalıkları ve makrovasküler komplikasyonlar meydana getirebilmektedir (9). Genetik, kalıtım ve birçok değişkene bağlı olarak oluşur (4). Ağız kuruluğu, polifaji veya iştahsızlık, polidipsi, poliüri, noktüri, kilo kaybı, bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yolu enfeksiyonları, vulvovajinit, mantar enfeksiyonları, kaşıntı, ciltte kuruma, yorgunluk diyabetin genel klinik belirti ve bulgular ortaya çıkar (28).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) datalarında; 1985 senesinde 30 milyon olan diyabetli sayısı tahminlerin çoğunun üzerinde bulunarak 2000 senesinde 151 milyona, 2006 senesinde 246 milyona, 2011 senesinde 366 milyona, 2014 senesinde ise 387 milyona erişmiştir. 2030 senesi için 438 milyon düşünüldüğü diyabetli sayısı daha 2014 senesinde bu öngörülerin üzerinde olması, zamanla fazla olacağı görülebilir. 2035 senesinde en az 592 milyon kişinin diyabetli olacağı düşünülmektedir. IDF günümüzde literatürlerde evrensel diyabet yaygınlığı %8.3, bozulmuş glukoz toleransı yaygınlığı %6.9 olarak belirtmektedir. Bu değerlerin 2030 yılında sırası ile %10.1 ve %8'e artacağı tahmin edilmektedir. 2014 senesi sırasında dünyada her 7 saniyede 1 bireyin, toplamda ise 4.9 milyon bireyin diyabetin oluşturduğu sorunlar nedeniyle yaşamını yitirdiği, diyabetlilerin tahmini %80'inin yetersiz ve orta gelir sınıfındaki ülkelerde yaşadığı, yaklaşık yarısının diyabet olduklarını bilmedikleri bildirilmektedir (25).

Tip 2 Diyabet, tüm ülkelerde yaygınlığı sürekli artan birçok kişiyi etkileyen toplum sağlığı sorunudur (3). Diyabet hastalarının yarısından çok daha fazlası tip 2 diyabetli bireyleri oluşturmakta olup, çocuklara da tip 2 diyabet tanısının konuluyor olması, durumun vahimiyetini göstermekte ve tüm dünyanın büyük kısmını etkileyen bir sağlık problemleri karşı karşıya kaldığımızı göstermektedir (20). Türkiye'de son on beş yılda, kaç kişinin diyabet hastası olduğunu veya risk altındaki kişileri belirlemek amacıyla iki ulusal çalışma yapılmıştır (53). İlk 2002 senesinde yapılan Türkiye'de Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP I), diyabet prevalansı %7.2, 2010 senesinde yapılan TURDEP II, diyabet prevalansı %13.7 olarak sunulmuştur. Diyabetin meydana getirdiği komplikasyonlar nedeniyle her 10 saniyede bir birey ölmekte ve her 10 saniyede iki bireye diyabet teşhis edilmektedir (75). TURDEP-II Çalışması'nın; TURDEP-I'den itibaren 12 yıllık zamanda erişkin toplumumuzun;

- Yaş ortalaması 4 yıl,

- Ortalama kadın ve erkek boyu 1' er cm,
- Kadınlarda ağırlık 6 kg, bel çevresi 6 cm, kalça çevresi 7cm,
- Erkeklerde ise ağırlık 8 kg, bel çevresi 7 cm, kalça çevresi 2 cm yükselmiştir (27).

2014 yılı IDF datalarına göre ise Türkiye'de diyabet meydana gelme değeri %14.7 olarak belirtilmektedir. DSÖ, ülkemizde 2000 senesinde yaklaşık 3 milyon olan diyabetli birey rakamlarının 2030 senesinde 6.5 milyona erişeceği düşünülmüş, fakat 2030 için öngörülen bu oran 2014 senesinde aşılmış ve Türkiye'deki diyabetli birey rakamları 7 milyonun üstünde olduğu görülmüştür (25). TEKHARF 2009'a göre ülkemizde diyabetin başlangıç yaşı ortalama 52.8 ± 11 yıl olduğunu saptamıştır (27).

Tip 2 diyabet ve metabolik risk değişkenleri Türkiye'de;

- Her dört kişiden biri obezdir ve kadınların değer aralığı %40'ın üstünde görülmektedir.
- Her üç kişiden birinde yüksek tansiyon mevcuttur.
- Her üç kişiden birinde kandaki yağ, kolesterol ve diğer lipid türlerinin anormal seviyelerde olmasıdır.
- Prediyabet yaşa ve araştırmalara göre farklılıkları %7-%28 kadardır.
- Her üç kişiden birinde metabolik sendrom tanısı almaktadır (33).

2.3.1. Diyabet'in Tipleri

IDF, tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, diğer özgül diyabet tipleri ve gestasyonel diyabet olarak sınıflandırmıştır.

1. Tip 1 (beta hücre tahribatı, genellikle mutlak insülin yetersizliğine neden olur):

- Özbağışıklık
- İdiyopatik.

2. Tip 2 (baskın şekilde insülin direnciyle görece insülin yetersizliğinden; baskın şekilde sekresyon defektiyle, insülin direnci olabilir ya da olmayabilir):

3. Diğer özgül tipler,

- Beta hücresi işlevlerinde genetik bozukluklar,
- İnsülin etkisinde genetik bozukluklar,
- Ekzokrin pankreas hastalıkları,
- Endokrinopatiler,
- İlaça veya kimyasal maddelere bağlı,
- Enfeksiyonlar,
- Diyabetle ilgili genetik sendromlar.

4. Gestasyonel diyabet (29).

2.3.2. Diyabet Yönünden Riskli Gruplar

Türkiye de uluslararası sağlık yetkelerinin tavsiyelerine benzer olarak tüm yetişkinlerin klinik özelliklerini, nüfusun yapısını, durumunu, dinamik özellikleri tip 2 diyabet risk sebepleri bakımından incelemeleri tavsiye edilmektedir. Tavsiyeler:

- Obez veya kilolu ($BKİ-25 \text{ kg/m}^2$) ve genellikle abdominal obezitesi (bel çevresi kadında-88 cm, erkekte-102 cm) olan bireylerde, 40 yaşından sonra 3 yılda bir, isteklerine bağlı açlık plazma glikozu (APG) ile diyabet taraması sağlık hizmetlerine başvurulmalıdır.
- $BKİ-25 \text{ kg/m}^2$ olan bireylerin, aşağıdaki risk topluluklarından birinde kendilerini görüyorlarsa, erken yaşlardan itibaren ve daha sık kontroller yapmalıdırlar. Diyabet bakımından risk topluluğunda olan kişiler;
- Birinci derece akrabalarında diyabet hastalığı görünen bireyler,
- Diyabet riski bulunanlar,
- Makrozomi doğumu ve gebelik diyabeti tanısı alanlar,
- Kan basıncı yüksek olan kişiler (kan basıncı: KB-140/90mmHg),

- Dislipidemikler,
- Daha önce BAG veya BGT görülen kişiler,
- Polikistik over sendromu (PKOS) tanısı alan bireyler,
- İnsülin direncine bağlı hastalığı ya da septomları görülenler,
- Koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığa sahip olanlar,
- Prematüre bebekler,
- Düzensiz fizik aktivite yapan ya da yapmayan bireyler,
- Doymuş yağlardan zengin ve posa miktarı az şekilde beslenenler,
- Şizofreni hastaları ve atipik antipsikotik ilaç kullanan bireyler,
- Solid organ nakli edilenler (25).
- 45 yaş üstünde bulunmak,
- Kronik kortikosteroid ilaçların alımı,
- Glukoz intoleransı durumunda obstruktif uyku apne sendromu, uykusuzluk ve gece sık uyanma gibi uyku bozukluğu meydana gelmesi (39).

2.3.3. Diyabetten Koruma

Ülkemizde diyabetin oluşumu konusunda tedbirler alınmalı, eğitimler verilmeli, en iyi biçimde tedaviler sağlanarak sonrası oluşacak sağlık problemleri önlenmeye çalışılmalıdır (38).

Birincil koruma: Riskli bireylerde diyabet ortaya çıkmasını engelleyen yöntemler.

İkincil koruma: Erken tanı ve tedavi, diyabet gelişimi ve ilerlemesi gibi durumları doğru yönetmek amaçlı girişimler.

Üçüncül koruma: Diyabetin etkisiyle meydana gelen ikincil komplikasyonların ve işlev bozukluklarının oluşmasını geciktirmek ve önlemek amaçlı yollar (41).

Tip 2 diyabet ve komplikasyonları kontrol altına almak için aşağıda yer alan önlemler tavsiye edilmektedir:

- Beden kitle indeksinin normal aralığında olmasına dikkat edilmeli ve dengenin korunmasına sağlanmalıdır.
- Sağlıklı beslenmeli; hergün en az beş porsiyon sebze ve meyve yenmelidir.
- Gün içerisinde oluşacak enerjinin %25-30'u yağlardan alınmalı, enerjinin doymuş yağ asidinden gelen oranı %10'un aşağısında bulunmalıdır.
- Glukoz günlük enerjinin $\leq$ %10'unun üstüne geçmemeli, kuru baklagiller, tam tahıl ürünleri tüketilmelidir.
- Hergün kullanılan tuz miktarı 5 g'dan fazla olmamalıdır.
- Fiziksel açıdan daha hareketli olunmalıdır. Hergün, düzenli bir şekilde en az 30 dakika egzersiz yapılmalıdır. Kilo kaybı fazla ve düzenli egzersiz istemektedir.
- Sigara içilmemeli ve aşırı alkol kullanılmamalıdır.

Günümüzde Tip 1 diyabetin ortaya çıkışını önleyecek belirgin yol bulunmamıştır (27).

2.3.4. Diyabet ve Sağlık Okuryazarlığı

Hastalık sürecinin yoğun olarak bireyin gayretine ve baş etme yeteneğine bağlı olduğu kronik hastalıklarda ve diğer sağlık problemlerinde, hastaların sağlıkla ilgili değişen durumları anlaması ve uygulaması sağlıklı davranışları bakımından büyük öneme sahiptir (6). Kronik hastalıklar sonucu meydana gelen sorunlar, diyabetin varlığını sürdürdüğü zaman diliminde meydana gelerek düzene bir türlü binmeyen sağlık problemlerine neden olmaktadır. Bu yüzden diyabetli kişiler bu problemler meydana gelmeden sorumluluk sahipleri olarak önlemler almaları gerekir (13). Tam da o zaman "sağlık okuryazarlığı" kavramı gündeme gelmektedir (22). Bu nedenle yetersiz/düşük SOY seviyesine sahip olan diyabetli kişiler acil servisleri daha fazla başvurdukları, yatarak tedaviyi daha fazla aldıkları, diyabete bağlı oluşacak istenmeyen durumların daha çok görüldüğü, diyetleri konusundaki yönetiminde zorlanmaları nedeniyle ciddi kan şekeri düşüklüğü ve yüksekliği gibi riskli durumlar saptanmıştır (13). Bunların dışında sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, besin etiketlerini doğru

anlamadıkları, porsiyonları öngörürken güçlük yaşadıkları, öz bakım davranışlarının ve glisemik denetimlerinin kötü, Hemogloblin A1c (HbA1c) düzeylerinin daha yüksek, diyabetle alakalı bilgi seviyelerinin yetersizlik saptanmıştır. Bu yönüyle SOY diyabette bireysel öz yönetimin sağlanabilmesinde tahmin edilenden daha fazla önemi olan bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır (13). Hashempour (2018) vasıtasıyla yapılan sağlık ve diyabet okuma-yazma hakkında yapılan araştırmada, bireylerin %16.1'inin bilgiye ulaşım, %18.1'inin bilgiyi anlama, %42.8'inin bilgiyi değerlendirme ve %25.7'sinin bilgiyi uygulama alanında “yetersiz veya sorunlu” sağlık okuryazarlığı sınıfını oluşturdukları belirtilmiştir (7).

Diyabet, yaygınlığı hızla yükselirken ve bütün çağı korkutan, uluslararası bir sağlık problemidir (50). Diyabetli hastalar yüksek KVVH riski bulunmakta ve kalp damar hastalıklarının komplikasyonları diyabetle ilgili hastalık halinin ve ölüm oranlarının başta gelen nedenini meydana getirmektedir (52). Tedavi doğru bir şekilde yönetilmediği zaman ya da diyeti düzensiz yapmaları durumunda makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlara oluşmaktadır (51). Diyabetin mikrovasküler komplikasyonları nefropati, nöropati, retinopatidir. Diyabetin makrovasküler komplikasyonlarını ise serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları (koroner kalp hastalığı), diyabetik ayak ve periferik arter hastalıkları oluşturmaktadır (34).

2.4. Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Sürecinde Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklara yönelik hemşirelik bakımı bireyin bulunduğu hanede veya bir sağlık kurumunda yapılan bakımı oluşturur. Hemşirenin verdiği bu bakım hizmetiyle hastanelerde yapılan sağlık harcamaların önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Alanında uzman personellerin, bunlar arasında başta gelen hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylere verdikleri eğitim, bakım ve danışmanlık hizmetleri gibi belli başlı önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşire, bakım yapmaya başlamadan önce hastayı bir bütün olarak ele alarak problemi belirler ve ona göre bakım planı yapar. Bakım yaparken de hastaların ve ailelerin yaşamlarını daha rahat hale getirecek pozitif yaklaşımlar sunarlar. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2010 senesi görüşünde tüm hemşireleri kronik hastalıklarla mücadelede davet etmiştir (35).

ICN' e göre kronik hastalıkları kontrol altına almada ve önlemede hemşirelerde bulunması beklenen yetkinlikler şu şekildedir:

- Hemşire, hastalara sağlık bakımı hakkında bilgi verir, seçimlerine saygı duyar,
- İlaçlar, tedaviler ve bakımları ile ilgili donanımlı bir şekilde bütüncül, dürüst ve etik biçimde hareket ederek gerekli bilgilerin önemini belirtmek,
- Hemşire bilgi birikimi ve eğitimi sayesinde hastaların yaşam tarzlarında değişiklikler yapmak, sağlık yönetimine uyum sağlamalarına yardımcı olmak, ve sağlık problemleriyle baş edebilmelerini sağlamak
- Sağlık alanındaki gelişmelerden haberdar ederek hastalığı engelleyecek yapılara uyum sağlamalarını eğitim vererek ve danışmanlık yapmak,
- Hastaların eğitim seviyelerine, kültürlerine göre anlayacakları düzeyde öğretme/öğrenme olanakları belirlemek,
- Hastalığı engellemek ve sağlıklı yaşam tarzları ve ortamı sağlayarak, alanında uzman kişilerle birlikte işbirliği oluşturmak,
- Sağlığın farklı tanımlayıcılarını saptayarak ve uygulama yollarını ortaya koymak,
- Hemşirelik ve diğer alanları geliştirmek için diğer sağlık alanında uzman kişilerle beraber hareket etmek (36).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisini saptamak amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırma Soruları

1. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi -kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyini etkilemekte midir?
2. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi diyabet riskini etkilemekte midir?
3. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riski düzeyi arasında fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Ocak-Temmuz 2021 tarihleri arasında Gaziantep ilindeki üç aile sağlığı merkezine gelen kadınlarla yapıldı. Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezinde 19 oda vardır. Gebe izlemleri ve üreme sağlığı odası 1 tane, muayene odası 10 tane, aşılama ve bebek izlem odası 1 tane, üreme sağlığı odası 1 tane, mutfak 1 tane, laboratuvar 1 tane, enfeksiyon ve tıbbi müdahale odası 1 tane, engelli muayene ve tıbbi müdahale odası 1 tane, danışma odası 1 tane, arşiv odası 1 tane bulunmaktadır. Merkezde 12 hemşire, 10 doktor, 4 personel görev yapmaktadır. Binevler Aile Sağlığı Merkezinde 16 oda vardır. Gebe izlemleri ve aile planlaması odası 1 tane, muayene odası 8 tane, aşılama ve bebek izlem odası 2 tane, mutfak 1 tane, enfeksiyon ve tıbbi müdahale odası 1 tane, bebek bakım ve emzirme odası 1 tane, danışma odası 1 tane, arşiv odası 1 tane bulunmaktadır. Merkezde 8 hemşire, 8 doktor, 2 personel görev yapmaktadır. Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezlerine 22 oda vardır. Muayene odası 10 tane, aşılama 3 tane, aile planlaması odası 2 tane, mutfak 1 tane, enfeksiyon ve tıbbi müdahale odası 1 tane, engelli muayene ve tıbbi müdahale odası 1 tane, yaşlı engelli poliklinik odası 1 tane, emzirme odası 1 tane, danışma odası 1 tane, arşiv odası 1 tane bulunmaktadır.

Merkezde 14 hemşire, 10 doktor, 2 personel görev yapmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler hafta içi 08:00-17:00 saatleri arasında çalışmaktadırlar. Hafta sonu aile sağlığı merkezi kapalı olmaktadır. Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezinde aylık baktıkları ortalama hasta sayısı 3.500-5.000 arasındadır. Binevler Aile Sağlığı Merkezi de aylık ortalama hasta sayısı 7.000-8.000 arasındadır. Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezlerin de ise aylık ortalama hasta sayısı 3.000-5.000 arasındadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Gaziantep, nüfusu, ekonomik yapısı, turizm potansiyeli, idari statüsü ve metropol şehir özelliği ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin en büyük, ülkemizin ise 6. büyük şehri olarak gösterilmiştir (91). Gaziantep 2020 senesinde 2.101.157 olan nüfusun %50.49 erkek, %49.51 kadındır. Gaziantep iline bağlı 198 aile sağlığı merkezi vardır (65). Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezleri araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın yapılacağı aile sağlığı merkezlerini belirlemek için kura çekilmiş ve Binevler Aile Sağlığı Merkezi, Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi ve Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezi belirlenmiştir. Çalışmanın örneklemini herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınlar oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Binevler Aile Sağlığı Merkezi, Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi ve Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezlerinde Ocak-Temmuz 2021 tarihleri arasında sağlık merkezine gelen ve araştırmanın alınma kistaslarına uyan katılımcılar örnekleme yer aldı. Örnekleme alınan katılımcı sayısı bu konuda yapılan araştırmalar göz önüne bulundurularak ve profesyonel kişilerin fikirleri yönünde uygun istatistiksel yöntemlerden yararlanılarak saptandı. İstatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunması için gerekli minimum katılımcı sayısı 254 olarak saptanmıştır. Ancak 300 katılımcıya ulaşılmıştır ($\alpha=0.05$, $1-\beta=0.80$, effect size (w)=0.30). Analiz Gpower 3.1 versiyonunda yapılmıştır (2).

3.6. Araştırmaya Alınma/Dışlanma Ölçütleri

3.6.1. Araştırma Alınma Ölçütleri

- 18 yaşın üzerinde olmak,
- Kadın olmak,
- Herhangi bir kronik hastalığının olmaması,
- Herhangi bir iletişim sorunu bulunmamak,
- Bilgilendirme sonrası araştırmaya dahil olmayı kabul etmek.

3.6.2. Dışlanma Ölçütleri

- Anketin cevaplanmasını engelleyecek iletişim sorunun bulunması,
- Çalışmaya dahil olmayı kabul etmemek.

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin kadınlarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Kadınlara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra yazılı ve sözlü onamlarının alınmasından sonra yapılmıştır. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”, “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği” ve “Finlandiya Diyabet Risk Anketi (FINDRISC)” kullanılmıştır (EK 2). Katılımcılarla yapılan her bir görüşme 15-20 dakika içerisinde yapıldı.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Form katılımcıların demografik özelliklerini, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkları risk faktörleri bilgilerini, sağlık öyküleri ve erken tanı davranışları gösterme durumlarını ve diyabet ve kardiyovasküler hastalıkları risk faktörleri belirtilerini bilme durumlarını belirlemeye yönelik 18 adet soruya yer verilmektedir (5,7,72).

3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32)

TSOY-32 ölçeği Okyay ve ark.(2016) tarafından geliştirilmiştir. HLS-EU çalışması ile geliştirilen 32 maddelik likert tipte değerlendirme ölçeğidir. Orijinal ölçekten farklı

olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük matriks olarak yapılandırılmıştır. Matriks iki boyut (Tedavi ve Hizmet, Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Madde numaraları aşağıdadır;

Tablo 3.1: TSOY-32'nin 2X4'lük matriks bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Her madde “çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok” şeklinde derecelendirilmektedir. Bireylerin TSOY-32 ölçeğinden elde ettikleri genel indeks puanı ve alt boyut puanları hesaplanırken çok kolay-4, kolay-3, zor-2 ve çok zor-1 puan olarak kabul görülmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi için aşağıda bulunan formülden yararlanılmıştır. Genel indeks puanı ve alt boyut puanları hesaplanmasında kullanılan formül aşağıdadır;

$$\text{İndeks} = (\text{aritmetik ortalama} - 1) \times [50/3].$$

TSOY-32 ölçeğinden en az sıfır, en fazla elli puan alınmaktadır. Puan arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesi artmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı kategorileri yapılmışken;

- 0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı,
- >25-33 puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı,
- >33-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı,
- >42-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere dört sınıfta gruplandırılmaktadır.

Puan hesaplaması için soruların en az %80'ine cevap verilmesi gerekmektedir (60) .

3.7.3. Finlandiya Diyabet Risk Anketi (FINDRISC)

Yetişkinlerde tip II diyabet riskini değerlendirme araçlarından birisi FINDRISC'tir. Finlandiya'da 2003 yılında geliştirilmiştir. IDF tarafından toplum tabanlı diyabet taramalarında yararlanılan FINDRISC, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) tarafından kabul edilen ve kullanılan bir ölçektir. TEMED'nin yayınladığı kılavuzda Türkçeye çevrilmiştir. FINDRISC sekiz sorudan oluşur her sorunun ağırlığı farklıdır. FINDRISC birey tarafından doldurulabilir, basit, kolay ve anlaşılır olup, tip 2 diyabet risk faktörleri ile ilgili bilgi verir. Bireyin gelecek 10 yıl içinde diyabete yakalanma riskine ilişkin bir öngörü sunar. FINDRISC'te; yaş (0, 1, 2, 3 ve 4 puan olarak değerlendirilmektedir), beden kütle indeksi (0,1 ve 3 puan olarak değerlendirilmektedir), bel çevresi (kadın ve erkek için ayrı değerler) (0, 3 ve 4 puan olarak değerlendirilmektedir), fiziksel aktivite öyküsü (0 ve 2 puan olarak değerlendirilmektedir), sebze ve meyve tüketimi (0 ve 1 puan olarak değerlendirilmektedir); antihipertansif tedavi öyküsü (0 ve 2 puan olarak değerlendirilmektedir), hiperglisemi öyküsü (0 ve 5 puan olarak değerlendirilmektedir) ve ailede diyabet öyküsü sorgulanmaktadır (0, 3 ve 5 puan olarak değerlendirilmektedir). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 26'dır. FINDRISC değerlendirilmesinde beş risk derecesi bulunmaktadır. 15 puan ve üzerinde risk artmakta, kişilerin koruma programına alınması önerilmektedir (Tablo 3.2) (3).

Tablo 3.2: Diyabet Risk Puanı

Toplam Puan	Risk seviyesi	10 yıllık risk
<7	Düşük	%1 (1/100)
7-11	Hafif	%4 (1/25)
12-14	Orta	%16 (1/6)
15-20	Yüksek	%33 (1/3)
>20	Çok Yüksek	%50(1/2)

3.7.4. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği

Ölçek Arıkan ve ark.(2009) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. KARRİF-BD ölçeği 28 maddeden meydana gelmektedir. Ölçeğin ilk dört maddesi KVVH'lerin özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörünü, 15 maddesi risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25, 27, 28. maddeler), dokuz maddesi de (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sormaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri “Evet”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlamaları istenmekte ve her doğru yanıt 1 puan verilmektedir. Değerlendirmede “Bilmiyorum” ifadesinin sonuca etkisini önlemek için bu yanıt ‘yanlış’ olarak kabul edilmektedir. Ölçekteki ifadelerden; 22 soru düz, 6 soru (11, 12, 16, 17, 24, 26) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında değişmektedir. Puanlar arttıkça bilgi düzeyi yükselmektedir (58).

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: katılımcıların sosyo-demografik değişkenleri.

Bağımlı değişkenler: TSOY-32, FINDRISC ve KARRİF-BD ölçeğinden elde edilen puanlar.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile test edilmiş, Normal dağılıma uyanlarda, iki sınıfın karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, normal dağılmayanlarda Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız sınıfta kıyaslanmasında normal dağılanlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Least Significant Difference (LSD) çoklu kıyaslanma testleri, normal dağılmayanlarda ise Kruskal Wallis testi ve All pairwise çoklu kıyaslama testinden yararlanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik açıdan sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için IBM SPSS 22.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0.05$

istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Cronbach's Alfa değeri faktör altındaki soruların toplamdaki güvenilirlik düzeyini belirtmektedir ve (0.1) değerler almaktadır. Cronbach's Alpha değerinin 0.70 ve üzeri olduğu zamanlarda ölçeğin güvenilir olduğu onaylanır. Ancak, soru sayısı düşük olduğunda bu sınır 0.60 değeri ve üzeri olarak kabul edilebilir. TSOY-32 ölçeğin Türkçe'de güvenilirliği Cronbach Alfa tutarlık katsayısı; 0.927 olarak belirlenmiş (60), bizim çalışmamızdaki değeri ise 0.970'tir. KARRİF-BD ölçeğin Cronba alpha katsayısı 0.76 olup (2), bizim çalışmamızda 0.855 olarak bulunmuştur. Ölçeklerin cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları genel anlamda kabul edilebilir düzeyde olduğu görüldü. Shaphiro Wilk normallik test sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyutlarının normal dağılmadıkları gözlemlendi.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğünden (EK 3), Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (EK-4), Binevler Aile Sağlığı Merkezi, Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi ve Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezlerinden ve çalışmada kullanılan ölçek için geçerlilik güvenilirlik araştırmasını yapan araştırmacılardan ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-5). Çalışma genelindeki bireylerin haklarının gizlenmesi amacıyla çalışma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcılara, çalışmanın gerçekleştirme hedefi, zamanı ve çalışma boyunca gerçekleştirilecek işlemler açısından bilgilendirilerek isteklilik ve gönüllülük prensibi kapsamında “Aydınlatılmış Onam” etik ilkesine uyulmuştur (EK-6). Katılımcılar istedikleri sürede çalışmadan ayrılacaklarını belirterek “Özerklik” ilkesi, kişisel bilgilerin araştırmacı ile iletildikten sonra gizleneceği söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesi ve araştırmada “İnsan Onuruna Saygı” diğer bir etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur. Bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin korunacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesine uyulmuştur. Kadınlara çalışmanın hedefi, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlara ilişkin gerekli bilgilendirilmeler verildikten sonra hastalardan yazılı bilgilendirme onam formu alındı.

3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği, Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

3.11.1. Araştırmanın Genellenebilirliği

Araştırma, çalışmanın gerçekleştirildiği aile merkezine gelen kadınlarla yapılması nedeniyle tüm evreni kapsamaz. Çalışmanın sonuçları bu çalışmada yer alan kadınlara ve çalışmaya katılma şartları bakımından paralel sınıflara genellenebilir.

3.11.2. Araştırmanın Sınırlılığı

Çalışma Ocak-Temmuz 2021 tarihleri arasında Gaziantep Binevler Aile Sağlığı Merkezi, Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi ve Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezine gelen kadınlarla gerçekleştirilmiş olması, çalışmamızın sınırlılığıdır. Verilerin katılımcı bildirimlerine bağlı olması çalışmamızın sınırlılığıdır.

3.11.3. Araştırmanın Güçlü Yanları

Ulaşıldığı kadar kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisinin daha önce araştırılmamış olması araştırmanın güçlü tarafıdır. Bu nedenle literatüre katkı oluşturacağı öngörülmektedir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan kadınların %67.3'ünün evli olduğu, %29'unun ilkokul çıkışlı olduğu, %62.7'sinin mesleğinin ev kadını olduğu, %53'ünün aile ekonomisinin gelir gider düzeylerinin eşit olduğu, %47.7'sinin genel sağlığını iyi bulduğu, %54'ünün sağlık güvencesinin SSK olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=300)

Özellikler	Sayı	%
Medeni durum		
Evli	202	67.3
Bekar	98	32.7
Eğitim		
Okuryazar değil	28	9.3
Okuryazar	13	4.3
İlkokul	87	29.0
Ortaokul	43	14.3
Lise	57	19.0
Üniversite	72	24.0
Meslek		
Ev kadını	188	62.7
Kamu personeli	18	6.0
İşçi	9	3.0
Serbest meslek	5	1.7
Esnaf	3	1.0
Çiftçi	4	1.3
İşsiz	22	7.3
Öğrenci	41	13.7
Özel sektör çalışanı	10	3.3
Gelir Gider Dengesi		
Gelir giderden fazla	45	15.0
Gelir gidere eşit	159	53.0
Gelir giderden eksik	96	32.0
Genel Sağlık Algısı		
Kötü	17	5.7
Orta	124	41.3
İyi	143	47.7
Çok iyi	16	5.3
Sosyal Güvence Varlığı		
Yok	27	9.0
Yeşil kart	65	21.7
Ssk	162	54.0
Bağkur	26	8.7
Emekli sandığı	17	5.7
Özel sandık	1	0.3
Özel sigorta	2	0.7
Toplam	300	100.0

Tablo 4.2: Kadınların Madde Kullanımı, Fiziksel Aktivite Yapma ve Beslenme Şekli Alışkanlıklarının Dağılımı (n=300)

Özellikler	Sayı	%
Sigara		
İçmiyorum	237	79.0
İçiyorum	58	19.3
Bıraktım	5	1.7
Alkol		
Hiç kullanmadım	268	89.6
Ara sıra kullanıyorum	23	7.7
Kullandım	8	2.7
Egzersiz		
Hiç yapmıyorum	117	39.0
Ara sıra yapıyorum	158	52.7
Sürekli yapıyorum	25	8.3
Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Atma		
Evet	88	29.3
Hayır	212	70.7
Toplam	300	100.0

Araştırma kapsamına alınan kadınların %79'unun sigara içmediği, %89.6'sının hiç alkol kullanmadığı, %52.7'sinin egzersizi ara sıra yaptığı, %70.7'sinin yemeğin tadına bakmadan tuz atmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2)

Tablo 4.3: Kadınlarda ve Ailelerinde Hastalık Varlığı ve Kendilerini Nasıl Hissettikleri Değer Dağılımları.

Özellikler	Sayı	%
Birinci Derece Yakınında Kalp Hastalığı		
Evet	108	36.0
Hayır	192	64.0
Kolesterol		
Evet	62	20.7
Hayır	238	79.3
İştah		
Evet	54	18.0
Hayır	171	57.0
Bazen	75	25.0
Halsizlik		
Evet	130	43.3
Hayır	79	26.3
Bazen	91	30.3
Toplam	300	100.0

Araştırma kapsamına alınan kadınların %64'ünün ailesinde kalp hastalığı olan 1. derece akrabasının olmadığı, %79.3'ünün kolesterolünün yüksek olmadığı, %57' sinin iştahsızlık sorunu yaşamadığı, %43.3'ünün halsizlik ve çabuk yorulma sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Kadınların Okuma alışkanlıklarını dağılımı (n=300)

Özellikler	Sayı	%
Kitap Okuma		
Hiç okumam	103	34.3
Ara sıra	138	46.0
Sıklıkla	59	19.7
Okuma ve Yazma Aktivitesine Yardım		
Her zaman	39	13.0
Bazen	72	24.0
Nadiren	44	14.7
Hiçbir zaman	145	48.3
Toplam	300	100.0

Araştırma kapsamına alınan kadınların %46'sının kitap ara sıra okuduğu, %48.3'ünün okuma-yazma hakkında aktivitelerinde hiçbir zaman yardım almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Kadınların KARRİF-BD, FINDRISC ve TSOY-32 Puan Ortalamaları

	Min	Max	Medyan	ort±ss
TSOY-32Toplam	0	50	30.11	28.48±11.02
KARRİFF Toplam	0	26	17.00	16.77±4.46
FINDRISC Toplam	9	24	14.00	13.93±3.63

ort: ortalama, ss:standart sapma

Çalışmamızda kadınların TSOY-32 ölçeği ortalama indeks puanı 28.48±11.02, KARRİF-BD ölçeği ortalama puanı 16.77±4.46 ve FINDRISC puan ortalaması 13.93±3.63'tür (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Kadınların TSOY-32 Sınıflandırmasının Dağılımı (n=300)

Puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı	Frekans	%
(0-25) puan yetersiz sağlık okuryazarlığı	99	33.0
(>25-33) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	93	25.0
(>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı	75	31.0
(>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı	33	11.0

Kadınların %33.0'ının yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler Değerleri

	Min	Max	Medyan	ort	ss	p
Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiye Ulaşma	0	50	29.17	27.50	12.14	0.001
Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Anlama	0	50	33.33	29.75	12.47	0.001
Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiye Değerlendirme	0	50	25.00	26.18	12.52	0.001
Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Kullanma ve Uygulama	0	50	33.33	32.83	11.82	0.001
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiye Ulaşma	0	50	33.33	28.94	13.42	0.001
Hastalık Koruma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiye Anlama	0	50	33.33	29.68	12.79	0.001
Hastalık Koruma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiyi Değerlendirme	0	50	29.17	26.80	13.43	0.001
Hastalık Koruma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiyi Kullanma ve Uygulama	0	50	25.00	26.02	12.29	0.001
TSOY-32Toplam	0	50	30.11	28.48	11.02	0.001
Karrif Risk Faktörleri	0	15	10.00	9.46	2.82	0.001
Karrif Risk Davranışları	0	9	6.00	5.32	1.68	0.001
Karrif Toplam	0	26	17.00	16.77	4.46	0.001
FINDRISC Toplam	9	24	14.00	13.93	3.63	0.001

p değeri Shaphiro wilk testinden elde edilmiştir. ss:standart sapma

Ölçeklerin kendilerinin ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının minimum, maksimum, medyan, ortalama, standart sapma ve istatistiksel açıdan anlamlılık değerleri tablo 4.7 gösterilmektedir.

4.2. TSOY-32, KARRİF-BD ve FINDRISC Ölçekleri ve Alt Boyut Puanlarının Birbirleriyle ve Yaş Arasındaki Korelasyonları

Hastaların yaş özelliklerine göre TSOY-32, KARRİF-BD VE FINDRISC Ölçekleri ve alt boyut puan ortalamalarının kıyaslanması tablo 4.8'de görülmektedir. TSOY-32'nin tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama alt ölçekleri, hastalıklardan korunma ve sağlıklı geliştirme ile bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme alt ölçekleri, TSOY-32 Toplam ölçeği ile yaş arasında negatif yöne doğru orta kuvvette anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Yaş ilerledikçe tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama, hastalıklardan korunma ve sağlıklı geliştirme ile bilgiye erişme, anlama, değerlendirme

alt ölçekleri, TSOY-32 Toplam ölçeklerin puanları anlamlı düzeyde azalmıştır (r değeri 0,400 üzeri ve p değeri 0,05 den küçük ilişkileri şiddetini belirtir) (Tablo 4.8).

KARRİF-BD risk faktörleri ve risk davranışları alt ölçeği ile pozitif orta kuvvette korelasyon saptanmıştır ($r=0.413$, $p=0.001$). Risk faktörleri alt ölçek puanları arttıkça risk davranışları alt ölçeği puanları da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır. Risk faktörleri alt ölçeği ile KARRİF-BD toplam arasında pozitif çok kuvvetli korelasyon saptanmıştır ($r=-0.889$, $p=0.001$). Risk faktörleri alt ölçeği puanları arttıkça KARRİF-BD toplam puanları da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır. Risk davranışları alt ölçeği ile KARRİF-BD toplam ölçek arasında pozitif yöne doğru kuvvetli korelasyon bulunmuştur ($r=-0.704$, $p=0.001$). Risk davranışları alt ölçeği puanları arttıkça KARRİF-BD Toplam ölçek puanları da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır (r değeri 0,400 üzeri ve p değeri 0,05 den küçük ilişkileri şiddetini belirtir) (Tablo 4.8).

FINDRISC Toplam ölçeği ile yaş arasında pozitif yöne doğru güçlü korelasyon belirlenmiştir ($r=-0.630$, $p=0.001$). Yaş ilerledikçe FINDRISC Toplam ölçek puanları anlamlı düzeyde artmıştır. TSOY-32'nin tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye ulaşma, anlama, kullanma ve uygulama alt ölçekleri, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme alt ölçekleri, TSOY-32 Toplam ölçeği ile FINDRISC Toplam arasında negatif yöne doğru orta kuvvette anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. FINDRISC Toplam arttıkça tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye ulaşma, anlama, kullanma ve uygulama, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme alt ölçekleri, TSOY-32 Toplam ölçeklerin puanları anlamlı düzeyde azalmıştır (r değeri 0,400 üzeri ve p değeri 0,05 den küçük ilişkileri şiddetini belirtir) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Kadınların TSOY-32, KARRİFF-BD ve FINDRISC Puanları ile Yaş Arasındaki Korelasyonlar (n=300)

		KARRİF Risk faktörleri	KARRİF Risk davranışları	KARRİF Toplam	FINDRISC Toplam	Yaş
Tedavi Hizmete ile Sağlıklı Bilgiye Ulaşma	r	0.111	.116*	0.085	-.415**	-0.464**
	p	0.056	0.044	0.143	0.001	0.001
Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Anlama	r	.167**	0.076	.122*	-.418**	-0.465**
	p	0.004	0.192	0.035	0.001	0.001
Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Değerlendirme	r	.150**	.117*	.125*	-.383**	-0.423**
	p	0.010	0.043	0.031	0.001	0.001
Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Kullanma ve Uygulama	r	.173**	.119*	.111	-.442**	-0.509**
	p	0.003	0.041	0.056	0.001	0.001
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme İle Bilgiye Ulaşma	r	.179**	.148*	.142*	-.465**	-0.499**
	p	0.002	0.011	0.015	0.001	0.001
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme İle Bilgiyi Anlama	r	.199**	.183**	.176**	-.435**	-0.510**
	p	0.001	0.002	0.002	0.001	0.001
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme İle Bilgiye Değerlendirme	r	.187**	.176**	.168**	-.423**	-0.435**
	p	0.001	0.002	0.004	0.001	0.001
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme İle Bilgiyi Kullanma ve Uygulama	r	.162**	.202**	.197**	-.356**	-0.333**
	p	0.005	0.001	0.001	0.001	0.001
TSOY-32Toplam	r	.177**	.151**	.147*	-.478**	-0.510**
	p	0.002	0.009	0.011	0.001	0.001
Karrif Risk Faktörleri	r	1.000	.413**	.889**	0.019	-0.111
	p		0.001	0.001	0.745	0.054
Karrif Risk Davranışları	r	.413**	1.000	.704**	-0.049	-0.109
	p	0.001		0.001	0.401	0.060
Karrif Toplam	r	.889**	.704**	1.000	0.020	-0.105
	p	0.001	0.001		0.737	0.068
FINDRISC Toplam	r	0.019	-0.049	0.020	1.000	0.630**
	p	0.745	0.401	0.737		0.001

r: Spearman korelasyon katsayısı(n=300), ** Korelasyon katsayısı 0,01 seviyesinde anlamlı * Korelasyon katsayısı 0,05 seviyesinde anlamlı, 0.8-1 arası: Çok güçlü ilişki, 0.6-0.8: Güçlü ilişki, 0.4-0.6: Orta şiddette ilişki, 0.2-0.4: Zayıf ilişki,0.0-0.2: Çok zayıf ya da ilişki yok

4.3. Sosyo-Demografik Bilgileri Bakımından Ölçek Değerlerinin Karşılaştırılması

4.3.1. TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Kıyaslanması

Hastaların sosyo-demografik niteliklerine bakılarak TSOY-32 alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının kıyaslanması tablo 4.9’da görülmektedir. Farklı eğitim seviyelerindeki kadınların TSOY-32 alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Okuryazar olmayanların okuryazar olanların eğitim düzeyinden daha düşük puanlara sahip olduğu, okuryazar olanların ve ilköğretim mezunu olanların ortaokul ve üstü eğitim düzeyinden daha düşük puanlara sahip olduğu ve ortaokul ve üstünün üniversiteden düşük olduğu gözlemlendi. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi arttıkça TSOY-32’nin tedavi hizmet ile sağlıklı bilgi ve hastalıklardan korunma ve sağlıklı geliştirme alt ölçekleri ve TSOY-32 Toplam ölçek puanlarının arttığı görüldü (Tablo 4.9).

Kadınların medeni durumlarına göre TSOY-32 ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli olanların tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiyi değerlendirme (23.69 ± 12.56) ve hastalıklardan korunma ve sağlıklı geliştirme ile bilgiyi değerlendirme (23.86 ± 13.40) alt ölçek puanları bekar olan kadınların ölçek puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Bekar olanların tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiyi kullanma ve uygulama (38.24 ± 10.36) alt ölçek puanları evli olanların ölçek puanlarına kıyasla daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Sağlık güvencesi farklı olan kadınlarda TSOY-32’nin tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye anlama, hastalıklardan korunma ve sağlıklı geliştirme ile bilgiyi değerlendirme, kullanma ve uygulama ve TSOY-32 toplam puan ortalamaları ile ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık güvencesi yeşil kart olanların tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye anlama (25.26 ± 12.92) alt ölçek puanları diğer sağlık güvence tipine sahip olanların ve sağlık güvencesi olmayanların ölçek puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Sağlık güvencesi olmayanların hastalıklardan korunma ve sağlıklı geliştirme ile bilgiyi değerlendirme (32.39 ± 9.95) alt ölçek puanları sağlık güvencesine sahip olanlara kıyasla daha istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Yeşil karta sahip olanların hastalıklardan korunma ve sağlıklı geliştirme ile bilgiyi kullanma ve uygulama (22.37 ± 11.70) alt ölçek puanları diğer sağlık güvencesine sahip

olanlara kıyasla daha istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Sağlık güvencesi olmayanların TSOY-32 Toplam ölçek puanları sağlık güvenceye sahip olanlara kıyasla daha istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. TSOY-32'nin tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama ve hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ulaşma, anlama puan ortalamalarının sağlık güvencesine bakıldığında ilişki görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Birinci derece yakınında kalp hastalığı varlığına göre TSOY-32'nin tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama alt ölçekleri, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme alt ölçekleri, TSOY-32 toplam ölçek puan ortalamaları ile ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Birinci derece yakınında kalp hastalığı olan kadınların tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiyi değerlendirme (23.31 ± 12.59) alt ölçek puanları diğer birinci derece yakınında kalp hastalığı olanların ölçek puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Birinci derece yakınında kalp hastalığı olmayan kadınların tedavi hizmet ile sağlıklı bilgiyi kullanma ve uygulama (34.51 ± 11.07) alt ölçek puanları diğer birinci derece yakınında kalp hastalığı olmayanların ölçek puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. TSOY-32'nin hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme kullanma ve uygulama toplam puan ortalamasının hastaların birinci derece yakınında kalp hastalığı varlığına bakıldığında anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Genel sağlık durumu, TSOY-32 alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Genel sağlık durumu kötü (16.18 ± 11.11) olanların hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme değerlendirme alt ölçek puanları diğer genel sağlık durumları ölçek puanlarına kıyasla daha düşük görüldü. Genel sağlık durumu çok iyi (41.32 ± 8.07) olanların hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme değerlendirme alt ölçek puanları diğer genel sağlık durumları ölçek puanlarına kıyasla daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Aile ekonomisinin gelir gider düzeylerinin göre TSOY-32 alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında ilişki göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Kadınların tanıtıcı özellikleri ile TSOY-32 alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiye Ulaşma		Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Anlama		Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiye Değerlendirme		Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Kullanma ve Uygulama		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiye Ulaşma		Hastalık Koruma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiye Anlama		Hastalık Koruma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiyi Değerlendirme		Hastalık Koruma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiyi Kullanma ve Uygulama		TSOY-32 Toplam	
	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss
Medeni Durum																		
Evli	24.75	12.13	26.88	12.28	23.69	12.56	30.21	11.61	25.46	13.12	26.70	12.46	23.86	13.40	24.41	11.79	25.82	10.81
Bekar	33.15	10.08	35.62	10.71	31.28	10.82	38.24	10.36	36.05	11.05	35.73	11.30	32.85	11.37	29.34	12.68	33.92	9.36
p	0.001		0.001		0.001		0.001		0.001		0.001		0.001		0.001		0.001	
Eğitim Düzeyi																		
Okur yazar değil ^a	^a 9.52	12.00	^a 10.44	11.17	^a 10.96	11.21	^a 13.78	12.12	^a 10.08	9.73	^a 11.42	9.57	^a 10.04	11.26	^a 16.72	12.18	^a 11.54	9.10
Okuryazar ^b	^{bc} 23.82	9.28	^b 25.53	10.43	^{bc} 24.68	9.76	^b 27.24	9.48	^b 25.64	12.60	^b 25.32	10.95	^a 23.18	9.63	^a 21.05	10.87	^b 24.62	8.54
İlkokul ^c	^{bc} 22.13	11.06	^b 24.89	10.48	^b 20.09	11.33	^{bc} 28.80	9.95	^{bc} 21.84	12.15	^{bc} 24.12	11.47	^{ab} 20.49	13.23	^{ab} 21.87	11.57	^{bc} 23.23	9.83
Ortaokul ^d	^b 28.91	8.31	^c 31.30	9.04	^{cd} 28.04	9.83	^{cd} 33.04	8.74	^{cd} 31.38	8.45	^{cd} 32.01	9.63	^{ab} 28.52	9.30	^{ab} 27.07	9.45	^{cd} 30.06	6.52
Lise ^e	^c 31.97	7.24	^c 34.33	9.07	^{cd} 30.80	8.60	^{cd} 37.87	7.47	^{cd} 33.41	9.20	^{cd} 32.26	8.62	^{bc} 30.41	9.63	^{bc} 29.17	12.02	^{cd} 32.47	6.66
Üniversite ^f	^c 37.04	7.12	^d 39.00	7.92	^d 34.68	9.90	^d 41.44	7.36	^d 39.93	8.07	^d 40.45	8.12	^{bc} 37.08	9.26	^c 32.34	11.10	^d 37.76	6.51
p	0.001 ^(a<b,c<d,e<f)		0.001 ^(a<b,c<d,e<f)		0.001 ^(a<b,c<d,e<f)		0.001 ^(a<b,c<d,e<f)		0.001 ^(a<b,c<d,e,f)		0.001 ^(a<b,c<d,e,f)		0.001 ^(a<b,c<d,e,f)		0.001 ^(a<b,c<d,e,f)		0.001 ^(a<b,c<d,e<f)	
Birinci Derece Akrabada Kalp hastalığı Varlığı																		
Evet	24.92	12.55	27.00	12.80	23.31	12.59	29.85	12.55	26.11	13.83	27.61	13.12	24.61	13.66	24.64	12.29	26.13	11.21
Hayır	28.96	11.68	31.29	12.04	27.79	12.21	34.51	11.07	30.53	12.96	30.85	12.49	28.04	13.18	26.81	12.25	29.81	10.71
p	0.008		0.004		0.004		0.002		0.005		0.024		0.034		0.114		0.005	
Gelir Gider Dengesi																		
Gelir giderden fazla	25.22	14.03	26.85	13.46	24.91	12.61	28.95	12.93	26.61	13.78	28.03	13.22	25.82	13.97	23.42	10.07	26.37	11.57
Gelir gidere eşit	28.44	11.38	30.68	12.02	27.37	12.17	33.41	11.41	29.23	13.20	30.49	12.79	26.82	13.61	26.85	12.13	29.17	10.79
Gelir giderden az	27.04	12.37	29.58	12.63	24.81	12.96	33.72	11.71	29.55	13.65	29.09	12.62	27.23	13.00	25.81	13.35	28.33	11.10
p	0.292		0.221		0.229		0.112		0.418		0.411		0.848		0.183		0.300	

Tablo 4.9'un Devamı: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile TSOY-32 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiye Ulaşma		Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Anlama		Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Değerlendirme		Tedavi Hizmet ile Sağlıklı Bilgiyi Kullanma ve Uygulama		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiye Ulaşma		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiyi Anlama		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiyi Değerlendirme		Hastalıklardan Koruma ve Sağlığı Geliştirme ile Bilgiyi Kullanma ve Uygulama		TSOY-32 Toplam	
	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	Ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss
Okuma ve Yazma ile İlgili Aktivitelerinde Yardım																		
Her zaman ^a	^a 20.30	13.71	^a 22.93	13.60	^a 21.30	13.16	^a 23.75	14.24	^a 21.53	13.70	^a 21.15	12.80	^a 19.66	13.53	21.33	11.61	^a 21.52	11.81
Bazen ^b	^b 26.06	9.81	^b 29.28	10.96	^b 24.90	11.65	^b 32.81	8.99	^b 26.86	12.64	^b 28.60	11.09	^b 24.98	12.44	24.92	12.24	^b 27.41	9.41
Nadiren ^c	^b 29.92	9.78	^b 32.04	10.37	^b 28.13	11.21	^b 35.42	8.49	^b 30.88	10.88	^b 31.98	10.40	^b 29.26	12.63	28.52	11.62	^b 30.74	8.32
Hiçbir zaman ^d	29.44	12.64	^b 31.12	12.90	^b 27.55	12.83	^b 34.53	12.16	^b 31.36	13.65	^b 31.84	13.29	^b 28.91	13.43	27.10	12.41	^b 30.21	11.52
p	0.001 ^(a<b,c,d)		0.005 ^(a<b,c,d)		0.053		0.001 ^(a<b,c,d)		0.001 ^(a<b,c,d)		0.001 ^(a<b,c,d)		0.001 ^(a<b,c,d)		0.063		0.001 ^(a<b,c,d)	
Genel Sağlık Algısı																		
Kötü ^a	^a 18.38	11.70	^a 18.38	10.53	^a 19.12	10.42	^a 21.08	12.10	^a 17.65	10.47	^a 22.55	11.61	^a 16.18	11.11	^a 21.32	9.98	^a 19.45	8.79
Orta ^b	^a 24.28	12.57	^b 27.16	12.86	^b 24.01	13.00	^b 30.38	11.64	^b 25.92	14.13	^b 26.37	13.48	^b 24.63	14.47	^a 23.92	12.16	^b 25.88	11.47
İyi ^c	^b 30.74	10.74	^b 32.29	11.16	^b 27.70	11.63	^{bc} 35.46	10.88	^{bc} 31.53	11.82	^{bc} 32.31	11.31	^{bc} 28.53	11.78	^a 27.32	12.26	^b 30.72	9.83
çok iyi ^d	^b 33.07	9.68	^c 38.80	9.83	^c 36.72	10.36	^c 40.36	8.01	^c 41.32	8.07	^c 39.24	10.36	^c 39.15	9.09	^b 35.68	9.62	^c 37.97	7.22
p	0.001 ^(a,b<c,d)		0.001 ^(a<b,c<d)		0.001 ^(a<b,c<d)		0.001 ^(a<b,c<d)		0.001 ^(a<b,c<d)		0.001 ^(a<b,c<d)		0.001 ^(a,b,c<d)		0.001 ^(a<b,c<d)		0.001 ^(a<b,c<d)	
Sosyal Güvence Varlığı																		
Yok ^a	29.81	10.97	^b 31.94	12.63	29.11	12.86	37.17	8.95	30.66	10.96	31.09	11.19	^a 32.39	9.95	^b 28.37	12.99	^b 30.94	10.18
Yeşil kart ^b	24.34	12.72	^a 25.26	12,92	23.91	13.15	29.57	12.53	25.54	12.40	26.35	12.39	^b 22.09	12.57	^a 22.37	11.70	^a 24,92	11.33
SSK ^c	28.17	12.03	^b 30.67	11.98	26.52	12.51	33.50	11.49	29.65	13.84	30.64	12.63	^b 27.82	13.46	^b 26.84	12.81	^a 29.32	10.91
Bağ-kur ^d	27.99	8.62	^b 31.52	10.27	26.92	8.68	31.78	10.71	29.28	11.30	29.91	12.10	^b 27.67	11.74	^b 28.37	7.07	^a 29.09	7.67
Emekli sandığı ^e	28.84	15.90	^b 31.94	15.27	26.06	14.45	34.07	15.26	31.78	17.93	30.72	17.77	^b 25.49	18.54	^b 24.92	12.73	^a 29.24	14.29
p	0.183		0.022 ^(a<b,c,d,e)		0.437		0.070		0.128		0.107		0.005 ^(a<b,c,d,e)		0.041 ^(a<b,c,d,e)		0.032 ^(a<b,c,d,e)	

(a,b,c,d,e,f) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. p değeri Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir. ss:standart sapma

4.3.2 KARRİF-BD ve Alt Boyutlarının Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Kıyaslanması

Hastaların sosyo-demografik niteliklerine bakılarak KARRİF-BD alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının kıyaslanması tablo 4.10'da belirtilmektedir. Risk faktörleri ve risk davranışları alt ölçekleri şeklinde gruplandırılıp sosyo-demografik özelliklerine göre bu ölçeklerin puan ortalamaları değerlendirilmiştir. KARRİF-BD alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının kadınların medeni durumları, okuma ve yazma ile ilgili yardım aktiviteleri, genel sağlık durumları, sağlık güvencesi ve birinci derece yakınında kalp hastalığı varlık durumuna bakıldığında ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin okuryazar olmayanların risk faktörleri (8.04 ± 3.82) alt ölçek puanları diğer eğitim durumları ölçek puanlarına göre düşüktür. Okuryazar olanların ve ilkokul mezunu olanların ortaokul ve üstü eğitim düzeyinden daha düşük puanlar aldığı ve ortaokul ve üstünün üniversiteden daha düşük puanlara sahip olduğu gözlemlendi. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi arttıkça risk faktörleri puanı da istatistiksel olarak arttığı görüldü. Eğitim düzeyinin artışı ile bilgi düzeyinin artması genel olarak beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda riskli davranışlar okuryazar almış grubun bilgi düzeyi diğer gruplara göre düşük bulundu. KARRİF-BD toplam puan ortalamasının bireylerin eğitimi arasında ilişki belirlenmemiştir. ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Ailenin ekonomik gelir durumu, bireylerin risk davranışları alt ölçek puanları arasında ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Geliri giderden eksik olanın risk davranışları puan ortalamaları (5.02 ± 1.74) gelir gideri fazla olanın risk davranışları puan ortalamalarının (5.09 ± 1.90) gelir gidere eşit olanların risk davranışları puan ortalamalarından (5.57 ± 1.53) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük değerler aldığı gözlemlendi. Bu sonuçlara göre gelir gider eşit düzeyi arttıkça, risk davranışları puanının da istatistiksel olarak arttığı görüldü. Risk faktörleri ve KARRİF-BD toplam puan ortalamasının hastaların aile ekonomisi gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile KARRİF-BD alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	KARRİF-BD Risk Faktörleri		KARRİF-BD Risk davranışları		KARRİF-BD Toplam	
	ort	ss	ort	ss	ort	ss
Medeni durum						
Evli	9.32	2.84	5.18	1.74	16.51	4.58
Bekar	9.73	2.78	5.61	1.50	17.29	4.17
p	0.194		0.064		0.192	
Eğitim Düzeyi						
Okur yazar değil ^a	^a 8.04	3.82	^a 4.36	2.26	^a 14.11	6.60
Okuryazar ^b	^{ab} 9.46	2.33	^{ab} 6.00	1.53	^b 18.23	3.63
İlkokul ^c	^{ab} 9.11	2.22	^{bc} 5.23	1.64	^b 16.43	3.56
Ortaokul ^d	^{ab} 9.49	3.04	^{bc} 5.05	1.66	^b 16.42	4.63
Lise ^e	^{ab} 9.47	2.73	^{bc} 5.23	1.58	^b 16.63	4.53
Üniversite ^f	^b 10.39	2.80	^c 5.93	1.31	^b 18.26	3.88
p	0.005 ^(a,b,c,d,e<f)		0.002 ^(a<b,c,d,e,f)		0.007	
Birinci Derece Akrabada Kalp Hastalığı Varlığı						
Evet	9.38	2.46	5.49	1.44	17.01	3.76
Hayır	9.50	3.01	5.23	1.79	16.63	4.81
p	0.228		0.385		0.783	
Okuma ve Yazma ile İlgili Aktivitelerinde Yardım						
Her zaman	9.90	2.66	5.51	1.65	17.67	4.03
Bazen	9.42	2.30	5.29	1.44	16.83	3.43
Nadiren	9.18	2.37	5.61	1.77	16.66	4.01
Hiçbir zaman	9.44	3.21	5.20	1.76	16.52	5.11
p	0.530		0.357		0.434	
Genel Sağlık Algısı						
Kötü	9.47	2.24	5.71	1.61	17.59	3.61
Orta	9.51	2.71	5.25	1.60	16.85	4.16
İyi	9.34	2.94	5.27	1.79	16.45	4.80
Çok iyi	10.13	3.26	5.94	1.12	18.00	4.32
p	0.601		0.278		0.518	

(a,b,c,d,e,f) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. p değeri Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir.
ss:standart sapma

Tablo 4.10'un Devamı: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile KARRİF-BD alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	KARRİF-BD Risk Faktörleri		KARRİF-BD Risk davranışları		KARRİF-BD Toplam	
	ort	ss	ort	Ss	ort	ss
Sosyal Güvence Varlığı						
Yok	9.26	3.86	4.78	2.17	15.70	6.28
Yeşil kart	8.98	2.77	5.15	1.83	16.12	4.64
SSK	9.50	2.80	5.36	1.57	16.88	4.29
Bağ-kur	10.00	1.79	5.77	1.53	17.92	3.06
Emekli sandığı	10.29	2.52	5.82	1.07	18.00	3.28
p	0.390		0.285		0.529	
Gelir Gider Dengesi						
Gelir giderden fazla ^a	9.27	2.91	5.09	1.90	16.27	4.77
Gelir gidere eşit ^b	9.74	2.59	5.57	1.53	17.31	3.99
Gelir giderden eksik ^c	9.08	3.10	5.02	1.74	16.09	4.94
p	0.283		0.036 ^(b,c<a)		0.084	

(a,b,c,d,e,f) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. p değeri Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir.

ss:standart sapma

4.3.3. FINDRISC Ölçek Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler Bakımından Kıyaslanması

Hastaların sosyo-demografik niteliklerine göre FINDRISC ölçek puan ortalamalarının kıyaslanması tablo 4.11'de gösterilmektedir. Kadınların medeni duruma göre FINDRISC puanları arasında ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bekar olanların (11.82 ± 2.66) ölçek puanları evli olanların (14.95 ± 3.60) ölçek puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Evli olanların sayısı arttıkça FINDRISC puanları artmıştır (Tablo 4.11).

Eğitim seviyesi ile FINDRISC puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Okuryazar olmayanların (17.89 ± 3.67) diğer eğitim gruplarındaki bireylere kıyasla en yüksek puanı alırken, okuryazar ve ilkokul mezunu bireylerin de diğer eğitim gruplarından daha yüksek puanlarda olduğu görüldü. Eğitim seviyesi yükseldikçe FINDRISC puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 4.11).

Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı bulunma FINDRISC puanlarında farklılıklara rastlandı ($p<0.05$). Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olmayan (13.11 ± 3.23) ölçek puanları, olanların (15.38 ± 3.86) ölçek puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olanların sayısı arttıkça FINDRISC puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır (Tablo 4.11).

Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde FINDRISC puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılıklara rastlandı ($p<0.05$). Her zaman okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde yardım alanlar (16.59 ± 3.84) diğer gruplardaki bireylere göre daha yüksek puanı aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Genel sağlık durumu bireylerin FINDRISC ölçek puan ortalamasının istatistiksel açıdan farklı olduğu görüldü ($p<0.05$). Genel sağlık durumu çok iyi olanların FINDRISC puan ortalaması (11.50 ± 2.61) diğer genel sağlık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük, genel sağlık durumu kötü olanların FINDRISC puan ortalaması (18.24 ± 4.58) diğer genel sağlık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek daha yüksek puanı aldığı gözlemlendi. Bu durumda genel sağlık durumu kötüleştikçe FINDRISC puanı istatistiksel olarak arttığı görüldü (Tablo 4.11).

FINDRISC ölçek puan ortalamasının kadınların sağlık güvencesi ve aile ekonomik gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile FINDRISC Ölçek Puanının Karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	FINDRISC		
	ort	ss	p
Medeni durum			
Evli	14.95	3.60	0.001
Bekar	11.82	2.66	
Eğitim Düzeyi			
Okuryazar değil ^a	^d 17.89	3.67	0.001 ($f<d, e<c, b<a$)
Okuryazar ^b	^c 15.54	4.84	
İlkokul ^c	^c 15.70	3.14	
Ortaokul ^d	^{ab} 13.47	2.61	
Lise ^e	^{ab} 12.19	2.65	
Üniversite ^f	^a 11.60	2.52	
Birinci Derece Akrabada Kalp Hastalığı Varlığı			
Evet	15.38	3.86	0.001
Hayır	13.11	3.23	
Okuma ve Yazma ile İlgili Aktivitelerinde Yardım			
Her zaman ^a	^b 16.59	3.84	0.001 ($d<c, b, a$)
Bazen ^b	^a 13.99	3.51	
Nadiren ^c	^a 12.98	3.01	
Hiçbir zaman ^d	^a 13.47	3.51	
Genel Sağlık Algısı			
Kötü ^a	^c 18.24	4.58	0.001 ($a<b, c<d$)
Orta ^b	^b 14.81	3.61	
İyi ^c	^a 12.92	2.97	
Çok iyi ^d	^a 11.50	2.61	
Sosyal Güvence Varlığı			
Yok	14.30	3.82	0.146
Yeşil kart	14.86	3.92	
SSK	13.48	3.51	
Bağ-kur	14.04	3.03	
Emekli sandığı	13.94	3.82	
Gelir Gider Dengesi			
Gelir giderden fazla	14.89	3.88	0.122
Gelir gidere eşit	13.65	3.70	
Gelir giderden eksik	13.93	3.34	

(a,b,c,d) üst indislerinde farklı harfler istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. p değeri Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testlerinden elde edilmiştir. ss:standart sapma

5. TARTIŞMA

Kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisi arasındaki ilişkiyi göstermek için gerçekleştirilen bu araştırma beş başlık altında ilgili literatür incelemeleriyle tartışılmıştır.

5.1. TSOY-32, KARRİFF-BD ve FINDRISC Ölçek ve Alt Boyutlarının Alınan Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık girdilerinde bir hayli önemli yere sahip olan sağlık okuryazarlığı, sağlığın özendirilmesi, iyi halin devam ettirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık problemlerinin yaşanmaması için bilgilere ulaşmak, idrak etmek, uygulamak, değerlendirmek ve karar verme becerisine sahip olmak olarak adlandırılır (77). Çalışmamızdaki katılımcıların TSOY-32 ortalama indeks puanı 28.48 ± 11.02 'dir. Katılımcıların en düşük ortalama sahip oldukları boyut "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme İle Bilgiyi Kullanma ve Uygulama (26.02 ± 12.29)" boyutudur. En yüksek ortalama ise "Tedavi Hizmet İle Sağlıklı Bilgiyi Kullanma ve Uygulama (32.83 ± 11.82)" boyutunda olduğu ve %33'ünün yetersiz TSOY-32'ye sahip oldukları belirlenmiştir. SOY düzeyinin yetersizliği tüm dünyada önemli bir sorun haline gelmiştir. Avusturya toplumunun yarısından fazlasında SOY düzeyinin olması gereken düzeyde olmaması, Amerika'da bulunan yetişkinlerin yarısı da sağlık bilgilerini kullanmakta sıkıntı çektikleri saptanmıştır (7). Tanrıöver ve ark. (2004) tarafından yapılan TSOY-32 araştırmasında katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 30.4 (%95 GA: 30.03-30.66) olduğu saptanmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (ASOY-TR) araştırmasında (2012) en yüksek ortalama Hollanda (37.1 ± 6.4), en düşük ortalama ise Bulgaristan'ın (30.5 ± 9.2) sahip olduğu belirlenmiştir (56). Çalışmamızda SOY değerlendirildiğinde Türkiye'nin genel ortalamasından düşük olmakla birlikte yakın değerde olduğu görülmektedir. Bu duruma çalışmamızın genç ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan, büyük bir kısmının ev hanımı olan kadınlardan oluşması neden olmuş olabilir. İnsanlar genelde sağlıkları bozulduğunda ya da ailesinde sağlık ile ilgili sorunlar yaşadığında genellikle sağlık arayışına yönelirler.

KVH, kalbimizi, vücudumuzu, dolaşım sistemini etkileyen hastalıkları içinde barındırdığı bir hastalık sınıfındadır. KVH, tüm dünyanın başında bulunan önemli bir

ölüm nedenidir (67). DSÖ verilerinde, kronik hastalıklar sonucu dünyada 2016 senesinde 41 milyon kadar insanın öldüğünü, %44.0'ünü kalp damar hastalıkları meydana getirdiği belirtilmiştir. Türkiye'de 2017 yılında tüm ölüm nedenleri arasında kalp ve damar hastalıklar %47.0 ile ilk sıradadır (64). Bu çalışmada araştırma bulgularına göre katılımcıların KARRİF-BD ortalama puanı 16.77 ± 4.46 'dır. Katılımcıların en düşük ortalama sahip oldukları boyut "Risk Davranışları (5.32 ± 1.68)" boyutudur. En yüksek ortalama ise "Risk Faktörleri (9.46 ± 2.82)" boyutunda görülmektedir. Çalışmamızdan farklı biçimde KARRİF-BD puan ortalamalarını; Gürdoğan ve ark.(2014) çalışmasında sağlık bilimleri fakültesinde eğitim alan öğrencilerin 17.86 ± 2.83 , Uysal ve ark.(2013) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinde 21.8 ± 4.37 , edebiyat fakültesi öğrencilerinde 17.1 ± 4.37 (2) Karakoç Kumsar ve ark.(2015) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinde 19.08 ± 6.05 , yine Badır ve ark.(2015) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinde 22.47 ± 3.38 , paramedik öğrencilerinde ise 19.64 ± 4.36 , Erenoğlu Son(2018) çalışmasında tıp fakültesi birinci sınıf doktorlarına 24.4 ± 3.07 , ikinci sınıf doktorlarında ise 22.71 ± 4.36 , Oğuz ve ark.(2019) çalışmasında hukuk fakültesi öğrencilerinde 17.3 ± 4.5 ve hemşirelik öğrencilerinde 22.2 ± 3.1 olduğunu saptamışlar (68). Bu çalışmada elde edilen sonuç, yapılan çalışmalar içerisindeki en düşük KARRİF-BD puanına sahip olduğu görülmektedir. Aslında bu çalışmada katılımcıların büyük kısmının ev hanımından oluşması, diğer çalışmaların ise sağlık, hemşirelik, üniversite öğrencilerinden oluşmasının bu sonucu doğurduğu düşünülebilir.

Tip 2 diyabet, uzun dönem süresince kolay farkedecek bir belirti göstermeden bulunan kronik metabolik bir hastalık olup şu zamanlarda başlarda gelen halk sağlığı hastalıklarındandır. Belirti bulunmayan zamanda hastalığı saptamak ve risk faktörlerini engelleyerek hastalığı engellemek veya oluşumunu geçiktirmek olasıdır (3). IDF sonuçlarına göre diyabetli sayısı 2000 senesinde 151 milyon birey, 2006 senesinde 246 milyon birey, 2011 senesinde 366 milyon birey, 2014 senesinde ise 387 milyon bireye kadar yükselmiştir. 2030 senesi için 438 milyon birey olarak tahmin ettiği diyabetli kişinin, 2014 senesinde bu öngörünün üzerinde olması diyabetin zamanla artacağını gösterebilmektedir. 2035 senesinde en az 592 milyon kişide diyabet geleceği düşünülmektedir (25). Araştırma kapsamına alınan kadınların diyabet bilgi düzeyi risk puan ortalaması ile yaş, eğitim, birinci derece yakınında kalp hastalığı varlığı, medeni durum, okuma ve yazma aktivitelerinde yardım alma ve genel sağlık durumu arasında

anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Bu çalışmada FINDRISC puan ortalaması 13.93 ± 3.63 'tür. Coşansu ve ark.(2018) 7.46 ± 4.62 (3), Koçak ve ark.(2017) çalışmasında 7.6 ± 4.1 'dir (62). Bu çalışmanın FINDRISC puan ortalamasının diğer çalışmalardan yüksek olmasının nedenleri arasında evli ve ev hanımı katılımcı sayısının fazla olması olabilir. Çünkü evli ve ev hanımı olan kişilerde genellikle sedanter yaşam düzeyinin daha yüksek, obezite riskinin fazla olduğu düşünülebilir. 2019 senesinde kadınların %24.8'inin obez ve %30.4'ü preobezdir (89). Türkiye toplumunun fiziksel egzersiz düzeyi araştırmasına (2010) göre toplumun sadece %25'i yeterli fiziksel egzersiz seviyesinde olduğu bilinmektedir (88). Fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam üzerinde büyük etkisi olduğu bilinir. Çalışmaya alınan kadınların sadece %8.3 düzenli egzersiz yapmaktadır. Bu nedenle sedanter yaşam, obezite ve fiziksel aktivitenin düzensiz ve az olması diyabet riski faktörleri açısından önemli nedenler arasındadır.

5.2. TSOY-32 Ölçek Puan Ortalaması İle Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi

Kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesi yalnız kendi tedavi yönetimi olmayıp, ailesinin özellikle çocuklarının tedavisini doğru bir biçimde gerçekleştirmesi (49), takibini yaparken iyi ve kötü sağlık durumu fark edebilmesi, sağlıklı nesiller yetiştirmesi için sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması önemlidir. Çalışma kapsamına alınan kadınların medeni durumu ile TSOY-32 ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olduğu ve bekarların puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$). Türkoğlu (2016) yaptığı çalışmada evli bireylerin SOY düzeyini yüksek bulmuş, Üçpınar (2014) medeni hal arasında ilişki saptamamıştır (48). Degan ve ark.(2019) yaptıkları çalışmada bekarların SOY seviyesi yüksek olduğunu gözlemlemiştir (11). Bu sonuçlar değişkenlerdeki kişi sayısının farkından da kaynaklanıyor olabilir. Yaptığımız araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun evli, ev hanımı ve aile içi rollerinin bekarlardan daha çok bulunması ve bu nedenle kendi sağlıkları hakkındaki durumlara daha az zaman ayırdıkları, bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin eğitim faktöründen etkilenmesi, eğitimin sağlık hakkındaki konularda bilgiye erişim, anlama, değerlendirme süreçlerini rahatlatan ve sağlık hakkındaki uygulamalara adaptasyonu kolaylaştıran bir değişken olması ile bağdaştırılabilir (19). Çalışma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ile TSOY-32

ölçeği ve alt boyut puanları ile anlamlı ilişki olduğu ve eğitim seviyesi yükseldikçe genel sağlık okuryazarlığı ortalamalarının da yükseldiği, eğitim düzeyi düştükçe sağlık okuryazarlığı puanının da düştüğü belirlendi ($p<0.05$). Tokuda ve ark.(2009) (7) ve Okyay ve ark.(2016) araştırmalar da eğitim düzeyi azaldıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı gözlemlenmiştir (60). Ülkemizde kadınların 2008 yılında %72.6'sının, 2019 yılında %85.7'si en az bir eğitim düzeyini tamamlamaktadırlar (78). TSOY-32 ile gözlenen sağlık okuryazarlığı araştırma verilerine göre ülkemizde hemen hemen 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz veya sınırlı seviyeye sahip bunların %35.3'ünü kadınlar oluşturmaktadır (86). Genel olarak bu sonuçlara uyumlu olarak bu çalışmada da, eğitim seviyesi arttıkça kadınların sağlık hizmetlerinden daha etkin, korkusuz ve özgür faydalandığı söylenebilir. Aynı şekilde kadınların eğitim düzeyi arttıkça, sağlıkla ilgili okuma ve yazma becerileri değişir, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi hakkındaki etkinliklere daha fazla katılabilir ve yaşam süresinin ve kalitesinin artmasına sebep olabilirler.

Bireyler hayatlarının çoğu alanlarının da her döneminde, yaşadıkları sağlık ve hastalık konuları ilgili doğru yol olduğuna karar vermek ve bilgi birikimine sahip olmakla sorumludur (21). Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ile TSOY-32 ölçeği ve alt boyut puanları ile anlamlı ilişki olduğu ve yaş arttıkça TSOY-32 puanı azaldığı gözlenmektedir ($p<0.05$). Benzer şekilde Tüfekçi ve Değerli(2018) çalışmasında katılımcıların yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığı seviyesinin azaldığı gözlenmiştir (61). Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde yaş arttıkça, sağlık okuryazarlığı anlamlı düzeyde azalmıştır. Yaş ilerledikçe bireylerin eğitim düzeyinin azalması, kullanılmayan bilgilerin unutulması, sağlıkla ilgili bilgi araştırmalarından uzaklaşmaları, bilgilerini anlama, uygulama ve sorgulamada zamanla bilişsel ve işlevsel fonksiyonlarındaki azalmaları bu sonucu düşündürülebilir.

Sağlık güvencesinin olmaması sağlık hizmetlerine ulaşımı kısıtlayan temel sebeptir ve SOY bakımından da risk taşıyan dezavantajlı bir kesimi oluşturmaktadır (80). Çalışma kapsamına alınan kadınların sağlık güvencesi durumu ile TSOY-32 ve alt boyutları arasında ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Yeşil kart olanların aldığı puan ortalamalarının, diğer sağlık güvence tipine sahip olanların ve sağlık güvencesi olmayanların aldığı puanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlendi. Malatyalı ve Bıçer(2018) çalışmasında katılımcıların sosyal güvenceleri

incelediğinde sonuç belirlenememiştir ($p>0.05$) (48). Bu çalışmada yeşil kartı olan bireylerin ekonomik durumu daha zayıf olduğu düşünüldüğünde, sağlık ile ilgili bilgi ve ulaşım erişimleri, ortam ve teknolojik açısından daha düşük olduğundan bu sonuca neden olmuş olabilir. Ekonomik olarak iyi bir duruma sahip olan bireylerin sağlık güvenceleri farklı olur. Ayrıca iyi bir ekonomiye bağlı düzgün eğitim, bu eğitime bağlı olarak iyi bir sağlık bilgisi ve okuryazarlığına sahip olurlar.

SOY düzeyi yüksek birey, sağlık bilgilerinde daha bilinçli olduğundan sağlığını kötüleştirecek faktörlerden uzak durması gerektiğini bilecektir. Bu durumda birey daha sağlıklı yaşayacak ve tüm bireylerin sağlık düzeyinin gelişmesiyle beraber sağlıklı toplumla bir kalkınma yaşanacaktır (54). Çalışmamıza alınan kadınların genel sağlık durumu ile TSOY-32 ve alt boyutları arasında ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Genel sağlık durumu kötü olanların sağlık durumu iyi ve orta olanlara göre daha düşük olduğu saptandı. Okyay ve ark.(2016) yaptığı çalışmada genel sağlık halini kötü şekilde belirten bireylerin %91.7'sinin sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz veya sorunlu şeklinde bulunurken genel sağlık halini mükemmel biçimde ifade eden bireylerin %23.3'ünün sağlık okuryazarlık seviyesi sorunlu olarak belirlenmiştir (60). SOY'un bireylerin sağlık yönetimlerinde bir hayli önemli yere sahip olduğu düşünülmektedir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım, okuyup uygulayanların kendi sağlığı ile ilgili doğru karar, tutum ve davranış geliştirme yetisine daha iyi sahip olabileceği gibi bununla birlikte genel sağlık durumuna olumlu katkı sağlayacağı düşünülebilir.

SOY, kendi ve ailesinin sağlığını etkileyecek değişkenleri anlamada yardımcı olur (85). Çalışmamıza alınan birinci derece yakınında kalp hastalığı olan kadınların, TSOY-32 ölçeği ve alt boyutları arasında ilişki gözlemlendi ($p<0.05$). Birinci derece yakınında kalp hastalığı olan kadınların ölçek puanları, olmayanların ölçek puanlarına göre düşüktür. Ailede kalp hastalığı bulunanların risklere karşı duyarlılık ve bilgilerinin yetersiz olması bu duruma neden olmuş olabilir.

5.3. KARRİF-BD Ölçek Puan Ortalaması İle Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi

KVH' nın yaygınlığını ve ölüm sayılarında düşüş olması için kalp damar hastalıkları risk faktörlerine dikkat edilmelidir. Bu durumun sağlanması için davranış farklılıklarının oluşması için kişilerin kalp damar hastalıkları risk değişkenleri hakkında yeterli bilgi ve

eğitimin mevcut olmalıdır. Çünkü düşük bilgi ve eğitim, düşük motivasyonu oluşturur, sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını meydana getirecektir (2). Çalışma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ile KARRİF-BD ölçeği ve alt boyutları arasında ilişki olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça KARRİF-BD ölçeği ve alt boyutları arttığı görülmektedir. Farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin, okuryazar olmayanların KARRİF-BD ölçeği ve alt ölçek puanları diğer eğitim durumları ölçek puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Tan ve ark.(2013) ilköğretim mezunu kadınların okuryazar olmayanlara göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (79). Potvin ve ark.(2000) yaptığı çalışmada belirli eğitime sahip olmanın kalp damar hastalıkları risk değişkenleri arasında en güçlü sosyo-ekonomik faktör olduğu saptanmıştır (5). Eğitim düzeyinin yükselişiyle birlikte bilgi düzeyinin ve algılama kapasitesinin artması buna bağlı olarak da, sağlıklı yaşama ve davranışlara yönelme sağladığı düşünülebilir.

Sağlık verileri ile gelir durumu arasındaki bağlantı çok fazla çalışmada yer almıştır. İyi bir ekonomik imkan ile sağlık durumu arasında olumlu, mortalite arasında olumsuz bağlar bulunduğu ilişkin geniş bir yazın meydana gelmiştir (81). Çalışmamıza alınan kadınların gelir durumu ile bireylerin risk davranışları arasında ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Geliri giderden az kişiler, gelir gideri fazla ve gelir gidere eşit olanların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük değerler aldığı saptandı. Aminde ve ark.(2017) araştırmasında da aylık gelir düzeyi fazla olanların KVH hakkındaki bilgi birikimlerinin daha fazla olduğunu belirlemiştir (2). Potvin ve ark.(2000) yaptığı çalışmaya göre eğitimin kalp damar hastalıkları risk değişkenleri için en güçlü faktörün sosyo-ekonomik bileşen olduğunu saptamışlardır (66). Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmamıza paralel olarak sosyo-ekonomik seviyenin KVH'ya bağlı risk değişkenleri bilgi seviyesini arttırmada ön planda olduğu, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıkla ilgili her türlü bilgi ve imkânâ daha kolay ulaşabilmeleri, beslenme ve olumlu sağlık davranışına daha çok yönelmeleri bu durumun sonucunda puan ortalamalarının artmasına neden olmuş olabilir.

5.4. FINDRISC Ölçek Puan Ortalaması ile Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi

Eğitim ve sağlık kendi aralarında sürekli karşılaşacakları pozitif noktalara sahiptirler. Bu pozitiflik yükselen eğitim seviyesinin gelir ve sosyal güvence olanaklarının artması

ile ilişkilidir (84). Yüksek eğitimli birey sağlığını koruması ve geliştirmesi için daha yüksek bilgiye sahiptir. Çalışmamızda okuryazar olmayanların FINDRISC puanı diğer gruplara göre okuryazar ve ilkokul mezunu bireylerin de lise ve üzerinde eğitimi olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim seviyesi yükseldikçe FINDRISC puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Ülkemizde yapılan en büyük ulusal çapta temsili diyabet çalışmalarından biri olan TURDEP-II çalışmasında, 8 yıllık eğitimi bitirmiş kadınlarda diyabet ortaya çıkma riskinin eğitim görmüş kadınlara kıyasla 1.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (53). Amerika’da 1999-2010 senelerinde 20.633 yetişkinin yer aldığı National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) ve Viitasalo ve ark.(2012) çalışmalarına göre eğitim düzeyi arttıkça diyabet riski etkin bir şekilde düşmektedir (83). Genel olarak bakıldığında bu çalışmada da olduğu gibi eğitilmiş insanlar, sağlıklarını koruma ve geliştirmede, sağlıkla ilgili bilgileri edinme ve kullanmada, sağlık hizmetleri ihtiyaçları durumunda doğru seçim yapmada daha etkindirler. Bu bireylerin diyabet hastalığı konusunda farkındalıklarının daha yüksek olmasının ve sağlıklı yaşam biçimi ve davranış değişikliğini doğru sağlamaları nedeniyle, bireysel bakımlarını başarılı bir şekilde sürdürebilecekleri düşünülebilir.

Yaşın ilerlemesiyle meydana gelen bazı kronik ve akut hastalıkların prevalansı arttığında bireylerin yaşam koşulları kötü etkilenir, ruhsal bakımdan meydana gelen hastalıklar da çeşitli zorluklara sebep olur (74). Çalışmamıza alınan kadınların FINDRISC puanı ile yaş arasındaki ilişki pozitif yöne doğru güçlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Yaş arttıkça FINDRISC ölçek puanı anlamlı düzeyde artmıştır. Dursun ve ark. (2016) (69) ve Ruhuşen ve ark.(2016) yaptıkları çalışmalarda yaş artışı ile diyabet riskinin arttığını belirlemişlerdir (70). Genel olarak çalışmalara bakıldığında bu çalışmada da olduğu gibi yaş arttıkça ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, vücut fonksiyonlarında azalmaya bağlı kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Günümüzde de küresel bir sağlık sorunu olan diyabet, yaş artışıyla beraber oluşma riski de artmaktadır. Ölçeğin maddelerinden birisi yaş olduğu için yaş arttıkça bu maddeden alınan puanda artmaktadır.

Sağlığı algılama, bireyin, bütün olarak biyolojik, ruhsal ve toplumsal ebatlarıyla sağlık durumu nasıl değerlendirildiğinin önemli bir şeklidir (72). Çalışmamıza kapsamına alınan kadınların genel sağlık durumları ile FINDRISC puanı arasında anlamlı ilişki

belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışma kapsamına alınan kadınların genel sağlık durumu kötüleştikçe FINDRISC puanı istatistiksel olarak arttığı görüldü. Koçak ve ark.(2017) yaptığı çalışmada sağlık halini kötü şekilde belirten öğretmenlerin tip 2 diyabet risk puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (62). Koçak ve ark.(2017) yaptığı çalışmaya benzer olarak çalışmamızda da genç kadınların, sağlık algısı olumlu etkilenmiş olabilir. Sağlık halini iyi olarak gören kadınların, kendilerini sağlıklı bulmaları daha çok önemsemeleri ve kronik rahatsızlıklarının yokluğu FINDRISC puanlarında azalmaya neden olmuş olabilir.

Tüm dünyayı kasıp kavuran, sürekli sayısı artan diyabet, gebeliğin önemli komplikasyonları arasındadır. Kadının doğurganlık dönemlerinde önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkıp, hem annenin hem de bebeğin sağlığını tehlikeye atmaktadır (82). Bu nedenle evli olan kadınların diyabet konusunda farkındalıklarının daha yüksek olması beklenir. Çalışmamıza alınan kadınların medeni durumları ile FINDRISC puanı arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Bekarların ölçek puanları düşük olduğu, evlilerin FINDRISC puanlarının arttığı bulunmuştur. NHANES (1999-2010) çalışmasında bekar bireylerin diyabet riskinin anlamlı derecede düşük, Väättäinen ve ark.(2016) diyabet riski ile medeni hâl arasında ilişki saptamamıştır (63). Bu çalışmada bekarların yaşının daha küçük olması ve kronik rahatsızlıklarının olmaması, evlilerin yaş olarak daha ileri, genellikle ev hanımı ve aile içi rollerine daha çok sahip olmalarından dolayı kendi sağlıkları hakkındaki problemlere daha az zaman ayırdıkları söylenebilir. Ayrıca Türkiye kadınların büyük bir kısmında genelde evlendikten sonra kilo alma ve sedanter yaşam daha fazla görülmektedir.

Diyabet ile KVH genellikle madeni paranın iki yüzü gibidir. Diyabet koroner kalp hastalığı eşdeğeri olarak derecelendirildiği gibi, koroner kalp hastalığına sahip olan pek çok hastada da diyabet veya onun başında olan tablolar bulunmaktadır (29). Çalışmamıza alınan kadınların birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olanlar ile olmayanların FINDRISC puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Taşkın Yılmaz ve ark.(2017) yaptığı araştırmada çalışmaya dahil olanların %47.6'sında ailesinde kalp hastalığı bulunan kişiler olduğu gözlenmiştir (9). Bu bulgulardan yola çıkarak bireylerin aile öyküleri, genetik faktörleri, yaşam biçimleri ve buna bağlı birinci derece yakınlarında kalp hastalığı sayısı arttıkça FINDRISC puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmış olabilir.

Yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlığını koruması, sürdürebilmesi ve geliştirmesi için daha çok bilgiye sahiptirler. Eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık düzeyi artmaktadır (84). Okuryazarlık becerileri yeterli seviyede olmayan erişkinler, beceri düzeyleri hakkında çekingenlik yaşayabilir ve okuma ve kelime dağarcığıyla ilgili olarak yaşadıkları zorlukları saklayabilirler (80). Bu durum diyabet veya başka kronik hastalık türlerinin risklerinin geç fark edilmesine neden olabilir. Çalışmamıza alınan kadınların okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde yardım durumu ile FINDRISC puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Her zaman okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde yardım alanlar diğer gruplardaki bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanı aldığı gözlemlendi. Bu çalışmada okuma-yazma hakkında aktivitelerde her zaman yardım alanların büyük çoğunluğunun eğitim düzeylerinin düşük buna bağlı olarak diyabet hastalığı konusunda farkındalıklarının daha zayıf olabileceği, sağlıklı yaşam biçimi ve davranış değişikliğinin pek fazla doğru sağlayamayacakları ve bireysel bakımlarının çok başarılı bir şekilde sürdüremeyecekleri düşünülebilir.

5.5. TSOY-32 ölçeği, KARRİF-BD ölçeği ve FINDRISC arasındaki ilişki

Ülkelerin en önemli kalkınma değişkenleri gösterilirken ekonomi, eğitim ve sağlık verileri ile beraber sunulmaktadır. Eğitim ve sağlık yaşamın vazgeçilmez unsurlarıdır (81). Ayrıca eğitim ve sağlık arasında olumlu yönde güçlü bir bağ söz konusudur. Yetersiz eğitim seviyesinde olan kişiler kendi sağlıklarının yönetiminde, sağlık hizmetleri kullanımında, sağlıklı yaşama karşı tutum ve davranışlarında bunun gibi birden fazla durumlarda zorlanabilirler (87). Bu nedenle yetersiz/düşük SOY seviyesine sahip olan diyabetli kişiler acil servisleri daha fazla başvurdukları, yatarak tedaviyi daha fazla aldıkları, diyabete bağlı oluşacak istenmeyen durumların daha çok görüldüğü, diyetleri konusundaki yönetiminde zorlanmaları nedeniyle ciddi kan şekeri düşüklüğü ve yüksekliği gibi riskli durumlar saptanmıştır (13). Çalışma kapsamına alınan kadınların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutları ile FINDRISC puanı arasında negatif yönde doğru orta kuvvette anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (r değeri 0,400 üzeri ve p değeri 0.05 den küçük ilişkileri şiddetini belirtir). FINDRISC toplam puanı arttıkça TSOY-32 ölçeği ve alt boyutları puanları anlamlı düzeyde azalmıştır. Hashempour (2018)'un yaptığı çalışmada sağlık ve diyabet okuryazarlığı hakkında gerçekleştirilen araştırmasında, çalışmaya dahil olanların %16.1'inin bilgiye ulaşım, %18.1'inin bilgiyi

anlama, %42.8'inin bilgiyi değerlendirme ve %25.7'sinin bilgiyi uygulama alanında “yetersiz veya sorunlu” SOY sınıfında bulundukları belirtilmiştir (7). Bu alışmada SOY düzeyleri yüksek olan bireylerin, diyabet hastalığı konusunda farkındalıklarının daha yüksek olmaları, sağlıklı yaşam biçimi ve davranış değişikliğini doğru sağlamaları, bireysel bakımlarını başarılı bir şekilde srdrlebilecekleri düşünülebilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdadır:

- Kadınların TSOY-32 ortalama indeks puanı 28.48 ± 11.02 ve 1/3’de yetersiz sağlık okuryazarlığı olduğu,
- En düşük TSOY-32 alt boyutu “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığı Geliştirme İle Bilgiyi Uygulama (26.02 ± 12.29)” olduğu,
- En yüksek TSOY-32 alt boyutu ortalaması “Tedavi Hizmet İle Sağlıklı Bilgiyi Kullanma ve Uygulama (32.83 ± 11.82)” boyutu olduğu,
- Katılımcıların KARRİF-BD ortalamasının 16.77 ± 4.46 olduğu,
- En düşük KARRİF-BD alt boyutu “Risk Davranışları (5.32 ± 1.68)” boyutu olduğu,
- En yüksek KARRİF-BD boyutu ortalama “Risk Faktörleri (9.46 ± 2.82)” boyutunda olduğu,
- FINDRISC puan ortalaması 13.93 ± 3.63 ,
- Yaş ilerledikçe, TSOY-32’nin anlamlı düzeyde azaldığı ($p < 0.05$),
- Eğitim seviyesi yükseldikçe genel TSOY-32 ortalamalarının arttığı ($p < 0.05$),
- Evli olanların bekarlara göre TSOY-32 puanlarının daha düşük ve anlamlı olduğu ($p < 0.05$),
- Yeşil kart olanların TSOY-32 puanı, diğer sağlık güvencesi olanlara ve sağlık güvencesi olmayanların aldığı puanlara göre düşük ve anlamlı olduğu ($p < 0.05$),
- Genel sağlık durumu kötü olanların sağlık durumu iyi ve orta olanlara göre TSOY-32 puan ortalamaları düşük ve anlamlı olduğu ($p < 0.05$),
- Birinci derece yakınında kalp hastalığı olan kadınların TSOY-32 ölçek puanı olmayanlara göre daha düşük olduğu ($p < 0.05$),

- Eğitim düzeyi arttıkça KARRİF-BD ölçeği ve alt boyutları arttığı ($p<0.05$),
- Gelir gider eşit olanların KARRİF-BD ölçeğinin riskli davranışları alt boyutunun daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Eğitim arttıkça FINDRISC puanı azaldığı ($p<0.05$),
- Yaş arttıkça FINDRISC ölçek puanı anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$),
- Kadınların genel sağlık durumu kötüleştikçe FINDRISC puanı arttığı ($p<0.05$),
- Evli olanların FINDRISC puanının bekarlara göre daha düşük olduğu ($p<0.05$),
- Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olanların FINDRISC puanının anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$),
- Okuma-yazma ile ilişkili aktivitelerinde birilerinden destek alma durumu arttıkça FINDRISC puanının yükseldiği ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Sonrada bu sonuçlar doğrultusunda:

1. Toplum bilinçlendirmek amaçlı Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) veya Aile Sağlığı Merkezleri gibi çeşitli alanlarda çalışmalar yapılması ve yetkili birimlerin kadınları sağlık okuryazarlığı konusunu amaç edinerek bu doğrultuda eğitimler yapılması,
2. Sağlığa ilişkin olumlu davranışların erken çocuklukta şekillenmesi nedeniyle eğitim öğretim programlarının müfredatına sağlık okuryazarlığı dersinin eklenmesi,
3. Medya ve iletişim araçlarında SOY ilişkin bilgilendirme amacıyla kamu spotlarının yer alması,
4. Kadınların en sık kullandığı sağlık hizmet basamağı olan birinci basamakta yer alan aile sağlığı merkezlerinde bilgilendirme amaçlı tanıtım videolarının sunulması,
5. Aile sağlığı merkezlerinde yer alan sağlık personeline SOY konusunda eğitim yapılması,
6. Sağlık sektörünün doğru kullanımı için toplum bilgilendirmelerin yapılması,

7. Sağlık okuryazarlığın teşvik için ihtiyaç duyulan her konuda ve seviyeye uygun broşür ve eğitim kitapçıklarının hazırlanıp, sağlık sektöründe ücretsiz halka ulaşmasının sağlanması,
8. Kronik hastalıkların erken tanısında risk tarama ölçeklerinin kullanması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı. Aralık 2014.
2. Çürük GN, Korkut Bayındır S, Oğuzhan A. Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 27 (1).
3. Kulak E, Berber B, Temel H, Kutluay SN, Yıldırım M, Dedeoğlu FN, Çifçili S, Save D. Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerde Tip 2 Diyabet Risk Düzeyinin Belirlenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2019; 23 (1).
4. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galasaray Üniversitesi İletişim Dergisi 2013;73-92.
5. Yılmaz M, Boylu M. Masa Başlı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13 (1): 27 34.
6. Ağralı H, Akyar I. Diyabetli Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı: Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. ACU Sağlık Bilimler Dergisi 2018; 9(3):314-321.
7. Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi 2019;12(1):96-106.
8. Özkan S (Editör). Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Programı: Ankara İli Sincan İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Eğitim Gereksinimlerinin Saptanarak Eğitim Programı Geliştirilmesi ve Eğitim Programının Uygulanması-Değerlendirilmesi. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1085, 2018.

9. Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Çelik S. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri İlgili Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2018;15 (2): 63-70.
10. Teleş M, Kaya S. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22 (4): 711-748.
11. Vural Aktan G, Özdemir F. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çukurova Medya Dergisi 2020;45(1):352-361.
12. Aydın D, Aba YA. Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2019;12 (1): 31-39 .
13. Özönük E, Yılmaz M. Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2019;16(2):96-103.
14. Gözlü KA. Social Determinant Of Health: Health Literacy. Med J SDU 2020; 27(1): 137 -144.
15. Aras Z, Bayık Temel A. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2017; 25(2): 85-94.
16. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016; 9(4):142-147.
17. Sarıyar S, Fırat Kılıç H. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2): 126-131.
18. Utma S. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak İBAD Sosyal Bilimler Dergisi 2019; (5): 223-231

19. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum Yıl:29, Eylül-Aralık 2019;(3).
20. Aktaş H. Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi 2018;1(1); 12-16.
21. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(3).
22. Bilir N. Sağlık okuryazarlığı. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2014;12(1)
23. Yılmazel G, Çetinkaya F. The Importance Of Health Literacy For Community Health. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15 (1).
24. Çopurlar CK, Kartal M. What is Health Literacy? How to Measure It? Why is It Important? Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care 2016;10(1):42-47.
25. Coşansu G. Diyabet: Küresel Bir Salgın Hastalık. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Okmeydanı Tıp Dergisi 31 (Ek sayı):1-6, 2015.
26. Kılınçarslan MG, Şahin EM. Güncel Kılavuzlar Işığında Dislipidemi Yönetiminin İlk Basamağı: Yaşam Tarzı Değişiklikleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2019; 23 (1): 31-40
27. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Yayın No: 816, 2011.
28. Ulusal Diyabet Konsensus Grubu. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019. Erişim Tarihi: 11.09.2021 https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf
29. Avrupa Kardiyoloji Derneği ve Avrupa Diyabet Araştırmaları Birliği Diyabet ve Kardiyovasküler Hastalıklar Görev Grubu. Diyabet, Prediyabet ve Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Kılavuz. European Heart Journal 2007; 28: 88–136

30. Uzuner A. Kalp Yetersizliği: Birincil ve İkincil Korunmada Birinci Basamak Hekiminin Önemi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı/İstanbul 2011; 24: 76-79.
31. Deniz Acar R, Aktoz M, Atamaner O, Aytekin S, Bozçalı Polat E, Çelik HG, Çelik Ö, Cengiz Elçioğlu B, Dinçer İ, Gazi E, Gülmez Ö, Kayıkçioğlu M, Keser N, Özer N, Saatçi Yaşar A, Şahinarslan A, Tan Kürklü TS, Tokgözoğlu L, Yamaç AH, Yıldırım Türk Ö, Yılmaz DÇ, Yılmaz N. Kadınlarda Kalp Damar Hastalıklarına Yaklaşım. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması 2018; 46(Supp. 1):1-44
32. Yıldırım A. Postmenopozal Hormon Replasman (Yerine Koyma) Tedavisi ve Kardiyovasküler Sistem, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi - 2010;38 Supp.
33. Türkiye’de Diyabet Profili. Diyabet, Bakım, İzlem Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirilmesi Çalıştay Raporu 2009.
34. Dülek H, Tuzcular Vural Z, Gönenç I. Risk Factors in Cardiovascular Diseases. Journal Turkish Family Physician 2018; 09 (2): 53-58.
35. Bektaş Akpınar N, Ceran MA. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik ve Diyaliz Bölümü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 3(2); 140-152.
36. Erkuş B. Hemşireler Kronik Hasta Bakımını Yönetiyor Acıbadem Sağlık Grubu Eğitim ve Gelişim Hemşiresi. http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/ICN.pdf Erişim Tarihi: 11.09.2021
37. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;02(4): 18-27.
38. Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler. 2010-2020 Ulusal Diyabet Stratejisi Sonuç Dokümanı. 01 Ocak 2009 - 31 Aralık 2010

39. Ersöz Gülçelik N, Sönmez A(Editörler). Diyabet Tedavi ve İzlem Klinik Protokolleri. SBÜ, Gülhane Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı. Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Mart 2020.
40. Uçar A, Arslan S. The Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level of The Adults Living in A Family Health Center Region. Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(17):121-130.
41. Yurtsever Çelik S. Diyabet Tanılama-Sınıflandırma ve Risk Değerlendirmesi. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzm. Diyabet Eğitim Hemşiresi. 26 Mart 2015.
42. Hançerlioğlu S, Şenuzun Aykar F. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. 2018; 7(1): 175-183.
43. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018; 14(1) ss. 67-88
44. Gülel O. Kardiyovasküler Risk Faktörleri. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Samsun. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 29 (2012) S107-S116.
45. Samur G, Yıldız E. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar / Hipertansiyon. Ankara Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Şubat – 2008.
46. Çelik S, Görgülü Ş, Tezel T. Alkol Tüketimi ve Koroner Kalp Hastalığı. İstanbul Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Kardiyoloji Kliniği. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2002; 30:634-639.
47. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı İle Sağlık Okuryazarlığı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Smyrna Tıp Dergisi – 48. Kabul Tarihi: 15.11.2014.

48. Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği 2018;17(2):16-27.
49. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü.Yayın No:3. 2015. s.61-74
50. Keskin Ö, Balcı B. Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ve Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2011; 1(2):81–85
51. Eroğlu N. Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak İçin Tanı, Tedavi ve İzlem. İstanbul Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019; 4(1): 31-33.
52. Çayır A, Turan Mİ. Cardiac Disorders Related to Diabetes Mellitus. Ankara Med J, 2015, 15(4):231-234
53. Türkiye’de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu. Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi Türkiye 2013.
54. Öztürk EU. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi. Biruni Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu. 2018.
55. Say Ş. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmeti Kalitesini Algılama Üzerine Etkisi. Sosyal Bilimler Akademi Dergisi. Mayıs / 2020;3(1):1-23
56. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(2):214-228.
57. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Sağlam Kanıtlar Sağlık Okuryazarlığı. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği 2005.
58. Arıkan İ. Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği’ nin Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2009;37(1):35-40.

59. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020
Ankara.
60. Okyay P, Abacıgil F(Editörler). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri
Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025 Mayıs 2016
61. Değerli H, ve Tüfekçi N. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi.
Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi 2018;06(15): s.467-488
62. Koçak HS, Öncel S, Zincir H, Seviğ EÜ. Determining primary school
teachers'type 2 diabetes risk and healthy lifestyle behaviors. Turk J Public Health
2017;15(2).
63. Arpacı İ ve ark.(2019) Hastane Çalışanlarında Diyabet Riskinin Değerlendirilmesi,
Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2019;11(1).
64. Arslan DE, Kılıç Akça N. Akademik Personelin Kardiyovasküler Risk
Farkındalıkları, Yozgat Bozok Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı. Kocaeli Med J 2020; 9; 2:31-38.
65. T.C Sağlık Bakanlığı Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü. <https://gaziantepism.saglik.gov.tr/TR-95835/gaziantep-aile-sagligi-merkezleri-iletisim-bilgileri.html>.
66. Oral Presentations / 8. International Trakya Family Medicine Congress Proceedings
Book, Balkan Congress Center, Edirne, Turkey. 06 - 10 March 2019.
67. Özkan ÖP, Büyükcü SK, Yiğit Z, İnci Y, Şakar FŞ, Ersü DÖ. Kardiyovasküler
Hastalık Tanısı Almış Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının
Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi 2019;12(1):22-31
68. Şimşek, E, Ökmen, MŞ. Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Kardiyovasküler
Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi
Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2020; 22(3).
69. Dursun ÜM, Kasım İ, Sümer S, Aksoy H, Kahveci R, Koç EM, Gücük S, Şencan İ,
Özkara Ö. Ankara Devlet Huzurevlerinde Diabetes Mellitus Prevalansı: Orjinal
Araştırma. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2016; 26(3):191-196

70. Ruhuşen K, Sayın S, Koçak A. Tanı Almamış Tip 2 Diyabet İçin Bir Tarama Metodu Olarak Fin Diyabet Risk Anketi (FINDRISK) Uygulanabilir mi? Konuralp Tıp Dergisi 2016;8(3) 158-166.
71. Olgun N, Yalın H, Demir HG. Diagnosis And Risk Determination Of Diabetes Dealing With Diabetes. Turkish Family Pihısıclan Cilt:2 Sayı:2 www.turkishfamily physcian.com.
72. Çimen Z, Bayık Temel A. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33(3):105-125, 2017.
73. İstek N, Karakurt P. Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi. G.O.P. Taksim E.A.H.JAREN 2018;4(3):179-182
74. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi. Yayın No:3 2015.
75. Arıcı H, Altunoğlu EG, Katran HB. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 14 Kasım Dünya Diyabet Günü Kapsamında Diyabet Risk Taraması Sonuçları. G.O.P. Taksim E.A.H. Özgün Araştırma JAREN 2018;4(3):156-163.
76. Ölüm ve Ölüm Nedeni. İstatistikleri Türkiye İstatik Kurumu, 2019 Sayı: 33710 24 Haziran 2020 Saat: 10:00.
77. Kaya E, Karaca Sivrikaya S. Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik 2019;2(3):216-221
78. İstatistiklerle Kadın. Türkiye İstatik Kurumu. 2019 Sayı: 33732 06 Mart 2020 Saat: 10:00.
79. Tan M, Dayapoğlu N, Şahin ZA, Cürcani M, Polat H. Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2(3).
80. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırma Ankara -2018
81. Tüylüoğlu Ş, Tekin M. Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi. 2009;13(1). ss.1-31.

82. Ural A. Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6(2): 120-127.
83. Arpacı İ, Olgun N, Arpacı Eren İ. Hastane Çalışanlarında Diyabet Riskinin Değerlendirilmesi. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi , Ocak - Haziran 2019; 11(1).
84. Gençoğlu P, Kuşkaya S. Türkiye’de Sağlığın Eğitim Üzerindeki Etkileri: ARDL Sınır Testi Yöntemi ile Bir Değerlendirilme. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi 2017;5(4). ss.1-11.
85. İknişik H, Turan G, Kutay F, Sever F, Keskin SN, Güdek H, Dur Tiftik SR, Maral I. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2020;73 (3):247-252
86. Türkiye’nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>.
87. Toprakçı E, Meşe ÖF. Türkiye’de Bireylerin Eğitim Düzeyi İle Sağlığı Arasındaki İlişki: Ulusal Veriler Işığında Bir Analiz. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Yıl: 2019 (51) :118-143.
88. Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması. Aktif Yaşam Derneği. 2010 Türkiye İstatik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması. 2019 Sayı: 33661 04 Haziran 2020 SAAT: 10:00.
89. 2019 Türkiye Sağlık Araştırması. Yayın Tarihi: 04 Haziran 2020 Saat: 10:00 Sayı: 33661.
90. Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018 – ANKARA.
91. Gaziantep Nüfusu. <https://www.nufusu.com/gaziantep>.

8. EKLER

Ek 1. Güç Analizi

[1] -- Tuesday, January 18, 2022 -- 11:03:55

t tests - Means: Difference from constant (one sample case)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	0.2258621
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.95
Output:	Noncentrality parameter δ	=	3.6208449
	Critical t	=	1.9692739
	Df	=	256
	Total sample size	=	257
	Actual power	=	0.9502482

Ek 2. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyet: 1. () Erkek 2. () Kadın

3- Medeni Durumunuz: 1. () Evli 2. () Bekâr

4- Eğitim durumunuz:

1. () Okur yazar değil 2. () Okuryazar 3. () İlkokul
4. () Orta okul 5. () Lise 6. () Üniversite

5- Meslek:

1. () Ev Kadını 2. () Kamu personeli 3. () İşçi 4. () Serbest Meslek
5. () Esnaf 6. () Çiftçi 7. () İşsiz 8. () Öğrenci
9. () Emekli 10. () Özel sektör çalışanı

11. () Diğer(.....)

6- Sizce ailenizin ekonomik durumu nasıl?

1. () Gelir giderden fazla 2. () Gelir gidere eşit 3. () Gelir giderden az

7- Ne kadar sık kitap okursunuz?

1. () Hiç okumam 2. () Ara sıra 3. () Sıklıkla

8- Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinizde diğer kişi/kişilerden yardım alıyor musunuz?

1. () Her zaman 2. () Bazen 3. () Nadiren 4. () Hiçbir zaman

9- Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. () Kötü 2. () Orta 3. () İyi 4. () Çok iyi

10- Sağlık güvenceniz nedir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

1. () Yok 2. () Yeşil kart 3. () SSK 4. () Bağ-kur
5. () Emekli Sandığı 6. () Özel sandık 7. () Özel sigorta

11- Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

12- Sigara içiyor musunuz?

1. () İçmiyorum 2. () İçiyorum 3. () Bıraktım

13- Alkol kullanıyor musunuz?

1. () Hiç kullanmadım 2. () Ara sıra kullanıyorum 3. () Kullanıyorum

14- Egzersiz yapıyor musunuz?

1. () Hiç yapmıyorum 2. () Ara sıra yapıyorum 3. () Sürekli yapıyorum

15- Ailede kalp hastalığı olan 1. derece akrabanız var mı? (anne, baba, kardeş,...)

1. () Evet 2. () Hayır

16- Doktorunuz size kolesterolünüzün yüksek olduğunu söyledi mi?

1. () Evet 2. () Hayır

17- İştahsızlık sorunu yaşıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bazen

18- Halsizlik ve çabuk yorulma sorunu yaşıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bazen

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (Tsoy-32):

	0= çok kolay	1= kolay	2= zor	3= çok zor	4= fikrim yok
1-Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2-Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3-Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4-Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5-Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulma					
6-Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7-Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma					
8-Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9-Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10-Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11-İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12-Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13-Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14-Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15-Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16-Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17-Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18-Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19-Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20-Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21-Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					

22-Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23-İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24-İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25-Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26-Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27-Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28-Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29-Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30-Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31-Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32-Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (Karrif-BD) Ölçeği:

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1-Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2-Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3-Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır			
4-Koroner kalp hastalığı önlenabilir			
5- Ülkemizdeki olum ve hastalıkların önlenabilir nedeni sigaradır.			
6-Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7-Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8-Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9-Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10-Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11-Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12-Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır			
13-Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır.			
14-Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15-Düzenle egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16-Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17-Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.			
18-Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19-İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20-Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21-Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22-Tansiyon ilacını omur boyu kullanmak gerekir			
23-Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24-İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25-Kotu kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26-Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27-Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28- Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır			

Finlandiya Tip 2 Diyabet Risk Değerlendirme Ölçeği

Doğru seçeneği yuvarlak içine alın ve puanlarınızı toplayın.

1- Yaş (Belirtiniz).....

- a) 0 puan 45 altı
- b) 2 puan 45-54 arası
- c) 3 puan 55-64 arası
- d) 4 puan 64 üzeri

2-Kilo (Belirtiniz)

3-Boy(Belirtiniz).....

4- Vücut kitle indeksi

- a) 0 puan 25 kg/m²'nin altı
- b) 1 puan 25-30 kg/m²
- c) 3 puan 30 kg/m² üzeri

5-Kaburgaların altından ölçülen bel çevresi kaç cm yazınız

ERKEK

- a) 0 puan 94 cm altı
- b) 3 puan 94-102 cm
- c) 4 puan 102 cm üzeri

KADIN

- 80 cm altı
- 80-88 cm
- 88 cm üzeri

6- Genellikle işte ve/veya boş zamanlarınızda günde en az 30 dakika fiziksel etkinlik yapar mısınız?

- a) 0 puan Evet
- b) 2 puan Hayır

7- Ne sıklıkta sebze, meyve yersiniz?

- a) 0 puan Her gün
- b) 1 puan Her gün değil

8- Hiç düzenli olarak tansiyon ilacı kullandınız mı?

- a) 0 puan Hayır
- b) 2 puan Evet

9- Hiç kan glukoz düzeyiniz yüksek bulundu mu? (örn. rutin bir muayenede, hastalık sırasında, hamilelikte)

- a) 0 puan Hayır
- b) 5 puan Evet

10- Aile üyeleriniz arasında (tip 1 veya tip 2) diyabet tanısı konulmuş olanlar var mı?

- a) 0 p. Hayır
- b) 3 p. Evet; dede, nine, hala, amca veya yeğenler (kendi anababası, kardeşi veya çocuğu değil)
- c) 5 p. Evet; anababa, kardeş veya kendi çocuğu

Toplam risk puanı

On yılda tip 2 diyabet gelişme riski

() <7 Düşük: 100 kişiden 1'inde hastalık gelişeceği hesaplanmıştır

() 7-11 Hafifçe artmış: 25 kişiden 1'inde hastalık gelişeceği hesaplanmıştır

() 12-14 Orta: 6 kişiden 1'inde hastalık gelişeceği hesaplanmıştır

() 15-20 Yüksek: 3 kişiden 1'inde hastalık gelişeceği hesaplanmıştır

() >20 Çok yüksek: 2 kişiden 1'inde hastalık gelişeceği hesaplanmıştır

Ek 3. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı



Ek 4. Kurum İzni Yazısı

	T.C. GAZİANTEP VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GAZİANTEP BULAĞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ 15.06.2020 09:21 - 66053108 - 179 - E 381  00119318870
Sayı : 66053108-179 Konu : Nurten DOĞAN'ın Araştırma İzni Hk.		
TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİNE		
İlgi : 15/06/2020 tarihli ve 91899590-774.99-438 sayılı yazı.		
İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans tez programı öğrencisi Nurten DOĞAN'ın, Müdürlüğümüze bağlı Binevler Aile Sağlığı Merkezi, Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi ve Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezlerinde yapmayı planladığı "Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Diyabet Riskine Etkisi" konulu bilimsel araştırmasının içeriği birimimiz tarafından incelenmiştir. Uygun görülmeyen bir durum tespit edilmemiş olup, çalışma sonucunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı ile paylaşılması amacıyla tarafımıza iletilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.		
e-imzalıdır. Dr. Mehmet Emin İNCE Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı		
Bulağıcı Olmayan Hastalıklar Birimi Mücahitler Mahallesi 52025. Sokak No: 4/8 Şehitkamil/Gaziantep Telefon: Faks No: 03422210202 e-Posta: umran.sahin1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.gaziantepsaglik.gov.tr Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 26c7dca2-6e0a-4eb9-96f7-89d8acecb436 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	Bilgi için: Ümran PEKTAŞ DİYETİSYEN Telefon No: (0 342) 220 05 05	



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 91899590-179
Konu : Nurten DOĞAN'ın Araştırma İzni
Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlık Hizmetleri Birimi)

İlgi : 10/06/2020 tarihli ve 87825162-774.99-1748 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans tez programı öğrencisi Nurten DOĞAN'ın, Müdürlüğümüze bağlı Binevler Aile Sağlığı Merkezi, Halide Alevli Aile Sağlığı Merkezi ve Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezlerinde yapmayı planladığı "Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Diyabet Riskine Etkisi" konulu bilimsel araştırmasının içeriği Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi Tarafından incelenmiş ve onaylanmış olup; görüş yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mehmet Emin İNCE
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Ek: Nurten DOĞAN'ın Araştırma İzni Hk.

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Toplum ve Göç Sağlığı
Hizmetleri Birimi. Mücahitler mah.25 nolu sok.4. kat/8 Şehitkamil/Gaziantep
Telefon: Faks No:

e-Posta: ceyda.toraman@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 26c7dca2-6e0a-4eb9-96f7-89d8aeeeb436 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Ceyda TORAMAN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 3 42) 220 05 05



Ek 5. Ölçek Kullanım İzni



Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ve Diyabet Riskine Etkisi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

DSÖ, sağlık okuryazarlığını; “bireylerin kendi sağlığını sürdürmek ve iyileştirmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, anlaması ve bu bilgilerin kullanılması için gerekli bilişsel ve sosyal becerilere sahip olması” olarak tanımlamaktadır. Literatürde sağlık okuryazarlığı açısından en çok etkilenen gruplar arasında kronik hastalıklı bireyler, yaşlılar ve çoğunlukla kadınların yer aldığı belirtilmektedir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlığın korunması geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için önemli bir etkidir. Bu çalışmanın amacı aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisi belirlemektir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaşın üzerinde olmak, kadın olmak, herhangi bir kronik hastalığın olmaması, herhangi bir iletişim sorunu bulunmamak, bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada 32 sorudan oluşan anket formu, kadınların sağlık okuryazarlıklarını belirlemek amacıyla Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32), diyabet riskini belirlemek amacıyla Finlandiya Diyabet Risk Anketi (FINDRISC), kardiyovasküler hastalık riskini belirlemek amacıyla Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği kullanılacaktır. Veriler araştırmacı tarafından yüzyüze anket uygulaması ile toplanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketteki sorulara yeterince zaman ayırmanız, dürüstlikle cevap vermeniz ve soruları eksiksiz doldurmanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 254’tür.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 12 aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisi belirlemek açısından önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu çalışmada anket formları uygulanacaktır. Herhangi olası risk durumu yoktur.

GEBELİK

Çalışmamız anket uygulaması şeklinde ve tanımlayıcı olarak yapılacaktır. Gebelik, doğmamış fetus ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI.....'dır**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Bu çalışmayı kabul etmediğiniz zaman çalışma dışı kalırsınız.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu çalışmada herhangi bir tedavi uygulaması yoktur. Araştırma sadece anket uygulaması şeklinde ve tanımlayıcı olarak yapılacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/ SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Bu araştırmada herhangi bir invazif girişim bulunmamaktadır. Katılımcıların herhangi bir zararla karşılaşma durumları söz konusu olmayıp, araştırma anket uygulaması şeklindedir.

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan tedavi/uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05330175270 no.lu telefonda Nurten Doğan'na başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmayı kabul etmeme ya da herhangi bir aşamada ayrılma sizin isteğiniz dahilinde olup, herhangi bir sorun ya da güçlükle karşılaşma durumu olmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 7. Kongre Katılım Belgesi

7th UTSK, 28/29 August 2021, Online/ ANKARA



7th International Medicine and Health Sciences Researches Congress

(UTSAK)
2021



28- 29 AĞUSTOS
ONLINE

KONGRE PROGRAMI *CONFERENCE PROGRAMME*

www.utsakcongress.com

7th International Medicine and Health Sciences Researches Congress

28 – 29 August 2021 ONLINE-ANKARA

(UTSAK)

Certificate of Attendance



Nurten DOĞAN

28 – 29 Ağustos 2021 tarihleri arasında ONLINE olarak düzenlenen 7. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi'ne (UTSAK) SÖZLÜ bildiri ile katılmanızdan ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyoruz. Çalışmalarınızda başarılar diliyoruz.

We would like to thank you for participating the 7th International Medicine and Health Sciences Researches Congress (UTSAK) held ONLINE between 28 – 29 August 2021 with the ORAL presentation . We wish you success in your work.

ILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KARDİOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE DİYABET RİSKİNE

Prof. Dr. Handan GÜLEÇ
Düzenleme Kurulu A.



U. Erdem

Prof. Dr. Mehmet Dursun ERDEM
Rektör

www.utsakcongress.com

9. ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında ADIYAMAN-Besni’de doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Besni’de tamamladı. 2012-2016 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde eğitim gördü. 2019 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programına başladı. 2017 yılında başlayıp Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi’nde Genel Yoğun Bakım Ünitesi’nde halen hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

