



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYABET HASTALARINDA HASTA PERSPEKTİFİNDEN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA DUYARLI İLETİŞİM VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KARMA DESENİLİ BİR ÇALIŞMA**

AYŞEGÜL HÜLCEN DÖNMEZ
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ RAMAZAN ÖZGÜR ÇATAR
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DIYABET HASTALARINDA HASTA PERSPEKTİFİNDEN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA DUYARLI İLETİŞİM VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KARMA DESENİLİ BİR ÇALIŞMA**

AYŞEGÜL HÜLCEN DÖNMEZ
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ RAMAZAN ÖZGÜR ÇATAR
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş 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 olmadığı beyan ederim.

Ayşegül Hülcen Dönmez

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca akademik bilgisi, deneyimi ve teşvik edici yaklaşımıyla çalışmama odaklanmamı ve motivasyonumu korumamı sağlayan danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Özgür Çatar'a; tez izleme komitemde yer alan ve sürecin her aşamasında bilgi, deneyim ve yönlendirmeleriyle çalışmama büyük katkılar sunan Sayın Prof. Dr. Gonca Mumcu ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Pınar Kılıç Aksu'ya; akademik hayatım boyunca gelişimime katkı sağlayan Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerine; tez sürecinde yanımda olan ve desteğiyle bana güç veren kıymetli arkadaşlarıma; eğitim hayatım boyunca sabır ve özveriyle daima yanımda olan sevgili aileme sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	6
4.1.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı.....	6
4.1.2. Sağlık okuryazarlığının düzeyleri	10
4.1.3. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi	11
4.1.4. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı	12
4.1.5. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık çıktıları	13
4.1.6. Sağlık okuryazarlığı evrensel önlemler yaklaşımı	15
4.1.7. Kurumsal sağlık okuryazarlığı	18
4.1.7.1. Kurumsal sağlık okuryazarlığının tanımı	19
4.1.7.2. Sağlık okuryazarı kuruluşların 10 özelliği	21
4.1.7.3. Kurumsal sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları ve yapılan çalışmalar	25
4.2. Sağlık İletişimi.....	29
4.2.1. Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim	33
4.2.2. Hasta merkezli iletişim	36
4.3. Diyabet Hastalığı	40
4.3.1. Hastalıkla ilgili genel bilgiler	40
4.3.1.1. Tanı kriterleri.....	41
4.3.1.2. Diyabetin sınıflandırılması.....	42
4.3.1.3. Diabetes Mellitus (DM) komplikasyonları	44
4.3.2. Diyabet ve sağlık okuryazarlığı	45
4.3.3. Diyabet hastalarıyla iletişim	48
4.3.4. Diyabet yönetiminde hasta güçlendirme.....	51
5. GEREÇ VE YÖNTEM	55
5.1. Araştırmanın Modeli	55
5.2. Araştırmanın Deseni	55
5.3. Evren ve Örneklem.....	56
5.3.1. Çalışmanın ilk aşamasının örnekleme	57
5.3.2. Çalışmanın ikinci aşamasının örnekleme	57
5.4. Etik ve Yasal Gereklikler	58
5.5. Araştırma Süreci	58
5.5.1. Birinci aşamanın uygulanması.....	58
5.5.1.1. Dil ve kültürel uyarlama adımları	59
5.5.1.2. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi.....	62
5.5.2. İkinci aşamanın uygulanması.....	65
5.5.2.1. Nitel veri toplama süreci	65

5.5.2.2.	Nitel veri analiz süreci.....	66
5.5.2.3.	Nitel verilerin geçerlik ve güvenilirlikleri.....	66
6.	BULGULAR	69
6.1.	Çalışmanın Nicel Aşamasına İlişkin Bulgular	69
6.1.1.	Dil ve Kapsam Geçerliği Bulguları	69
6.1.2.	Yapı Geçerliği Bulguları.....	70
6.1.3.	Güvenilirlik Bulguları.....	73
6.1.4.	Demografik Bulgular	76
6.1.5.	Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Değerlendirilmesi	78
6.2.	Nitel Aşamanın Bulguları.....	82
6.2.1.	Bireylerarası İletişim Stratejileri Temasına Ait Bulgular	84
6.2.1.1.	Bireysel farklılık ve ihtiyaçları fark etme	85
6.2.1.2.	Detaylı bilgilendirme.....	91
6.2.1.3.	Anlaşılır ve sade dil kullanma	96
6.2.1.4.	Kabullenme ve uyumu destekleme	99
6.2.1.5.	Varsayımlardan kaçınma.....	103
6.2.1.6.	Materyal desteği sağlama	106
6.2.1.7.	Hasta katılımını teşvik etme	110
6.2.2.	Politika ve Uygulamalar Temasına İlişkin Bulgular.....	121
6.2.2.1.	Alan uzmanlığı	121
6.2.2.2.	Hizmete erişim	124
6.2.2.3.	Bilgiye Erişim	132
6.2.2.4.	Periyodik takip ve kontrol	139
6.2.2.5.	Koordinasyon ve iş birliği	142
6.2.2.6.	Hasta bilinçlendirme	145
6.3.	Nitel ve Nicel Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi	148
7.	TARTIŞMA VE SONUÇ	156
8.	KAYNAKLAR.....	208
9.	BİLİMSEL FAALİYETLER	239
10.	EKLER	241

KISALTMALAR LİSTESİ

AFA	:	Açımlayıcı Faktör Analizi
CDC	:	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
DFA	:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM	:	Diabetes Mellitus
DN	:	Diyabetik Nöropati
DR	:	Diyabetik Retinopati
HbA1c	:	Hemoglobin A1c (Glikozillenmiş hemoglobin)
HL-COM	:	Health Literacy Sensitive Communication (Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim)
HLQ	:	Health Literacy Questionnaire
KMO	:	Kaiser-Meyer-Olkin
KSOY	:	Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı
OGTT	:	Oral Glukoz Tolerans Testi
SDC	:	Smallest Detectable Change (En küçük tespit edilebilir değişim)
SEM	:	Standard Error of Measurement (Standart Ölçüm Hatası)
SOY	:	Sağlık Okuryazarlığı
TOFHLA	:	Test of Functional Health Literacy in Adults
WHO	:	World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığı Tanımları (Bu tablo, Terri Ann Parnell'in Health Literacy in Nursing eserinden yararlanılarak hazırlanmıştır)	8
Tablo 2: Sağlık Okuryazarlığı Evrensel Önemler Araç Seti'nde Yer Alan Bileşenler.....	17
Tablo 3: Ölçek Maddelerinin Kapsam Geçerlik Oranları (KGO)	70
Tablo 4: Faktör Analizine Uygunluk İçin KMO ve Bartlett Test Sonuçları	71
Tablo 5: Doğrulamalı Faktör Analizi Modifikasyon Öncesi ve Sonrası Uyum İndekslerinin Karşılaştırılması.....	73
Tablo 6: HL-COM Ölçeğine Ait Maddelerin Ortalama, Standart Sapma ve Madde-Toplam Korelasyon Değerleri.....	74
Tablo 7: Nicel Aşamaya Katılan Bireylerin Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri.....	76
Tablo 8: Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	79
Tablo 9: Eğitim/Bilgilendirme İçeriği ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo 10: Eğitim / Bilgilendirme Yöntemi Değişkenleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	82
Tablo 11: Nitel Görüşme Yapılan Katılımcıların Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri	83
Tablo 12: Nicel ve Nitel Bulguların Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Kapsamında Birlikte Değerlendirilmesi	149

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa Numarası

Şekil 1: Hasta Merkezli İletişim Modeli (Epstein ve ark., 2007)	39
Şekil 2: Ölçeğin Dil ve Kültürel Uyarlama Aşamaları.....	59
Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Modeli.....	72
Şekil 4: Bland&Altman Grafiği.....	75
Şekil 5: Nitel Analiz Sonucunda Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim ile İlgili Ulaşılan Ana Temalar	84
Şekil 6: Bireylerarası İletişim Stratejileri Temasına İlişkin Model	85
Şekil 7: Bireysel Farklılık ve İhtiyaçları Fark Etme Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı.....	86
Şekil 8: Detaylı Bilgilendirme Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	92
Şekil 9: Anlaşılır ve Sade Dil Kullanma Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	97
Şekil 10: Kabullenme ve Uyumu Destekleme Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı ...	99
Şekil 11: Varsayımlardan Kaçınma Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı.....	104
Şekil 12: Materyal Desteği Sağlama Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	107
Şekil 13: Uygulamalı ve İnteraktif Eğitim Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	110
Şekil 14: Soru Sormayı Teşvik Eden Ortam Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	116
Şekil 15: Hasta Sorumluluğu Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı.....	119
Şekil 16: Politika ve Uygulamalar Temasına İlişkin Model.....	121
Şekil 17: Alan Uzmanlığı Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı.....	122
Şekil 18: Hizmete Erişim Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	125
Şekil 19: Bilgiye Erişim Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	132
Şekil 20: Periyodik Takip ve Kontrol Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	140
Şekil 21: Koordinasyon ve İş birliği Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	142
Şekil 22: Hasta Bilinçlendirme Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı	146

1. ÖZET

Tezin başlığı: Diyabet Hastalarında Hasta Perspektifinden Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim ve İlişkili Faktörler: Karma Desenli Bir Çalışma

Öğrencinin Adı Soyadı: Ayşegül Hülçen Dönmez

Danışmanın Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Özgür Çatar

Programın Adı: Sağlık Yönetimi

Amaç: Bu çalışmanın birincil amacı, Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim (HL-COM) Ölçeği'ni Türk kültürüne uyarlamak ve sağlık kurumlarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim becerilerini hasta perspektifinden değerlendirmektir. Çalışmanın alt amaçları, sağlık kurumlarının kurumsal sağlık okuryazarlığı duyarlılıklarının artırılmasına yönelik önerilen iletişim stratejilerine dair farkındalık yaratmak ve bu stratejilerin günlük uygulamalarda ve kalite araçları arasında yer edinmesine katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma yöntem araştırma modeli çerçevesinde yapılandırılmıştır. Çalışmanın birinci aşamasında, "Health Literacy Sensitive Communication-HL-COM" ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada ise, diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim algıları ve sağlık profesyonelleri ile olan iletişim deneyimleri, derinlemesine görüşmeler yapılarak nitel yöntemle değerlendirilmiştir.

Bulgular: HL-COM ölçeğinin Türk kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Ölçekte en yüksek puanı "Hastalığım ve tedavimle ilgili bilgileri anlamamın benim için önemli olduğu bana anlatıldı" ifadesi alırken, en düşük puanı "Terimler ve kısaltmalar bana açıklandı" ifadesi almıştır. Diyabet hastalarıyla iletişim ve bilgilendirme sürecinde, hastaların ilaç kullanım durumu, komplikasyonlara sahip olma durumu, bilgilendirme ve eğitim yöntemi ile içeriğinin sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Nitel analizler sonucunda "Bireyler Arası İletişim Stratejileri" ve "Politika ve Uygulamalar" olmak üzere iki ana tema ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları HL-COM ölçeğini sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim becerilerini hasta perspektifinden değerlendirmeye yönelik Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir araç olarak belirlemiştir. Nicel bulgular, ölçeğin psikometrik özelliklerinin güçlü olduğunu ortaya koyarken, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin diyabet hastalarının ilaç kullanımı, komplikasyon durumu ve eğitim/bilgilendirme yöntemleri gibi klinik ve bakım süreçleriyle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir.

Nitel bulgular ise, sağlık profesyonellerinin hasta iletişiminde bireyler arası etkileşim stratejilerini geliştirmesi ve kurumsal politika uygulamalarında sağlık okuryazarlığına duyarlılığı artırması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, sağlık kurumlarında hasta merkezli iletişim yaklaşımlarının güçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlığı duyarlılığının kalite standartları içinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Elde edilen bulguların, sağlık profesyonellerinin iletişim eğitimlerine ve sağlık politikalarının hasta ihtiyaçlarını daha iyi karşılayacak şekilde düzenlenmesine katkı sunması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık iletişimi, diyabet, karma yöntem araştırması, HL-COM

2. SUMMARY

Title of Thesis: Health Literacy Sensitive Communication and Related Factors in Diabetes Patients from Patients' Perspective: A Mixed-Method Study

Student Name, Surname: Ayşegül Hülçen Dönmez

Supervisor Name: Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Özgür Çatar

Program Name: Health Management PhD Program

Objective: The primary aim of this study is to adapt the Health Literacy-Sensitive Communication (HL-COM) Scale to Turkish culture and evaluate healthcare institutions' health literacy-sensitive communication skills from the patient perspective. The secondary objectives are to raise awareness of communication strategies proposed to enhance institutional health literacy sensitivity and to contribute to the integration of these strategies into daily practices and quality improvement tools.

Materials and Methods: The research was designed within the framework of a mixed-methods research model, combining quantitative and qualitative approaches. In the first phase, the "Health Literacy Sensitive Communication-HL-COM" scale, was culturally adapted to Turkish using a methodological approach. In the second phase, diabetic patients' perceptions of health literacy-sensitive communication and their communication experiences with healthcare professionals were evaluated through in-depth interviews using qualitative methods.

Results: The HL-COM scale has been found to be a valid and reliable measurement tool for the Turkish culture. The highest-scoring item on the scale was "I was taught that it is important for me to understand information about my disease and treatment." while the lowest-scoring item was "Terms and abbreviations were explained to me." It was determined that in the process of communication and information sharing with diabetes patients, medication use, presence of complications, the method of providing information and education, and the content of the information are related to health literacy-sensitive communication. As a result of qualitative analysis, two main themes emerged: "Interpersonal Communication Strategies" and "Policies and Practices."

Conclusion: This study has demonstrated that the HL-COM scale is a valid and reliable tool adapted to the Turkish culture for evaluating healthcare professionals' health literacy-sensitive communication skills from the patient perspective. Quantitative findings indicate that the psychometric properties of the scale are strong, while also revealing that health literacy-sensitive communication is directly related to clinical and care processes such as medication use, presence of complications, and education/information methods in diabetes patients. Qualitative findings suggest that healthcare professionals should enhance interpersonal communication strategies in patient interactions and increase awareness of health literacy-sensitive practices in institutional policy implementations. These results emphasize the need to strengthen patient-centered communication approaches in healthcare institutions and incorporate health literacy awareness into quality standards. The findings of this study are expected to contribute to the communication training of healthcare professionals and the development of health policies that better address patient needs.

Keywords: Health literacy, health communication, diabetes, mixed-methods research, HL-COM

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kurumsal sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık hizmetlerinin bireyler için daha erişilebilir, anlaşılabilir ve kullanılabilir hale getirilmesi amacıyla son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri kavrama ve kullanma becerisi olarak tanımlanırken (Nutbeam, 2000), kurumsal sağlık okuryazarlığı, sağlık kurumlarının bu beceriyi desteklemek için sunduğu hizmetlerin kolay anlaşılabilir ve erişilebilir olmasını ifade etmektedir (Brega ve ark., 2019). Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması, hastalık yönetiminde eksiklikler yaşanmasına ve sağlık sonuçlarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (World Health Organization, 2013). Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin bireylerin ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde sunulması, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin karşılaştığı zorlukların giderilmesinde kritik bir rol oynamaktadır.

Kurumsal sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine erişim ve bu bilgilerin anlaşılabilirliğini artırmak için sağlık kurumlarının sorumluluk üstlenmesini gerektirir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), kurumsal sağlık okuryazarlığını, bir sağlık kuruluşunun bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını veya eylemlerini desteklemek için gerekli bilgi ve hizmetleri bulmalarını, anlamalarını ve kullanmalarını sağlama kapasitesi olarak tanımlamaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Bu kapsamda, sağlık kurumlarının iletişimi güçlendirmek, hizmetlere erişimi kolaylaştırmak ve hasta merkezli bir bakım yaklaşımı benimsemek gibi görevleri bulunmaktadır. Örneğin, iletişim süreçlerinin sadeleştirilmesi ve hasta eğitim materyallerinin anlaşılabilir hale getirilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırabilir (Institute of Medicine, 2004).

Kurumsal sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri arasında iletişimin güçlendirilmesi, sağlık kurumuna erişim ve kurum içindeki birimlere ulaşımın iyileştirilmesi, hastaların sağlık hizmetlerine katılımının teşvik edilmesi, sağlık okuryazarlığına duyarlı bir insan kaynağının oluşturulması, sağlık politikaları ve liderlik ile desteklenen bir kurum kültürünün oluşturulması ve hastaların kendilerine bakım yapabilmelerine yönelik destek mekanizmalarının geliştirilmesi bulunmaktadır. Bu bileşenler, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını azaltmayı ve bireylerin sağlık bilgilerini daha kolay anlamalarını sağlamayı hedeflemektedir (Brega ve ark., 2019; Brach ve ark., 2012).

Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerin sağlık sonuçları üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını yalnızca bireylerin bilgiye erişim ve anlamasıyla sınırlı bir kavram olarak değil, aynı zamanda sağlık kararlarını etkileyen bir yetkinlik olarak ele almıştır. Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler, sağlık bilgisine erişim sıkıntısı yaşamakta, tedaviye uyum göstermekte zorlanmakta ve sağlık sistemini etkin bir şekilde kullanamamaktadır (Sørensen ve ark., 2012). Bu durum, sağlık hizmetlerinin bireylerin ihtiyaçlarına uygun hale getirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmet sunucularının, bireylerin farklı sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre uyarlanmış hizmetler sunması, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını sağlayabilmektedir. (WHO, 2013).

Kurumsal sağlık okuryazarlığı hem sağlık sisteminin bireyler için daha erişilebilir hale gelmesine destekleyebilmekte hem de bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik güvenini artırmaktadır. Bu süreçte, hasta merkezli bir yaklaşımın benimsenmesi ve sağlık profesyonellerinin bireylerin ihtiyaçlarını anlamaya yönelik duyarlılık göstermesi kritik öneme sahiptir. Örneğin, “teach back” (öğrendiğini anlat) yöntemi iletişim stratejilerinin kullanımı, bireylerin sağlık bilgilerini daha iyi anlamalarını ve uygulamalarını sağlayarak tedaviye uyumu artırabilir (Brach ve ark., 2012; Brach ve ark., 2017)). Kurumsal sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı, bireylerin tedavi süreçlerine uyum yeteneklerini geliştirerek iyilik hallerini sürdürebilmeleri için önemlidir. Bu kavramların sağlık politikalarına entegre edilmesi ve sağlık hizmetlerinin tasarımında dikkate alınması, bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirmenin yanı sıra sağlık sistemi üzerindeki yükü de azaltabilir.

Diyabet, dünya genelinde en yaygın görülen kronik hastalıklardan biridir ve etkileri nedeniyle bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. 2021 itibarıyla dünya genelinde yaklaşık 537 milyon yetişkin diyabetle yaşamaktadır ve bu sayının 2030 yılına kadar 643 milyona ulaşması beklenmektedir. Diyabet, bireylerin sürekli bakım gerektiren bir hastalık yönetimi sürecine ihtiyaç duymalarını gerektirir. Diyabet yönetiminde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri önemli bir rol oynar, çünkü düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin hastalık yönetimi, ilaç kullanımı ve diyetle uyum gibi konularda zorluk yaşamalarına yol açabilir (IDF, 2021).

Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığına duyarlı bir şekilde bilgilendirilmesi, onların tedaviye uyumunu artırabilir ve sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. (Schillinger ve ark., 2002, Fransen ve ark., 2012, İlhan ve ark., 2021). Sağlık çalışanlarının diyabet hastalarının bilgiye

erişim, bilgiyi anlamlandırma ve uygulama süreçlerinde bireysel farklılıkları dikkate alarak bir iletişim stratejisi geliştirmesi gerekmektedir (Sancar, 2021). Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim, bireylerin sağlık hizmetlerinden daha etkin bir şekilde faydalanmalarını sağlar. Bu yaklaşım, hasta perspektifinden değerlendirildiğinde, bireylerin sağlık profesyonelleriyle iletişimde kendilerini daha güvende hissetmelerine ve sağlık yönetimi süreçlerine aktif katılımlarına olanak tanır (Ernstmann ve ark., 2017).

Bu bağlamda, bu alışma, Ernstmann ve ark. (2017) tarafından geliştirilen ‘Health Literacy Sensitive Communication-HL-COM’ (Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim) leğinin Türk kültürüne uyarlanması ve sağlık kurumlarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim becerilerinin hasta perspektifinden değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Çalışmada hem nicel hem nitel veri toplama yöntemlerinin bir arada kullanıldığı açımlayıcı sıralı karma desen benimsenmiştir. İlk aşamada, HL-COM leğinin eviri ve dil tutarlılığı süreçleri tamamlanmış, ardından ölçeğin Trk versiyonunun yapı geçerliği ve güvenirliği değerlendirilmiştir. İkinci aşamada, nitel veri toplama süreci ile katılımcıların sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim konusundaki deneyimleri derinlemesine görüşmelerle incelenmiştir.

Bu araştırma, Türkiye’de sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim becerilerini ölçmek için bir ölçeğin eksikliğini gidermeyi ve sağlık profesyonelleri ile diyabet hastaları arasındaki iletişim süreçlerini iyileştirmek için kanıt temelli öneriler sunmayı hedeflemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin bireysel ve kurumsal düzeyde geliştirilmesi, yalnızca bireylerin sağlık durumunu değil, aynı zamanda sağlık sisteminin genel etkinliğini de artıracaktır. Bu bağlamda, elde edilen bulguların sağlık politikalarına ve uygulamalarına rehberlik etmesi, sağlık hizmetlerinin kalite ve etkinliğini artırması beklenmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Okuryazarlığı

Çalışmanın bu bölümünde, bireysel ve kurumsal sağlık okuryazarlığı tanımlanmış, sağlık okuryazarlığını ölçen araçlar ve bu konuyla ilgili yapılan araştırmalara yer verilmiştir. Ulusal ve uluslararası literatürde bireysel ve kurumsal sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmalar detaylı bir şekilde incelenmiş, bu bağlamda sağlık okuryazarlığına duyarlı bir ölçüm aracına olan ihtiyaç vurgulanmış ve çalışmanın özgünlüğü literatür desteğiyle ortaya konmuştur.

4.1.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri etkili bir şekilde edinme, anlama ve uygulama konusundaki motivasyon ve yeteneklerini etkileyen bilişsel ve sosyal becerileri yansıtır. Bu yetenek, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlıkla ilgili girişimlerde bilinçli seçimler yapmayı mümkün kılar ve bireylerin yaşam kalitesini hayatları boyunca koruma veya iyileştirme amacına yöneliktir (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini elde etme, anlama, değerlendirme ve uygun sağlık kararları almak için bu bilgileri kullanma kapasitelerini ifade eder (Rudd, 2015 ; World Health Organization, 2013).Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel sağlığı etkileyen bir faktör değil, aynı zamanda halk sağlığı perspektifinden sağlık hizmetlerinin verimliliği ve toplum sağlığı açısından da kritik öneme sahiptir (World Health Organization, 2013; Nutbeam, 2000; Sørensen 2012; World Health Organisation,1998).

Genel olarak okuma ve yazma ile ilgili olan okuryazarlık becerilerinin sağlık ile ilgili her türlü ortamda kullanılabilmesi ve bilgiyi anlama ve kullanma ile ilgili olan bilgiye dayalı okuryazarlık görevlerinin gerçekleştirilebilme yeteneği olarak ifade edilen sağlık okuryazarlığı literatürde çeşitli şekillerde tanımlanmış ve kavramsallaşmıştır (Peerson, 2009; Sorenson ve ark., 2012). Bu tanımlar, insanların sağlık ve refahlarını artırmak ve sağlık hizmetleri karar verme süreçlerine katılmak için bilgi edinme, anlama ve kullanma yeteneklerini sağlayan bilişsel ve sosyal becerileri kapsamaktadır (Nutbeam, 1998; Nutbeam, 2000; Institute of Medicine, 2004). Sağlık okuryazarlığının ilk tanımları bireylerin temel okuma ve aritmetik becerilerini bir sağlık hizmeti kavramına uygulama becerisine odaklanırken tanım belli revizyonlardan geçerek "bireylerin bilinçli sağlık kararları vermek için gereken sağlıkla ilgili bilgileri edinme, işleme, anlama ve iletişim kurma derecesi" olarak revize edilmiştir (Institute of Medicine [IOM] 2004; Parket&Ratzan, 2010). Sağlık okuryazarlığı terimi ilk olarak 1974 yılında sağlık bilgilerinin eğitim sistemini, sağlık sistemini ve kitle iletişimini nasıl etkilediğini

tanımlamak için kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı, 1990'lı yıllara kadar sağlık literatürüne dahil edilmemiştir. 2000'li yılların başında sağlık ve hastalığın öz yönetimine yapılan vurgu, bireyin sağlık okuryazarlığı becerilerine daha fazla odaklanılmasını sağlamıştır (Cutilli & Bennett, 2009). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) benimsemiş olduğu tanıma göre sağlık okuryazarlığı bireylerin bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve sağlıklarını koruyup sürdürmek için bilgiyi kullanabilme motivasyonu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri ifade etmektedir (World Health Organisation, 1998; Nutbeam, 1998; Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisine erişimlerini, bu bilgiyi anlama ve kullanma becerilerini kapsayan çok yönlü bir kavramdır (Nutbeam, 2000). Nutbeam, sağlık okuryazarlığını bir bireyin sağlıkla ilgili bilgi edinme ve kullanma yetkinliği olarak tanımlar ve bu yetkinliğin bireylerin sağlık kararlarını vermelerinde kritik bir rol oynadığını belirtir. Bu doğrultuda, sağlık okuryazarlığı yalnızca sağlık bilgilerini okuma-yazma becerilerini değil, aynı zamanda bireylerin bu bilgiyi nasıl yorumladıklarını ve hayatlarına nasıl uyguladıklarını da içerir (Nutbeam, 2008). Diğer uzmanlar ise sağlık okuryazarlığını dinamik bir durum olarak ifade etmekte ve sağlık okuryazarlığını "bilinçli seçimler yapmak, riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla insanların sağlık bilgi ve kavramlarını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri geniş kapsamlı beceriler" olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerinin çeşitli sağlık deneyimlerine bağlı olarak değişebileceğini ima etmektedir (Zarcadoolas ve ark., 2005; Pleasant, 2011). Sağlık okuryazarlığı insanların günlük yaşamda sağlık bakımı, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile ilgili kararlar almak için sağlık bilgilerine erişebilme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve hayatlarına uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliğini gerektirir (Sorensen ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sistemlerini nasıl kullandıkları ve sağlık hizmetlerine nasıl eriştikleri üzerinde de doğrudan etkiye sahiptir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, sağlık bilgilerini anlamada ve uygun sağlık kararları vermede zorlanabilirler. Düşük okuryazarlık seviyesine sahip bireylerin genellikle sağlıkla ilgili bilgileri anlamakta ve sağlık hizmetlerini uygun şekilde kullanmakta zorlanmaktadır (DeWalt ve ark., 2004). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde ve bu hizmetlerden etkin şekilde faydalanmalarında önemli bir belirleyici olarak kabul edilir (Berkman, 2011).

Bir kişinin sağlık bilgisine erişim kapasitesi ve bu bilgiyi kullanma motivasyonu, büyük ölçüde yaşı, yaşam şekli ve bilgiyi uygulayacağı bağlamdan etkilenir. Örneğin, bir kişinin bilgiye

erişme, bu bilgiyi anlama ve sağlık kararlarına uygulama şekli, okulda tütün, alkol ve uyuşturucu kullanımı konusunda sağlık eğitimi alan 14 yaşındaki bir gencin, toplumda doğum öncesi eğitim alan bir hamile kadının, diyabet teşhisi konduktan sonra hasta eğitimi alan bir yaşlı kişinin farklı olacaktır. Sağlık okuryazarlığı, organize edilmiş sağlık eğitimi ve hasta eğitimi yoluyla geliştirilebilir ve iyileştirilebilir (Nutbeam, 2015).

Vurgularda önemli farklılıklar olmasına rağmen, neredeyse tüm tanımlar aynı temel unsurları içerir. Bu unsurlar, bireylerin sağlık bilgilerini edinmelerini, anlamalarını, değerlendirmelerini ve sağlık durumunu etkileyen kararlar alıp eyleme geçmelerini sağlayan okuryazarlık ve sayısal becerileri tanımlar. Genel okuryazarlıkta olduğu gibi, sağlık okuryazarlığı da bireyden bireye değişen gözlemlenebilir bir beceri setinden oluşur (Nutbeam, 2020).

Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığı Tanımları (Bu tablo, Terri Ann Parnell'in Health Literacy in Nursing eserinden yararlanılarak hazırlanmıştır)

Dünya Sağlık Örgütü	1998	Bireylerin sağlığı geliştirecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler.
Amerikan Tabipler Birliği	1999	Sağlık hizmeti ortamında gerekli olan temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirme yeteneği de dahil olmak üzere bir dizi beceri.
Nutbeam	2000	Bireylerin sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler.
İlaç Enstitüsü- Institute of Medicine	2004	Bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gerekli temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi
Zarcadoolas, Pleasant, & Greer	2005	İnsanların bilinçli seçimler yapmak, riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla sağlık bilgilerini ve kavramlarını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri çok çeşitli becerilerdir.

McCabe	2006	Temel okuryazarlık, matematik becerileri ve tedavi yönteminin temel ilkelerine olan inancın birleşimi
Freedman ve ark.	2009	Bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayacak halk sağlığı kararları vermek için gereken bilgileri edinme, işleme, anlama, değerlendirme ve bunlara göre hareket etme derecesi.
Berkman, Davis, & McCormack	2010	Hem profesyonel hem de sıradan kişilerin iletişim becerilerini, bilgilerini ve kültürünü içerir. Hem bireysel bakım hem de sağlık halk sağlığı sistemi faktörlerine bağlıdır.
Patient Protection and Affordable Care Act of 2010	2010	Bir bireyin uygun sağlık kararları alabilmek için temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, iletme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi.
Sorensen ve ark.	2012	Sağlık okuryazarlığı okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların günlük yaşamda sağlık bakımı, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile ilgili kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliğini gerektirir.

Literatürdeki sağlık okuryazarlığına dair geniş kapsamlı tanımlar (Tablo 1) sağlık okuryazarlığının bireysel mi yoksa sistem becerisi mi olduğu, durağan mı yoksa dinamik mi olduğu konusundaki devam eden tartışmalar, bu alandaki araştırmaların sürdürülmesi, tutarlı ölçüm yapılması ve düşük sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik olası çözümlerin geliştirilmesinde karşılaşılabilen sorunları da beraberinde getirmektedir. Hemşirelik ve sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığı, yaptığımız her şeyin merkezinde olmalıdır. Klinik uzmanlar, bilinçsiz önyargıları olup olmadığını sorgulayarak ve iletişim becerilerini yeniden değerlendirerek işe başlayabilirler. Tıbbi terim kullanmaktan kaçınmak, saygılı bir şekilde soru-cevap formatını kullanmak ve anlama düzeyini belirlemek için öğrendiğini anlat yöntemini uygulamak, bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmeye yardımcı olabilir. Ayrıca

klinik uzmanlar, sağlık hizmetlerine erişim sũrecinin daha kolay hale getirilmesi için fırsatları değerlendirebilirler (Parnell, 2015).

4.1.2. Sağlık okuryazarlığının dũzeyleri

Sağlık okuryazarlığının seviyeleri, bireylerin sağlık bilgilerini nasıl işlediklerine ve bu bilgileri nasıl kullandıklarına gũre farklılık gũsterir. Sağlık okuryazarlığı sınıflandırmaları arasında en yaygın kabul gũren ve kullanılan model fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, iletişimsel sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak ũzere ũ dũzeyli modeldir (Nutbeam, 2000; Nutbeam 2015).

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık riskleri ve sağlık sistemini nasıl kullanacakları gibi konularda ilgili sağlık bilgilerini edinmeleri ve bu bilgileri sınırlı bir dizi öngörülen aktivitede kullanmaları için yeterli olan temel sağlık okuryazarlığı becerilerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Fonksiyonel ya da temel sağlık okuryazarlığı olarak da bilinen bu seviye, bireylerin sağlıkla ilgili temel okuma ve yazma becerilerini içerir. Bu dũzeyde bireyler, kendilerine sunulan sağlıkla ilgili yazılı veya sözlü bilgileri okuyup anlayabilme, sağlıkla ilgili riskleri kavrama ve sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacaklarını bilme gibi becerilere sahiptir. Ancak bu kişiler, sağlık bilgisine erişim yolları ve mevcut sağlık sistemlerini kendi sağlık yönetimlerinde nasıl kullanacakları konusunda zorluk yaşayabilirler (Nutbeam, 2000; World Health Organization, 2013).

Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı:

Bireylerin farklı iletişim biçimlerinden (kişilerarası, kitle iletişimi) bilgi elde etmelerini ve bu bilgidен anlam çıkarmalarını sağlayan daha gelişmiş okuryazarlık becerilerini ifade eder. Bu beceriler, bireylerin hem yeni bilgiler ũzerinde bağımsız olarak hareket etmelerini hem de sağlık profesyonelleri gibi bilgi sağlayıcılarla daha özgüvenli bir şekilde etkileşimde bulunmalarını sağlar (Nutbeam, 2000; World Health Organization, 2013; Guzys ve ark., 2015).

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı:

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sosyal becerilerle birlikte daha gelişmiş bilişsel becerileri tanımlar. Bu beceriler, bilgiyi eleştirel olarak analiz etmek ve bu bilgiyi yaşam olayları ve durumları ũzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kullanmak amacıyla uygulanabilir.

Bu tür bir sınıflandırma, sağlık okuryazarlığının farklı kategorilerinin bireylere karar verme sũrelerinde giderek daha fazla özerklik ve kişisel güçlenme sağladığını gũstermektedir. Bu

kategoriler arasındaki gelişme sadece bilişsel gelişime değil, aynı zamanda farklı bilgi türlerine maruz kalmaya da bağlıdır. Ayrıca, bireyin sağlık iletişimlerine etkili bir şekilde yanıt verme konusundaki özgüvenine de dayanmaktadır (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2015).

4.1.3. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi

Bireysel sağlık okuryazarlığını (SOY) değerlendirmek için çok sayıda araç geliştirilmiştir (Liu ve ark., 2018; Guzys ve ark. 2015; Duell ve ark., 2015). Bu araçlar, bireylerin sağlık bilgilerini ne ölçüde anlayıp kullanabildiklerini değerlendirmek için tasarlanmıştır.

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults -TOFHLA)

TOFHLA, sağlık okuryazarlığının fonksiyonel boyutunu değerlendiren, en yaygın kullanılan araçlardan biridir (Parker ve ark., 1995). Bu test, bireylerin yazılı sağlık bilgilerini okuma ve matematiksel becerilerini ölçer. Kronik hastalıklarda ve sağlık hizmetlerine erişim çalışmalarında sıkça kullanılan TOFHLA, bireylerin temel sağlık bilgilerini nasıl işlediğini değerlendirir (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). TOFHLA'yı kullanan çalışmalarda, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşadığı saptanmıştır.

Hızlı Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Değerlendirmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - REALM)

REALM, sağlık okuryazarlığını hızlı ve pratik bir şekilde değerlendiren bir testtir REALM, bireylerin sağlıkla ilgili terminolojiyi ne ölçüde anladığını değerlendirir ve kısa sürede uygulanabilir olması klinik ortamlarda tercih edilmesini sağlar. (Davis ve ark., 1993).

Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Questionnaire- HLQ)

HLQ, sağlık okuryazarlığını çok boyutlu bir şekilde değerlendiren kapsamlı bir anket aracıdır (Osborne ve ark., 2013) . HLQ, bireylerin sağlık bilgilerini edinme, anlama ve bu bilgileri kullanma becerilerini ölçer. Bu anket, sağlık okuryazarlığına dair farklı boyutları değerlendirerek bireylerin sağlık bilgilerine erişimlerini ve bu bilgileri uygulama kapasitelerini anlamayı sağlar. HLQ ile yapılan çalışmalarda, bireylerin sağlık sonuçları ve sağlık hizmetlerine katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Batterham ve ark., 2016).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire -HLS-EU-Q)

Avrupa çapında sağlık okuryazarlığını ölçmek için tasarlanmış kapsamlı bir anket aracıdır. HLS-EU-Q, bireylerin sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini değerlendiren bir ölçüm aracıdır ve bu anket, sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutunu ölçmektedir (Sørensen ve ark., 2012). HLS-EU-Q, sağlık okuryazarlığının bireyler için ne anlama geldiğini ve bu becerilerin bireylerin sağlık sistemlerinden nasıl faydalandıklarını anlamayı amaçlar. Bu anket, üç ana sağlık okuryazarlığı alanını kapsar:

1-Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım: Sağlık sistemleri içindeki bilgileri arama, anlama ve kullanma yeteneği.

2-Hastalıkların önlenmesi: Risk faktörleri hakkında bilgi arama ve bu bilgileri uygulama yeteneği.

3-Sağlık geliştirme: Sağlıkla ilgili genel bilgilere erişme, anlama ve bu bilgileri kullanarak daha sağlıklı yaşam biçimleri geliştirme yeteneği. Bu alanlar, sağlık bilgilerini erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama boyutlarında ölçülür. Anket toplamda 47 sorudan oluşur ve katılımcılar bu sorulara, belirli sağlık konularında bilgileri kullanma ve anlama düzeylerini değerlendiren bir Likert tipi ölçekle yanıt verir (Sørensen ve ark., 2015).

4.1.4. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı

Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması”, 6.228 hanede gerçekleştirilen geniş çaplı bir çalışma olup, sağlık okuryazarlığı seviyelerinin demografik ve sosyoekonomik faktörlere göre nasıl değiştiğini incelemiştir. Araştırmada, Türkiye’nin toplumsal yapısına uygun olarak revize edilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Sonuçlara göre, her 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz veya sınırlıdır. Bu bireylerde kronik hastalık görülme oranları daha yüksektir. Bu araştırmanın bulgularına göre sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde kronik hastalık oranları önemli ölçüde daha fazladır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin %43,5’i kronik hastalığa sahipken, bu oran sağlık okuryazarlığı mükemmel olan bireylerde %13,5’tir. Kadınlar arasında sağlık okuryazarlığı yetersizliği %35,3 iken erkeklerde bu oran %26,4’tür. Erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyi kadınlara kıyasla daha yüksektir. Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerin %90,4’ünün sağlık okuryazarlığı yetersiz ya

da sınırlı düzeydedir. 18-24 yaş grubunda bu oran %51,8 olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı yetersizliği, herhangi bir iletişim aracı kullanmayanlarda %56,8 iken, bu oran iletişim araçlarını kullananlarda %18,1'e düşmektedir. Katılımcıların %48,6'sı interneti, %33'ü televizyonu, %8,9'u gazeteyi ve %6,5'i cep telefonu uygulamalarını bilgi kaynağı olarak kullanmaktadır. Araştırma, toplumun yarısının sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilir olup olmadığını değerlendirmekte zorlandığını göstermektedir. Özellikle internet, televizyon ve gazetelerdeki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek katılımcıların %51'i için zordur. Son bir yılda sağlığı geliştiren davranışlar sergileyen bireylerin oranı, sağlık okuryazarlığı seviyesiyle paralel olarak artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz bireylerde bu oran %47,2 iken, mükemmel okuryazarlığa sahip bireylerde %74,5'tir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin hem sağlık hizmetlerine erişim hem de hastalık yönetimi konusunda ciddi zorluklar yaşadığını göstermektedir. Ayrıca, resmî ve güvenilir kaynakların kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, çeşitli kampanyalar ve eğitim programlarıyla sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmalar yürütmektedir (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2020).

4.1.5. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık çıktıları

Düşük sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkları yönetmede zorluklar, ilaç kullanımına uyumda zorluklar, sağlık profesyonelleriyle iletişimde güçlükler, hastaneye yatış riskinin artması ve yaşam kalitesinin düşmesi ile ilişkilidir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkin nüfusun üçte birinden fazlası düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir, yani sağlık bilgilerini ve sağlık sistemi taleplerini anlama ve bunlara göre hareket etme becerilerinden yoksundurlar (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2011).

Sağlık okuryazarlığı, akreditasyon ve kalite programlarının bir parçası haline gelmektedir. Joint Commission International (JCI), SOY'un önemini şu şekilde vurgulamaktadır: "Hasta bakımında, düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerinin ve iletişim hatalarının olumsuz etkileri en aza indirilmedikçe, hastaların güvenliği sağlanamaz." Bireyin düşük SOY düzeyine sahip olması yalnızca onun sorunu değil aynı zamanda yakınları, sağlık hizmeti sağlayıcıları, ülke genelindeki eğitimciler, yöneticiler ve politika yapıcılar için de bir sorundur. 2020 yılında ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı, Sağlıklı İnsanlar 2030 hedeflerini içeren bir genelge yayımlamıştır. Bu genelgede, ilk kez sağlıklı birey tanımına sağlık okuryazarlığı olan birey de dahil edilmiştir. Ayrıca, herkesin sağlık okuryazarı olması, 'Sağlıklı İnsanlar 2030'un beş ana hedefinden biri olarak belirlenmiştir. Türkiye'de ise 100. yıl 11. Kalkınma Planı'nda yer alan

579. madde, "Bulaşıcı olmayan hastalık risklerine karşı sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilecek; koruyucu ve tedavi edici hizmet kapasitesi geliştirilecek; çevre sağlığı, gıda güvenliği, fiziksel aktiviteye uygun alanlar, sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında sektörler ve kurumlar arası iş birliği ve koordinasyon artırılacaktır." ifadesiyle, sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaların önemini vurgulamaktadır (Ege,2022; Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2024).

Düşük sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini, sağlık bilgilerini anlamalarını ve bu bilgileri kullanarak etkili sağlık kararları almalarını ciddi şekilde etkileyen bir faktördür. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sonuçlarını belirleyen önemli bir beceridir ve düşük sağlık okuryazarlığı, bireylerin daha kötü sağlık sonuçlarıyla karşılaşmalarına, sağlık hizmetlerini yanlış ya da yetersiz kullanmalarına ve bu durumun sağlık sistemine ek maliyetler getirmesine neden olabilir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, daha sık hastaneye yatışlar, acil servis kullanımının artması ve önleyici sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca bu bireyler, ilaçları doğru şekilde kullanma becerilerinde eksiklikler yaşamakta ve reçete etiketlerini ya da sağlıkla ilgili diğer mesajları yorumlamakta zorlanmaktadırlar (Berkman ve ark., 2011; DeWalt ve ark., 2004). Düşük sağlık okuryazarlığı özellikle yaşlılar, az eğitilmiş bireyler, azınlık grupları ve düşük sosyoekonomik düzeydeki insanlar arasında daha yaygındır. Yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığının düşük olmasının bazı sağlık sonuçlarındaki ırksal eşitsizlikleri kısmen açıkladığını göstermektedir (Berkman ve ark., 2011; Frye, 2017). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler arasında mortalite oranları da yüksektir. Özellikle yaşlı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, düşük sağlık okuryazarlığının daha yüksek ölüm oranları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde ve bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmada yaşadıkları zorluklar nedeniyle hastalıklarını yönetmekte başarısız olmaktadır (Frye, 2017).

Düşük sağlık okuryazarlığı kronik hastalık yönetiminde, hastaların sağlık bilgilerini anlama ve etkili sağlık kararları alma yeteneklerini sınırlar. Shahid ve ark. (2022) çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların, yüksek okuryazarlık seviyesine sahip hastalara göre acil servise tekrar başvurma oranlarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca, eğitim seviyesi yüksek olan hastaların bile düşük sağlık okuryazarlığına sahip olmalarının acil servis ziyaretlerini artırdığı gözlemlenmiştir. Kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir araştırmada, düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların daha yüksek mortalite, daha sık

hastaneye yatış ve acil servis kullanımı riskine maruz kalabildikleri tespit edilmiştir (Fabbri ve ark., 2020). Bu hastalarda, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi ile ölüm oranlarında ve hastaneye yatışlarda düşüş sağlanabileceği vurgulanmıştır. Schillinger'in (2021) çalışmasında ise, düşük sağlık okuryazarlığının sosyal dezavantajla olan karmaşık ilişkisi ele alınmış ve bu iki faktörün sağlık eşitsizliklerine yol açtığı vurgulanmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, kronik hastalıkların yönetiminde daha fazla zorluk yaşadığı ve sağlık hizmetlerine erişimde ciddi engellerle karşılaştığı belirtilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip diyabet hastaları, sağlık hizmetlerine erişimde ve bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmada da zorluklar yaşamaktadır. Schillinger'in çalışmasında, sağlık okuryazarlığı ile diyabet hastalık sonuçları arasındaki ilişki detaylı bir şekilde ele alınmaktadır. Bu çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının diyabet hastalarında tedavi yönetimi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Schillinger'e göre, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, genellikle hastalıklarını yönetmekte zorlanmakta, glisemik kontrolü sağlayamamakta ve bu da diyabetle ilişkili komplikasyonların artmasına neden olmaktadır. Schillinger, düşük sağlık okuryazarlığına sahip diyabet hastalarının tedavi planlarını anlamada zorluk çektiğini ve bu durumun kan şekeri seviyelerinin düzensizleşmesine, insülin ve diğer ilaçların yanlış kullanımına yol açtığını belirtmektedir. Bu hastalar, sık sık hastaneye yatışlar, acil servis kullanımı ve diyabet komplikasyonlarının artışı gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (Schillinger, 2021).

Bu bulgular, düşük sağlık okuryazarlığının hastaların sağlık sonuçlarını olumsuz etkilediğini ve sağlık sisteminde eşitsizliklerin artmasına neden olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik müdahaleler, hastaların sağlık süreçlerine daha etkin katılım sağlamasına ve sağlık sonuçlarını iyileştirmesine yardımcı olabilir.

4.1.6. Sağlık okuryazarlığı evrensel önlemler yaklaşımı

Evrensel önlemler özellikle sağlık hizmetlerinde bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla geliştirilen standart uygulamalardır. Bu önlemler, 1980'lerde HIV/AIDS salgınıyla birlikte daha geniş bir şekilde benimsenmiştir ve tüm bireylerin potansiyel olarak bulaşıcı olabileceği varsayımıyla hareket eder. CDC tarafından oluşturulan bu protokoller, kan ve vücut sıvılarıyla temas eden sağlık çalışanlarının ve hastaların korunmasını sağlamayı hedefler. Literatürde sıkça vurgulanan bu önlemler, temel olarak el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman (maske, eldiven, önlük), tıbbi atık yönetimi ve iğne batması gibi kazaların önlenmesine yönelik uygulamalardan oluşur. Sadece belirli bir hasta grubunu hedeflemez; bu nedenle, tüm hastaların

ve sağlık çalışanlarının güvenliği açısından kritik bir rol oynar. Literatürde, evrensel önlemlerin sağlık sistemlerinde rutin uygulamaya geçirilmesi gerektiği ve bu önlemlerin enfeksiyon oranlarını kayda değer şekilde azalttığı sıkça vurgulanmıştır. (Siegel ve ark., 2007; Molinari, 2003; Broussard & Kahwaji, 2017; McCarthy, 2000; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 1996)).

Enfeksiyon önlemlerinde herkes için koruyucu tedbirler uygulanırken, sağlık okuryazarlığında da tüm hastalar ve bakım verenler için sade, anlaşılır bir dil kullanılması ve bilginin doğru anlaşıldığının teyit edilmesi esas alınır. Bu yaklaşım, yanlış anlaşılmaların önüne geçerek sağlık hizmetlerinin daha güvenli ve etkili olmasını sağlar. Her iki önlem de sağlık alanında riskleri en aza indirip, bireylerin sağlığını korumaya yönelik evrensel standartlar sunar. Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından sağlanan ‘Sağlık Okuryazarlığı Evrensel nlemler Seti’ (Health Literacy Universal Precautions Toolkit) sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlık bilgilerini daha anlaşılır hale getirmelerine ve hastaların bu bilgileri etkili bir şekilde kullanmalarını sağlamalarına yardımcı olacak, kanıta dayalı rehberlik sunmaktadır. Bu, sağlık hizmetlerinin herkes tarafından anlaşılabilir ve kullanılabilir hale getirilmesine yönelik önlemleri içermektedir. Evrensel nlemler, belirli bir gruba veya duruma özgü olmaksızın, tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için alınan genel önlemlerdir. Bu nlemler, sağlık bilgilerini basit ve anlaşılır bir şekilde sunmak, iletişimi kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak amacıyla tasarlanır. Evrensel nlemler, sağlık eşitsizliklerini azaltmayı ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı hedefler (AHRQ, 2024).

Sağlık okuryazarlığı evrensel önlemleri konusunda sağlık profesyonellerine rehber olması için bir araç seti geliştirilmiştir. Bu araç seti sağlık hizmeti sağlayıcıları için tasarlanmış 23 araç içermektedir. Her bir araç, 3 ila 5 sayfa arasında değerren bir uzunluğa sahiptir ve beş ana alanda somut eylemleri açıklamaktadır. İlk olarak geliştirme sürecinde ilk adım bölümü, sağlık hizmeti sunumunu geliştirmek için başlangıç adımlarını ortaya koyar. Ardından, sözlü iletişimin geliştirilmesi kısmı, hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişimin kalitesini artırmayı hedefler. Yazılı iletişimin geliştirilme bölümü, hastalara sunulan yazılı materyallerin anlaşılabilirliğini artırmaya yönelik stratejiler sunar. Güçlendirmenin sağlanması kısmı, hastaların sağlık durumlarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olmayı amaçlar. Son olarak, Destekleyici sistemlerin geliştirilmesi bölümü, sağlık hizmeti sunumunda destekleyici sistemlerin önemini vurgular. Bu araçlar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta odaklı bir yaklaşım benimsemelerine yardımcı olmak için pratik öneriler sunmakta ve uygulanması

gereken strateji ve teknikler hakkında bilgiler vermektedir (AHRQ, 2024). Tablo 2 evrensel önlemler setindeki alanları ve bu alanların kapsadığı araçları göstermektedir.

Tablo 2: Sağlık Okuryazarlığı Evrensel Önemler Araç Seti'nde Yer Alan Bileşenler

Uygulama Alanları	Araçlar
Gelişim Sürecine İlk Adım	Araç 1: Ekip oluştur
	Araç 2: Kurumu değerlendir ve gelişme planı hazırla
	Araç 3: Farkındalığı arttır
Sözlü İletişimi Geliştirme Araçları	Araç 4: Anlaşılır ve açık iletişim kullan
	Araç 5: Teach-back (öğrendiğini anlat) tekniğini kullan
	Araç 6: Hasta takibi yap
	Araç 7: Kolay erişilebilir ol
	Araç 8: İlaç torbası değerlendirme tekniğini kullan
	Araç 9: Dil farklılıklarını fark et
	Araç 10: Kültür farklılıklarını fark et
Yazılı İletişimi Geliştirme Araçları	Araç 11: Anlaşılması kolay materyaller oluştur
	Araç 12: Sağlık eğitim materyallerini etkili kullan
	Araç 13: Hasta dostu ortam yarat
Hasta Güçlendirme Araçları	Araç 14: Soru sormayı teşvik et
	Araç 15: Eylem planları hazırla
	Araç 16: Hastalara ilaçlarını doğru kullanmaları için yardım et
	Araç 17: Hasta geri bildirimi al
Destekleyici Sistemleri Geliştirmeye Yönelik Araçlar	Araç 18: Sosyal ihtiyaçlara dikkat et
	Araç 19: Hastaların ilaç masraflarını azalt
	Araç 20: Hastaları okuryazarlık ve matematik destek kaynaklarıyla tanıştır
	Araç 21: Yönlendirmeleri kolaylaştır
	Araç 22: Aile ve arkadaşları sürece dahil et
	Araç 23: Hasta harcamaları hakkında görüş

Literatürde bu araç setlerinin uygulanabilirliği ve uygulama arasında karşılaşılan zorluk ve engelleri değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. On iki farklı birinci basamak sağlık merkezi ile altı aylık bir süre zarfında araçların uygulanma sürecini değerlendiren bir çalışmadan elde edilen nitel sonuçlar, uygulama sürecinde karşılaşılan zorlukları ortaya koymuştur. Bu zorluklar arasında rekabet eden talepler, bürokratik engeller, teknolojik sorunlar, sınırlı kalite iyileştirme deneyimi ve yetersiz liderlik desteği yer almaktadır (Mabachi ve ark., 2016). Sağlık okuryazarlığı evrensel önlemler setindeki araçlardan ‘ilaç torbası değerlendirmesi’ ile ilgili iki farklı sağlık kurumundaki hastalarla bir araştırma yapılmıştır. Araştırma araç kitinin birinci basamak sağlık hizmetinde ilaç inceleme süreçlerini geliştirmeye yardımcı olup olamayacağını araştırmaktadır. İlaç incelemeleri, hasta güvenliği ve etkin tedavi için kritik öneme sahip olmakla birlikte, hastaların randevuya tüm ilaçlarını getirmeleri genellikle zorluk teşkil etmektedir. Bu nedenle, çalışmanın temel amacı, hastaların ilaçlarını getirme oranını ve ilaç incelemelerinin etkinliğini artırmaktır. Araç setinin önerdiği değişiklikler sayesinde, hastaların randevuya getirdikleri ilaç sayısı önemli ölçüde artmış, böylece ilaç yönetimindeki sorunlar daha iyi tanımlanmış ve tedavi planlarında değişiklik yapılma oranları yükselmiştir. Araç setinin uygulanması sırasında klinik ve idari prosedürlerde çeşitli değişiklikler yapılmış; örneğin, elektronik tıbbi kayıt sistemleri, ilaç incelemelerinin kaydedilmesi için güncellenmiştir. Araç setinin uygulanmasıyla birlikte, hastaların ilaçlarıyla ilgili sorunları daha iyi tanımlama ve tedavi planlarında değişiklik yapma oranları artmıştır (Weiss ve ark., 2016). SOY evrensel önlemler setinin 11. aracı, “Okunması Kolay Materyal Tasarlama” başlığını taşımaktadır ve sağlık hizmetleri personeline, hastalar için anlaşılır materyaller oluşturma ve değerlendirme yöntemleri sunmaktadır (Agency for Healthcare Research and Quality, tarihsiz). Araç 11’in uygulanmasını dört birinci basamak sağlık merkezinde inceleyen bir araştırma, hasta materyallerinin çoğunlukla yetişkinlerin okuma seviyesinin üzerinde olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar, görüşmeler ve yerinde ziyaretler aracılığıyla toplanan eğitim materyallerinin okunabilirliğini, anlaşılabilirliğini ve eyleme geçirilebilirliğini değerlendirmiştir. Kısa metinler içeren materyaller araç 11’de önerilen tekniklerle revize edilerek okunabilirlikleri artırılmıştır. (Brega ve ark., 2015).

4.1.7. Kurumsal sağlık okuryazarlığı

Kurumsal sağlık okuryazarlığı (KSOY), sağlık kuruluşlarının bireylerin sağlık bilgilerini anlamalarını ve bu bilgileri sağlık kararlarına dönüştürmelerini kolaylaştıracak sistemler ve stratejiler geliştirmesini ifade eder. Bireylerin sağlık bilgilerini etkili bir şekilde kullanabilmesi,

yalnızca kişisel sağlık okuryazarlığı düzeyine değil, aynı zamanda sağlık hizmeti sunan kurumların bu bilgileri nasıl sunduğuna ve anlaşılır hale getirdiğine de bağlıdır. Literatürde, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin tıbbi bilgileri anlamakta zorluk çektiği, tedaviye uyum göstermekte ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşadığı vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, kurumsal sağlık okuryazarlığı, sağlık kuruluşlarının sağlık okuryazarlığına duyarlı stratejiler benimseyerek bu zorlukların azaltılmasını sağlar ve sağlık sonuçlarını iyileştirir (Bremer ve ark., 2021; Parker&Hernandez, 2012).

Çalışmamızda ele aldığımız sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ve ilişkili faktörler açısından, kurumsal sağlık okuryazarlığı önemli bir teorik altyapı sunmaktadır. Sağlık okuryazarı sağlık kuruluşları, hasta bakımını ve sonuçlarını olumsuz etkileyen yanlış iletişimin çok yaygın olduğunu kabul eder. Yanlış anlamalar, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ya da ilaç tedavisi hakkında bilgi aktarımı gibi yalnızca klinik durumlarda değil, aynı zamanda hastane danışma personelinin hastadan bir formu imzalamalarını istedikleri ya da fatura görevlilerinin kapsanan hizmetler ve mali sorumluluklar hakkında hastalara bilgi verdikleri anlarda da ortaya çıkar. Sağlık okuryazarı sağlık kuruluşları, genellikle yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin bile hastalandıklarında, korktuklarında veya başka nedenlerle zor durumda kaldıklarında bilgiyi işleyip kullanmada zorluk çekebileceğini de kabul eder. Bu nedenle sistemler, sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerinin öngörülemezliğine uyum sağlayacak şekilde yeniden tasarlanmalıdır (Rudd, 2010). Sağlık hizmeti sunucularının, hastalarla anlaşılır ve etkili bir şekilde iletişim kurarak tedavi sürecine katılımı teşvik etmesi, güvenli ve etkili bir bakım süreci oluşturur. Ayrıca, bu tür yaklaşımlar, hastaların tedaviye uyumunu artırarak sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Bu nedenle, kurumsal sağlık okuryazarlığı kavramı, çalışmamızın sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ve ilgili faktörler açısından sağlam bir teorik çerçeve sağlayarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik önemli katkılar sunacaktır.

4.1.7.1. Kurumsal sağlık okuryazarlığının tanımı

Kurumsal sağlık okuryazarlığı, bireysel sağlık okuryazarlığının ötesine geçerek, sağlık kuruluşlarının tüm operasyonlarının ve hizmetlerinin sağlık okuryazarlığı perspektifiyle düzenlenmesini içerir. KSOY, sağlık hizmetleri sunucularının hastalarına karşı daha duyarlı, erişilebilir ve etkili sağlık hizmetleri sunma sorumluluğunu yerine getirmesini sağlar (Brach, 2017; Brega 2019).

Sağlık okuryazarlığının odak noktası başlangıçta okuma-yazma becerileri zayıf olan bireylerdi. Ancak artık, yalnızca okuryazarlığı sınırlı olanların değil, herkesin sağlık bilgilerini anlamakta ve sağlık sisteminde gezinmekte zorluk çektiği geniş çapta kabul edilmektedir. Sağlık sisteminin gereksiz yere karmaşık olduğunu kabul eden sağlık kuruluşları, özellikle savunmasız bireyler olmak üzere herkesin sağlık bilgilerini ve hizmetlerini bulabilmesini, anlayabilmesini ve kullanabilmesini sağlama sorumluluğunu üstlenmeye başlamıştır. Sağlık okuryazarlığı, ulusal bir öncelik haline gelmiştir. Sağlıklı İnsanlar 2030 bildirisinde sağlık okuryazarlığı kişisel ve kurumsal sağlık okuryazarlığı olmak üzere iki farklı şekilde tanımlanmıştır. Kişisel sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek amacıyla bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerilerinin derecesi iken KSOY kuruluşların bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri bilgilendirmek amacıyla bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanmalarını adil bir şekilde sağlamadaki başarısının derecesidir (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2024).

Sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için sadece bireysel beceriler ve yetenekler ele alınmamalıdır. Sağlık okuryazarlığının bireysel beceriler ile sağlık sisteminin talepleri ve karmaşıklıkları arasında bir denge olduğu giderek daha fazla kabul edilmektedir. Bu durum, bireysel sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmeye yönelik müdahalelerin önemli olmasının yanı sıra, sağlık kuruluşlarının da daha sağlık okuryazarı olmalarını sağlayacak yöntemler belirlemelerinin kritik olduğunu göstermektedir. Bu tür kuruluşlar, insanların sağlıklarını yönetmeleri için bilgiye ve hizmetlere daha kolay erişmelerini, bunları daha iyi anlamalarını ve kullanmalarını sağlamalıdır (Brach ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığına duyarlı sağlık kuruluşlarının nasıl oluşturulacağı üzerine yapılan tartışmaları ve analizleri teşvik etmek amacıyla, Institute of Medicine (IOM) Sağlık Okuryazarlığı Yuvarlak Masası tarafından bir çalıştay düzenlenmiştir. Bu çalıştayda, sağlık kuruluşlarının daha sağlık okuryazarı hale gelmeleri için bir dizi hedef ve strateji ele alınmıştır. Çalıştayda, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve ilgili kuruluş temsilcilerinden geri bildirimler toplanmış ve sağlık okuryazarlığının sadece bireylerin sorumluluğunda olmadığını, sağlık kuruluşlarının da süreçlerini daha anlaşılır ve erişilebilir hale getirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Çalıştay sonunda, sağlık okuryazarlığının iyi hasta bakımı için vazgeçilmez bir unsur olduğu ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmanın temel bir unsuru olarak görülmesi gerektiği gözlemlenmiştir. IOM SOY yuvarlak masası, bu çalıştayın ardından, sağlık

kuruluşlarının sağlık okuryazarlığını artırmalarına rehberlik edecek 18 özelliği gözden geçirmiş ve daha uygulanabilir hale getirmek için bu özellikleri 10 temel başlık altında toplamıştır. (Parker & Hernandez, 2012).

4.1.7.2. Sağlık okuryazarı kuruluşların 10 özelliği

Brach ve ark. (2012) tarafından geliştirilen ve sağlık okuryazarlığına duyarlı kuruluşların özelliklerini tanımlayan 10 ana başlık, sağlık kuruluşlarının bu alanda izlemeleri gereken yol haritasını sunmaktadır. Bu 10 özellik, sağlık kuruluşlarının yalnızca bireylere değil, sistemin geneline yönelik bir sağlık okuryazarlığı duyarlılığı geliştirmelerini sağlar. Bu kuruluşlar arasında muayenehaneler, klinikler, yatan hasta birimleri, hastaneler, toplum sağlığı merkezleri, eczaneler ve entegre sağlık hizmeti sunucuları yer alır. Ayrıca, bu özellikler doktorlar, hemşireler, hekim ve tıbbi asistanlar, eczacılar, diş hekimleri, sağlık eğitmenleri, tercümanlar ve idari personel gibi sağlık profesyonelleri için de geçerlidir. Bu özelliklerin birçoğu daha geniş bir yelpazede sağlık planları ve sigorta sağlayıcıları, sağlık bilgi teknolojisi ve sağlık eğitimi ürünleri sağlayıcıları, akreditasyon ve yetkilendirme kuruluşları ile yöneticileri için de geçerlidir (Brach ve ark., 2012).

Liderlik: Liderlik, sağlık okuryazarı bir kuruluş olmanın en kritik unsurlarından biridir. Sağlık okuryazarlığı, yalnızca birkaç projeyle sınırlı bir uygulama değil, kurumun temel değerlerinden biri olarak benimsenmelidir. Bu, sağlık okuryazarlığı stratejilerinin tüm kuruma entegre edilmesi ve organizasyonun temel iş süreçlerinin bir parçası haline getirilmesi anlamına gelir. Sürekli ve kararlı bir liderlik, sağlık okuryazarlığıyla ilgili hedeflerin uygulanması ve sürdürülebilmesi açısından hayati önem taşır. Sağlık okuryazarı sağlık kuruluşları, kanıta dayalı sağlık okuryazarlığı stratejilerini uygular. Ancak, bu stratejilerin başarılı olabilmesi için liderliğin yönlendirmesi gereklidir. Liderlik, tüm organizasyon düzeylerinde açık ve etkili iletişim kurmayı öncelik haline getirmeli ve bu doğrultuda stratejiler belirlemelidir. Liderliğin, sağlık okuryazarlığını teşvik eden bir kültür oluşturması da büyük önem taşır. Sağlık okuryazarlığı, organizasyonun misyon beyanında, politikalarında ve programlarında açıkça yer almalı ve liderlik bu taahhüdü etkin bir şekilde savunmalıdır. Bu doğrultuda, liderlerin sağlık okuryazarlığı denetiminden sorumlu kişilere görev ve yetki vermesi de gereklidir. Örneğin, bir sağlık okuryazarlığı sorumlusu atanabilir veya üst düzey bir sağlık okuryazarlığı komitesi oluşturulabilir. Alternatif olarak, bu sorumluluk, başhekim gibi üst düzey bir yöneticinin görev tanımına eklenebilir. Liderlik aynı zamanda, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik hedefler belirlemeli ve bu hedeflere ulaşmak için teşvikler sağlamalıdır. Bu süreçte, her

düzeyde sonuçlar için hesap verebilirlik sağlanmalı ve sağlık okuryazarlığını geliştirme hedeflerine ulaşmak için gerekli mali ve insan kaynakları tahsis edilmelidir. Liderlik, fonların doğru kullanılması, materyallerin hedef kitlelerle test edilmesi ve sağlık okuryazarlığı eğitimi için zaman ve kaynak ayrılması gibi konularda karar verici olmalıdır.

Entegrasyon: On özellikten bir diğeri entegrasyondur. Sağlık okuryazarı bir sağlık kuruluşu, sağlık okuryazarlığını tüm stratejik ve operasyonel faaliyetlerine derinlemesine entegre eder ve açık, etkili iletişimi tüm seviyelerde öncelik haline getirir. Ayrıca, hasta güvenliği ve kaliteyi artırmak amacıyla iletişim hatalarını izler ve sistematik nedenlerini analiz eder. Diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak sağlık okuryazarlığını teşvik eder ve araştırmalara katkıda bulunarak sağlık okuryazarlığına yönelik eşitsizlikleri azaltmayı hedefler. Bu noktada, çalışmamız açısından özellikle önemli olan iletişim süreçleri vurgusu, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında etkili iki yönlü bir iletişim sağlanmasının sağlık okuryazarlığını artırmadaki kritik rolünü gösterir. Bu özellik yanlış anlaşılmanın önüne geçmek ve bireylerin sağlık bilgilerini etkin bir şekilde kullanmalarını sağlamak için iletişim stratejilerinin sağlık hizmeti sunumunun her aşamasına entegre edilmesi gerektiği belirtilmektedir.

Eğitimli sağlık insan gücü: KSOY'un 10 özelliğinin diğeri eğitimli sağlık insan gücüdür. Sağlık okuryazarı bir kuruluş olmak, yalnızca sağlık profesyonellerinin değil, organizasyonun tüm çalışanlarının sağlık okuryazarlığı konusunda eğitilmesini gerektirir. Bu eğitimler, doktorlar, hemşireler ve sağlık eğitimcileri gibi klinisyenlerle sınırlı kalmamalı, hasta ile doğrudan etkileşimde bulunan danışma görevlisi ve fatura personeli gibi çalışanları da kapsamalıdır. Sağlık okuryazarlığı eğitimi, hastalarla temas halinde olmayan ancak organizasyonun kültürünü şekillendiren yöneticiler ve liderler için de önemlidir, çünkü bu liderler sağlık okuryazarlığı konularını tanıyıp çözüm üretme yeteneğine sahip olmalıdır. Sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin organizasyonun kültürüne entegre edilmesi, kurum genelinde iki yönlü iletişimi teşvik eden bir anlayış oluşturur. Bu anlayış, sağlık hizmetlerinin her aşamasında etkili iletişim tekniklerinin kullanılmasını sağlar. Eğitim programları düzenli olarak değerlendirilip iyileştirilmeli, sağlık okuryazarlığı konusunda eksik kalan çalışanlar için ek eğitimler düzenlenmelidir.

Hasta katılımı: Sağlık okuryazarı sağlık kuruluşları, hizmet verdikleri toplulukların üyelerini yönetim organlarına dahil ederek onların katılımını teşvik eder. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin, yetişkin eğitimcilerin ve sağlık okuryazarlığı uzmanlarının yer aldığı danışma

grupları oluştururlar. Bu danışma grupları, program tasarımında, müdahalelerin test edilmesinde ve materyallerin geliştirilmesinde hedef topluluk üyeleriyle iş birliği yapar. Sağlık hizmetlerini kullananlardan aldıkları geri bildirimleri sağlık hizmeti sunum sreğlerine entegre ederler. Sağlık hizmeti kullancılarının, sağlık okuryazarlığı programlarını değerlendirme sürecine katılmaya teşvik ederler.

Popülasyon çeşitliliğine duyarlılık: Sağlık okuryazarı kurumların bir diğer özelliği hizmet sundukları toplumdaki çeşitliğe duyarlı olmaktır. Sağlık okuryazarlığına duyarlı stratejilerin, toplumdaki çeşitli sağlık okuryazarlığı seviyelerine hitap ederken damgalamayı önlemesi gerekir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler karmaşık bilgileri kolaylıkla anlayabilir ve soyut sayısal verileri kullanarak problemleri çözebilirken bazıları ilaç etiketlerinin veya basit talimatları anlamakta zorlanmaktadır. Özellikle sınırlı okuryazarlığa sahip bireyler utanıp bu durumu sakladıkları için sağlık hizmeti sağlayıcıları, bu zorluklarla karşılaşan bireyleri tahmin etmekte zorlanabilir. Bu nedenle, sağlık okuryazarı kuruluşlar, sağlık okuryazarlığı evrensel önlemlerini uygulayarak tüm iletişimleri basitleştirir ve anlayışı doğrulamak için ek önlemler alır. Ayrıca, yalnızca yazılı materyallere güvenmek yerine, görsel-işitsel araçlar kullanarak bilgileri pekiştirirler. Sağlık okuryazarı kuruluşlar, anlamakta ve sağlık hizmetlerine erişmekte en çok zorlanan bireyler için ek çaba gösterir.

İletişimde sağlık okuryazarlığı stratejileri kullanımı: Çalışmamızın temelini oluşturan sağlık okuryazarlığı stratejilerinin kullanımı özelliği sağlık okuryazarı bir kurumun sahip olması ve uygulaması gereken altıncı özelliktir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişimde genellikle daha olumsuz deneyimler yaşamakta ve bu durum, hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler, yeterli okuryazarlığa sahip olanlara kıyasla daha kötü iletişim deneyimleri yaşadıklarını bildirmektedir. Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin daha az soru sorma eğiliminde olduğunu göstermektedir, bu da sağlık hizmetlerine katılımlarını ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık okuryazarı sağlık kuruluşları, bu sorunları çözmek amacıyla sağlık okuryazarlığı evrensel önlemlerini benimsemektedir. Bu kuruluşlar, tüm iletişimi basitleştirerek, anlaşıldığından emin olmak için bireylerle sürekli geri bildirim döngüsü içinde iletişim sürecini gerçekleştirirler ve bireylerin daha önce sahip olduğu sağlık bilgisi, becerileri veya sağlık inançları hakkında varsayımlarda bulunmazlar. Ayrıca, iletişimi sadece yazılı materyallerle sınırlamayıp, görsel-işitsel materyaller kullanarak bilgileri pekiştirirler ve soru sormayı teşvik ederler. Sağlık okuryazarı kuruluşlar, ayrıca teknolojiyi

kullanarak bireylere görsel destek sağlar, dil desteği sunar ve her bireyin ihtiyaçlarına uygun şekilde bilgi aktarır. Çalışanlar, karmaşık tıbbi terminolojiden kaçınarak sade bir dil kullanır, bilgi miktarını sınırlı tutar ve her iletişimde iki veya üç ana mesaj üzerinde durur.

Erişim: Sağlık okuryazarlığına duyarlı sağlık kuruluşları, sağlık sisteminde hastaların işini kolaylaştırmak için çeşitli yöntemler kullanır. Bu kuruluşlar, yönlendirme tabelalarında anlaşılır bir dil ve semboller kullanır, çok dilli seçenekler sunar ve personeli yol tariflerinde nazik ve etkili olmaları konusunda eğitir. Ayrıca, aynı binada birinci basamak sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, ruh sağlığı ve sosyal hizmetleri birleştirilerek hastaların farklı hizmetlere ulaşımını kolaylaştırırlar. Hastaların sağlık bilgilerini çeşitli hizmet sağlayıcılar arasında aktarması yerine, elektronik sevk sistemleri kullanarak bu süreci otomatikleştirirler. Ayrıca, hastaların sağlık bilgilerine erişimlerini sağlayan kullanıcı dostu elektronik sağlık uygulamaları (hasta portalları gibi) geliştirir ve bu uygulamalar kolay anlaşılır bilgilerle donatılır. Elektronik sağlık kayıtları ve diğer sistemler, sağlık okuryazarlığı uygulamalarını destekleyecek şekilde tasarlanır ve personel, bu sistemlerin doğru kullanımı konusunda eğitilir. Tüm bu adımlar, hastaların sağlık bilgilerine daha kolay ulaşmalarını ve sağlık hizmetlerinden daha etkin bir şekilde yararlanmalarını sağlamayı amaçlar.

Kolay anlaşılır materyal dağıtımı: Sağlık okuryazarı sağlık kuruluşları, materyallerin yalnızca okunabilirliğini değil, aynı zamanda ne kadar kolay anlaşılıp uygulanabilir olduğunu da değerlendirir. Uygun materyaller bulunmadığında, hedef kitlenin katılımıyla yeni içerikler geliştirirler. Bu süreçte, sade dil kullanımı, başlıklar ve görsellerin eklenmesi gibi stratejiler, bilgiyi daha anlaşılır hale getirir. Sosyal medya gibi platformlarda da kısa ama net mesajlar vermeye özen gösterirler. Bunun yanı sıra, sağlık okuryazarı kuruluşlar basılı materyallere ek olarak görsel ve işitsel kaynaklardan yararlanır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin dijital kaynaklardan faydalanma kapasiteleri genellikle sınırlı olduğundan, bu bireylerin dijital araçları etkin kullanabilmesi için kullanıcı dostu tasarımlar geliştirip materyallerin anlaşılması ve kültürel adaptasyonları sağlanarak çeviri işlemleri yapıp, hedef kitleye uygun testlerle doğrulamasını sağlar

Yüksek riskli durumlarda sağlık okuryazarlığına dikkat: Sağlık okuryazarı kuruluşlar, ameliyat onam formları, doğru ilaç kullanımına ilişkin talimatlar, yaşam sonu bakım direktifleri ve hastaneden taburcu olma gibi yüksek riskli durumları belirleyerek, bu gibi durumlarda iletişimin eksiksiz ve doğru bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için ek önlemler alırlar.

Özellikle, hastaların prosedürlerin faydalarını, risklerini ve başarı olasılıklarını anladığından emin olmak için öğrendiğini anlat gibi yöntemler kullanılır.

Sağlık planlarının kapsamının açık şekilde iletilmesi: Sağlık okuryazarı sağlık kuruluşlarının 10. özelliği, sağlık sigortası kapsamı ve maliyet bilgilerini şeffaf ve anlaşılır bir şekilde sunma yetkinliğidir. Bu kuruluşlar, sigorta kapsamı hakkında açık, tutarlı ve kolay anlaşılır bilgi sağlayarak hastaların bilinçli kararlar verebilmesine yardımcı olur. Özellikle karmaşık sağlık sigortası seçenekleri arasında yön bulmak zorlayıcı olabilir. Bu nedenle sağlık okuryazarı kurumlar, bireylere seçeneklerini anlamada yardımcı olmak için destek mekanizmaları sunar. Ayrıca, bu kuruluşlar tedavi maliyetlerini ve cepten yapılacak harcamaları önceden bildirerek maliyet sürprizlerini en aza indirir.

Sağlık kuruluşları, bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri ile karmaşık sağlık sistemlerinin talepleri arasındaki boşluğu kapatmak için pratik çözümler üretebilir. Kişi merkezli bir sağlık sistemine dönüşüm, sağlık bilgilerini ve hizmetlerini yeniden tasarlama fırsatlarını da beraberinde getirir. Sağlık okuryazarlığı ilkeleri, kuruluşun hedeflerine, altyapısına, politikalarına, uygulamalarına, iş gücü gelişimine ve iletişim stratejilerine entegre edilebilir. Eğer sağlık kuruluşları 10 özelliğin en azından bir kısmını benimserse, bireylerin ihtiyaçlarına, özellikle de sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olanlara daha duyarlı hale gelirler ve bu da toplum sağlığının genel olarak iyileşmesine büyük katkı sağlar (Brach ve ark., 2012, Brach 2017).

4.1.7.3. Kurumsal sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları ve yapılan çalışmalar

Sağlık okuryazarlığına duyarlı bir kuruluş olup olmadığını anlamak için kurumların kendilerini bu alanda değerlendirmeleri önemlidir. Bu değerlendirmeler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için kullanılabilecek ölçütler sağlar ve kuruluşlarının hangi alanlarda gelişmeye ihtiyaç duyduğunu anlamalarına yardımcı olur (Trezona ve ark., 2018). Bu tür araçlar, kurum içi politikaların, liderlik stratejilerinin ve iletişim uygulamalarının etkinliğini ölçer. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim alan personelin performansını ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için yapılan girişimlerin etkinliğini de değerlendirebilir (Trezona 2018, Brega ve ark., 2019). Kurumsal sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılan yaklaşımlar ve ölçüm araçları hakkında çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar, sağlık okuryazarı sağlık kuruluşlarının, hastalarının sağlık hizmetleri ile etkileşimlerini kolaylaştırma kapasitelerini ölçmeyi amaçlar.

Rudd ve Anderson'ın (2006) Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu tarafından yürütülen çalışması, hastanelerde ve sağlık merkezlerinde sağlık okuryazarlığı ortamını incelemekte ve bu ortamı geliştirmeye yönelik öneriler sunmaktadır. Çalışma, sağlık okuryazarlığının, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda kurumsal düzeyde de geliştirilmesi gereken bir kavram olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, hastaların sağlık bilgilerine erişimini kolaylaştırmak ve daha iyi sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak için sağlık kuruluşlarının sorumluluk alması gerektiği savunulmaktadır. Harvard Üniversitesi'nin çalışması, kurumsal sağlık okuryazarlığı konusunda gözleme dayalı geniş kapsamlı bir araştırmadır. Bu çalışmada, beş ana başlık altında toplanmış olan toplamda 100 madde üzerinden gözlem ve değerlendirme yapılmıştır. KSOY'u değerlendirmek amacıyla kullanılan bu ana başlıklar; erişim, yazılı materyaller, sözlü iletişim, teknoloji kullanımı ve kurumların politika ve uygulamaları olarak belirlenmiştir. Çalışma, sağlık hizmeti sunan kurumların bu alanlardaki performanslarını gözlemleyerek, sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için yapılması gerekenleri ortaya koymayı hedeflemektedir.

Kowalski ve ark.'nın (2015) geliştirdiği "Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire" (HLHO-10), bu konuda önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır (Kowalski ve ark., 2015). HLHO-10, Brach ve ark.'nın (2012) tanımladığı 10 sağlık okuryazarı kuruluş özelliğine dayanarak geliştirilmiştir. Bu anket, hastanelerde bu özelliklerin ne ölçüde uygulandığını anlamak için tasarlanmış ve güvenilirlik ve geçerlik testlerinden geçmiştir. Bu ölçek, sağlık kuruluşlarının hastaların sağlık bilgilerini anlamalarına, kullanmalarına ve bu bilgileri kullanarak sağlık hizmetlerine erişimlerine ne kadar yardımcı olduklarını değerlendirmek için kullanışlı bir araçtır (Kowalski ve ark., 2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleriyle ilişkisini ölçmek amacıyla kullanılan bir diğer önemli araç ise Brega ve ark. (2017) tarafından geliştirilen ölçüm kriterleridir. Bu ölçüm araçları, sağlık kuruluşlarının sağlık okuryazarlığına yönelik stratejilerinin ne kadar etkili olduğunu ölçmek için kullanılır. Kowalski'nin ölçeği daha çok hastaların deneyimlerine odaklanırken, Brega'nın çalışması kurumsal süreçler ve kalite iyileştirme inisiyatiflerine yönelik ölçümler geliştirmeye odaklanmıştır (Brega ve ark., 2017).

Trezona ve ark. (2018) daha geniş kapsamlı ve katılımcı bir yaklaşıma sahip ölçüm aracı geliştirmiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, politik çevre, liderlik ve topluluk katılımı gibi faktörlerle nasıl başa çıktıklarını değerlendiren detaylı bir araçtır. Trezona'nın aracı, özellikle kurumsal performansın geliştirilmesine yönelik araçlarıyla Kowalski ve Brega'dan ayrılır (Trezona ve ark., 2018). Örneğin Kowalski'nin ölçüm aracı daha kısa ve belirli bir hasta grubu

üzerinde odaklanmışken, Trezona'nın aracı daha geniş bir kurumsal yapı ve süreç değerlendirmesi sunmaktadır. Trezona'nın aracı, kurumsal sağlık okuryazarlığını değerlendirmede daha geniş bir çerçeve sunarken, Kowalski ve Brega'nın araçları daha spesifik hasta hizmetleri ve sağlık okuryazarlığı süreçlerine odaklanmaktadır.

Palumbo ve Annarumma'nın çalışması İtalya'daki belediye eczanelerinde KSOY'un hasta güçlendirme üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlayan bir alan çalışmasıdır. Araştırma kapsamında, eczanelerde kullanılan basılı materyallerin erişilebilirliği, personel ile hastalar arasındaki iletişim ve personelin sağlık okuryazarlığı farkındalığı gibi üç ana alan incelenmiştir. Veriler, AHRQ tarafından geliştirilen 'Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı' kullanılarak toplanmıştır. Çalışma eczanelerin sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalığa sahip olduğunu, ancak bu farkındalığın kurumsal düzeyde iyileştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Çalışma, düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların bilgi ihtiyaçlarının karşılanmasının önemli olduğunu vurgulamış ve eczanelerin hasta güçlendirme sürecinde oynadığı kritik rolü ön plana çıkarmıştır (Palumbo & Annarumma, 2018).

Sentell ve ark. (2021) ise çalışmasında COVID-19 pandemisi sürecinde KSOY'un hasta merkezli bakımda yenilikçi çözümler sunma potansiyelini araştırmış ve mevcut sağlık hizmeti sunum modellerinin nasıl dönüştürülebileceğini incelemiştir. Çalışmada, KSOY'un hasta bakımında daha anlamlı, verimli ve etkili hizmet sunmak için bir rehber olarak kullanılabileceği önerilmiştir. Pandemi sırasında sağlık kuruluşlarının hızlı bir şekilde dijital hizmetlere yönelmesiyle birlikte, KSOY'un sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir ve kişiselleştirilmiş hale getirilmesinde önemli bir araç olduğu vurgulanmıştır. Çalışma, KSOY'un sağlık sisteminde hastaların bilgiye erişimini kolaylaştırarak, hasta merkezli bakımın güçlendirilmesine katkı sağlayabileceğini göstermiştir.

Kurumsal sağlık okuryazarlığı genellikle sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastanelerle ilişkilendirilmesine rağmen, bu kavramın kapsamı yalnızca sağlık kuruluşları ile sınırlı değildir. Kurumsal sağlık okuryazarlığı, eğitim, sosyal hizmetler ve diğer pek çok kurumda da uygulanabilen bir yaklaşım olarak giderek daha fazla ilgi görmektedir. Bu bağlamda, sadece sağlık hizmetleri değil, eğitim gibi farklı sektörlerde de KSOY'un nasıl geliştirilebileceği üzerine çalışmalar yürütülmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, KSOY'un konsept geliştirmeye odaklandığı ve kurumsal yapıların bu kavramı benimsemeleri için gerekli yöntemleri ve stratejileri sunduğunu göstermektedir. Bu tür çalışmalardan biri olan 'Sağlık

Okuryazarı Okullar' (HeLit-Schools) projesi, Almanya'da başlatılmış ve okullarda kurumsal sağlık okuryazarlığı kavramını geliştirerek okulları sağlık okuryazarlığı dostu kurumlar haline getirmeyi amaçlamıştır (Kirchhoff ve ark., 2022). Bu proje, kurumsal sağlık okuryazarlığının sadece bireysel davranış değişikliklerine değil, aynı zamanda kurumsal ve sosyal değişimlere de odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır. Okul ortamında bu kavramın uygulanabilirliğini araştıran proje, öğrenci ve okul çalışanlarının sağlık bilgilerini anlamalarını ve uygulamalarını destekleyen bir yapı oluşturmayı hedeflemiştir. Proje, mevcut sağlık okuryazarlığı kavramlarını okullara uyarlarken standartlar geliştirmiştir. Bu standartlar, okullarda sağlık okuryazarlığı dostu bir kültür yaratmak için gerekli alanları tanımlamaktadır. Proje kapsamında yapılan araştırmalar, okul yöneticileri, öğretmenler ve öğrencilerle yapılan görüşmelerle desteklenmiş ve okulların sağlık okuryazarlığını artırma kapasitesine sahip olduğunu göstermiştir. Bu yaklaşım, okulların sadece öğrencilere sağlık eğitimi vermekle kalmayıp, aynı zamanda kurumsal süreçlerini de bu doğrultuda geliştirmeleri gerektiğini ortaya koymuştur. Bu kapsamda, kurumsal sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisine erişimlerini kolaylaştırmak için sadece bireysel öğrenme fırsatları sunmakla kalmayıp, aynı zamanda kurumsal düzeyde sosyal değişimi teşvik eden bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Kirchhoff ve ark., 2022).

Türkiye'de yapılan bir ölçek geliştirme çalışmasının sonucunda 43 maddelik ve 5 alt boyuttan oluşan bir ölçek oluşturulmuştur. Bu alt boyutlar; liderlik ve yönetim, iletişim, operasyonel erişim, bina içi erişim ve bina dışı erişim olarak sıralanmıştır. Ölçek maddeleri, sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelenerek belirlenmiş ve ölçek geliştirme süreci uluslararası standartlara uygun şekilde yürütülmüştür. Çalışmada, KSOY'u ölçmek için çeşitli yöntemler kullanılmıştır; bu yöntemler arasında yerinde gözleme dayalı kontrol listeleri, öz değerlendirme amaçlı rehberler ve görüşme formları bulunmaktadır. Sonuçlara göre, sağlık hizmetlerinde KSOY'un giderek daha fazla önem kazandığı ancak kavramsal olarak henüz net bir tanım ve ölçme standartlarının tam olarak oturmadığı vurgulanmıştır. Çalışma, kurumsal sağlık okuryazarlığını ölçmek için yapılan ilk kapsamlı çalışmalardan biri olarak değerlendirilmiş ve elde edilen bulguların KSOY'un değerlendirilmesinde önemli bir katkı sunacağı öne sürülmüştür. Çalışma kapsamında geliştirilen ölçek, kurumların KSOY düzeylerini kıyaslamak ve zaman içinde nasıl geliştiğini takip etmek amacıyla kullanılacak şekilde tasarlanmıştır. Geliştirilen ölçeğin kurumların "Kurumsal Sağlık Okuryazarıdır" ya da "değildir" şeklinde bir sonuç sunma amacı olmadığı belirtilmiştir. Bunun yerine, benzer sağlık

kuruluşları arasında kıyaslama yapmak veya bir hastanenin zaman içerisindeki gelişimini izlemek amacıyla kullanılması gerektiği önerilmiştir (Ege & Hayran 2022).

Büyük ve ark. (2020) tarafından Türkiye'deki kamu hastanelerinde KSOY'u değerlendirmek amacıyla üç hastanede yürütülmüş çalışmada veriler iki aşamada toplanmıştır. İlk aşamada, Harvard Üniversitesi tarafından geliştirilen "Kurumsal Sağlık Okuryazarlık Gözlem Formu" gözlemciler tarafından doldurulmuştur. İkinci aşamada ise, Kowalski ve ark. (2015) tarafından geliştirilen 10 maddelik anket bu hastanelerde görev yapan 73 yöneticiye uygulanmıştır. Gözlemcilerin ve yöneticilerin kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin algılarının ölçüldüğü çalışmada özellikle telefon sistemleri gibi alanlarda eksiklikler olduğu, ancak hastanelerin web sitesi ve yönlendirme işaretleri gibi alanlarda daha iyi bir performans gösterdiği ortaya konmuştur. Anket sonuçlarına göre, medya çeşitliliği boyutu en düşük puana sahipken, iletişim standartları en yüksek puanı almıştır. Ayrıca hastaneler arasında okuryazarlık becerileri, iletişim standartları ve maliyet bilgisi gibi faktörlerde anlamlı farklar olduğunu bulgulanmıştır.

Uluslararası ve ulusal literatürde yapılan çalışmalarla geliştirilen ölçekler kurumsal sağlık okuryazarlığını değerlendirme konusunda önemli katkılar sağlasa da, bu ölçeklerin çoğunlukla kurumsal perspektiften ölçüm yaptıkları görülmektedir. Bu çalışmalar, kurumların sağlık bilgilerini nasıl sunduğu, süreçlerin nasıl işlediği ve kurumsal yapıların hasta hizmetlerine nasıl etki ettiği üzerine yoğunlaşmaktadır. Ancak, özellikle iletişim boyutuna hasta perspektifinden derinlemesine odaklanma konusunda sınırlı kaldıkları anlaşılmaktadır. İletişim, sağlık okuryazarlığının merkezinde yer almasına rağmen, hastaların bu süreçlerde karşılaştıkları zorluklar, yanlış anlamalar ve bilgi eksiklikleri yeterince ele alınmamıştır. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim, hasta perspektifinden detaylı bir şekilde incelenmeye ihtiyaç duyan bir alan olarak öne çıkmaktadır.

4.2. Sağlık İletişimi

Araştırmamızın ana konusu olan sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim hakkında bilgi vermeden önce bu bölümde sağlık iletişiminin tanımı yapılacak ve sağlık iletişim düzeyleri açıklanacaktır.

İletişim, bireyler arasında bilgi, düşünce ve duyguların aktarılması ve bu aktarım sürecinde anlamın paylaşılmasıdır. Bu süreç hem sözel hem de sözel olmayan yollarla gerçekleşir ve mesaj gönderici ile alıcı arasında karşılıklı bir etkileşim içerir (Shannon & Weaver, 1949). İletişim, yalnızca mesajın iletilmesi değil, aynı zamanda bu mesajın anlaşılması ve

yorumlanmasını da içermektedir (Berlo, 1960). Günümüzde iletişim, toplumsal ilişkilerden bireylerarası etkileşimlere kadar geniş bir yelpazede yer alır. Özellikle modern toplumlarda, iletişim bireylerin günlük yaşamlarında ve sosyal etkileşimlerinde merkezi bir rol oynar ve kişilerarası ilişkilerden kitle iletişim araçlarına kadar geniş bir alanda uygulanır (Fiske, 1990). Özellikle dijitalleşmenin etkisiyle, iletişim süreçleri daha karmaşık hale gelmiş ve medya platformları iletişimde merkezi bir rol oynamaya başlamıştır (Castells, 2013). Günümüzde sosyal medya ve dijital platformlar sayesinde, iletişim daha hızlı ve interaktif hale gelmiş, bireylerarası ve toplumsal düzeyde yeni etkileşim biçimlerine yol açmıştır (Rice & Atkin, 2021).

1970'lerde ortaya çıkan ve gelişmeye başlayan sağlık iletişimi kavramı ise CDC tarafından kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olabilmek ve bireyleri bilgilendirebilmek amacıyla iletişim bilimine ait stratejilerin kullanılması ve uygulanması olarak tanımlanmıştır. Sağlık iletişimi, hastalıkların önlenmesi ve sağlık teşvikinde kritik bir rol oynar (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011).

Sağlık iletişimi, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlamlandırıp bu bilgileri tüketici tarafından kullanılabilir hale getirme süreci olarak tanımlanabilir. Bu süreç, sağlıkla ilgili durumlar ve bağlamlar üzerinden belirlenen iletişim parametrelerini kullanarak, farklı düzeylerde uygulanır. Sağlık iletişimi, bireylerin daha sağlıklı yaşam tarzları benimsemesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla onları ikna eden ve motive eden stratejilere dayanır. Ancak, sağlık iletişimi yalnızca ikna etmeye yönelik değildir aynı zamanda bireylerin karar alma süreçlerini etkileyen çok boyutlu dinamik bir yapıya sahiptir. İletişim teknikleri ve teknolojilerinin kullanımıyla, kamu sağlığını olumlu yönde etkileyen bu süreç, sosyal pazarlama, risk iletişimi, davranışsal karar teorisi ve medyada savunuculuk gibi yaklaşımlar aracılığıyla toplumun sağlığını iyileştirmeyi hedefler (Çınarlı, 2004). Sağlık iletişimi, Schiavo'nun tanımına göre, bireylerin, toplulukların, sağlık uzmanlarının, politika yapımcıların ve belirli grupların ihtiyaçlarına yanıt vermek amacıyla, sağlıkla ilgili içeriklerin sunulması yoluyla bilgilendirme, katılım sağlama ve karar alma süreçlerine destek olmayı hedefleyen, disiplinler arası ve geniş kapsamlı bir yaklaşımdır. Sağlık iletişimi, sağlık ve iletişim alanlarını bir araya getirerek, bireyleri ve toplumları sağlıkla ilgili konularda bilgilendirmek ve etkilemek amacıyla iletişim stratejilerinin araştırılmasını ve uygulanmasını içerir. Sağlık iletişiminin, bireylerin sağlık sonuçlarını ve toplumların genel sağlık durumlarını iyileştirmede önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Ayrıca, sağlığa erişimden, kişiler arası ve profesyonel tıbbi iletişime, toplumsal katılım ve harekettten, kitle

iletişim araçları ve dijital medyaya kadar geniş bir stratejik eylem alanında farkındalık yarattığı bilinmektedir (Schiavo, 2014).

Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili bilgi paylaşımı sürecinde bireyler ve topluluklar arasında anlamlı bir etkileşim kurmayı amaçlar. Bu, bireylerin ve toplumların sağlıklarını iyileştiren kararlar almalarına yardımcı olmak için iletişim stratejilerinin kullanılmasını içerir. Sağlık iletişimi, hastalıkların önlenmesi ve sağlık teşviki gibi alanlarda hayati bir rol oynar ve hem bireyler hem de gruplar arasında iletişimi geliştirir. Sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki kişilerarası iletişimi iyileştirmek için de bu stratejiler sıklıkla kullanılır. Sağlık iletişimi, bireysel düzeyde farkındalık artırmaktan sosyal ağlar, organizasyonlar ve topluluklar düzeyinde politika değişikliklerine kadar geniş bir etki alanına sahiptir. Etkili sağlık iletişimi, bireylerin farkındalığını, bilgi düzeyini ve davranış değişikliğini sağlayabilir. Ayrıca, iletişim sürecinin, toplum genelindeki normlar ve değerler üzerinde de önemli etkisi vardır. Son yıllarda, etkili sağlık iletişiminin akut ve kronik hastalıkların sağlık sonuçlarını iyileştirebileceği ve sosyoekonomik veya etnik farklara dayalı bakım farklılıklarını azaltabileceği keşfedilmiştir. Yetersiz iletişim, sağlık hizmetlerinde beklenen kalite ile elde edilen kalite arasındaki büyük farklardan sorumlu olabilir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki güçlü iletişim, hasta bakım kalitesini artırırken, nleme ve sağlık teşvikinin etkinliğini de önemli ölçüde artırabilir (Thomas, 2006).

Sağlık iletişimi alanının gelişimi, sosyal bilimlerin ve psikolojinin etkisiyle şekillenmiştir.. Sağlık iletişiminin başlangıç noktalarından biri, iletişim disiplininin psikoloji ve sosyoloji gibi diğer sosyal bilimlerden teori ve yöntemleri benimsemesidir. Psikoloji alanındaki hümanist yaklaşımlar, özellikle terapötik iletişim kavramını ne çıkarmış ve bu kavram, sağlık hizmeti sunumu açısından büyük önem kazanmıştır. Ayrıca, ikna ve sosyal etki teorileri, sağlık iletişimi alanında halk sağlığı kampanyalarının gelişimine rehberlik etmiştir. Zamanla tıp sosyolojisi de doktor-hasta ilişkisini inceleyerek sağlık iletişiminin sosyokültürel bağlamını anlamaya katkıda bulunmuştur. Bu alanın gelişiminde önemli akademik çalışmalar ve kitaplar, iletişimin sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmadaki rolünü vurgulamış, doktor-hasta iletişimi gibi konular sağlık iletişimi araştırmalarının merkezine oturmuştur. Genel olarak, sağlık iletişimi alanının, hem sosyal bilimler hem de tıp literatüründen aldığı ilhamla, sağlık hizmeti sunumunda kritik bir araç haline geldiği ve halk sağlığının geliştirilmesinde önemli bir yer edindiği anlatılmaktadır. (Kreps ve ark., 1998).

Sağlık iletişim çok geniş bir araştırma alanıdır ve farklı düzeylerde gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetinin gerçekleştiği düzeyler genellikle şu beş temel düzeyi kapsar: bireyin kendisi ile olan düzey (intrapersonal), bireylerarası düzey (interpersonal), grup düzeyi, örgütsel düzey ve toplumsal düzeylerdir (Kreps,1998; Kreps & Thornton, 1992; Thomas, 2006).

Kişisel (intrapersonal) sağlık iletişimi: Bireyin kendisi ile olan iletişimi tüm iletişim düzeylerinin temelini oluşturmakta olup davranış bilimlerindeki gelişmeler sonucunda önem kazanmaya başlamıştır. Bireyin kendisi ile iletişimi kendi içinde bazı mesajlar oluşturması ve bunları yorumlaması şeklinde gerçekleşir (Çatar, 2019). Bu düzeyde sağlık iletişimi incelemesi, bireylerin sağlıkla ilgili karar ve davranışlarını etkileyen içsel zihinsel süreçlere, sağlık inançlarına, tutumlarına ve değerlerine odaklanır. Psikolojik bir perspektif benimsenerek bu süreçler incelenir. Örneğin, insanların sağlık hizmetlerine yönelik davranışlarını nasıl şekillendirdikleri, hangi değerlerin bu süreçleri yönlendirdiği araştırılır (Babrow ve ark., 1998; Booth-Butterfiel ve ark., 1997).

Kişilerarası (interpersonal) sağlık iletişimi: İki ya da daha fazla bireyin karşılıklı mesaj iletimi olarak tanımlanan bireylerarası iletişim düzeyi iletişimin en yaygın gerçekleştiği düzeydir (Çatar, 2019). Bu düzeyde, iletişimin sağlık hizmeti ilişkilerinin gelişimine nasıl katkı sağladığı ve bu ilişkilerin sağlık sonuçlarını nasıl etkilediği araştırılır. Doktor-hasta iletişimi, kişilerarası sağlık iletişimi araştırmalarında öne çıkan bir konudur. Bu bağlamda, mesaj alışverişinin ilişkisel kontrol sağlama, sosyal destek sunma, sağlık eğitimi sürdürme ve hastaların sağlıkla ilgili kararlarını destekleme gibi konularda nasıl bir rol oynadığı incelenir (Kreps ve ark., 2003; Cline & McKenzie, 1998; Kreps, 1998).

Grup düzeyinde sağlık iletişimi: Bu düzey, sağlık hizmeti ekipleri, destek grupları ve aileler gibi kolektif grup üyelerinin birbirleriyle sağlık bilgilerini paylaşarak önemli sağlık kararları aldıkları etkileşimleri inceler. Grup üyelerinin, karar alırken nasıl birbiriyle bilgi paylaştıkları, iş birliği yaptıkları ve ortak bir şekilde sağlık hizmeti sağladıkları araştırılır. Özellikle sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmanın artması, ekip çalışmasına olan ihtiyacı artırmıştır. İletişim bilimcileri, bu grup ortamlarında bilgi paylaşımını ve koordinasyonu nasıl daha etkili hale getirebileceğini araştırır (Fabregas & Kreps, 1999).

Örgütsel sağlık iletişimi: Bu düzeyde, karmaşık sağlık hizmeti sunum sistemleri içinde farklı uzmanlık alanlarının nasıl koordine edildiği ve bilgi paylaşımının nasıl sağlandığı incelenir. Multidisipliner bir sağlık hizmeti sunumunun etkinleştirilmesi ve sağlık risklerinin önlenmesi

için iletişim çok önemli bir rol oynar. Özellikle, sağlık hizmetlerinin finansal ve bürokratik kaygılarla giderek daha fazla kontrol altına alınması, sağlık hizmeti tüketicilerinin bakım kalitesine yönelik memnuniyetsizliklerini artırmaktadır (Leiner, 2004).

Toplumsal sağlık iletişimi: Bu düzeyde, sağlık hizmetleri üzerindeki kültürel etkiler ve sağlık bilgilerinin çeşitli medya kanallarıyla topluma nasıl iletildiği incelenir. Bu bilgi, hem profesyonel hem de genel halk kitlelerine sağlık eğitimi ve teşviki amacıyla sunulur. Sosyal pazarlama, iletişim bilimcileri tarafından sağlık teşvik kampanyalarının tasarlanmasında sıklıkla kullanılan bir stratejidir. Bu bağlamda, hedef kitlelere ulaşmak için çeşitli medya stratejileri ve iletim sistemleri kullanılır (Guttman, 1997; Robinson ve ark., 2014).

Sağlık iletişimi araştırmaları, yüz yüze iletişimden telefon, e-posta, radyo, televizyon gibi kişisel ve kitle iletişim araçlarına, hatta yeni iletişim teknolojilerine kadar geniş bir iletişim kanalı yelpazesini inceler. Evler, ofisler, okullar, klinikler ve hastaneler gibi sağlık bilgisinin üretildiği ve paylaşıldığı çeşitli ortamlarda yapılır. Bu araştırmalar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve tüketicileri arasındaki iş birliğine dayalı ilişkilerde kişilerarası iletişimin rolü, sosyal destek sağlamak, medya ve sunum stratejilerinin sağlık bilgilerini yaymadaki etkileri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının koordinasyonu ve karmaşık sağlık sistemlerinin yönetiminde iletişimin kullanımı gibi konuları kapsar (Kreps, 1998).

Sağlık iletişimi, bireylerde davranış değişikliği oluşturmak için kullanılan etkili bir araçtır. Etkili bir sağlık iletişim stratejisi, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilerini arttırarak, bilinçli kararlar almalarını sağlayabilir ve sağlıklı davranışları benimsemelerine yardımcı olabilir. Özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda, bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmesi ve hastalık yönetimi için doğru bilgiye ulaşması hayati önem taşır ve bireylerin davranışlarını değiştirmek hem hastalığın önlenmesinde hem de tedavisinde kritik öneme sahiptir. Sağlık iletişimi, bu süreçte hastaların tedaviye uyumunu artırarak, komplikasyonları önlemek ve genel sağlık durumunu iyileştirmek açısından kritik bir rol oynar (American Diabetes Association, 2021; Baranowski ve ark., 2003; Fishbein & Yzer, 2003).

4.2.1. Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim

Çalışmamızın teorik çerçevesini sunarken çalışmamıza en büyük temeli oluşturan ve sağlık hizmetlerinin farklı sağlık okuryazarlığı düzeylerine uyarlanması ya da hastaların sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama ve değerlendirme becerilerini güçlendirme çabalarını ifade eden kurumsal sağlık okuryazarlığı ile ve ölçüm araçları ile ilgili kapsamlı bilgiyi önceki

bölümlerde vermiştik. İletişim, sağlık okuryazarı olan bir kurumun sahip olması gereken özellikler arasında en çok vurgulanan ve üzerinde durulan kavram olmuştur (Brach ve ark., 2012; Brach, 2017; Brega, 2019). Kurumların bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek ve öz bakım yeteneklerini arttırmak için ihtiyaç duydukları bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve kullanma becerilerini güçlendirme çabalarına odaklanan örgütsel çalışmalar nadirdir (Ernstmann ve ark., 2017). Önceki bölümlerde bahsettiğimiz üzere kurumların çabalarını ölçen ve değerlendiren çalışmalar ve geliştirilen ölçüm araçları çoğunlukla bu çabayı kurum perspektifinden ele almış ve iletişim boyutunu derinlemesine değerlendirmemiştir. 2015 yılında Almanya'daki 12 meme kanseri ve 6 kolon kanseri merkezinden 453 hastanın katılımı ile hastaların perspektifinden sağlık okuryazarlığına sahip sağlık kuruluşlarının özelliklerini incelemek üzere bir ölçek geliştirme çalışması yapılmış ve özellikle kurumsal sağlık okuryazarlığının iletişim boyutuna odaklanılarak 9 maddeden oluşan Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeği (Health Literacy Sensitive Communication/HL-COM) geliştirilmiştir (Ernstmann ve ark., 2017). Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastalarının sağlık okuryazarlık seviyelerine uygun şekilde iletişim kurmalarını ifade eder. Buna göre sağlık okuryazarlığına duyarlı bir hizmet sunumu hastaların bireysel bilgi ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre düzenlenmiş iletişim yöntemlerini içermelidir. HL-COM, sağlık profesyonellerinin hastalarla etkileşimlerinde, hastaların sağlık bilgilerini anlamalarını ve tedavi sürecinde daha etkin rol almalarını sağlamak amacıyla kullanılan iletişim stratejilerini içerir (Ernstmann ve ark., 2017). Kurumsal sağlık okuryazarlığı, hastaların sınırlı bireysel sağlık okuryazarlığını telafi etmeye yardımcı olabilir. Hastalar için, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim, kurumların değerlendirebilecekleri kurumsal sağlık okuryazarlığının en belirgin boyutu olarak bulunmuştur. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi geliştirmek hem kurumsal hem de bireysel sağlık okuryazarlığını artırmaya yardımcı olabilir. Ancak, hastanelerde sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi etkileyen faktörler hakkında bilgi kısıtlıdır (Lubach ve ark., 2021).

Sağlık okuryazarlığına duyarlılık, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesinin artırılması açısından giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Brach ve ark. (2012) sağlık okuryazarı kurum olmanın on temel özelliğini açıklamakta ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve organizasyonlarının, hastaların bilgi anlama kapasitelerini göz önünde bulundurarak iletişim stratejilerini geliştirmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Bu on özellik, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik iletişim uygulamalarının, hastaların sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri

anlama düzeylerini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Dolayısıyla, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ile ilgili stratejilerin araştırılmasına yönelik literatürdeki çalışmalar da artış göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığının artırılması için uygulamaların sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi hem bireylerin sağlık yönetimini kolaylaştırmakta hem de sağlık hizmetleri sisteminin genel verimliliğini artırmaktadır.

Kurumsal sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarı olan kurumların özelliklerinin literatürde yer bulmasından kısa bir zaman sonra yapılan ilk çalışmalardan biri eczanelerin sağlık okuryazarlığına hassas iletişim becerilerini değerlendiren bir çalışmadır. Çalışma bir toplum eczanesinde sağlık okuryazarlığına dayalı iletişim tekniklerinin kullanımını, hastaların bu teknikler hakkındaki beklentilerini ve eczacı ile yapılan iletişimden memnuniyet düzeylerini araştırmayı amaçlamaktadır. Çalışma, sağlık okuryazarlığına dayalı iletişim tekniklerinin, eczacılar tarafından sınırlı bir şekilde kullanıldığını ve hastaların bu tekniklere yönelik beklentilerinin ise düşük olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, eczacıların hastaların iletişim beklentilerini karşılayarak, ilaçla ilgili önemli bilgileri sağlama konusunda genellikle başarılı olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim tekniklerinin artırılması ve hastaların bu tekniklere yönelik beklentilerinin yükseltilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Collum ve ark., 2013).

Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim hasta memnuniyeti üzerinde de olumlu etkiler oluşturmaktadır. Almanya'da 4626 meme kanseri hastası üzerinde yapılan analizler, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin, bekleme sürelerinin hasta memnuniyeti üzerindeki negatif etkilerini nasıl etkileyebileceğini incelemiştir. Sonuçlar, uzun bekleme sürelerini algılayan hastaların memnuniyetinin düştüğünü, ancak yüksek HL-COM deneyimi yaşayan hastalarda bu olumsuz ilişkinin kaybolduğunu göstermektedir. Bu bulgular, bekleme sürelerini azaltmanın yanı sıra, iletişim deneyimlerinin iyileştirilmesinin hasta memnuniyetini artırabileceğini önermektedir. Bekleme sürelerini azaltma çabalarının yanı sıra, etkili iletişimi geliştirmek de hasta memnuniyetini artırmak için kritik bir adım olarak görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin eğitiminde sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesi gerektiği, ayrıca basit dilde bilgilendirme materyalleri ve iletişim yardımları kullanılarak bu iletişimin desteklenmesi gerektiği ifade edilmektedir (Lee ve ark., 2020). Bekleme süreleri ve sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini inceleyen bir başka çalışmada da bekleme sürelerinin hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği ancak sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin bu olumsuz etkiyi önemli ölçüde azaltarak hasta memnuniyetini artırdığı

bulunmuştur. Sonuçlar, sağlık yönetiminin bekleme sürelerini azaltmanın yanı sıra, doktor-hasta iletişimini geliştirmeye de odaklanması gerektiğini vurgulamıştır (Herdiati & Fitriyah, 2024).

Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlıklarına duyarlı iletişim stratejileri belirlemek sağlık çıktılarını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların diyabet öz yönetiminde nasıl destekleneceğine dair çeşitli stratejiler belirlenen bir meta analiz çalışmasında bu stratejiler kolay okunabilen materyal kullanımını içeren yazılı iletişim, öğrendiğini anlat stratejisinin kullanımı ve açık iletişim tekniklerini içeren sözlü iletişim; soru sorma konusunda hastaları cesaretlendirmeyi, motivasyonel görüşmeleri ve hastayı harekete geçirmeyi teşvik etme stratejilerini içeren hasta güçlendirme ve iletişimin hastaların diline ve kültürel uygulamalarına uyarlanması olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. En yaygın strateji, kolay okunabilir materyaller geliştirmek olarak belirtilmiştir. Yüz yüze etkileşim olmadan, uzun vadede olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmada sınırlamalar olabileceği ve sözlü iletişim stratejilerinin kullanımının öz yeterlilik ve sağlık sonuçlarında olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı bulgulanmıştır. Bu bulgu, düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalarla diyabet eğitimi için sözlü iletişim stratejilerinin kritik önemini vurgulamaktadır. Araştırma bulguları bu tür müdahalelerin HbA1C seviyelerini azaltmada ve etkili olduğunu göstermiştir. Çalışma düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylere yönelik bu stratejilerin, sağlık hizmeti uygulamalarında evrensel bir önlem olarak uygulanabileceğini ve bunun sağlık sisteminin tüm bireyler için erişilebilir ve etkili olmasını sağlamaya yardımcı olacağını belirtmiştir. (Kim & Lee, 2016).

4.2.2. Hasta merkezli iletişim

Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi açıklamamıza yardımcı olacak yaklaşımlardan biri hasta merkezli bakım yaklaşımıdır. Hasta merkezli yaklaşım, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki etkileşimde hastaların değer, inanç, beklenti ve tercihlerine öncelik verilmesini amaçlayan bir iletişim yaklaşımıdır (Stewart, 2001). Bu iletişim tarzı, hastaların bakım sürecine aktif katılımını sağlamak, sağlık okuryazarlığını artırmak ve tedaviye uyumu desteklemek amacıyla geliştirilmiştir (Epstein & Street, 2007). Hasta merkezli iletişim, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve hasta memnuniyetini sağlamak için önemli bir role sahiptir (Rao ve ark., 2005).

Hasta merkezli bakım yaklaşımı hastanın bireysel ihtiyaçlarını, beklentilerini ve tercihlerini dikkate alarak sağlık hizmeti sunmayı ifade eder. Bu bakım anlayışı, sadece doktor ve hasta

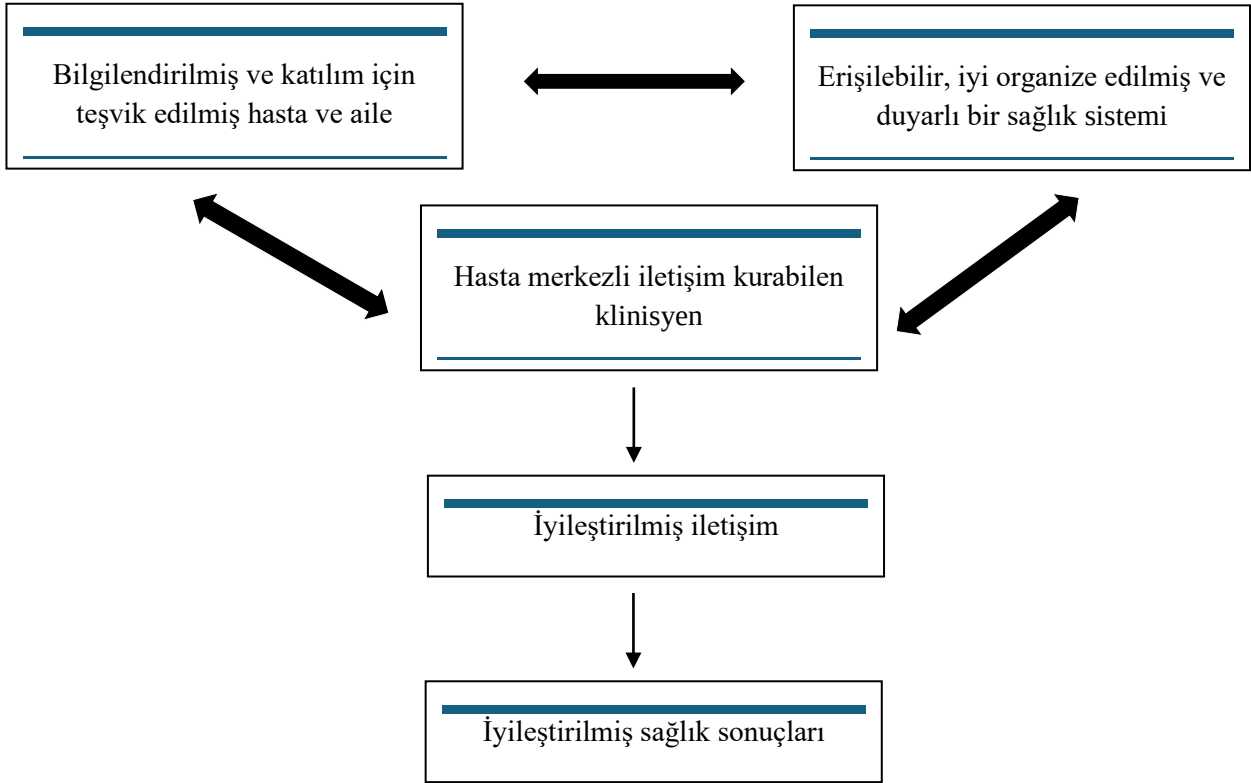
arasındaki ilişkiyle sınırlı kalmayıp, tüm sağlık sistemine yayılması gereken bir ilke olarak kabul edilmektedir. Hastanın tedavi sürecine aktif olarak dahil edilmesi, sağlık profesyoneli ile iş birliği içinde karar alması, sağlık profesyonelinin hastanın duygularını anlamaya çalışması ve bu duygulara duyarlı olması, karmaşık tıbbi terimlerin hastanın anlayabileceği bir dille ifade edilmesi gibi bazı temel unsurlar içermektedir. Bu yaklaşım, hastaların sağlık süreçlerini iyileştirmekte ve sonuç olarak hastaların hayatta kalma oranlarını arttırmaktadır. Ayrıca olası bir tıbbi hatanın hasta merkezli bir şekilde ele alındığında hastaların yasal yollara başvurma eğiliminin azaldığına dair de kanıtlar vardır. Bu da hasta merkezli yaklaşımın sadece ahlaki bir gereklilik değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri açısından ekonomik ve pratik olarak da faydalı olduğunu göstermektedir (Mead & Bower, 2000; Elwyn ve ark., 2012; Mercer & Reynolds 2002; Kurtz ve ark., 2017; Greene ve ark., 2012). Hasta merkezli iletişim, hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki güveni güçlendirmekte, hasta memnuniyetini artırmakta ve sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir. Araştırmalar, hasta merkezli bir yaklaşımın, hastaların tedaviye uyumlarını ve sağlık okuryazarlığını artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Stewart ve ark., 2000; Haskard Zolnierrek & DiMatteo, 2009).

Mead ve Bower (2000) hasta merkezli iletişimin, doktor-hasta ilişkisine daha bütüncül bir yaklaşım getirdiğini ve hastalıkları ve sağlık sorunlarını yalnızca biyolojik faktörlerle açıklamaya çalışan biyomedikal modelden bazı özelliklerle ayrıldığını vurgulamaktadırlar. Bunlardan ilki biyopsikososyal perspektiftir. Biyomedikal model, hastalığı biyolojik bir sorun olarak değerlendirir ve genellikle sadece fiziksel semptomlara odaklanır. Oysa hasta merkezli iletişim, hastalığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir arada değerlendirildiği daha geniş bir çerçeveden ele alır. Bu perspektif, Engel 'in "biyopsikososyal modeline dayanır ve hastaların sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal sorunlarını da anlamaya çalışır. Bu, doktorun hastayı bir bütün olarak ele almasını ve sağlık sorunlarını daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmesini sağlar. Özellikle birincil bakım hizmetlerinde, birçok hastalık geleneksel biyomedikal sınıflamalara uymayabilir; bu nedenle, hastaların sosyal çevreleri, psikolojik durumları ve kişisel öyküleri tedavi sürecine dahil edilir (Engel, 1977). Hasta merkezli yaklaşımı biyomedikal yaklaşımdan ayıran diğer özellik hastanın bir hastalık olarak değil insan olarak ele alınmasıdır. Hastanın deneyimi, onun geçmişi, değerleri, inançları ve sosyal ilişkileri gibi bireysel faktörlerle şekillenir. Bu nedenle, hastanın sağlık durumu, yalnızca biyolojik belirtiler ve teşhislerle değil, aynı zamanda onun yaşam hikayesi ve kişisel bağlamı ile de ilişkilidir. Hasta merkezli yaklaşım hastayı bütünsel bir varlık olarak ele almayı ve onun

yaşamını, kişiliğini ve sağlıkla ilgili algılarını anlamayı amaçlar. Hasta merkezli yaklaşım hastanın bireysel kimliğini ve deneyimlerini göz önünde bulundurarak, sağlık hizmetlerinde daha anlamlı ve etkili bir etkileşim kurulmasını teşvik eder. Bu yaklaşım, doktorların hastalarıyla daha derin bir bağ kurmasına ve onların ihtiyaçlarına daha duyarlı bir şekilde yanıt vermesine olanak tanır (Mead & Bower, 2000). Hasta merkezli yaklaşımı biyomedikal yaklaşımdan ayıran diğer özellik güç ve sorumluluğun paylaşılmasıdır. Hasta merkezli yaklaşımda doktor-hasta iletişimi karşılıklı katılım üzerine kurulmuştur. Hastalara tıbbi sürecin aktif katılımcıları olarak kabul edilirler. Doktor merkezli iletişimde doktorun tıbbi becerileri ve bilgisi ön plandadır. Bu tarzda hastaya doğrudan ve kapalı sorular sorulması ve talimatlar verilmesi gibi davranışlar sergilenir. Buna karşın, hasta merkezli yaklaşımda hastaların ihtiyaç ve tercihleri tanınmaktadır. Bu yaklaşım, hastanın fikirlerini dile getirmesini teşvik etme, dinleme, yansıtma ve iş birliği sunma gibi davranışlarla karakterizedir. Elwyn ve ark. (2012) paylaşılan karar verme sürecini gerçekleştirmek için pratik bir üç aşamalı model önermişlerdir. Bu model, hastalara seçim yapma imkânı sunulmasını içeren "seçim konuşması"; hastalara mevcut seçeneklerin açıklanması ve hangi seçeneklerin onlar için en uygun olduğunun belirlenmesini içeren "seçenek konuşması" ve hastaların seçenekler üzerinde düşünerek karar vermelerine yardımcı olmayı içeren "karar konuşması" aşamalarını içermektedir. Modelin olumlu sonuçları arasında, klinik ortamda hastalarla etkili bir iletişim kurarak, onların tercihlerini ve değerlerini göz önünde bulundurarak kararlar almalarını sağlamak yer almaktadır. Bu yaklaşım, hasta katılımını artırarak hasta memnuniyetini ve tedavi uyumunu olumlu yönde etkileyebilir. Yazarlar, bu modelin uygulanabilirliğini artırmak için hastaların karar verme sürecine dahil edilmesinin önemini vurgulamışlardır. (Elwyn ve ark., 2012). Tedavide ortak karar alma hasta merkezli iletişimde biyomedikal modelden ayrılan bir başka özelliktir. Tedavi hedefleri ve gereksinimleri hakkında ortak bir anlayış oluşturmak hem fiziksel hem de psikolojik tedavi için hayati öneme sahiptir ve doktor ile hasta arasındaki ilişkiyi güçlendiren bir unsurdur. (Mead&Bower, 2000).

Hasta merkezli iletişim sadece bireysel olarak klinisyenlerle değil sağlık sisteminin tümüyle ilgilidir (Şekil 1). Epstein ve ark. (2007) iletişimin iyileşme ve acıyı azaltma sürecine katkıda bulunabilmesi için, klinisyenler, hastalar ve ailelerin hasta merkezli bakımın hedeflerine ulaşmayı sağlayacak iletişim becerilerine sahip olması gerektiğini savunmaktadırlar.

Hasta Merkezli Yaklaşım



Şekil 1: Hasta Merkezli İletişim Modeli (Epstein ve ark., 2007)

Hasta merkezli iletişim, bireyselleştirmenin temel bir bileşenidir. Hastanın özel ihtiyaçlarını, tercihlerini ve hedeflerini dikkate alarak iletişim kurmak, etkili bir sağlık hizmetinin temelini oluşturur. Hasta eğitiminde bireyselleştirme, hastaların kendi sağlık süreçlerine aktif katılımını teşvik ederken, aynı zamanda sağlık profesyonelleri ile kurulan ilişkinin güçlenmesine de katkı sağlar. Bu sayede, hastalar kendilerini daha değerli hisseder ve sağlık hizmetine olan güvenleri artar. Bireyselleştirilmiş bir yaklaşım, hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki etkileşimi derinleştirerek daha iyi sonuçlar elde edilmesine olanak tanır. Bireylerin ihtiyaçlarına göre uyarlama yapabilme becerisi hem sağlık profesyonelleri hem de hastalar için önemli bir fayda sunmaktadır (Ricci ve ark., 2022).

Yapılan çalışmalar tez çalışmamızın örneklemini oluşturan diyabet hastalarıyla iletişimde hasta merkezli iletişimin etkili olduğunu göstermektedir. Hasta merkezli iletişim diyabetli bireylerin yaşadığı stres ve sıkıntıyı azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla, sağlık profesyonellerinin bu iletişim becerilerini geliştirmeleri, hastaların duygusal iyilik halleri üzerinde olumlu etkilere sahip olabilir. (Peimani ve ark., 2022). Araştırmalar, diyabet

yönetiminde iş birliğinin, hasta memnuniyetini artırdığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir. İş birliği, düşük gelirli bireylerde depresyonu azaltma potansiyeline sahiptir ve hastaların yaşam tarzı değişiklikleri konusunda birbirleriyle etkileşime girmeleri, glisemik seviyelerini iyileştirme üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Foluke ve ark., 2021).

Sağlık çalışanlarının hastaları yalnızca biyolojik bir varlık olarak değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de ele almaları ve bakım süreçlerine bütüncül bir yaklaşım sergilemeleri, profesyonel ve etik sorumluluklarının bir gereğidir. Sağlık çalışanları, hastaların aktif katılımını teşvik eden, güvene dayalı ilişkileri geliştiren ve tüm sorunları hasta ile ele alan bir iletişim tarzıyla yaklaşmalıdır. Bu şekilde, gerçekçi ve etkili bir bakım planı oluşturmak ve uygulamak mümkün olacaktır. Bu süreç, hasta odaklı bir iletişim yöntemi ile sağlanabilir (Özkan, 2019).

4.3. Diyabet Hastalığı

Bu bölümde, diyabet hastalığı ile ilgili genel bilgiler, diyabet hastalarında iletişim ve eğitim süreçleri ve diyabet ile sağlık okuryazarlığı konuları ele alınacaktır. Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeğinin diyabet hastaları örneklemine uyarlanması temel nedeni, diyabet gibi kronik hastalıklarda etkili iletişim ve hasta eğitiminin, hastaların tedaviye uyumu ve genel sağlık sonuçları üzerinde doğrudan etkili olmasıdır. Özellikle Türkiye gibi ülkelerde, diyabet hastalarının büyük bir kısmının yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı göz önüne alındığında, bu ölçeğin uyarlanması ve uygulanması, hasta bakım kalitesini artırma potansiyeline sahiptir.

4.3.1. Hastalıkla ilgili genel bilgiler

Diyabet, dünya genelinde yaygın olarak görülen önemli kronik hastalıklardan biridir. 2021 verilerine göre, dünya genelinde 537 milyon diyabetli yetişkin bulunmakta olup, bu sayının 2045 yılına kadar 783 milyona ulaşması beklenmektedir. Avrupa’da 20 ile 79 yaş arasındaki bireylerde diyabetin yaşa göre ayarlanmış prevalansının en yüksek olduğu ilk beş ülke arasında %14,5 ile Türkiye ilk sırada yer almaktadır. 2011’de 3,5 milyon olan 20-79 yaş aralığında yetişkin diyabetli sayısı 2021’de 9 milyona ulaşmıştır. (International Diabetes Federation, 2021).

Diyabet (Latince adıyla Diabetes Mellitus [DM]), vücudun insülin hormonu üretmemesi veya ürettiği insülini etkili şekilde kullanamaması nedeniyle kan şekeri seviyelerinin yükselmesiyle ortaya çıkan, ciddi ve uzun süreli bir hastalıktır. Diyabet, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz

etkileyen ve önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil eden kronik bir hastalıktır. İnsülin, pankreasta üretilen ve vücut için hayati öneme sahip bir hormondur. İnsülin, kandaki glikozun hücrelere girmesini sağlayarak glikozun enerjiye dönüştürülmesini veya depolanmasını mümkün kılar. Aynı zamanda, protein ve yağ metabolizması için de gereklidir. İnsülin eksikliği ya da hücrelerin insüline karşı duyarsız hale gelmesi, kan şekeri seviyelerinin yükselmesine (hiperglisemi) neden olur; bu durum, diyabetin temel göstergesidir. Uzun süre kontrol altına alınmayan insülin eksikliği, vücudun birçok organına zarar vererek kalp-damar hastalıkları (KDH), sinir hasarı (nöropati), böbrek hasarı (nefropati), alt ekstremitte amputasyonu ve retina hasarına bağlı görme kaybı gibi ciddi ve yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarına yol açabilir. Ancak diyabetin doğru yönetilmesiyle bu ciddi komplikasyonlar geciktirilebilir veya tamamen önlenir. (International Diabetes Federation, 2024; Cho ve ark., 2018; Canbolat ve ark., 2022).

4.3.1.1. Tanı kriterleri

Diyabet tanısı açlık plazma glukozu (APG), standart 75 gram oral glukoz tolerans testi (OGTT) ve glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1c) ölçümleri ile konur. Diyabet tanısı koymak için Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association [ADA]) 4 yol belirlemiştir (American Diabetes Association, 2024).

1. APG ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/L) olması (Açlık, en az 8 saat kalori alınmaması olarak tanımlanır.)
2. OGTT sırasında 2'nci saat plazma glukozu ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) olması (Test, DSÖ tarafından tarif edildiği gibi, suda çözünmüş 75 g susuz glukoz eşdeğeri içeren bir glukoz yükü kullanılarak yapılmalıdır.)
3. HbA1c $\geq 6,5$ (48 mmol/mol) olması
4. Klasik hiperglisemi veya hiperglisemik kriz semptomları olan bir hastada rastgele plazma glukozu ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) olması

Hiperglisemi semptomlarının olmadığı durumlarda (örneğin, hiperglisemik kriz veya klasik hiperglisemi belirtileri ile rastgele plazma glukoz seviyesinin 200 mg/dl ve üzerinde olması), tanı konulabilmesi için yapılan testlerin sonuçlarının iki kez anormal çıkması gerekmektedir. Testlerin aynı yöntemle veya farklı bir testle tekrarlanması önerilir. Diğer bir ifadeyle, belirgin diyabet semptomları yoksa, ilk testten sonra tanı için sonraki bir günde tekrar doğrulama

yapılmalıdır. Eğer başlangıçta iki farklı test yapıp sonuçlar çelişkili çıkarsa, eşik değerin üzerinde olan test yeniden yapılarak sonuç yine tanı kriterlerini karşıladığında diyabet tanısı kesinleşir. Rastgele plazma glukozu ölçümü, günün herhangi bir saatinde, açlık ya da tokluk durumuna bakılmaksızın yapılan kan şekeri ölçümüdür. Eğer bu ölçümde değer 200 mg/dl veya üzerinde ve diyabet semptomlarıyla uyumluysa DM teşhisi konulabilir. Test sonuçları sınırda olan bireylere, semptomlar hakkında bilgi verilerek 3-6 ay içinde testlerin tekrarlanması önerilir. Eğer diğer yöntemlerle belirgin diyabet tanısı konulmamış, ancak glukoz metabolizması bozukluğundan şüpheleniliyorsa OGTT yapılır. Tanı koymak için 75 gram glukoz ile yapılan standart OGTT açlık plazma glukoz testinden daha hassas ve spesifik olsa da testin bireyde günden güne değişkenlik göstermesi, zor uygulanması ve maliyetli olması nedeniyle rutin pratikte sık kullanılmamaktadır. Buna karşılık, açlık plazma glukoz testi daha kolay uygulanabilir ve daha düşük maliyetlidir; bu nedenle klinik pratikte daha sık tercih edilir. Ancak OGTT, diyabetin ve prediabetin tespitinde önemli bir role sahiptir. OGTT, açlık plazma glukoz düzeylerine kıyasla daha düşük tekrarlanabilirliğe sahip olsa da diyabet ve prediabet tanısı için daha duyarlıdır. Tip 1 diyabet tanısında ise, belirgin klinik belirtiler nedeniyle OGTT'ye nadiren ihtiyaç duyulur. OGTT yapılmadan önce hastaların üç gün boyunca günde en az 150 gram karbonhidrat içeren normal bir diyet uygulamaları gerektiği vurgulanmalıdır, çünkü karbonhidrat kısıtlaması OGTT sırasında kan şekerinde yanlış yüksekliğe yol açabilir. Standardizasyonundaki sorunlar ve tanı eşiğindeki belirsizlik nedeniyle, glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1c: A1C)'nin diyabet tanı aracı olarak kullanılması uzun yıllar önerilmemiştir. Son yıllarda tüm dünyada standardizasyonu yönündeki çabalar ve prognostik önemine dair kanıtların artması sonucunda HbA1C'nin de diyabet tanı testi olarak kullanılması kabul edilmiştir. (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2022).

4.3.1.2. Diyabetin sınıflandırılması

Tip 1 Diyabet

Tip 1 diyabet, vücudun bağışıklık sisteminin insülin üreten pankreas beta hücrelerine saldırdığı bir otoimmün süreç sonucu oluşur. Bu durum, vücudun çok az veya hiç insülin üretmemesine yol açar. Bu yıkıcı sürecin nedenleri tam olarak anlaşılamasa da genetik yatkınlık ve viral enfeksiyon gibi çevresel tetikleyicilerin birleşimi, otoimmün tepkimeyi başlatan olası faktörlerdendir. Tip 1 diyabet her yaşta gelişebilir, ancak en sık çocuklar ve genç yetişkinlerde görülmektedir. Tip 1 diyabet, çocukluk çağında en yaygın kronik hastalıklardan biridir. Tip 1 diyabetin bazı belirtileri aniden ortaya çıkar; bunlar arasında ağız kuruluğu, aşırı susama, açlık

hissi, sık idrara çıkma, kilo kaybı ve yorgunluk bulunur. Hastalar genellikle zayıf ya da normal kilodadır. Ancak son yıllarda, aşırı kilolu veya obez bireylerde görülen ve "Duble diyabet," "Hibrid diyabet," veya "Tip 3 diyabet" olarak adlandırılan bir form tanımlanmıştır. Bu durum, genellikle Tip 2 diyabet riski taşıyan Tip 1 diyabetli kişilerde, insülin tedavisi sonrası kontrolsüz kilo alımı ile ortaya çıkar. Tip 1 diyabet, günlük insülin iğneleri gerektiren bir hastalıktır ve insülin olmadan hayatta kalmak mümkün değildir. Bu hastalar, düzenli kan glukoz takibi, eğitim ve destek ile sağlıklı bir yaşam sürdürebilir ve diyabetle ilişkili komplikasyonların gelişimini geciktirebilirler. (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022; International Diabetes Federation, 2024; American Diabetes Association; 2024).

Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet, dünya genelinde en yaygın diyabet türüdür ve tüm diyabet vakalarının %90'ından fazlasını oluşturur. Tip 2 diyabette, yüksek kan şekeri seviyeleri, vücuttaki hücrelerin insüline tam olarak yanıt verememesi sonucu ortaya çıkar. Bu duruma insülin direnci denir. İnsülin direnci, vücudun hücrelerinin insüline yeterince yanıt vermemesi durumudur. Bu, insülinin hücrelere girememesi ve bu yüzden glukozun (şekerin) enerji olarak kullanılamaması anlamına gelir. Pankreas, kan şekere yanıt olarak yeterli insülin üretemezse, karaciğerde şeker üretimi artar. Bu durum, sabaha karşı daha aktif olan bazı hormonların etkisiyle (örneğin, kortizol ve adrenalin) daha da kötüleşir. İnsülin direnci genellikle tip 2 diyabet teşhisi konulmadan yıllar önce başlar. Ancak, diyabetin ilerleyen dönemlerinde insülin üretimindeki azalma daha belirgin hale gelir (International Diabetes Federation, 2024).

Tip 2 diyabetin belirtileri, tip 1 diyabetle benzerlik gösterebilir, ancak genellikle daha hafif seyreder ve bazen hiç belirti göstermeyebilir. Ayrıca, tip 2 diyabetin başlangıç zamanı genellikle kesin olarak belirlenemez. Tip 2 diyabetin kesin nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır, ancak aşırı kilo, obezite, yaş, etnik köken ve aile geçmişi ile güçlü bir bağlantı vardır. Tip 1 diyabette olduğu gibi, tip 2 diyabet riskini artıran faktörler arasında çok sayıda genetik etki ve çevresel tetikleyiciler de bulunur. Genellikle yetişkinlerde görülmekle birlikte, çocuklar ve adolesanlar arasında da görülme sıklığı giderek artmaktadır. Tip 2 diyabetin yönetiminin temel taşları, sağlıklı bir beslenme, düzenli fiziksel aktivite, sigara içmeyi bırakma ve sağlıklı vücut ağırlığını korumayı teşvik etmektir. (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022; International Diabetes Federation, 2024; American Diabetes Association; 2024).

Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel diyabet, hamilelik sırasında ortaya çıkan ve gebelik öncesinde tanı konmamış kan şekeri yüksekliğidir. Genellikle gebeliğin ortalarında, özellikle 24-28. haftalarda teşhis edilir. Bu durum, vücudun insülin üretiminde yetersizlik veya insülinin etkili bir şekilde kullanılamaması nedeniyle kan şekeri seviyelerinin yükselmesine yol açar. Gestasyonel diyabet, hamilelikte çeşitli komplikasyonlara neden olabilir. Örneğin, bebeklerin doğum ağırlığının artması, doğum sırasında zorlanma veya doğum sonrası hipoglisemi gibi sorunlar gelişebilir. Ayrıca, gestasyonel diyabet tanısı alan kadınlar, gelecekte tip 2 diyabet geliştirme riski taşır. Bu durumun yönetimi, genellikle diyet ve egzersizle sağlanır; bazı kadınlar insülin tedavisine ihtiyaç duyabilir. Hamilelik takibi sırasında düzenli kan şekeri izlemeleri, hem annenin hem de bebeğin sağlığını korumak açısından önemlidir (U.S.Centers for Disease Control and Prevention[CDC], 2024; American Diabetes Association; 2024).

Spesifik Nedenlere Bağlı Diğer Diyabet Türleri

Diyabet, sadece tip 1 ve tip 2 ile sınırlı olmayan birçok spesifik türü içeren bir hastalıktır. Bu türler, genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları, hormonal dengesizlikler ve enfeksiyonlar gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Dünya Sağlık Örgütü raporu, monojenik diyabet ve bir zamanlar "ikincil diyabet" olarak adlandırılan türleri de içeren birçok "diğer spesifik diyabet türünü" listelemektedir. Örneğin monojenik diyabet, tek bir genin mutasyonu nedeniyle oluşan bir diyabet türüdür. Genellikle genç yaşta ortaya çıkar ve tedavi yaklaşımı, genetik bozukluğun türüne göre değişir. Monojenik diyabet, ismiyle de belirtildiği gibi, çok sayıda genin ve çevresel faktörlerin katkısından ziyade tek bir genin etkisiyle oluşur. Pankreatik diyabet ise (tip 3c diyabet olarak da adlandırılır), pankreasın dışsal işlevlerinde (özellikle insülin üretiminde) meydana gelen yapısal ve işlevsel kayıplarla karakterize edilir. Bu tür diyabet, sıklıkla tip 2 diyabet ile karıştırılır. Pankreatik diyabetin çeşitli nedenleri arasında pankreatit (akut ve kronik), pankreas yaralanmaları, tümörler, kistik fibroz, hemokromatoz ve nadir genetik bozukluklar yer alır. Pankreatik diyabet, bu durumların ortak bir terimi olarak kabul edilir. (World Health Organization, 2019; International Diabetes Federation, 2024; American Diabetes Association; 2024).

4.3.1.3. Diabetes Mellitus (DM) komplikasyonları

Diyabet, kontrol edilmediğinde çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu sorunlar, akut ve kronik komplikasyonlar olarak iki ana grupta sınıflandırılabilir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMĐ], 2022; Türk Diyabet Vakfı, 2023).

Akut Komplikasyonlar

Diyabetik Ketoasidoz (DKA): Genellikle tip 1 diyabet hastalarında görülen DKA, insülin yetersizliği nedeniyle keton cisimlerinin birikmesiyle ortaya çıkar. Yüksek kan şekeri seviyeleri ve asidoz ile karakterizedir

Hipoglisemi: Kan şekeri seviyelerinin tehlikeli derecede düşmesi durumudur. Sinir sistemi ve organlar yeterli glukoz alamaz, bu da baş dönmesi, terleme ve bilinç kaybına yol açabilir

Hiperosmolal Hiperglisemik Durum (HHS): Genellikle tip 2 diyabet hastalarında görülür ve çok yüksek kan şekeri seviyeleri ile birlikte aşırı susuzluğa yol açar. HHS, ölümcül olabilir ve acil tedavi gerektirir.

Enfeksiyonlar: Diyabet hastalarında bağışıklık sistemi zayıflar. Bu durum, bakteriyel ve fungal enfeksiyonların artmasına neden olabilir.

Kronik Komplikasyonlar

Diyabetik Nöropati: Sinir hasarı sonucu ortaya çıkar ve genellikle ayaklarda ve ellerde uyuşma, yanma veya ağrı hissi ile kendini gösterir.

Diyabetik Retinopati: Gözdeki kan damarlarının hasar görmesi sonucu görme kaybına yol açabilir. Diyabetik retinopati, göz muayeneleri ile erken teşhis edilebilir.

Diyabetik Nefropati: Böbreklerdeki filtreleme işlevinin bozulmasıdır. Sonuçta, böbrek yetmezliğine kadar gidebilir.

Diyabetik Ayak: Kan akışının azalması ve sinir hasarı nedeniyle ayakta yaralar oluşur. Bu yaralar, enfeksiyon ve amputasyona yol açabilir.

Kalp ve Damar Hastalıkları: Diyabet, kalp krizi ve inme riskini artırır. Yüksek kan şekeri, damarları etkileyerek damar sertleşmesini (ateroskleroz) hızlandırır.

4.3.2. Diyabet ve sağlık okuryazarlığı

Kronik hastalıklarla başa çıkmak, hasta bireyler, sağlık sistemi ve hizmet sağlayıcıları arasında iş birliğine dayanan bir dizi öz-bakım becerisini gerektirir. Diyabet gibi kronik rahatsızlıkları olan kişilerden, metabolik dengeyi sağlamak, ciddi ve uzun süreli komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmek için öz-bakımlarını etkin bir şekilde yönetmeleri beklenmektedir. Bu bireyler, bakım süreçlerinde aktif rol almakta ve sağlık profesyonelleriyle

etkileşimli iş birlikleri geliştirmektedir. Araştırmalar, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin, diyabet yönetiminde hastaların tedaviye uyumlarını artırdığını ve sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Schillinger ve ark., 2002, Fransen ve ark., 2012, İlhan ve ark., 2021). Diyabette sağlık okuryazarlığı, hastaların diyabetle ilgili bilgi seviyeleri, öz-yeterlilikleri, öz bakım uygulamaları ve glisemik kontrol ile yakından ilişkilidir. (Çam ve ark., 2021). Diyabet hastalarının başarılı bir şekilde hastalıklarını yönetebilmeleri için belirli öz bakım becerilerine sahip olmaları gerekmektedir. Bu beceriler arasında beslenme düzeni, egzersiz, ilaç kullanımı, kan şekeri takibi ve doktor kontrollerine düzenli gitme yer alır (Powers ve ark., 2017; Funnel ve ark., 2007). Diyabet hastalarının öz bakım süreçleri, onların yaşam kalitelerini artırma ve hastalıkla başa çıkma yetenekleri açısından kritik bir öneme sahiptir. Diyabet hastalarında öz bakım, bireylerin hastalık yönetimi ve sağlığını koruma amacıyla gerçekleştirdiği bir dizi davranış ve uygulamayı ifade eder. Bu strateji, hastalığın neden olduğu sorunların %85'inin önlenmesine ve diyabet hastalarının yeniden hastaneye yatışlarının azaltılmasına yardımcı olabilir. Öz bakım, hastaların diyabetle ilgili bilgi edinmeleri, sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmeleri, fiziksel aktivite düzeylerini artırmaları, kan şekeri düzeylerini düzenli olarak kontrol etmeleri ve tedavi planlarına uyum sağlamaları gibi pek çok bileşeni kapsamaktadır. Öz bakımın başarısı, büyük ölçüde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyine bağlıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olan bireylerin öz bakım davranışlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı, diyabet hastalarının tedavi planlarını anlamalarına ve uygulamalarına yardımcı olarak, öz bakım becerilerini geliştirmekte ve hastalık yönetimini kolaylaştırmaktadır (RobatSarpoooshi ve ark., 2020; Al Sayah ve ark., 2013; Spenceley & Williams, 2006).

Öz yeterlilik, bireylerin kendi sağlıklarını kontrol edebilme ve hastalıklarını yönetebilme yeteneklerine olan inançlarıdır (Bandura, 1997). Düşük öz yeterlilik duygusu, depresyon, kaygı ve çaresizlik gibi olumsuz duygularla kendini göstermektedir. Buna karşın, öz yeterliliği yüksek olan bireyler zorluklarla daha uzun süre mücadele eder ve daha etkili başa çıkma stratejileri kullanarak hedeflerine ulaşmaya devam ederler. Öz yeterlilik ile sağlık okuryazarlığı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı, diyabet hastalarının kendi sağlıklarını yönetme konusunda kendilerine güvenmelerine ve bu konuda daha başarılı olmalarına yardımcı olur. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde ise öz yeterlilik düşüktür ve bu bireyler sağlıklarını kontrol etmede daha fazla zorluk yaşarlar (Cavanaugh ve ark., 2008).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar, tip 2 diyabet hastalarının yaklaşık üçte birinin sağlık okuryazarlığının sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu hastalar, hastalıklarını yönetmekte ve günlük sağlık kararlarını vermekte zorlanmakta, tıbbi terimleri anlamakta ve sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurmakta güçlük çekmektedirler. Özellikle sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip hastalar, diyabetle ilgili daha az bilgiye sahiptir ve ortak karar alma süreçlerine katılma konusunda isteksizdirler (Abdullah ve ark., 2019). Diyabet, yönetilmediğinde ciddi komplikasyonlara yol açabilen kronik bir hastalıktır ve bu nedenle bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, diyabetin etkili yönetiminde kritik bir rol oynamaktadır. Ortopedik hastalar üzerinde yapılan retrospektif bir çalışmada son iki yıl içinde diyabetik ayak amputasyonu geçiren hastalar, genel ortopedik hasta popülasyonu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın bulguları, ayak amputasyonu olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, genel ortopedik hasta grubuna kıyasla önemli ölçüde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Diyabetik amputasyonlar genellikle kötü kontrol edilen diyabetle ilişkilendirildiğinden, bu bulgular sağlık okuryazarlığının önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı, bireylerin diyabet yönetiminde gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalarını engelleyebilir, bu da ayak bakımını ve düzenli kontrolleri aksatmalarına neden olabilir. Çalışmanın sonuçları, sağlık okuryazarlığı temelli müdahalelerin, diyabetin etkili yönetimi ve ayak muayeneleri üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini göstermektedir (Hadden ve ark., 2019). Breder ve ark. (2024) tarafından yürütülen bir çalışma, Tip 2 diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığının, diyabetik retinopati (DR) gibi komplikasyonların gelişimi üzerindeki etkisini incelemiştir. Bu çalışma, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin DR geliştirme riskinin, yeterli okuryazarlığa sahip olanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde DR prevalansı %32,8 iken, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde bu oran %16,5 olarak bulunmuştur. Diyabet ve sağlık okuryazarlığı arasındaki bu ilişki, özellikle hastaların kendi kendine yönetim becerilerini artırmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için önemli bir alan olarak öne çıkmaktadır. Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi, daha iyi hastalık yönetimi, komplikasyonların önlenmesi ve genel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için kritik bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Benzer şekilde Saeed ve ark. 2018 yılında Pakistan'da gerçekleştirdikleri çalışmada, kötü glisemik kontrolü olan diyabet hastalarının çoğunluğunun yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu ve bu hastaların retinopatiye yakalanma olasılıklarının yüksek olduğunu saptamıştır.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık durumlarını anlama ve yönetme becerilerini geliştirir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler, diyabetle ilgili bilgi eksikliklerini daha kolay giderebilmekte ve sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmektedir. Bireysel eğitim, grup eğitimi, telefonla eğitim ve telefon görüşmeleri gibi sağlık okuryazarlığı müdahaleleri, diyabet hastalarının glisemik kontrol düzeylerini ve öz yönetim becerilerini olumlu yönde etkilemektedir (Butayeva ve ark., 2023). Sağlık okuryazarlığı ile glisemik kontrol, kan şekeri izleme ve ilaç uyumu arasındaki ilişki net olmamakla birlikte yeterli sağlık okuryazarlığı diyabet hastalığı hakkında bilgi sahibi olma, fiziksel aktivite, öz-yeterlilik ve diyabetle ilgili yaşam kalitesi üzerinde önemli iyileşmeler sağlamaktadır (Dahal & Hosseinzadeh, 2020).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin diyabet yönetimi için gerekli olan bilgiyi, öz yeterliliği ve öz bakım gibi becerileri edinebilme kapasitesini artırır. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip diyabet hastaları, kan şekeri düzeylerini düzenli olarak takip etme, doğru ilaç kullanma ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini sürdürme konusunda daha başarılı olurlar (Bailey ve ark., 2014). Kim ve ark. (2020) tip 2 diyabetli Koreli Amerikalılar üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, sağlık okuryazarlığının öz bakım becerileri ve öz-yeterlilik gibi araçlar aracılığıyla dolaylı olarak glikoz kontrolü ve yaşam kalitesini olumlu etkilediğini göstermiştir. Güner ve ark. (2020) Zonguldak'ta gerçekleştirdikleri kesitsel çalışmada, diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu ve akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir.

4.3.3. Diyabet hastalarıyla iletişim

Klinik bakımda teknik süreçlerin yanı sıra kişilerarası süreçlerin de sağlık hizmetlerinin genel kalitesine katkıda bulunduğu dair artan bir farkındalık vardır. Kişilerarası süreçler, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişim başta olmak üzere, klinik etkileşimlerin sosyal ve psikolojik yönlerini kapsar. Bu süreçlerin kalitesi, diyabet gibi hastalıklarda hastaların kendi kendine bakım davranışları ve sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (Schillinger ve ark., 2004). Düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık profesyoneli ile hasta arasında zayıf iletişime, hastanın tedavi süreçlerini tam olarak anlayamamasına ve verilen bilgilerin yeterince kalıcı olmamasına yol açabilir. Eğer bir hasta, hastaneden ya da poliklinikten ayrılırken anlamadığı, önemsemediği veya hatırlayamadığı bir eğitim ve bilgi almışsa, bu hastanın bakım planına uyum gösterme olasılığı azalabilir. Uyum eksikliği ise sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına, daha fazla risk oluşmasına ve tedavi sonuçlarının olumsuz yönde etkilenmesine yol açabilir. Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasındaki farkı kapatmak, sağlık okuryazarlığını geliştirmek açısından

temel bir adımdır. Hastanın bakış açısını, bilgi seviyesini ve öğrenme tarzını anlamak, sağlık profesyonelinin hastanın sağlık sorununu kavradığından ve bakım planı üzerinde kontrol sahibi olduğundan emin olmasını sağlar (Kopera-Frye, 2017).

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan ve kronik hastalıkları bulunan hastaların yönetim ihtiyaçları son derece karmaşıktır. Hastalar, talimatları anlayamadıklarında veya verilen yönlendirmeleri hatırlayamadıklarında, kronik hastalıklarını yönetmek hem kendileri hem de sağlık profesyonelleri için daha zor hale gelir. Bu nedenle, hastaların belirtileri ve genel sağlık durumlarını izleme sorumluluğu giderek artmaktadır. Hastalar, tedavilerini ne zaman ayarlayacaklarını ve daha ciddi bilgiler için kiminle iletişime geçmeleri gerektiğini bilmek zorundadır. Bu görevler, yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı gerektiren karmaşık işlemlerdir ve genellikle hastaların kronik hastalıklarını yönetirken en fazla zorlandıkları konulardır (Parnell, T. A., 2015).

Tip 2 diyabet hastaları ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimde hasta merkezli yaklaşımın önemini inceleyen nitel bir çalışmada hem hastalarla hem sağlık profesyonelleri ile odak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. İletişimde ortak olarak belirlenen kısıtlayıcı faktörler arasında güç dengesizliği, eleştiriden kaçınma, hastalığı küçümseme, tıbbi terim kullanımı ve hizmet sunucular arasındaki tutarsızlıklar yer almaktadır. Kolaylaştırıcı unsurlar ise hastaların bir bütün olarak görülmesi, basit ve kişiselleştirilmiş bilgi sunulması ve kritik durumların farkına varılması gibi unsurlar olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada, iletişimdeki güç dengesizlikleri ve tıbbi terimlerin aşırı kullanımının tip 2 diyabet yönetiminde önemli engeller oluşturduğu belirtilmiş ve hasta merkezli yaklaşımlar ve etkili iletişim stratejilerinin önemi vurgulanmıştır. Hasta merkezli iletişimin geliştirilmesi, hasta ve sağlayıcı arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi, hastaların katılımının artırılması ve sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile mümkündür (Paiva ve ark., 2019).

Diyabet hastalarında ilaç uyumu, kan glukoz seviyelerini kontrol etme, komplikasyon riskini azaltma ve genel sağlık durumunu iyileştirme açısından kritik bir rol oynamaktadır. Hasta ve hizmet sağlayıcı arasındaki iletişim, ilaç uyumunu etkileyen önemli bir faktördür. İyi bir iletişim, hastaların sağlık bilgilerini daha iyi anlamalarını ve tedavi planlarına aktif katılımlarını destekler. İletişimde güven ve empati, hasta- sağlayıcı ilişkisini güçlendirir ve tedaviye uyumu artırabilir (Ratanawongsa ve ark., 2013; Schoenthaler ve ark., 2012). Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Tedavi planının karmaşıklığı,

süresi ve gerektirdiği davranış değişikliği gibi unsurlar, hasta uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca psikososyal ve çevresel engeller de uyumu zorlaştırmaktadır. Hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişim uyumu olumlu yönde etkileyebilmektedir (Anderson, 1990).

Diyabet hastalarında tedaviye uyumun önemi oldukça büyüktür, ancak çoğu hasta, karmaşık tedavi rejimlerine uymakta zorluk yaşamaktadır. Diyabetli hastalar, sadece glisemik hedefleri değil, aynı zamanda diyabete eşlik eden diğer sağlık sorunları için de çeşitli ilaçlar kullanmak zorundadır. Bu durum, hastaların tedavi sürecini daha da zorlaştırmakta ve tedaviye uyumsuzluk oranlarını artırmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk, diyabet hastalarında yaygın bir problem olarak karşımıza çıkmakta ve hastaların sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle hekim-hasta iletişimi, bu noktada kritik bir role sahiptir. İyi bir hekim-hasta ilişkisi ve etkili iletişim, hastaların tedaviye daha yüksek oranda uyum sağlamalarına katkıda bulunabilir. Hekimlerin empati yaparak, aktif dinleme becerilerini kullanarak ve hastalarının ihtiyaçlarına yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşımlar sergilemesi, tedavi uyumunu artıran temel unsurlardandır (Taşkaya, 2014). Hastalar doktorlarıyla sürekli ve etkili bir iletişim kuramadıklarında, doktor kontrollerini bırakma eğilimine girmekte ya da ziyaret sayılarını azaltmaktadırlar. Oysa hastalar, hastalık yönetimi konusunda danışmanlık, gerekli öneriler ve tedaviye uyum konusunda motive edilmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum, sağlık ekibi ile iyi bir iletişimin, tedaviye uyumun artırılmasında kritik bir rol oynadığını göstermektedir (Pourhabibi ve ark., 2022).

Diyabet hastalarıyla iletişimde sağlık okuryazarlığı evrensel önlemler araç setinde de önerilen “teach-back” (öğrendiğini anlat) gibi yöntemlerin kullanımı, hastaların tedaviye uyumunu artırmada etkili olmaktadır. Bu strateji, özellikle insülin kullanımı veya birden fazla ilaç almak zorunda olan diyabet hastaları için etkilidir. Öğrendiğini anlat yöntemi, hastaların sağlık bilgilerini doğru anladıklarını teyit etmek amacıyla, verilen bilgileri kendi ifadeleriyle geri anlatmalarını sağlar. Bu şekilde hem sağlık hizmeti sağlayıcıları hastanın eğitimi konusunda net bir değerlendirme yapar hem de hastalar tedaviye daha etkin bir şekilde uyum sağlayarak, ilaç yönetimlerini daha iyi yapabilirler (Hong ve ark., 2020; Nas ve ark, 2021). Öğrendiğini anlat yöntemi, hasta eğitiminde etkili bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Özellikle diyabet yönetiminde, bu yöntem hastaların bilgi seviyelerini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalar, öğrendiğini anlat yönteminin diyabet hastalarının tedavi sürecine olan katılımlarını ve sağlık okuryazarlıklarını artırdığını göstermektedir. Geleneksel eğitim

yöntemleriyle karşılaştırıldığında bu yöntem ile verilen eğitim diyabet bilgi seviyesinde anlamlı bir artış sağlamaktadır. Hastaların eğitim sırasında öğrendiklerini tekrar etmelerini ve anlamalarını sağlamak amacıyla tasarlanan bu yöntem, bilgiyi yalnızca bir kez sunmak yerine, hastanın bilgiyi nasıl anladığını değerlendirir. Çalışmalarda, öğrendiğini anlat yöntemiyle eğitilen hastaların, standart eğitim alan hastalara kıyasla daha yüksek bilgi seviyelerine ulaştığı ve bilgilerin kalıcılığının sağlandığı gözlemlenmiştir (Negarandeh ve ark., 2013; Hong ve ark, 2022; Raznahan ve ark, 2018).

4.3.4. Diyabet yönetiminde hasta güçlendirme

Hasta güçlendirme, bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol kazanma süreçlerini ifade eder. Bu süreç, bireylerin kendi sağlık durumlarını yönetme yeteneklerini geliştirmelerine ve kronik hastalıklar gibi zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olur. Literatürde hasta güçlendirme, farklı tanımlara sahip olup, bazıları bunun bir dönüşüm süreci olduğunu, diğerleri ise hasta özerkliği ve kendi kendine belirleme gibi ilkelere odaklanmaktadır (Bravo ve ark., 2015).

Hasta güçlendirme sağlık davranışı, sağlık bakımı veya sağlık sistemi bağlamında tartışıldığında, hasta olmayan bireyleri de kapsar. Bu kavram, hastanın sağlık kararlarında daha fazla sorumluluk aldığı ve daha aktif bir rol oynadığı bir aktör olarak katılımını ifade eder. Hastalar, sağlıklarıyla ilgili kararlarda daha bilinçli ve bağımsız bir şekilde hareket eder. Bu süreçte hastalar, tedavi ve bakım planlamasında daha fazla söz sahibi olarak kendi sağlık durumlarını yönetme kapasitesini geliştirir (Schulz & Nakamoto, 2013).

Hasta güçlendirme bireylerin kendi içsel yeteneklerini keşfetmelerine ve diyabet gibi kronik hastalıklarla başa çıkma becerilerini kazanmalarına yardımcı olma sürecidir. Bu tanım, hasta güçlendirme yaklaşımının merkezinde bireylerin katılımını ve sorumluluğunu artırmayı hedefleyen bir eğitim ve destek sürecini yansıtır. Hasta güçlendirme sürecinde sağlık profesyonelleri, bireyleri eğiterek, bilinçli kararlar almalarına yardımcı olur; çeşitli tedavi seçeneklerinin artılarını ve eksilerini değerlendirmelerini sağlar; kendileri için belirledikleri hedeflere ulaşmalarını destekler (Anderson ve ark., 1991). Güçlendirme süreci, bireylerin kendi yaşamlarından sorumlu olma yeteneklerini keşfetmesi ve geliştirmesi olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar, mantıklı kararlar almak için yeterli bilgiye, bu kararları uygulamak için yeterli kontrol ve kaynaklara, ayrıca bu kararların etkinliğini değerlendirecek deneyime sahip olduklarında güçlenmiş olurlar. Hastalar, kendi davranışlarını ve başkalarının davranışlarını etkileyerek

yaşam kalitelerini artıracak bilgi, beceri, tutum ve öz farkındalığa sahip olduklarında güçlenmiş olurlar (Funnel & Anderson, 2004).

Anderson ve ark. (1995) diyabet hastalarıyla yaptıkları bir randomize kontrollü çalışmada bir hasta güçlendirme programına katılımın hastaların öz yeterlilik ve diyabetle ilgili tutumlarını iyileştirip iyileştirmeyeceğini, ayrıca kan glikozu seviyelerinde bir azalma sağlayıp sağlamayacağını belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışmada müdahale grubu hasta güçlendirme programı ile altı oturumluk bir eğitim programı almıştır. Sonuçlar, müdahale grubunun öz yeterlilik ve diyabet tutumu ölçeklerinde kontrol grubuna göre daha iyi sonuçlar elde ettiğini göstermiştir. Ayrıca, hemoglobin seviyelerinde de anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Bu bulgular hasta güçlendirme yaklaşımının etkili bir eğitim aracı olduğunu göstermiştir. Anderson ve Funnel (2010) diyabet bakımında güçlendirmenin, hastaları ikna etmek veya değiştirmekle ilgili olmadığını, hastaların diyabetle ilgili deneyimlerini yansıtmalarına yardımcı olmayı amaçladığını belirtmişlerdir.

Hasta güçlendirmeyeyle ilişkili olabilecek kavramlar arasında bilgiyi anlama ve kavrayış ile sağlık çalışanlarıyla iletişim ve birlikte karar verme yer almaktadır. Bilgiyi anlama ve kavrayış, bireylerin sağlık kararlarını verebilmek için gerekli bilgiye erişme, bunu işleme ve anlamlandırma yeteneğidir. Bu yetkinlik, bireylerin sağlık hizmetlerini bilinçli kullanmalarına, koruyucu sağlık önlemlerini benimsemelerine ve sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetmelerine yardımcı olur. Ayrıca, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını güçlendirir ve hastalıklarla mücadelede önemli bir rol oynar. Ancak hastaların doğru bilgiyi seçip yönetme konusunda desteklenmeleri ve güçlendirilmeleri gerekmektedir (Tartaglione, 2018). Hasta güçlendirme sürecinde önemli bir diğer unsur, hastaların tedavilerine aktif katılımı ve karar verme süreçlerine dahil olmalarıdır. Bu katılım, hastaların tedavilerini yönetebilme, belirtileri takip etme ve sağlık durumlarını kontrol altında tutma yetkinliklerini içerir. Kronik hastalıklar için bu beceriler daha da önemlidir, çünkü hastalar kendi kendine bakım sürecini öğrenmelidir. Ayrıca, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasında ortak karar alma süreci, hasta ihtiyaçlarına uygun destek ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesine yardımcı olur (Barlow ve ark., 2002). Hasta güçlendirme sürecinde sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim, hasta ve profesyoneller arasında karşılıklı bilgi alışverişini gerektirir. Bu iletişim, hastaların semptomlarını doğru bir şekilde ifade edebilmesi ve tedavi bilgisi talep edebilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ancak, araştırmalar hastalara bu fırsatın sıklıkla verilmediğini ve bunun da yanlış teşhis riskini artırdığını göstermektedir. Dolayısıyla, iyi iletişim, hastaların sağlık okuryazarlığı, tedavi

süreçlerine katılımı ve hastalık kontrolü açısından hayati bir faktördür (Tartaglione ve ark., 2018; Arslanoğlu, 2019).

Yüksek kaliteli diyabet yönetimi için, hastaların öz yönetim becerilerini geliştirmek, yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmek ve hasta güçlendirmeyi desteklemek önemlidir. Yapılan incelemeler, yetersiz glisemik kontrolün sağlık kaynakları üzerindeki yükü artırdığını ve ölüm oranlarını yükselttiğini göstermektedir. Bu bağlamda, bireylerin eğitim ve destekle öz yönetimi konusunda motive edilmesi, diyabetin komplikasyonlarının önlenmesi için kritik bir rol oynamaktadır. Hasta güçlendirme, bireyin sağlıkla ilgili kararlarını ve öz bakım aktivitelerini belirleme yeteneğini artıran bir süreçtir. Diyabet hastalarında, hasta güçlendirmeyi artırmak için yeterli diyabet bilgisine sahip olmak önemlidir. Çeşitli çalışmalar, güçlendirmenin HbA1c düzeyini düşürebildiğini, davranış değişikliklerini desteklediğini, psikolojik durumu iyileştirdiğini ve sağlık okuryazarlığını artırdığını göstermiştir. Hasta ve sağlık profesyonelinin süreçlere aktif katılımı, farkındalık artırma, gerekli bilgileri sağlama ve açık iletişim, bireyin eleştirel düşünme yetisini artırmayı amaçlayan güçlendirme yaklaşımının kritik stratejileridir. Ayrıca, bireylerin sağlık kararlarında katılımlarını artırmak, tedaviye uyumlarını güçlendirebilir. Özellikle diyabetik beslenme bilgisi ile daha iyi glisemik kontrol arasında bir ilişki bulunmaktadır. Hasta merkezli güçlendirme programları, kontrolü zayıf olan diyabet hastalarının yaşam kalitesini artırabilir. (Lambrinou ve ark., 2019).

Hasta güçlendirme, diyabet hastalarının öz yönetiminde kritik bir bileşendir. Bu süreç, doktor-hasta arasında iş birliği ve güven oluşturarak, hastaların sağlık kararlarına aktif katılımını teşvik eder. Hastaların endişelerini dinleyip, insülin tedavisinin gerekliliğini ve yararlarını açık bir şekilde iletmek önemlidir. Etkileşimli eğitim ve eğitimde bireyselleştirilmiş yaklaşımlar, hastaların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırır. Ayrıca, etkili takip süreçleriyle desteklenen güçlendirme uygulamaları, hastaların hem glisemik kontrol sağlamalarını hem de genel sağlık sonuçlarını iyileştirmelerini sağlar (White, 2012).

Hasta güçlendirme ve hasta merkezli bakım birbirini tamamlayan iki önemli kavramdır. Hasta güçlendirme, klinik sağlık hizmetleri bağlamında geniş bir süreçtir ve hasta merkezli yaklaşım hasta güçlendirme sürecinde büyük bir değer taşır. Hasta güçlendirme, sağlık eğitim programları veya internetten sağlık bilgileri aracılığıyla kendini güçlendiren hastaları da kapsar. Bu kavram ayrıca sağlık politikası yapımcıları tarafından hasta hakları ve sağlık hizmetleriyle ilgili katılımı artırmak amacıyla da kullanılabilir (Holmström & Röing, 2010).

İletişim, sağlık alanında merkezi bir rol oynamaktadır. Sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki etkileşimler, bireylerin sağlık bilgilerini edinmeleri, eğitilmeleri, ikna edilmeleri ve sağlıklı davranışlar geliştirmeleri için kritik süreçlerdir. Bu etkileşimlerin etkilerini anlamak, insan sağlığını ilerletmek için önemlidir. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı ve hasta güçlendirmesi önemli bir yer tutar. Hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı birbirleriyle bağlantılı ancak farklı kavramlardır. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı, her zaman hastanın güçlendirilmiş olduğu anlamına gelmez; aynı şekilde güçlendirilmiş bir hasta da her zaman yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olmayabilir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olup güçlendirilmemiş bir hasta, gereksiz bir şekilde sağlık profesyonellerine bağımlı kalabilir. Buna karşılık, sağlık okuryazarlığı düşük olup güçlendirilmiş olan bir hasta, yanlış sağlık kararları verebilir. Sağlık iletişim programlarının her iki unsuru da içermesi, bilinçli ve güvenli sağlık kararları için gereklidir (Schulz & Nakamoto, 2013).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma hem nitel hem de nicel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma yöntem araştırma modeli çerçevesinde yapılandırılmıştır. Karma yöntemler, son yıllarda sosyal bilimlerde ve sağlık bilimlerinde sıklıkla tercih edilen bir araştırma yaklaşımı haline gelmiştir. Bu yöntem, nitel ve nicel veri toplama ve analiz süreçlerini bir araya getirerek araştırma sorularına daha kapsamlı ve derinlemesine cevaplar sağlayabilmektedir (Creswell & Plano Clark, 2011; Tashakkori & Teddlie 2010). Araştırmamızda karma yöntem kullanarak, diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim süreçlerini hem nitel hem de nicel verilerle incelenmesi amaçlanmıştır.

Karma yöntem araştırmaları hem nitel hem de nicel araştırma yaklaşımlarının güçlü yönlerini biraraya getirerek daha zengin veri setleri elde edilmesini sağlar. Bu yaklaşım, farklı veri kaynaklarının birleştirilmesine ve böylece daha derinlemesine bir analiz yapılmasına olanak tanır (Bryman, 2006). Johnson ve ark., (2007) karma yöntemi, nitel verilerin (açık uçlu) ve nicel verilerin (kapalı uçlu) toplandığı, her iki veri türünün analiz edilerek bir araya getirildiği bir yöntem olarak tanımlar. Karma yöntemin temel avantajı, tek başına nitel veya nicel araştırma yöntemlerinin sağlayamayacağı bir derinlikte bulguların elde edilmesine olanak tanınmasıdır. Bu, araştırmacının daha kapsamlı ve güvenilir sonuçlara ulaşmasına yardımcı olur (Tashakkori & Teddlie, 1998). Nitel araştırma, katılımcıların deneyimlerini ve perspektiflerini derinlemesine incelemeyi sağlarken, nicel araştırma geniş bir örneklem üzerinden genellenebilir sonuçlar elde etmeyi amaçlar (Creswell & Plano Clark, 2011). Karma yöntem, araştırmanın hem genellenebilirlik hem de derinlemesine analiz açısından zengin sonuçlar sunmasını sağlar. Greene (2007), karma yöntemlerin araştırma sorularına daha kapsamlı cevaplar sunduğunu ve bu yöntemle elde edilen bulguların hem nicel hem de nitel verilerin birlikte analiz edilmesi sayesinde daha geçerli olduğunu savunur. Creswell ve Plano Clark (2011), karma yöntemin özellikle sağlık bilimleri ve sosyal bilimlerde yaygın olarak kullanıldığını ve bu yöntemle daha karmaşık soruların ele alınabildiğini belirtir.

5.2. Araştırmanın Deseni

Araştırmamızda kullanılan karma yöntem deseni açıklayıcı sıralı karma yöntem olarak adlandırılmaktadır. Bu tasarımda, araştırma iki temel aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, nicel veriler toplanmış ve analiz edilmiştir. Bu aşamada, diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim düzeylerini ölçmek amacıyla, sağlık okuryazarlığına duyarlı

iletişim ölçeği (HL-COM) Türk kùltürüne uyarlanmıştır. İkinci aşamada ise, bu nicel bulguları daha ayrıntılı açıklamak amacıyla, nitel veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine yarı-yapılandırılmış görüşmeler yoluyla, katılımcıların sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim süreçlerine ilişkin deneyimleri analiz edilmiştir.

Açımlayıcı sıralı karma yöntemin temel amacı, ilk olarak nicel verilerle bir genel çerçeve oluşturmak ve bu çerçeveyi nitel bulgularla detaylandırmaktır (Johnson ve ark., 2007; Tashakkori & Teddlie, 1998). Tashakkori ve Teddlie (2010) bu yöntemi, araştırmacının başlangıçta geniş bir örneklemele veri topladığı ve daha sonra bu verileri açıklamak için nitel bulgulara başvurduğu bir yaklaşım olarak tanımlar. Araştırmamızda da benzer şekilde, nicel verilerle katılımcıların sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim düzeyleri değerlendirilmiş, ardından nitel verilerle bu süreçlerin daha derinlemesine anlaşılması sağlanmıştır.

Araştırmamızda karma yöntemin sağladığı avantajlardan yararlanarak, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim süreçlerini hem nicel hem de nitel boyutlarıyla inceledik. Nicel veriler, geniş bir katılımcı grubunun iletişim düzeylerini değerlendirmemizi sağlarken, nitel veriler katılımcıların kişisel deneyimlerini daha derinlemesine anlamamıza olanak tanıdı.

5.3. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini veri toplama döneminde İstanbul’da özel bir hastane grubuna bağlı dört hastanenin iç hastalıkları ve endokrinoloji birimlerinde yatarak ve ayakta tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Örneklem ise çalışmaya katılma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden bireyleri içermektedir.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- Tip1, Tip2 veya Gestasyonel Diyabet teşhisi almış olmak
- 18 yaş üstü olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmaktadır.

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- Verilerin toplanma sürecinde katılımcının iletişime engel fiziksel, ruhsal ya da zihinsel bir rahatsızlığının olması.

5.3.1. Çalışmanın ilk aşamasının örnekleme

Çalışmanın ilk aşaması olan ölçek uyarlama aşamasında örneklem büyüklüğünü belirlerken kılavuzlardan yararlanarak literatüre atıf yapma yöntemi kullanılmıştır. Literatürde katı kurallar olmamakla birlikte, daha güçlü sonuçlar elde etmek için genellikle büyük örneklemle çalışmak önerilmektedir (Tsang ve ark., 2017). Ölçek uyarlama çalışmalarında örneklem büyüklüğünün, soru sayısının 10 katı veya zor ulaşılan popülasyonlar için 5 katı olması gerektiği belirtilmektedir. 20 maddeden az olan ölçekler için ise faktör analizinde güvenilirlik sağlamak amacıyla en az 100 katılımcı ile çalışılması önerilmektedir (Kline 2016, Thompson 2004, Shaker ve ark., 2020). Ölçek uyarlama çalışmamızda uyarlama yaptığımız ölçeğin 9 maddesi bulunmaktadır. Ölçek maddelerinin 20'den az olması nedeniyle minimum örneklem sayısı olan 100 katılımcı sayısına ulaşmak ve literatürde önerildiği şekilde daha güvenilir sonuçlar için minimum katılımcı sayısını geçmek hedeflenmiştir. Planlanan çalışma dönemi olan Ocak-Mart 2024 tarihleri arasında 221 katılımcıda veri toplanarak minimum gereklilik aşılmıştır. Örneklem büyüklüğümüz ayrıca literatürde kabul gören değişken başına 5 ila 10 katılımcı olması önerisine de uygundur (Gorsuch, 1983). Ayrıca, madde faktör yüklerinin 0.60'ın üzerinde olması ve değişkenler ile faktörler arasında güçlü ilişkiler olduğunun kanıtlanması durumunda örneklem büyüklüğüne olan bağımlılık azalmaktadır (MacCallum ve ark., 1999).

5.3.2. Çalışmanın ikinci aşamasının örnekleme

Bu çalışmada, ilk bölümde elde edilen verilere dayanarak nitel aşamada kullanılacak örneklem grubu, amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Amaçlı örnekleme, araştırmanın temel olgusunu açığa çıkarmaya yardım edebilecek, konuyla ilgili önemli ve detaylı bilgiye sahip olduğu düşünülen katılımcıları seçme sürecidir. Kişilerin, bir kitleyi temsil etmesi ya da ulaşılabilir olması gibi nedenlerle seçilebildiği bir örnekleme yöntemidir (Sözbilir, 2017; Mertkan, 2015). Bu bağlamda, nicel aşamada HL-COM toplam puanlarında anlamlı farklılık yaratan değişkenler (insülin ve ilaç kullanma durumu, HbA1c seviyeleri, komplikasyon varlığı, bilgilendirmenin kimin tarafından yapıldığı, eğitim içeriği, eğitimin sunulma şekli ve eğitimde kullanılan yöntemler) üzerinden düşük ve yüksek puanlı gruplarda yer alan, kendini ifade etme becerisi yüksek bireyler seçilmiştir.

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü için temel kural, bilgilerin doyuma ulaşmasıyla oluşan tekrarlanma döngüsüdür. Bir noktadan sonra tüm yeni örneklem, araştırmanın geçmiş bölümlerinde yer alan örneklemin sunduğu veriyi sunacaktır. Bu tekrarlanma durumunda araştırmanın veri toplama aşaması durdurulmalı ve örneklem büyüklüğü, tekrarın ilk görüldüğü

yerde sabitlenmelidir (Baltacı, 2018). Yapılan literatür taramalarında nitel araştırmalar için kesin bir örneklem sayısı verilmemekle birlikte araştırmacıların önerdikleri minimum görüşmeci sayısı 10'dur (Boddy, 2016; Onwuegbuzie, A. J & Collins, 2007; Marshall ve ark., 2013). Araştırmamızda HL-COM puanları doğrultusunda anlamlılık yaratan değişkenler dikkate alınarak toplam 36 kişiye ulaşılmıştır. Görüşmeler nicel verilerin analizi ile başlamış ve Nisan-Haziran 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu örnekleme yöntemiyle, belirgin farklılık gösteren durumlara ilişkin deneyimlerin derinlemesine anlaşılması ve detaylıca incelenmesi hedeflenmiştir.

5.4. Etik ve Yasal Gereklilikler

Araştırmaya başlamadan önce, Ernstmann ve ark. (2017) tarafından geliştirilen, “Health Literacy Sensitive Communication” (HL-COM) ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması ve kullanımı için ilgili yazardan yazılı izin alındı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna dair izin alındı (Tarih ve onay sayısı: 17.05.2023-40). Çalışmanın yapılacağı hastane grubu müdürlüğünden yazılı onay alındı. Çalışmaya katılacak bireylere veri toplama araçları uygulanmadan önce, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi. Bireyler, bilgilerin araştırmacılar tarafından saklanacağı, yanıtların gizli kalacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgilendirildi. Hastalardan araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine ilişkin, sözlü ve yazılı izin alındı.

5.5. Araştırma Süreci

5.5.1. Birinci aşamanın uygulanması

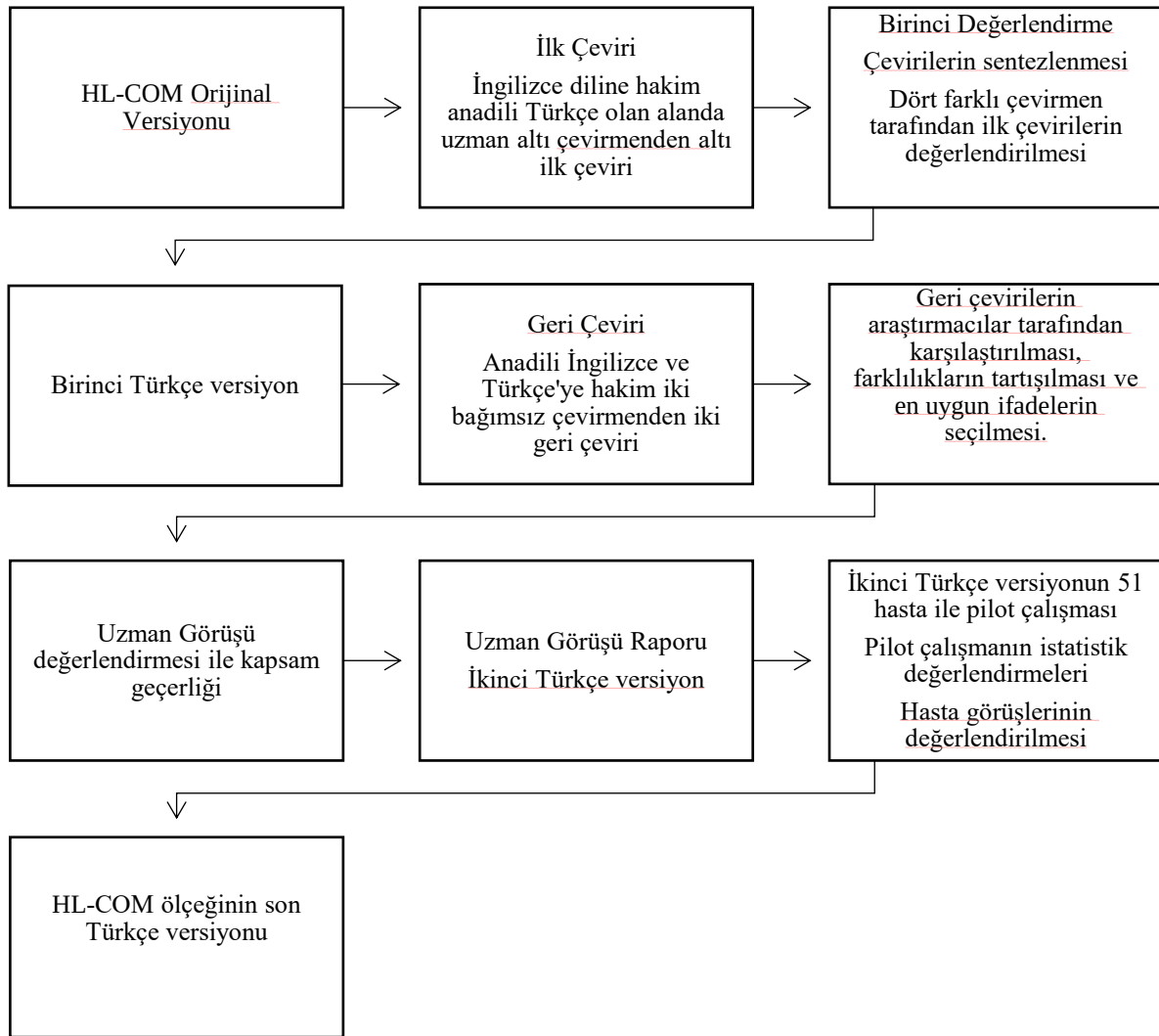
Çalışmanın birinci aşamasında, Ernstmann ve ark. (2017) tarafından geliştirilen “Health Literacy Sensitive Communication” (HL-COM) ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

Bu aşamada, literatürdeki yöntemler doğrultusunda yabancı dilden (İngilizce) Türkçe ‘ye uyarlanan HL-COM ölçeği üzerinde geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu süreç iki başlık altında ele alınacaktır:

- Dil ve kültürel uyarlama adımları
- Uyarlanan ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi

5.5.1.1. Dil ve kültürel uyarlama adımları

Kültürler arası ölçek uyarlamasında farklı metodolojiler kullanılmaktadır ve her biri kendine özgü avantajlar ve sınırlamalar sunmaktadır. Bu çalışmada, daha önceki araştırmalardan ve ölçek uyarlaması yönergelerinden (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Beaton ve ark., 2000; Jesus & Valente, 2016) ilham alan çok aşamalı bir protokol uygulanmıştır. Bu yönergeler ışığında, bu metodolojik araştırma çeşitli aşamalarda gerçekleşmiştir (Şekil 2)



Şekil 2: Ölçeğin Dil ve Kültürel Uyarlama Aşamaları

İlk çeviri süreci:

Kültürlerarası uyarlama sürecinin ilk adımı ilk çeviridir. Çalışmada uygulanacak HL-COM ölçeğinin ilk çevirileri hem çalışma konusunda bilgi sahibi olan hem de dil alanında uzman olan farklı uzmanlar tarafından yapılmıştır. Uzmanların her birine ulaşılmış ve ilk çeviri formları mail olarak gönderilmiş ve bir sonraki aşamaya geçmeden önce tüm uzmanların geri dönüş yapması beklenmiştir. Ölçeğin orijinal dilinden hedef dile en az iki bağımsız çeviri yapılması, ifadeler arasındaki farklılıkları belirlemek, belirsiz kalan noktaları netleştirmek ve ortak bir sonuca ulaşmak için tavsiye edilmektedir. Bu yöntem, ölçeğin daha doğru ve tutarlı bir şekilde uyarlanmasını sağlamaktadır (Jesus & Valente, 2016; Seçer, 2018; Şeker & Gençdoğan, 2020).

Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada ilk olarak, çalışılan konuya ilişkin terminolojiye ve ölçüm aracının orijinal diline (İngilizce) hakim uzmanlar tarafından ölçeğin Türkçe'ye birbirinden bağımsız altı çevirisi yapıldı. İlk çeviri ekibinde yer alan uzmanlar çeviri bilim, mütercim tercümanlık, aile hekimliği, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları alanlarından uzmanlardan oluşmaktadır.

Çevirilerin değerlendirilme süreci:

İlk çeviri sürecinde elde edilen bağımsız altı çevirinin değerlendirilmesi için öncelikle çeviri değerlendirme formu hazırlanmıştır ve İngilizce dilinden Türkçe diline altı uzman tarafından yapılan ilk çeviriler Çeviri1, Çeviri2, Çeviri3 ...Çeviri6 şeklinde numaralandırılarak çeviri değerlendirme formlarına geçirilmiştir. Formlar ilk çeviri ekibinde yer almayan dört uzmana gönderilmiştir. Bu aşamada uzmanların dil alanında ve/veya çalışma yapılan alandan seçilmesi ve en az iki uzmandan değerlendirilme alınması önerilmektedir. (Seçer, 2018; Şeker ve Gençdoğan, 2020). Uzmanlardan gelen puanlamalar ve yorumlar ile ölçeğin ilk çevirisine son hali verilmiştir. Birbirine yakın çeviriler için uzmanlara danışılarak orijinal ifadeye en uygun olan ve en yüksek puan alan ifadeler kullanılmıştır.

Geri çeviri süreci:

Bu süreçte Türkçeye çevirisi yapılmış olan maddeler tekrar orijinal dile geri çevrilmiştir. Literatürde geri çeviri ekibinde yer alan uzmanların her iki dili de çok iyi bilen fakat özellikle orijinal dili anadil seviyesinde bilen ya da anadili orijinal dil olan iki ya da üç uzmanın yer alması önerilmektedir (Beaton ve ark., 2000; Jesus & Valente 2016; Seçer, 2018, Şeker ve Gençdoğan, 2020). Bu aşamada geri çeviri yapılan ifadeler ile orijinal ölçek ifadeleri

karşılaştırılmıştır. Uyumsuz görülen ifadeler için çeviri yapanlar ve değerlendirme ekibinde yer alan uzmanlar ile görüşülmüştür ve farklılıkların nedeni ortaya çıkarılmıştır.

İçerik (kapsam) geçerliği süreci:

HL-COM ölçeğinin maddelerinin kapsam geçerliği, uzman panelinin değerlendirmeleri temel alınarak belirlenmiştir. Bu amaçla, çalışmaya sağlık yönetimi ve sağlık bilimleri alanında uzman akademisyenler, iletişim bilimleri akademisyenleri, hasta bakım hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonelleri ve dahiliye ile endokrinoloji alanında uzman klinisyenlerden oluşan 11 uzmanın katılımı sağlanmıştır. Uzmanlara görüş formları dağıtılmıştır. Uzman görüşlerine dayalı içerik geçerliği sorgulamaları nitel araştırmalar olup, elde edilen verilerin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplamaları ile nicel verilere dönüştürülmesi gerekmektedir. Lawshe'nin yöntemi (1975), bu alanda yaygın olarak kullanılan bir yaklaşımdır ve diğer yöntemlere kıyasla basitliği ve kullanışlılığı ile öne çıkmaktadır.

Pilot uygulama:

Bu aşamada izin alınan ve çalışmayı uygulayacağımız hastane grubunda yer alan hastanelerin diyabet hemşirelerinden eğitim alan ve dahil edilme kriterlerimize uyan 51 hasta ile Eylül 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında pilot uygulama yapılmıştır. Anket uygulama sürecinde hemşirelerden gelen geri bildirimler ve araştırmacının deneyimleri ile demografik sorularda minör değişiklikler yapılmış ve anket daha uygulanabilir hale getirilmiştir. Ölçek ifadelerini uygularken herhangi bir zorlukla karşılaşılmamıştır. HL-COM ölçeğinin 51 kişilik pilot uygulaması sonucunda güvenilirlik katsayısı Cronbach's Alpha değeri 0.879 olarak hesaplanmıştır. Bu değer 0,70 üzerinde olması bir ölçüm aracının güvenilirliğini gösterdiği için bu ölçeğin güvenilir olduğu bulgulanmıştır (Büyüköztürk, 2011; George & Mallery, 2003). Madde toplam puan korelasyonu, test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde toplam puan korelasyonu analizinde, test maddelerinin toplam puan ile ilişkisinin pozitif ve yüksek olduğu bulunmuştur. Bu, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Genel olarak madde toplam korelasyon katsayıları 0.30'un üzerinde bulunmuş ve bu değerlerin iyi bir ayırt edicilik düzeyine sahip olduğu değerlendirilmiştir (Karaca ve ark., 2014; Büyüköztürk, 2011). Pilot uygulama verilerinin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Sphericity testi yapılmıştır. KMO değeri, örneklem büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin bilgi vermekte olup, ölçek için 0.721 olarak belirlenmiştir; bu da örneklemin faktör analizi için yeterli olduğunu

göstermektedir. Ayrıca, Bartlett testi sonucunda $\chi^2(36) = 313.998$; $p < 0,05$ olarak elde edilmiştir. Bu sonuç, maddeler arasındaki korelasyonların faktör analizi için yeterince güçlü olduğunu ortaya koymaktadır (Field, 2009; Seçer, 2018; Korkmaz ve ark., 2022). Elde edilen bulgulara göre HL-COM ölçeğinin hedef kitleye uygulamasında bir sakınca görülmemiştir

5.5.1.2. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi

Çeviri ve dil uyarlaması tamamlandıktan sonra, ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla uygulama aşamasına geçildi. Bu amaç doğrultusunda, ölçek belirlenen dahil edilme kriterlerine uygun örneklem grubuna Ocak 2024-Mart 2024 tarihleri arasında uygulandı ve elde edilen veriler analiz edilerek uygun istatistiksel yöntemler aracılığıyla ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirildi.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 ve AMOS (Analysis of Moment Structures) 21.0 programları kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada verilerin normalliği, Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile değerlendirilmiştir. Bu testler, normallik varsayımını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2013). Analizler sonucunda her iki test için de p değeri 0,000 olarak bulunmuş ve bu sonuç, verilerin normal dağılım göstermediğini ortaya koymuştur ($p < 0,05$). Dağılımın asimetrisini ve basıklığını incelemek için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri analiz edilmiştir. Çarpıklık değeri -0.523 ve basıklık değeri -1.061 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin standart hata değerleriyle hesaplanan Z-skorları, normallik için beklenen aralık olan -1.96 ile +1.96 arasında yer almamıştır. Bu durum, verilerin normal dağılımdan saptığını bir kez daha teyit etmektedir (Kim, 2013). Histogram grafiği incelendiğinde, dağılımın çan eğrisi (normal dağılım) şeklinde olmadığı görülmüştür. Ayrıca, Q-Q plot grafiği de verilerin beklenen normal dağılımdan sapmalar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Histogram ve Q-Q plot gibi görseller, dağılımın normal olup olmadığını anlamak için görsel değerlendirme yapmak adına literatürde önerilmektedir (Ghasemi & Zahediasl, 2012). Bu bulgular doğrultusunda, çalışmada ölçek ortalamalarına yönelik test-tekrar test analizlerinde ve ölçek puanları ile diğer değişkenler arasındaki anlamlılık ilişkilerinin analizinde parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. Özellikle, gruplar arası karşılaştırmalar için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri, korelasyon analizleri için ise Spearman sıra korelasyonu kullanılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. HL-COM ölçeğinin güvenilirliği, Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Zamana karşı değişmezlik ise test-tekrar test yöntemi ile araştırılmıştır. Bu yöntem doğrultusunda, ilk teste katılan katılımcılar arasından 40 katılımcıya 2-4 hafta sonra ölçek yeniden uygulanmıştır.

Test-tekrar test güvenilirliği için, ölçeğin zaman içerisindeki tutarlılığını ölçmek amacıyla iki yönlü karışık etkiler modeli kullanılarak Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient - ICC) hesaplanmıştır. Ayrıca, tutarlılığı değerlendirmek amacıyla, birinci ve ikinci değerlendirmelerin ortalamalarını karşılaştırmak için Wilcoxon işaretli sıralar testi uygulanmıştır (Ko & Li, 2016; Weir, 2005).

Test ve tekrar test puanları arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla Bland-Altman analizi yapılmış, ölçüm hatası görselleştirilmiştir. Zaman içerisindeki tutarlılığı değerlendirmek ve ölçüm hatasının büyüklüğünü incelemek için ortalama fark (yanlılık) ve %95 uyum sınırları hesaplanmıştır. Bu yöntem, iki ölçüm arasındaki sistematik yanlılığı ve uyum sınırlarını belirlemeye yardımcı olur. Bland-Altman analizi, aynı veya benzer iki ölçüm aracı arasındaki uyumu değerlendirmek için kullanılan grafiksel bir yöntemdir. Bu analiz, iki ölçümün sistematik bir fark gösterip göstermediğini (yanlılık veya bias) ve ölçümler arasındaki uyum sınırlarını belirlemeyi sağlar. Bland ve Altman (1986) tarafından geliştirilen bu analiz yöntemi, test ve tekrar test ölçümleri arasındaki farklılıkları inceleyerek ölçümlerin ne derece tutarlı olduğunu görselleştirir. Eğer sistematik bir yanlılık yoksa, ölçüm araçlarının ortalama farkı sifıra yakın olmalıdır. Bland-Altman analizinde iki ölçüm arasındaki farkların ortalaması yanlılık (bias) olarak adlandırılır. Bu ortalama, sistematik bir hatanın veya eğilimin var olup olmadığını gösterir. Ortalama fark (bias) sifıra yakınsa, ölçümler arasında önemli bir sistematik fark yok demektir. Ayrıca, Bland-Altman analizi %95 uyum sınırlarını (limits of agreement) belirleyerek ölçümler arasındaki farkların hangi aralıkta yoğunlaştığını gösterir. %95 uyum sınırları, -1.96 ve +1.96 çarpanları ile hesaplanır ve şöyle ifade edilir (Bland&Altman, 1986):

$$\text{Uyum sınırları} = \text{Ortalama fark} \pm 1.96 \times \text{Farkların Standart Sapması}$$

Bu sınırlar içerisinde kalan ölçüm farklılıkları, ölçüm aracının yeterince tutarlı olduğunu gösterir (Giavarina, 2015). Bland-Altman analizi, özellikle biyomedikal araştırmalarda yaygın olarak kullanılmakta olup, ölçüm aracının değişkenliği ve hatalarını belirlemek için oldukça etkili bir yöntemdir (Kottner ve ark., 2011).

Buna ek olarak, ölçüm hatasını doğru şekilde temsil etmek için standart ölçüm hatası (SEM) ve en küçük tespit edilebilir değişim (SDC) hesaplanmıştır. Standart ölçüm hatası (SEM), bir ölçüm aracının güvenilirliği ile ilişkili hata payını gösterir. Ölçüm aracının farklı durumlarda ve zamanlarda aynı sonucu ne kadar tutarlı şekilde verebildiğini anlamaya yardımcı olur. SEM değeri, ölçüm sonuçlarında ortaya çıkan rastgele hataları temsil eder ve genellikle ölçüm aracının güvenilirlik katsayısına dayalı olarak hesaplanır. Güvenirliği yüksek olan araçlar için SEM değeri düşük çıkar; bu, ölçümlerin gerçek durumu daha iyi yansıttığını gösterir (Atkinson & Nevill, 1998). SEM aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır:

$$SEM = SD \times \sqrt{1 - ICC}$$

SDC, ölçüm aracının rastgele hatalarından bağımsız olarak, ölçümdeki değişimin klinik veya uygulama açısından anlamlı olup olmadığını belirlemede kullanılır. SDC, SEM'den türetilen bir değerdir ve istatistiksel anlamda rastgele hatanın ötesinde bir değişimin tespit edilebilmesi için gereken en küçük farkı temsil eder (Beckerman ve ark., 2001). SDC değeri, klinik ortamlarda bir ölçüm aracının duyarlılığını değerlendirmek için oldukça önemlidir. (Middel B & van Sonderen, 2002; Terwee ve ark., 2007; Weir, 2005). SDC değeri aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır:

$$SDC = 1.96 \times \sqrt{2} \times SEM$$

Son olarak, HL-COM ölçeğinin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Yapı geçerliği bir ölçüm aracının, teorik olarak ölçmeyi hedeflediği soyut kavramı veya yapıyı ne derece doğru ölçtüğünü gösterir. Yapı geçerliği araştırmacı tarafından kullanılan ölçeğin neden doğru ölçek olduğunu ortaya koyabilmek için onun hangi kavram ve özellikleri ölçtüğüne dair bilgileri belirlemeye yönelik yapılan bir geçerlik testidir (Messick 1994; Kılınç, 2018). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında bir ölçeğin yapı geçerliğine dair veri elde etmek için en çok başvurulan yöntem faktör analizidir. Faktör analizi birbiri ile ilişkili değişkenleri bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı ve keşfetmeyi amaçlayan bir istatistiksel yöntemdir (Büyüköztürk, 2011). Faktör analizi çok sayıda maddeden oluşan ölçme aracında benzer özelliklerine göre maddeleri alt gruplara toplamaya yardımcı olan bir tekniktir (Costello & Osborn 2005; Seçer, 2018). Yeni geliştirilen bir ölçek kullanılacağı zaman öncelikle Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılır. AFA ile belirlenmiş bir yapının test edilmesinde ya da

yurtdışında geliştirilen bir ölçme aracının orijinal yapısının uyarlama yapılan kültüre gösterdiği tutarlılık belirlenmek istendiğinde ise DFA kullanılır (Seçer 2018; Şeker & Gençdoğan, 2020). Bu çalışmada pilot uygulama sonrası son hali verilen HL-COM ölçeğinin Türkçe versiyonu 221 hastaya uygulanmıştır. Örneklemeye alınan verilerle, ölçeğin orijinalinde mevcut olan tek faktörlü yapının iyi uyum gösterip göstermediğini belirlemek ve yapı geçerliğini test etmek amacıyla DFA yapılmıştır. DFA sonucunda, Ki kare uyum testi (Chi-Square Goodness) ve χ^2/df değerleri ile diğer uyum indeksleri (RMSEA, CFI, GFI, AGFI;IFI, TLI) incelenmiştir. Bu indeksler, model uyumunun değerlendirilmesinde güçlü ölçütler olarak geniş çapta kabul görmektedir (Kline, 2016).

5.5.2. İkinci aşamanın uygulanması

Bu araştırmanın ikinci aşaması olan nitel aşaması, diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim süreçlerini, bu süreçte yaşadıkları deneyimleri anlamayı amaçlamaktadır. Sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim becerileri hasta perspektifinden derinlemesine incelenmiştir. Araştırmada fenomenolojik yaklaşım tercih edilmiştir, çünkü fenomenoloji, bireylerin yaşadıkları deneyimlerin öznel yanlarını anlamaya odaklanan bir yöntemdir (Creswell 2013; Mertens 2023). Özellikle yorumlayıcı fenomenolojik analiz bu çalışmada sağlık iletişim süreçlerini anlamak için en uygun yaklaşım olarak kullanılmıştır (Smith ve ark., 2021). Yorumlayıcı fenomenoloji, bireylerin yaşadıkları deneyimlere nasıl anlam yüklediklerini ve bu deneyimleri nasıl algıladıklarını incelemeye odaklanan bir yaklaşımdır (Larkin ve ark., 2006). Bu çalışmada da diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim süreçlerini anlamlandırma biçimleri ele alınmıştır.

5.5.2.1. Nitel veri toplama süreci

Araştırmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, araştırmacıların belirli bir konu hakkında katılımcılarla detaylı bilgi edinmek amacıyla kullandığı bir veri toplama aracıdır. Bu form, önceden belirlenmiş sorulara sahip olmakla birlikte, esnek bir yapıya sahiptir ve görüşme sırasında araştırmacıya soruların sıralamasını değiştirme, yeni sorular ekleme veya katılımcının verdiği yanıtlara göre derinlemesine sorular sorma imkânı tanır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler hem nicel hem de nitel veri toplanmasına olanak sağlar ve özellikle sosyal bilimlerde, sağlık alanında ve eğitim araştırmalarında yaygın olarak kullanılır (Bryman, 2006). Görüşme soruları, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi literatürüne dayandırılarak hazırlanmış ve ardından uzman

görüşleri ile revize edilmiştir. Pilot görüşmeler sonucunda soruların nihai hali oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, katılımcıların sağlık iletişim süreçlerinde yaşadıkları deneyimlerin derinlemesine anlaşılmasını hedeflemektedir. Görüşmeler Mart 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılar seçilirken amaçlı örnekleme yöntemine göre nicel araştırma sonucu uyarlanan sağlık okuryazarlığı ölçeği bulgularında duyarlılığı arttıran demografik ve tanımlayıcı özelliklere sahip hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Nicel analizler sonucunda sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim algısını etkileyen belirleyici etmenler aşağıdaki gibi olmuştur:

- Hastanın eğitim sırasında uygulanan “teach-back” (öğrendiğini anlat) iletişim stratejisi
- İlaç kullanma durumu
- İnsülin kullanma durumu
- Komplikasyon varlığı
- En son ölçülen HbA1c değerleri
- Eğitim/bilgilendirme içeriği
- Eğitimin kim tarafından alındığı
- Eğitimin verilme şekli

5.5.2.2. Nitel veri analiz süreci

Araştırmanın nitel aşamasında toplanan veriler içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. İçerik analizi, katılımcılardan elde edilen verilerin temalar altında toplanmasını sağlayan bir analiz yöntemidir (Krippendorff, 2004). İlk olarak, görüşme kayıtları transkript haline getirilmiş ve veriler tekrar tekrar okunarak tematik kodlama yapılmıştır. MAXQDA programının deneme sürümü kullanılarak yapılan analiz sonucunda sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığına duyarlılık ekseninde kodlamalar yapılmış ve temalara ulaşılmıştır. Elde edilen bulgular ilgili literatürle desteklenmiştir.

5.5.2.3. Nitel verilerin geçerlik ve güvenilirlikleri

Nitel araştırmalar, doğaları gereği araştırmacının sürecin içine dâhil olduğu, esnek ve dinamik bir yapıya sahiptir. Ancak bu durum, geçerlik ve güvenilirlik açısından bazı riskler oluşturabilir. Bu sebeple, araştırmanın bilimsel güvenilirliğini sağlamak amacıyla çeşitli stratejiler kullanılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik, nitel araştırmaların kalitesini artıran kritik unsurlar olarak kabul edilir ve farklı yaklaşımlarla sağlanır. (Lincoln ve Guba, 1988; Creswell, 2013).

Geçerlik:

Geçerlik, bir araştırmanın elde ettiği sonuçların gerçeği ne kadar yansıttığı ile ilgilidir. Nitel araştırmalarda geçerlik, katılımcıların yaşadıkları deneyimlerin doğru bir şekilde yansıtılmasını ve araştırmacının, katılımcının bakış açısına sadık kalmasını gerektirir (Merriam, 1998). Bu çalışmada, araştırmanın geçerliğini sağlamak adına şu yöntemler kullanılmıştır:

Yoğun ve uzun süreli katılım:

Çalışmamın nitel aşamasında, geçerliği sağlamak için uzun süreli gözlem ve yüz yüze görüşme yöntemleri bir arada kullanılmıştır. Uzun süreli gözlemler ve sahada bulunma, araştırmacıya çalışmanın bağlamını daha iyi anlaması ve yanlış ilişkilerden kaçınması için önemli bir avantaj sağlamaktadır. Bu yöntem, hem görüşmecilerin hem de gözlemlenen kişilerin davranışlarının daha doğal bir şekilde ortaya çıkmasına olanak tanımakta, böylece toplanan verilerin hem çeşitliliği hem de geçerliği güçlenmektedir (Güler ve ark., 2015). Çalışmamızda diyabet hastalarıyla birebir görüşmeler gerçekleştirilerek, onların hastalıkla ilgili deneyimleri, görüşleri ve ihtiyaçları detaylı şekilde anlamaya çalışılmıştır. Görüşmelerin yanı sıra, diyabet eğitimlerinin verildiği ortamda hem diyabet hemşiresinin hem de farklı yaş, cinsiyet ve sosyal özelliklere sahip eğitim alan hastaların davranışları gözlemlenmiştir. Bu yöntemsel yaklaşım sayesinde, verilerin toplanması sırasında titizlikle hareket edilmiş ve çalışmanın geçerliği güçlendirilmiştir.

Uzman görüşü alma: Araştırma sürecinde görüşme soruları, temalar ve analiz sonuçları nitel araştırma konusunda uzman olan iki akademisyenin görüşüne sunulmuş ve bu geri bildirimler doğrultusunda analizde revizyonlar yapılmıştır. Uzmanlardan alınan geri bildirimler, araştırmanın doğruluğunu teyit etmek için kullanılmıştır (Creswell & Miller, 2000).

Veri çeşitliliği: Araştırmada, farklı veri toplama yöntemleri kullanılarak çeşitli bakış açıları elde edilmiştir. Nicel araştırma bulgularından elde edilen veriler, nitel aşamada amaçlı örnekleme ile seçilen katılımcılar üzerinde yapılan görüşmelerle desteklenmiştir. Nicel ve nitel veri kaynaklarının bir arada kullanılması, bulguların geçerliğini güçlendirmiştir (Patton, 2002).

Yoğun betimleme: Katılımcılardan elde edilen veriler, olabildiğince ayrıntılı ve zengin bir şekilde betimlenmiştir. Bu sayede okuyucuların araştırma bağlamını tam olarak anlaması ve yorum yapabilmesi sağlanmıştır (Creswell, 2013). Araştırma sonuçlarının aktarılabilirliğini

artırmak amacıyla katılımcıların demografik bilgileri ve deneyimleri detaylı şekilde sunulmuştur.

Güvenilirlik

Güvenirlik, araştırmanın tekrarlanabilirliği ve bulguların tutarlılığı ile ilgilidir. Nitel araştırmaların doğasında araştırmacının öznel yorumları yer alsa da, güvenilirliği sağlamak adına çeşitli yöntemler uygulanmıştır (Morrow 2005). Bu çalışmada kullanılan güvenilirlik stratejileri şunlardır:

- **Kodlama tutarlılığı:** Verilerin kodlanması aşamasında MAXQDA programı kullanılarak yapılan analizler, iki farklı araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve karşılaştırılmıştır. Bu süreç, kodlama tutarlılığını sağlamak ve kodlamanın güvenilirliğini artırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir (Saldana, 2013).
- **Doyum:** Araştırma sırasında, yeni bilgi ve tema ortaya çıkmadığı noktaya kadar görüşmelere devam edilmiştir. Bu, tematik doygunluk sağlanarak elde edilen verilerin yeterli miktarda ve nitelikte olduğunu göstermektedir (Guest ve ark., 2006). Nitel araştırmalarda verilerin doygunluğa ulaşması, bulguların güvenilirliğini artıran bir unsurdur.
- **Teyit edilebilirlik:** Araştırmada elde edilen bulguların teyit edilebilirliğini sağlamak adına, veri analiz süreci boyunca alınan notlar, kodlama ve tema oluşturma aşamaları şeffaf bir şekilde belgelenmiştir (Guba ve Lincoln, 1989). Ayrıca, araştırmanın her aşaması boyunca alınan kararlar ve yapılan analizler bağımsız uzmanlar tarafından gözden geçirilmiştir.

Sonuç olarak, bu araştırmada geçerlik ve güvenilirliği artırmak amacıyla farklı stratejiler bir arada kullanılmıştır. Katılımcı doğrulaması, uzman geri bildirimleri, veri çeşitliliği gibi yöntemler, araştırmanın bilimsel güvenilirliğini güçlendirmiştir. Ayrıca, verilerin detaylı bir şekilde sunulması ve kodlama tutarlılığının sağlanması ile araştırmanın tekrar edilebilirliği güvence altına alınmıştır (Creswell, 2013; Morrow, 2005).

6. BULGULAR

6.1. Çalışmanın Nicel Aşamasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde ölçeğin dil, kapsam ve yapı geçerliği ile güvenilirliğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre ölçek ortalamalarının değerlendirmeleri yapılmıştır.

6.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliği Bulguları

Çeviri ve uyarlama süreci sırasında hem uzman çeviri ekibinden hem de saha personelinin gelen geri bildirimler ve yorumlar dikkate alınarak, HL-COM ölçeğinin son hali bazı değişikliklerle oluşturulmuştur. Ölçeğin ilk maddesinde "taught" kelimesi Türkçe'de aynı anlamı yansıtmamaktadır. Bu nedenle, doğal olarak Türkçe'ye "explained" (açıklandı) olarak çevrilmiştir. Tüm ilk çevirmenler bu kelimeyi "taught" (öğretildi) olarak çevirmiş olsalar da, ifadenin doğal olmadığını belirtmişlerdir. Sonrasında, tüm çevirmenler ve saha uzmanları "explained" (açıklandı) ifadesinin daha uygun bir çeviri olduğuna karar vermiştir. Ayrıca, çeviriyi değerlendiren uzmanlar, "explained" ifadesinin anlamı daha doğru bir şekilde ilettiğini ve günlük Türkçede daha doğal olduğunu doğrulamışlardır. Geri çeviri sırasında, ana dili İngilizce olan uzmanlardan da görüş alınmış ve "explained" ifadesinin cümlelerin anlamını tam olarak yansıtmak için daha uygun bir çeviri olduğu belirlenmiştir. Beşinci madde için tüm uzmanlar ve çevirmenler, diğer anket sorularıyla uyumlu bir şekilde, cümleyi aktif değil, pasif bir şekilde çevirmiştir. Her bir katılımcıyla yapılan detaylı tartışmalar, pasif yapının anlamı değiştirmediğini ve hatta sorunun netliğini artırdığını doğrulamıştır. Bu iki madde dışında, anlam veya kavramlarda önemli bir farklılık gözlemlenmemiştir. Dil uyarlama sürecinin bir sonucu olarak, geri çevrilen ölçek ile orijinal ölçek eşdeğer kabul edilmiştir.

Dil geçerliği için sağlık yönetimi ve sağlık bilimleri alanında akademisyen, iletişim bilimlerinde alanında akademisyen, hasta bakım hizmetleri alanında çalışan sağlık profesyoneli ve iç hastalıkları ile endokrinoloji alanlarında uzman klinisyenlerden oluşan 11 uzman çalışmaya dahil edilmiştir. Uzmanlara uzman görüş formları gönderilerek her bir ölçek maddesi için puanlama yapmaları istenmiştir. Uzman görüşleri üzerinden yapılan kapsam geçerlik çalışmaları nitel çalışmalardır. Bundan dolayı elde edilen verilerin, kapsam geçerlik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanarak nicel verilere dönüştürülmesi gerekir. En yaygın olarak kullanılan teknik Lawshe (1975) tarafından geliştirilen tekniktir. Bu teknik alternatifleri ile karşılaştırıldığında basit ve kullanışlı olması ile öne çıkar. Bu tekniğe göre görüşü alınan uzman sayısının 11 ve üzeri olduğu durumlarda kapsam geçerlik indeksinin 0,59

ve üzerinde olması beklenmektedir. (Lawshe, 1975; Demir ve ark., 2020; Yurdakoş & Yüzük, 2022). Lawshe tekniği kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,93 ile yüksek geçerlikte bulunmuştur.

Tablo 3: Ölçek Maddelerinin Kapsam Geçerlik Oranları (KGO)

Maddeler	Uygun	Kısmen Uygun	Uygun Değil	Toplam Uzman	Uygun ve kısmen uygun sayısı	KGO= (Uygun+kısmen uygun/Uzman sayısının yarısı) - 1	Karar
Madde 1	5	6		11	11	+1	Kabul
Madde 2	8	3		11	11	+1	Kabul
Madde 3	6	5		11	11	+1	Kabul
Madde 4	8	2	1	11	10	+0.81	Kabul
Madde 5	6	4	1	11	10	+0.81	Kabul
Madde 6	7	3	1	11	10	+0.81	Kabul
Madde 7	8	3		11	11	+1	Kabul
Madde 8	5	6		11	11	+1	Kabul
Madde 9	7	4		11	11	+1	Kabul

Kapsam Geçerlik İndeksi = Toplam KGO/Kalan Madde Sayısı

$$8.43/9=0,93$$

6.1.2. Yapı Geçerliği Bulguları

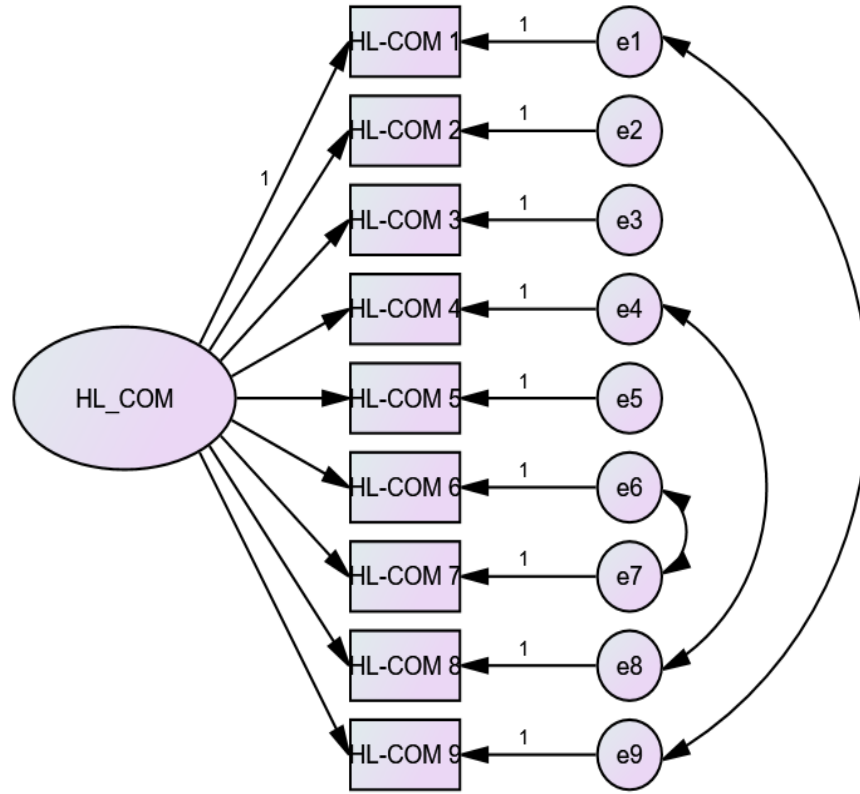
Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla DFA uygulandı. DFA ile orijinalinde tek faktörlü yapıya sahip olan ölçeğin, örneklem verisine iyi uyum gösterip Öncelikle verilerin faktörlemeye uygun olup olmadığı test edilmiştir. DFA yapabilmek için örneklem büyüklüğünün ilişkisel güvenilirliğini sağlayacak kadar büyük olması gerekmektedir. KMO değeri, bir veri setinde faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını değerlendiren bir istatistiksel testtir. Faktör analizinde değişkenler arasındaki ilişkileri ve ortak varyansları incelemek için uygunluk sağlar. KMO değeri, örneklem yeterliliğini belirleyerek faktör

analizinin güvenilirliğini ölçmeye yardımcı olur (Kaiser, 1974). Ölçeğin, KMO değerinin 0.60'tan büyük olması ve Barlett Küresellik Testinin $p < 0,05$ olarak anlamlı çıkması verilerin faktör analizine uygun olduğunu gösterir (Büyüköztürk ve ark., 2006).

Yapılan testler sonucunda KMO değeri 0,952 olarak bulunmuş ve örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu görülmüştür. Ayrıca Barlett testi sonucunda $\chi^2(36) = 2098,328$; $p < 0,05$ olarak bulunmuş ve bu bulgu maddeler arasındaki korelasyonların faktör analizi için yeterince büyük olduğunu göstermiştir (Tablo 4)

Tablo 4: Faktör Analizine Uygunluk İçin KMO ve Bartlett Test Sonuçları

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,952
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2098,328
	df	36
	Sig.	,000



Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeğinin Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) Modeli

DFA’da kullanılan uyum indeksleri çok çeşitlidir fakat bu uyum indekslerinden hangilerinin standart kabul edileceği hakkında literatürde tam bir uzlaşma olmadığı bildirilmektedir. Birinci düzey DFA’da eğer model uyum indekslerinin yetersiz olduğu belirlenirse paket program üzerinde önerilen modifikasyon işlemi gerçekleştirilerek yeniden test edilebilir (Seçer, 2018). Literatürde yer alan normal uyum indeksleri literatürde incelenmiş olup çalışmamızın modifikasyon öncesi ve sonrası değerleri ile karşılaştırılarak Tablo 5’de verilmiştir

Çalışmada iki model değerlendirilmiştir. Birinci modelin uyum indeksleri genel olarak tatmin edici çıkmıştır: $\chi^2/df = 3.76$, GFI = 0,89, AGFI = 0,82, IFI = 0,96, TLI = 0,95, CFI = 0,96 ve RMSEA = 0,11. Model 2, üç hata kovaryansı (Cov (e6, e7); Cov (e4, e8); Cov (e1, e9)) tanımlanarak verilerin uyumunu arttırmıştır. DFA analizi sonucunda HL-COM ölçeğinin 9 maddeden oluşan birinci düzey tek faktörlü doğrulamalı faktör analizine ilişkin oluşturulan ikinci model Şekil 3’de gösterilmektedir. DFA modeli veriye yeterince iyi uyum sağlamış olup uyum değerleri; $\chi^2/df = 2,21$, GFI = 0,94, AGFI = 0,90, IFI = 0,98, TLI = 0,97, CFI = 0,98 ve

RMSEA = 0,074 olarak bulgulanmıştır. Tüm maddeler, 0,75-0,94 aralığında faktör ağırlığına sahiptir. Bu değerler modelin geçerliğini doğrulamaktadır. (Çapık. 2014, Marsh ve ark., 2004, Fan & Sivo 2007, Hu & Bentler, 1999; Kline, 2016).

Tablo 5: Doğrulayıcı Faktör Analizi Modifikasyon Öncesi ve Sonrası Uyum İndekslerinin Karşılaştırılması

	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri	Modelin Uyum Değerleri	
			Modifikasyon Öncesi	Modifikasyon Sonrası
χ^2 /sd	<2	<5	3,76	2,21
GFI	>0,95	>0,90	0,89	0,94
AGFI	>0,95	>0,90	0,82	0,90
CFI	>0,95	>0,90	0,96	0,98
RMSEA	<0,05	<0,08	0,11	0,74
RMR	<0,05	<0,08	0,01	0,01

6.1.3. Güvenilirlik Bulguları

Güvenilirlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği kavramı ne kadar tutarlı ve istikrarlı bir şekilde ölçtüğünü belirten önemli bir kavramdır. Bu, aynı ölçüm yönteminin farklı zamanlarda veya farklı yerlerde benzer koşullar altında tekrarlandığında benzer sonuçlar verme yeteneğini ifade eder. Bir araştırmada elde edilen sonuçların, aynı alanda yapılmış diğer araştırmalarla test edilip desteklenmesi büyük önem taşır. Bir ölçek veya test ne kadar güvenilirse, elde edilen veriler de o kadar güvenilir olacaktır (Kılınç, 2018; Seçer 2018). HL-COM ölçeğinin güvenilirliği, Cronbach alfa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiş ve .95 değerini üretmiştir. Cronbach alfa, bir testin veya ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek amacıyla 1951 yılında Lee Cronbach tarafından geliştirilmiştir ve 0 ile 1 arasında bir değer olarak ifade edilmektedir. İç tutarlılık, bir testteki tüm maddelerin aynı kavramı veya yapıyı ölçme derecesini tanımlar ve bu nedenle testteki maddelerin birbiriyle olan ilişkisiyle bağlantılıdır (Cronbach, 1951; Tavakol & Dennick, 2011).

Dokuz madde için ortalama puanlar 2.7 ile 3.6 arasında değişmekte olup madde-toplam korelasyon katsayıları .30'ın üzerinde çıkmıştır ve $p < 0,001$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulgulanmıştır.

Madde Toplam Korelasyonu, test maddeleri ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi ölçer. Yüksek ve pozitif bir korelasyon, maddelerin benzer davranışları yansıttığını ve testin iç

tutarlılığının güçlü olduğunu gösterir. Literatürde kabul gören bir standart olarak, Madde Toplam Korelasyonu'nun 0.30 ve üzeri değerlerde olduğu durumlarda, maddelerin özelliği iyi ayırt ettiği belirtilir. 0.20 ile 0.30 arasındaki değerlerde ise maddelerin testte yer alabileceği ancak gerektiğinde düzeltilmesi gerektiği belirtilir. Ancak 0.20'den daha düşük korelasyona sahip maddelerin testte kullanılmaması tavsiye edilir. Madde Toplam Korelasyonları, iç tutarlığı belirleme yöntemlerinden biridir ve ölçek maddelerinin ortak değeri paylaşmayan maddeleri belirlemeyi amaçlar. Bu süreç, bir grup maddenin ölçmek istediği yapıyı ne kadar iyi temsil ettiğini belirlemek için, her bir maddenin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının hesaplanmasını içerir (Parasuraman ve ark., 1988; Büyüköztürk 2006).

HL-COM ölçeğinin madde-toplam korelasyonları 0.76 ile 0.91 arasında değişmektedir (Tablo 6). Bu da güçlü iç tutarlılık güvenilirliğini göstermektedir.

Tablo 6: HL-COM Ölçeğine Ait Maddelerin Ortalama, Standart Sapma ve Madde-Toplam Korelasyon Değerleri

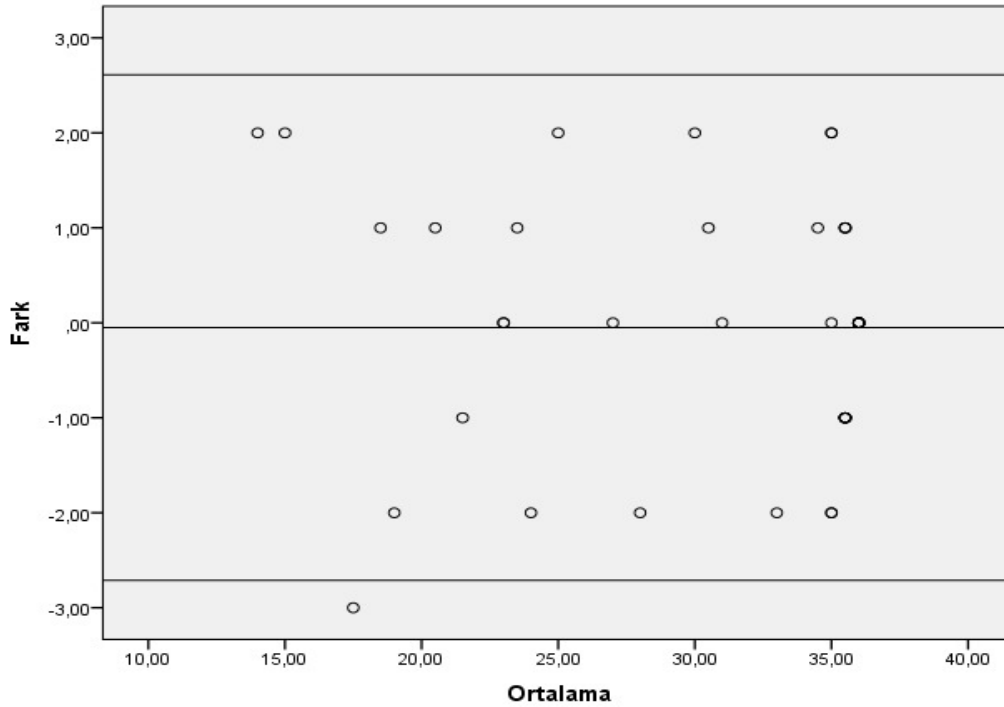
Madde	Ortalama	SS	Madde toplam korelasyon
HL-COM1	3,60	0,55	0,76
HL-COM2	3,25	0,84	0,84
HL-COM3	3,26	0,90	0,91
HL-COM 4	2,76	0,87	0,77
HL-COM 5	3,46	0,65	0,83
HL-COM 6	3,38	0,78	0,83
HL-COM 7	3,24	0,88	0,89
HL-COM 8	2,97	1,02	0,90
HL-COM 9	3,50	0,68	0,79
p < 0,001			

Ölçeğin zaman temelli kararlılığını değerlendirmek için ilk uygulamadan sonraki 2-4 haftalık bir aralıkta tekrar testi yapıldı. Test-tekrar test yöntemi bir testin ya da ölçeğin aynı gruba farklı zaman aralıklarıyla iki kez uygulanması ile elde edilen puanların karşılaştırılması ile yapılan bir güvenilirlik yöntemidir. Bu test sonucunda elde edilen korelasyon katsayısının 1'e yaklaşması katılımcıların uygulamalardaki puanlarının birbirine yaklaştığını 0'a yaklaşması ise uzaklaştığını gösterir (Kılınç, 2018; Seçer, 2018; Şeker ve Gençdoğan, 2020). Ölçüm yapılan zaman aralığının ne kadar olduğu da önemlidir. Uygulama ne kadar erken tekrarlanırsa o kadar benzer sonuçlar elde edilir. Diğer taraftan çok geciktirilmesi ölçülen durumun değişmesine yol açabilir. 2-4 hafta gibi zaman aralıkları genel anlamda uygun kabul edilmektedir (Aktürk &

Acemoğlu 2012). Çalışmamızın bulgularına göre ilk ve tekrar test arasındaki korelasyon katsayısı .98 idi. Ayrıca, ilk ve ikinci değerlendirmelerin ortalama puanları Wilcoxon testi kullanılarak karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmadı ($p > 0,05$). Bu bulgular, ölçeğin zaman temelli kararlılığını doğrulamaktadır.

SEM 0,19 ve SDC 0,53 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, HL-COM ölçeğinin küçük ancak klinik olarak anlamlı değişiklikleri algılayabildiğini ve ölçümlerin hassasiyetini sağladığını göstermektedir. Bu sonuçlar, önceki çalışmalarda belirtilen standartlarla uyumludur (Atkinson & Nevill, 1998; Weir, 2005; De Vet ve ark, 2006).

Test ve tekrar test puanları arasındaki uyumu değerlendirmek için Bland-Altman analizi uygulanmıştır. Grafik, -0,05'lik bir ortalama fark (yanlılık) ile %95 uyum sınırlarının -2,71 ile 2,61 arasında değiştiğini göstermiştir. Bu analiz, minimal sistematik yanlılık ve test ile tekrar test puanları arasında güçlü bir uyum olduğunu göstererek ölçüm hatasının kapsamlı bir değerlendirmesini sağlamaktadır (Bland & Altman, 1986). Bland-Altman grafiği Şekil 4'de gösterilmektedir.



Şekil 4: Bland&Altman Grafiği

6.1.4. Demografik Bulgular

Bu bölümde araştırmanın örneklemini oluşturan bireylere ilişkin demografik ve tanıtıcı özelliklere ilişkin bulgular yer almaktadır. 221 katılımcının %82'si tip 2 diyabet, %9'u tip 1 diyabet ve %9'u gestasyonel diyabete sahiptir. Katılımcıların %57,5'i kadındır. Katılımcıların %44'üne diyabet teşhisi konulalı 5 yıldan az bir süre olmuşken, %18'i diyabeti 6-10 yıl boyunca yaşamış ve %38'i diyabetle 10 yıldan fazla bir süredir mücadele etmektedir. Katılımcıların yaşları 19 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 50' dir. Eğitim seviyeleri katılımcılar arasında farklılık göstermekte olup, üniversite diplomasına sahip olanlardan lise diplomasından az olanlara kadar geniş bir yelpazede bulunmaktadır ve %38'i sadece lise diplomasına sahiptir. Katılımcıların %63'ü diyabet dışında başka hastalıklara da sahiptir. Bunlar arasında hipertansiyon (%30,3), kardiyovasküler hastalıklar (%12,2), obezite (%37,6) ve tiroit sorunları (%7,7) bulunmaktadır. Katılımcıların %29'u diyabet kaynaklı en az bir komplikasyon yaşamıştır. Bu komplikasyonlar arasında nöropati en yaygın olanı olup komplikasyona sahip olan katılımcıların %21'ini etkilemiştir. Katılımcıların %66'sı insülin kullanmaktadır. İnsülin kullanma oranı Tip 2 diyabetli bireylerde %63; Tip 1 diyabetli bireylerde %95 ve gestasyonel diyabetli bireylerde %66 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %39,8'i düzenli kan şekeri ölçümü yapmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7: Nicel Aşamaya Katılan Bireylerin Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler		n ya da medyan	% ya da (Q1-Q3)
Yaş		50	37,5-62
Cinsiyet	Kadın	127	57,5
	Erkek	94	42,5
TOPLAM		221	100,0
Diyabet Tipi	Tip 1	20	9
	Tip 2	181	82
	Gestasyonel	20	9
TOPLAM		221	100

Hastaneye geliş nedeni	Poliklinik	188	85,1
	Acil	6	2,7
	Yatış	27	12,2
TOPLAM		221	100,0
Medeni durum	Evli	167	75,6
	Bekar	54	24,4
TOPLAM		221	100,0
Eğitim	Okuryazar değil	7	3,2
	İlköğretim	58	26,2
	Lise	84	38,0
	Üniversite ve üzeri	72	32,6
TOPLAM		221	100,0
Ek Hastalık Durumu	Yok	82	37
	Var	139	63
TOPLAM		221	100,0
Diyabet Süresi	0-5 yıl	97	43,9
	6-10 yıl	40	18,1
	10 yıl üzeri	84	38,0
TOPLAM		221	100,0
Ailede diyabet durumu	Evet	157	71
	Hayır	54	24
	Bilmiyor	10	4,5
TOPLAM		221	100,0

Diyabet için ilaç kullanımı	Kullanmıyor	12	5,4
	Sadece bir ilaç	49	22,2
	Birden fazla	160	72,4
TOPLAM		221	100,0
İnsülin kullanımı	Evet	146	66,1
	Hayır	75	33,9
TOPLAM		221	100,0
Açlık Kan Şekeri		150	111-216
Tokluk Kan Şekeri		225	171-302
HbA1c		7,4	6,4-9,4
Komplikasyon durumu	Hayır	157	71
	Evet	64	29
TOPLAM			
Düzenli kan şekeri ölçümü	Evet	88	39,8
	Hayır	133	60,2
TOPLAM		221	100,0

Q1-Q3=Çeyrekler arası 1. Çeyrek-3.Çeyrek

6.1.5. Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve diyabet hastalığı ile ilgili tanımlayıcı özellikleri ile sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeği (HL-COM) toplam puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde korelasyon, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmış olup elde edilen bulgular Tablo 8'de sunulmuştur. Bu testler, normal dağılım göstermeyen veriler için uygun yöntemler olarak literatürde geniş kabul görmektedir (Field, 2013; Okoye & Hosseini, 2024; Harwell, 1988). Analizlerde $p<0,05$ değeri anlamlılık sınırı olarak alınmıştır.

Tablo 8: Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik/tanımlayıcı özellikler	Ortanca (Q1-Q3)	p
Diyabet Tipi	Tip 1(n=20) Tip 2(n=181) GD(n=20)	3,88(3,05-4) 3,44(2,55-3,88) 3,22(2,66-3,88) 0,111***
Yaş	50(37,5-62) Ölçek puanı Korelasyon (r)	3,44(2,66-3,44) -0,041 0,541*
Cinsiyet	Kadın (n=127) Erkek (n=94)	3,44(2,66-3,88) 3,77(2,63-4) 0,340**
Medeni durum	Bekar (n=54) Evli (n=167)	3,44(2,66-4) 3,44(2,66-3,88) 0,352**
Çalışma durumu	Çalışıyor(n=98) Çalışmıyor(n=7) Ev hanımı(n=72) Öğrenci(n=5) Emekli(n=39)	3,33(2,55-3,88) 3,77(2,77-4) 3,55(2,66-3,88) 2,77(2,61-3,94) 3,88(2,77-4) 0,525***
Diyabet süresi	0-5 yıl(n=97) 6-10 yıl(n=40) 10 yıl ve üzeri(n=84)	3,44(2,66-3,88) 3,22(2,55-3,88) 3,72(2,69-4) 0,717***
Ailede diyabet var mı?	Evet(n=157) Hayır(n=54) Bilmiyor(n=10)	3,55(2,55-3,88) 3,44(2,75-4) 3,55(2,91-4) 0,787***
Diyabet için ilaç kullanma durumu	Hayır (n=12) ¹ Sadece bir ilaç(n=49) ² Birden fazla ilaç(n=160) ³	3,94(2,97-4) >2 3(2,55-3,88) 3,55(2,66-3,88) 0,031***
İnsülin kullanma durumu	Evet(n=146) Hayır(n=75)	3,77(2,97-4) 2,66(2,33-3,55) 0,000**
AKŞ	150(111-216) Ölçek puanı Korelasyon (r)	3,44(2,66-3,88) 0,111 0,100*

HbA1c		7,4(6,4-9,4)	
	Ölçek puanı	3,44(2,66-3,88)	0,001*
	Korelasyon (r)	0,221	
	Yok(n=64)	3,88(3,02-4)	
Komplikasyon durumu	En az bir komplikasyon var(n=157)	3,22(2,55-3,88)	0,001**

*Korelasyon

**Mann Whitney U

***Kruskall Wallis

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik ve diyabetle ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanları incelendiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyabet süresi, diyabet tipi ve ailede diyabet öyküsü ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Diyabet için ilaç kullanımı durumuna göre ölçek puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p = 0,031$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda hiç ilaç kullanmayan bireylerin puanlarının sadece bir ilaç kullanan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0,017$). İnsülin kullanımı ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p < 0,001$); insülin kullanan bireylerin ölçek puanlarının insülin kullanmayan bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür. HbA1c düzeyi ile ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = 0,221$, $p = 0,001$). Komplikasyon durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p < 0,001$); komplikasyonu olmayan bireylerin ölçek puanlarının, en az bir komplikasyonu olan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılara sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimin ya da yapılan bilgilendirmenin içeriği ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,001$). Özellikle, hastalık ve tedavi şekli, egzersiz, beslenme ve diyet, glukometre kullanımı gibi konularda bilgilendirme alan bireylerin ölçek puanlarının, bu bilgileri almayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim içeriğinde ilaç kullanımının olması ise ölçek puanında anlamlı bir fark yaratmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Eğitim/Bilgilendirme İçeriği ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim İçeriği Değişkenleri		Ortanca (Q1-Q3)	p
Hastalık ve tedavi şekli	Evet(n=183)	3,77(2,77-4)	,000**
	Hayır(n=38)	2,77(2,44-3,38)	
İlaç kullanımı	Evet(n=214)	3,55(2,66-3,88)	,116**
	Hayır(n=7)	2,66(2,44-2,88)	
Beslenme ve diyet	Evet(n=107)	3,88(3-4)	,000**
	Hayır(n=114)	2,88(2,44-3,88)	
Egzersiz	Evet(n=60)	3,88(3,58-4)	,000**
	Hayır(161)	3,11(2,55-3,88)	
Glukometre kullanımı	Evet(n=111)	3,88(3-4)	,000**
	Hayır(n=110)	2,77(2,44-3,88)	

*Korelasyon

**Mann Whitney U

***Kruskall Wallis

Bilgilendirme sürecinde kullanılan materyal ve yöntemlerin de ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Yazılı materyal desteği, uygulamalı anlatım ve “öğrendiğini anlat” yöntemi kullanılan bireylerin ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Ancak, daha önce eğitim almış olma durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.116$). Eğitim ya da bilgilendirmenin kim tarafından yapıldığı da ölçek puanları üzerinde etkili bulunmuştur ($p < 0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda hem hekim hem de hemşireden eğitim ve bilgilendirme alan bireylerin puanlarının, sadece hekim ya da sadece hemşireden eğitim alan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ayrıca sadece hemşireden bilgilendirme alan bireylerin puanlarının, sadece hekimden bilgilendirme alan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Eğitim / Bilgilendirme Yöntemi Değişkenleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim/Bilgilendirme Süreci Değişkenleri	Ortanca (Q1-Q3)	p
Hekim(n=41)1	2,44(2,33-2,77)	
Eğitim/bilgilendirme kim tarafından yapıldı?	Hemşire(n=52)2 >1	3(2,66-3,86)
	Hekim ve hemşire	,000***
	(128)3>1,2	3,88(3,36-4)
Yazılı materyal desteği aldı mı?	Evet(n=136)	3,88(3,44-4)
	Hayır (n=85)	2,55(2,33-3)
Uygulamalı anlatım yapıldı mı?	Evet(n=132)	3,88(3,44-4)
	Hayır(n=89)	2,55(2,33-3)
Öğrendiğini Anlat yöntemi kullanıldı mı?	Evet(n=122)	3,88(3,77-4)
	Hayır(n=99)	2,55(2,33-2,88)

6.2. Nitel Aşamanın Bulguları

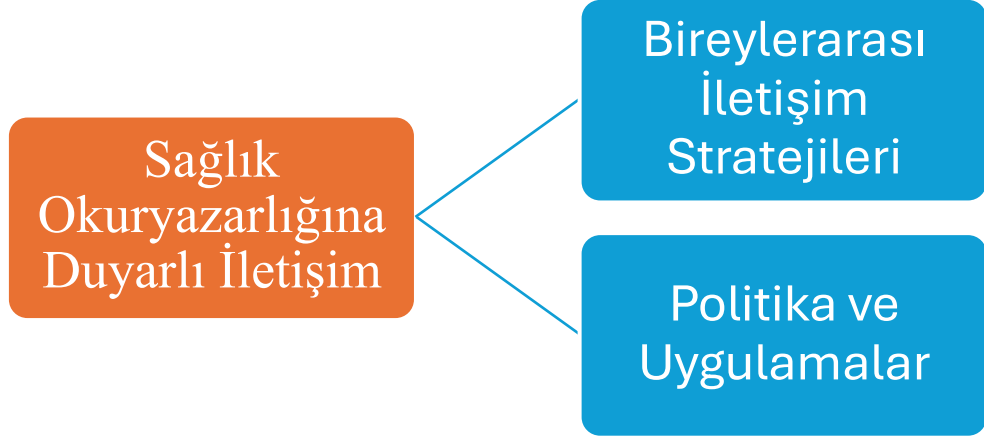
Bu bölümde çalışmaya katılan diyabet hastalarının sağlık profesyoneli ile olan iletişim sürecine yönelik deneyimlerine ilişkin derinlemesine görüşme yoluyla elde edilen verilerin sonuçları yer almaktadır. Araştırmada, Tablo 11’de özellikleri sunulan 36 diyabet hastasıyla birebir görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar K1’den K36’ya kadar kodlanmış olup, 23’ü kadın, 13’ü erkektir. Yaşları 23 ile 70 arasında değişmektedir. Katılımcıların 5’i Tip 1 diyabetli, 28’i Tip 2 diyabetli ve 3’ü gestasyonel diyabet tanısı almıştır. 16 katılımcı 10 yıldan fazla süredir diyabetle yaşarken, 14’ü 5 yıla kadar diyabet teşhisiyle yaşamını sürdürmekte ve 6 katılımcı 6 ila 10 yıl arasında diyabetle yaşamaktadır. Açlık kan şekeri değerleri medyan 137 olup, en düşük değer 85, en yüksek ise 542’dir. Katılımcıların Hemogloblin A1C (HbA1c) değerleri ise en düşük 3,5, en yüksek 12,6 olup medyan 7,5’tir. 11 katılımcının başka bir hastalığı ya da komplikasyonu bulunmazken, 8 katılımcı tek bir ek hastalığa sahip, 17 katılımcı ise birden fazla ek hastalık ya da komplikasyon yaşamaktadır. Tedavi yöntemlerine bakıldığında, 9 katılımcı sadece insülin, 7 katılımcı yalnızca oral ilaç kullanmakta, 20 katılımcı ise hem ağızdan ilaç hem de insülin tedavisi uygulamaktadır. Eğitim sürecinde 28 katılımcı "öğrendiğini anlat" yönteminin kullanıldığını belirtmiş, 8 katılımcıya ise bu yöntem kullanılmadan eğitim verilmiştir. 4 katılımcı yalnızca hekim tarafından bilgilendirilmiş ve hemşireye yönlendirilmemiş, 4 katılımcı ise herhangi bir bilgilendirme ya da eğitim almadığını ifade

etmiştir. Bununla birlikte, 25 katılımcı hem hekimden hem de hemşireden eğitim ve bilgilendirme aldığını belirtmiştir.

Tablo 11: Nitel Görüşme Yapılan Katılımcıların Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	n	ya da Medyan
Yaş		50
Cinsiyet		
	Kadın	23
	Erkek	13
Diyabet Tipi		
	Tip 1	5
	Tip 2	28
	Gestasyonel	3
Ek Hastalık ve Komplikasyon		
	Ek hastalık yok	11
	Tek ek hastalık	8
	Birden fazla ek hastalık	17
Diyabet Süresi		
	0-5 yıl	14
	6-10 yıl	6
	10 yıl üzeri	16
Diyabet için ilaç kullanımı		
	Sadece insülin	9
	Sadece oral ilaç	7
	İnsülin+Oral ilaç	20
Açlık Kan Şekeri		137
HbA1c		7,5
Eğitimde “Öğrendiğini Anlat” stratejisi		
	Kullanıldı	28
	Kullanılmadı	8
Eğitim ve Bilgilendirme		
	Sadece hekim tarafından aldı	4
	Sadece hekim tarafından aldı	4
	Hekim ve hemşire tarafından aldı	28

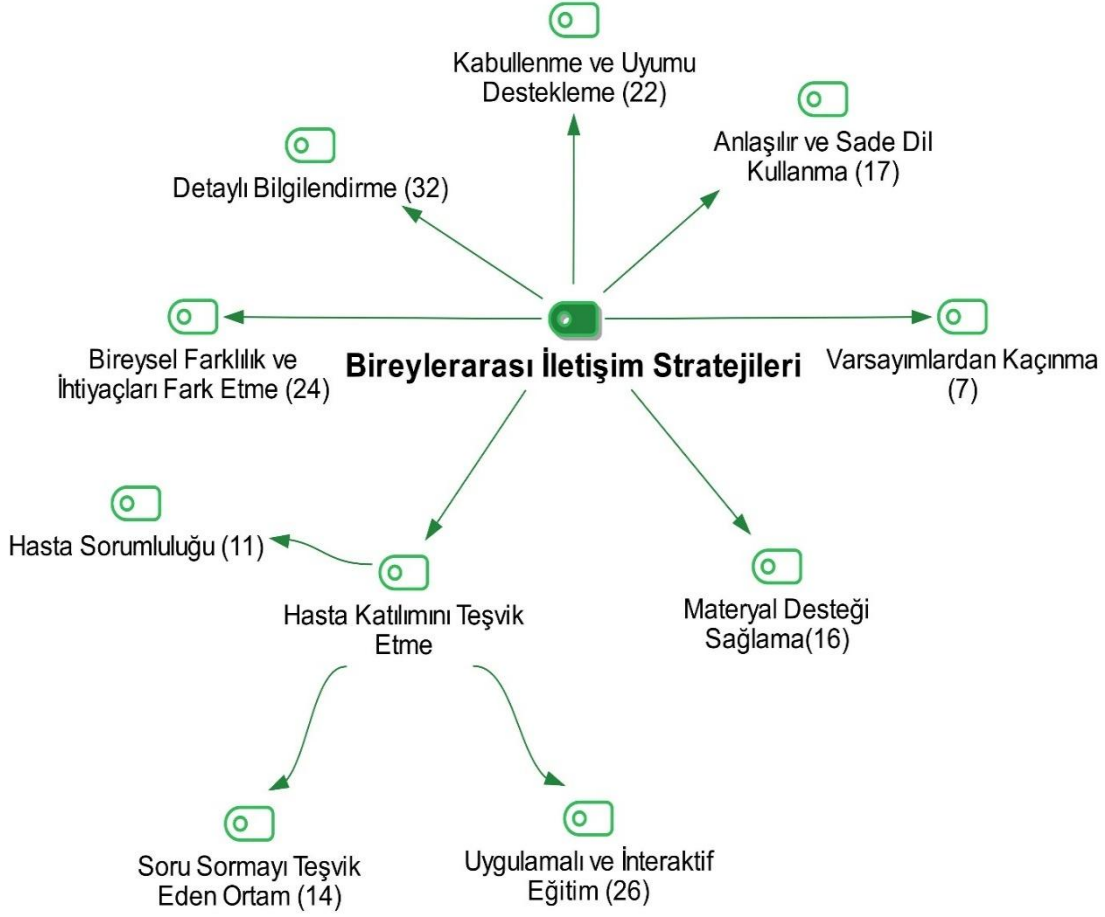
Nitel aşamada yaptığımız derinlemesine görüşmeler sonucunda elde ettiğimiz katılımcı verilerinin analizi sonucunda sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ile ilişkili faktörleri iki ana tema altında topladık. (Şekil 5). Bu temalar “bireylerarası iletişim stratejileri” ve “politika ve uygulamalar” temalarıdır. Bu bölümde elde edilen ana temalar altında oluşan alt temalara ait bulgular açıklanmıştır.



Şekil 5: Nitel Analiz Sonucunda Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim ile İlgili Ulaşılan Ana Temalar

6.2.1. Bireylerarası İletişim Stratejileri Temasına Ait Bulgular

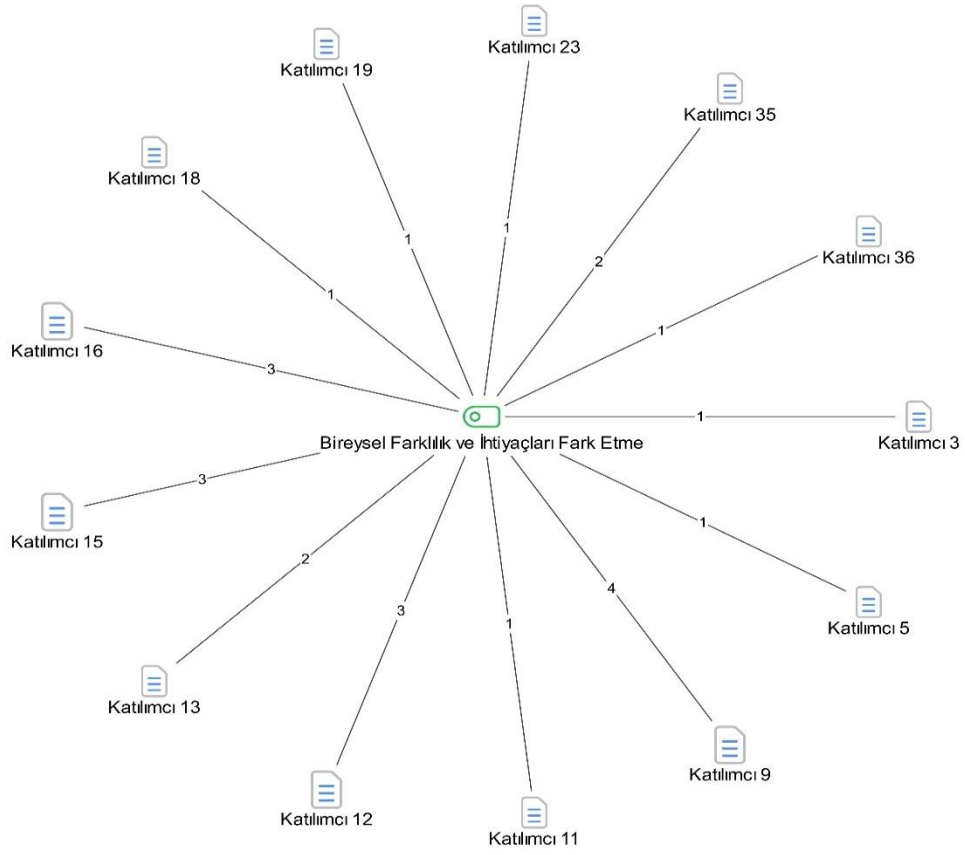
Araştırmamızın bireylerarası iletişim stratejileri temasına ait model Şekil 6’da görülmektedir. Hastaların sağlık profesyoneli olan iletişiminde bireylerarası iletişim stratejileri temasına ait ilişkin ifadeler yedi alt tema altında toplanmıştır. Bu temalar; “bireysel farklılık ve ihtiyaçları fark etme”, “detaylı bilgilendirme”, “anlaşılır ve sade dil kullanma”, “kabullenme ve uyumu destekleme”, “varsayımlardan kaçınma”, “materyal desteği sağlama” ve “hasta katılımını teşvik etme”dir.



Şekil 6: Bireylerarası İletişim Stratejileri Temasına İlişkin Model

6.2.1.1. Bireysel farklılık ve ihtiyaçları fark etme

Bireylerarası iletişim stratejileri teması altında kodlanan "bireysel ihtiyaçları fark etme" alt temasında katılımcılar, her hastanın bilgiyi anlama hızı ve kapasitesinin, hastalık deneyimi ve fiziksel özelliklerinin farklı olduğunu vurgulamışlardır. Bu farklılıkların her bireyde farklı ihtiyaçlara yol açtığını belirtmişlerdir. Katılımcılara göre, bu farklılıkların ve ihtiyaçların sağlık profesyonelleri tarafından fark edilmesi önemlidir. Hastalar, bireysel özelliklerinin göz ardı edildiği durumlarda, sağlık profesyonelleriyle yaşadıkları iletişim sorunlarından sıklıkla bahsetmektedirler. Şekil 7’de ‘Bireysel Farklılık ve İhtiyaçları Fark Etme’ alt temasının katılımcılara göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 7: Bireysel Farklılık ve İhtiyaçları Fark Etme Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 3’ün ifadesi, sağlık profesyonellerinin hastaların bilgi işleme süreçlerindeki farklılıklara dikkat etmediklerinde yaşanan zorlukları göstermektedir:

“[...] Fakat bazı doktorlar iletişimde gerçekten çok zayıf. İki kere soru sordum, 'Bu kızın kafası basmıyor,' diyebiliyorlar, tersliyorlar. Ben iki kere sormuş olabilirim çünkü bazen dalıyorum. Öncesinde verdiği bilgiye takılı kalıyorum ve hızlı hızlı konuşuyorlar, bu yüzden yeni verilen bilgiyi kaçıyorum” (Katılımcı 3).

Benzer bir ifade Katılımcı 36 tarafından da dile getirilmiştir:

“Özellikle ilaç saatleri ve ilaç uygulaması sırasında bazı bilgiler verirken takip edemedim. Ama belli ettim anlamadığımı. Baştan anlattı. Anlamadığımı fark etmelerini beklerim” (Katılımcı 36.)

Bu ifadeler, hastaların karmaşık ve hızlı iletilen bilgiyi işleyemediğini ve doktorun olumsuz tepkisiyle karşılaştığını gösteriyor. Bu ifadeler sağlık profesyonellerinin hastaların bilgi anlama

süreçlerindeki bireysel farklılıklara dikkat etmediğinde ortaya çıkan sorunları hasta perspektifinden ortaya koymaktadır.

Katılımcı 9'un ifadesinde ise bu durumun farkına varan doktorun, hastanın beden dilini gözlemleyerek daha duyarlı bir yaklaşım benimsediği belirtilmiştir:

“Sanırım beden dilime çok yansıtım. Doktor da bunu fark edip es geçmedi ve durup tekrar etti” (Katılımcı 9).

Bu ifadede doktor hastanın bilgi işleme kapasitesini beden diline duyarlı olarak fark edebilmiştir. Aynı katılımcı ayrıca bilgi eksikliğinin özellikle birden fazla ilaç kullanımı gibi tedavinin karmaşık olduğu durumlarda yaşadığı zorluklara da değinmiştir.

“İletişimde sorun yaşamamın nedeni bence benim hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmayışımıdır. Yani hastalıkla ilk defa karşılaşmışım ve aynı anda iki ilaç kullanmam gerekiyordu. Aynı zamanda tiroit hastasıyım ve kullandığım başka ilaçlar da var. Ayrıca hastalığı da tam bilmiyordum. Bu yüzden ilk başta doktor bir şeyler anlatırken anlattığı bilgileri anlamada veya eve geldikten sonra uygulamada zorluklar yaşadım. Yani iletişimdeki sorun daha çok ilaç yönetimi oldu ama bu benim de bilgisizliğimden kaynaklanıyordu. Zamanla bu sorun geçti. Ama ilk zamanlar anlamadığımda çok sıkılıyor, üzülüyor ve panik oluyordum. İletişimin, hastalık yönetiminde kolaylaştırıcı ve yönlendirici olduğunu düşünüyorum” (Katılımcı 9).

Katılımcı, diyabet ve tiroit hastalığı gibi birden fazla kronik rahatsızlıkla karşı karşıya kalmış ve aynı anda iki farklı ilacın kullanımını yönetmek zorunda kalmıştır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin her hastanın tedavi sürecini yönetme kapasitesinin farklılık göstereceğine duyarlı olması gerektiğini vurgulayan bir ifadedir. Katılımcı, hastalığı ve tedavi süreçlerini tam olarak bilmediği için iletişimde sorun yaşadığını belirtmiştir. Bu durum, sağlık profesyonellerinin, hastaların kişisel bilgi düzeylerini fark ederek, daha detaylı açıklamalarda bulunmaları ve tedavi sürecinde daha fazla rehberlik yapmaları gerektiğini göstermektedir.

Katılımcı 12 ise, fiziksel özelliklerine ilişkin ihtiyaçlarına uygun iletişim kurulduğunda yaşadığı rahatlamayı şu şekilde ifade ediyor:

“Zayıfladığım için deri sarkması da olmuştu. İğneyi nereye yapacağımı bilemedim. Ama hemşire benim özel durumumda iğneyi nasıl yapabileceğimi de anlattı. Deriyi sıkmam gerektiğini vs. anlattı. Öyle anlatınca sorun yaşamadım” (Katılımcı 12).

Bu ifade, bireysel fiziksel farklılıkların dikkate alındığı durumlarda hastaların sağlık hizmetinden daha doğru yararlanabildiğini ortaya koymaktadır. Hemşirenin, hastanın özel durumuna uygun bir çözüm sunarak, bireysel farklılıklara duyarlı davranması hasta memnuniyetini arttırmıştır.

Bireysel ihtiyaçların fark edilmemesi hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyebilir. Katılımcı 16, doktorun bireysel farklılıklarının göz ardı ettiğinde yaşadığı hayal kırıklığını şu şekilde dile getirmiştir:

“Hastanın abarttığını düşünüyorlar ya da herkese aynı muameleyi yapıyorlar. Bilinçli hastaya alışık değiller. Ben muayeneye ikinci gidişimde eşimi de götürmek zorunda kaldım doktoru ikna edebilmek için. Örneğin, doktora 'Şekerim ne yaparsam yapayım düşmüyor,' diyorum. İnsülini artırıyor ama düşmüyor. Ve ben bunun açıklamasını bekliyorum doktordan. 'Kortizol yüzünden mi, büyüme hormonu yüzünden mi?' Doktor bana, 'Mutlaka kaçamak yapmışsındır,' dedi. 'Hocam yapmadım,' diyorum. Benim babam da diyabetti. 'Akşam 20.00'den sonra ağzıma ayran, kefir, yoğurt ya da ceviz dışında bir şey sürmem,' diyorum. Hala 'Yapmışsındır, yapmışsındır,' diye yaklaşıyor. Hastaya karşı bir önyargı var. Yani tüm hastaların davranışını aynı şekilde değerlendiriyorlar..... Bence bunun sebebi doktora giden genel hasta profili. Yine kurunun yanında yaş yanıyor. Gerçekten dikkatli beslenmeyip soru soran hastalarla çok fazla karşılaştıkları için, benim durumumda olup cevap arayan hastaları da önemsemiyorlar ve aynı kategoride değerlendiriyorlar. Bizim ülkemizde doktordan daha iyi bildiğini sanan hastalar var. İnternette araştırıp gidip doktordan daha iyi biliyor gibi konuşuyorlar. Halbuki ben doktora ukalalık yapmadan, 'Hocam bana sebebini açıklayın ki ben ona göre diyetimi ayarlamaya çalışıyorum,' demek istedim. Fakat maalesef doktoru ikna edemedim” (Katılımcı 16).

Bu ifade, hastaların bireysel ihtiyaçlarının ve farklılıklarının dikkate alınmadığı durumlarda sağlık hizmetlerinden duydukları hayal kırıklığını ve güvensizliği yansıtmaktadır. Bu ifade, bireysel farklılıklara duyarlılığın yokluğunun, sağlık profesyonellerinin hastaları genellemelerle değerlendirmesine ve hastanın bireysel ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine yol açtığını gösteriyor. Doktorun hastanın şeker seviyesindeki anormalliğin nedenini anlamadan önyargıda bulunması, hastanın kişisel deneyimlerine saygı gösterilmediğini hissettirmiştir.

Katılımcı 35 ise, doktorunun insülin dozunu kendi ihtiyaçlarına göre ayarlamasının yarattığı memnuniyeti şu şekilde ifade etmiştir:

“Normalde günde dört kez insülin vurmam gerekiyordu fakat geceleri hep unutuyordum. Bu durumu doktora anlattım. Doktorum da ilaç dozunu ayarlayarak enjeksiyon sayısını üçe düşürdü. Yani benim ihtiyacıma göre tekrar ayarlama yaptı, ihtiyacımı dikkate aldı ve önem verdi. Bu durum beni çok memnun etti” (Katılımcı 35).

Bu ifade bir önceki ifadenin tam tersi bir durumu ortaya koyarak, bireysel farklılıkların dikkate alınmasının, tedavi sürecine olan güveni ve memnuniyeti nasıl artırdığını gösteriyor.

Katılımcı 5’in şu ifadeleri, hastaların bilgi düzeylerine göre kişiselleştirilmiş bir iletişim stratejisi ve tedavi yaklaşımının ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır:

“14 yaşında diyabet teşhisi aldım ve bu durumun bir avantajı oldu. İlaçlarımı nasıl almam gerektiğini ve ne yiyip ne yememem gerektiğini biliyorum. Bu konularda tekrar tekrar doktorla iletişime geçmeme veya eğitim almama gerek yok. Ancak bazen içinden çıkamadığım durumlar oluyor. Örneğin, bir dönem farklı bir hastalık nedeniyle kortizol ilacı almam gerekti ve o zaman şekerim anlamsız bir şekilde yükselmişti. İnsülinimi aksatmadığım ve kötü beslenmediğim halde neden bu kadar yükseldiğini anlayamamıştım. 30 yıldır diyabet ve tedavim konusunda tecrübeli olmama rağmen, bu durumda kendi başıma sebebini ve çözümünü bulamadım. İşte o zaman hekime başvurdum. Kortizolün şekeri yükselttiğini ve bu nedenle insülin oranını artırmamız gerektiğini anlattı ve tedavimi yeniden düzenledik. Yani şu an yeni teşhis almış bir hasta gibi iletişime ve eğitime gerek duymuyorum. Ancak bu gibi ekstrem durumlarda, diyabet dışında ikinci bir hastalık olduğunda ya da diyabet ilacı dışında farklı bir ek ilaç kullanmanız gerektiğinde, hastanın mutlaka bunu hekimiyle paylaşması, hekim ve hemşireyle iş birliği içinde olması ve tedavisini tekrar düzenlemesi gerekir. Bunlar hastayı aşar çünkü. Ne kadar tecrübeli olursak olalım, tek başımıza üstesinden gelemeyiz. Bu nedenle iletişim çok önemli. Tecrübeli olmanın benim için avantajları var. Genç yaşta hasta olmanın avantajı bu oldu. Bilgi seviyem çok yüksek olduğu için yönlendirmeleri çok rahat anlıyorum veya ne zaman soru sormam gerektiğini biliyorum. Yanlış giden durumların daha kolay farkına varıyorum. Bu yüzden iletişimle ilgili sorun yaşamıyorum ve bir şekilde çözümleyebiliyorum” (Katılımcı 5).

Bu ifade, hastanın kendi durumunu çok iyi anladığını ve birçok konuda tecrübeli olduğunu, ancak karmaşık durumlarda yine de sağlık profesyonellerinin desteğine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. 30 yıldır diyabetle yaşayan katılımcı, tedavi süreçlerini büyük ölçüde kendi başına yönetebilme kapasitesine sahip olmasına rağmen, diyabet dışı bir rahatsızlık veya farklı bir ilaç tedavisi gibi alışılmadık durumlarla karşılaştığında, sağlık profesyonelleriyle iş birliği

yapmanın ve iletişime geçmenin kaçınılmaz olduğunu belirtmektedir. Bu durum, tecrübeli hastalar için dahi belirli koşullarda sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca, katılımcının erken yaşta teşhis almasının getirdiği bilgi birikimi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasına katkı sağlamış ve bu da tedavi süreçlerinde yönlendirmeleri daha kolay anlayıp ihtiyaç duyduğu noktada doğru soruları sorabilmesine olanak tanımıştır.

Katılımcı 15 ise daha detaylı bilgi talep eden bir hasta olarak, sağlık profesyonellerinin bilgi aktarımında bireysel ihtiyaçlara uygun hareket etmeleri gerektiğini şöyle ifade ediyor:

“Ben genelde doktorların anlattıklarından daha fazla bilgi talep eden bir hasta kategorisindeyim. Bu yüzden sorduğum sorular, onların daha fazla açıklama yapmasına neden oluyor. Temel bir biyoloji bilgim de olduğu için, örneğin, antikorun ne olduğunu ve antikor testinin neye baktığını biliyorum. Tip 1 ve Tip 2 diyabet farkını da biliyorum. Yani onlar bana bir şey söyledi ve ben anlamadım gibi bir durum olmadı. Fakat 'Peki bu neden oluyor?', 'Şu neden böyledir?' gibi nedenleriyle ilgili detaylı bilgilere ihtiyacım olduğunda bunun karşılığını alabildim. Tanımlardan ve terimlerden ziyade ben daha çok nedenleri sorguladım ve karşılığını aldım” (Katılımcı 15).

Bu ifade, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların sadece temel bilgi ile yetinmediklerini, daha fazla açıklama ve ayrıntı talep ettiklerini göstermektedir. Bilgiye erişimde bireysel farklılıkların fark edilmemesi durumunda, hastalar gereğinden fazla bilgiyle bunaltılabilir ya da yetersiz bilgiyle bırakılabilir. Katılımcı ifadesi sağlık profesyonellerinin hastaların ne kadar bilgiye ihtiyaç duyduğunu anlamaya yönelik bir yaklaşım benimsemesi ve bu farklılıklara uygun bilgi aktarımında bulunmasının önemini ortaya koymaktadır.

Aynı katılımcı sağlık çalışanlarının farklı hasta profillerine uygun esnek bir yaklaşım geliştirmesi gerektiğini ise şu ifadelerle dile getirmiştir.

“Her hasta aynı seviyede bilgiye sahip değil. Bazı hastalar daha fazla akademik bilgi edinmek ve olayın detaylarına hâkim olmak istiyor. Hastane veya sağlık çalışanı bu kararı vermemeli. Ben daha fazla bilgi almak istiyorsam, bunun önü açılmalı. Farklı hasta profillerine uygun bir yapı olması gerek” (Katılımcı 15).

Katılımcı 13 ise tedavi sürecinde doktorların onun bireysel yaşam koşullarını göz ardı ettiğini şu şekilde ifade etmektedir:

“Ben, sağlık çalışanlarının diyabet konusunda çok bilgili olduklarını düşünmüyorum. Çok fazla hasta var ama bu konunun üzerine yeterince eğilmiyorlar. Mesela, benim günlük yaşamıma bakmadan; hareketli miyim, stresli miyim, aktivitem var mı, yaşantım nasıl diye fark etmeden tedavi sürecini yürütüyorlar” (Katılımcı 13)

Bu ifade de sağlık profesyonellerinin bireysel farklılıkları göz ardı ettiklerinde hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyetsizliği gösteriyor.

6.2.1.2. Detaylı bilgilendirme

Bireylerarası iletişim stratejileri altındaki bir diğer alt tema olan ‘detaylı bilgilendirme’ başlığı altında hastaların sağlık çalışanlarından aldıkları detaylı bilgilendirmenin tedavi süreçlerini anlamalarına ve hastalığı yönetmelerine ve bilinçlenmelerine nasıl katkı sağladığına ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Katılımcıların çoğu, doktor ve hemşirelerden aldıkları bilgilendirmenin, sağlık durumlarını anlamada, hastalıkları yönetmede ve tedaviye uyum sağlamada kritik bir rol oynadığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığına duyarlı bir iletişim çerçevesinde detaylı bilgilendirmenin önemi bu ifadelerde net bir şekilde görülmektedir. şekil 8’de “detaylı bilgilendirme” alt temasının katılımcılara göre dağılımı verilmiştir.

“317 şekerle doktora gidiyorum ama bana ‘Sen diyabet hastası falan değilsin, sadece göbeğin var’ dedi. Bu, hastalığın ciddiyetini anlamamı geciktirdi. Bana deseydi ki ‘Bu şeker normal bir şeker değil, dikkat etmen gerekiyor’ ya da ‘Sana şu ilacı yazıyorum ve bunu dikkatli kullanırsan daha büyük bir soruna dönüşmeden önüne geçmiş oluruz,’ belki baştan önlenebilirdi. Küçük bir yerde yaşıyordum ve devlet hastanesine gitmiştim. Çok fazla vakti olmayan bir doktor vardı ve fazla vakit ayıramadı, detaylı açıklama yapamadı. O da kendince haklıdır. Ama iletişim sıkıntıya girdiği için hayatımın büyük bir kısmını etkiledi. Sonuçta ölene kadar nöropati ve böbrek hasarı ile yaşamak zorundayım, sürekli bunları kontrol ettirmek zorundayım. İletişim burada çok önemli” (Katılımcı 2).

Devlet hastanelerinde zaman baskısı ve iş yükü, doktorların hastalara yeterince zaman ayıramamasına ve detaylı bilgi verememesine yol açabilmektedir. Ancak, katılımcının belirttiği gibi, bu eksiklik nöropati ve böbrek hasarı gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açmıştır, bu da detaylı bilgilendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Benzer şekilde Katılımcı 12, devlet hastanelerinde hasta olarak kendini açıklamak ve tedavi için doktorları ikna etmek zorunda kaldığını, özel hastanelerde ise bu sürecin çok daha rahat ilerlediğini belirtmektedir:

“Devlet hastanesine gittiğinizde zorla işlem yapıyorlar. Doktoru tutup ‘Benim şuyum var, buyum var,’ deyip zorla bir şey yaptırıyorsunuz ama özele gittiğinde öyle değil. Devlette kendinizi açıklamak ve tedavi için doktorları ikna etmek zorundasınız. Özelde öyle bir dert yok. Özelde benim aklıma gelen gelmeyen her şeyi sorguluyorlar zaten. Devlette ise hasta sağlık çalışanını yönlendirmeye çalışıyor. Sanki eksik işlem yapacaklarmış gibi hissediyor hasta” (Katılımcı 12).

Bu ifade, devlet hastanelerinde hastaların ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşmak için daha fazla çaba harcadıklarını ve iletişimde eksiklikler yaşadıklarını göstermektedir. Özel hastanelerde ise daha detaylı bilgilendirme yapıldığı ve hastaların sorularının kapsamlı şekilde ele alındığı belirtilmektedir.

Katılımcı 21 ise devlet hastanesindeki hemşirelerin daha genel bilgi verirken, özel hastanelerdeki hemşirelerin daha detaylı ve hastaya özel bilgilendirme yaptıklarını belirtmiştir.

“Son iki aya kadar devlet hastanesine gidiyordum. Mesela devlet hastanesinde de diyabet eğitim birimi var. Anlatıyorlar ama tam detaylı bilgi vermiyorlar. ‘Hadi anlattık, bitti,’ şeklinde

yaklaşıyorlar. Yapmak için yapıyorlar. Fakat burada (özel hastane) diyabet hemşiresi çok detaylı anlattı ve psikolojik olarak da çok destek oldu. Devletin diyabet hemşiresi, 'Yemeklerde makarna ve meyve yiyebilirsiniz,' diye genel bilgi verirken özeldeki hemşire hangi meyveleri yememin daha doğru olduğunu detaylıca anlattı. Örneğin, 'Muz yeme, portakal ve mandalinaların şekeri yüksek, elma ve armut daha uygun,' gibi daha detaylı bilgi verdiler. Devlet hastanesi ise 'Verdim sana listeyi, al evde kendin uygula,' şeklinde bir tavırla iletişim kuruyor” (Katılımcı 21).

Bu ifade özel hastanelerdeki hemşirelerin daha ayrıntılı ve hastaya özel bilgilendirme yaparak hastaların tedavi süreçlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olduklarını vurgulamaktadır. Devlet hastanelerindeki genel bilgilendirmenin ise hastanın ihtiyaçlarına tam olarak yanıt vermeyebilir ve tedavi sürecinde eksiklikler yaşanmasına neden olabilir.

Detaylı bilgilendirme stratejisindeki farklılıklardan biri de doktor ve hemşire iletişimi arasında görülmektedir. Katılımcı 26 bu farkı şöyle ifade etmiştir:

“Hekim sadece talimat veriyor fakat hastanın uyumunu kolaylaştıran detaylı bilgileri aslında hemşire sağlıyor. Doktor, 'Şunu şöyle kullanacaksın,' diyor ve bitiyor. Ancak hemşire, ilacın dozunu, kullanım öncesi ve sonrası süreçleri, etkileşimleri ve beslenmeyi çok detaylı bir şekilde anlatıyor. Sadece doktordan alınan talimatla tedaviye uyum sağlamak imkânsız” (Katılımcı 26).

Katılımcı 7 ve 17 ise tıbbi onay formlarını imzalarken bu belgelerdeki bilgilerin tam olarak açıklanmasını beklediğini ifade etmektedir:

“Onay formlarını imzalarken anlayıp anlamadığımı kontrol etmelerini ya da onay formlarındaki bilgileri daha detaylı açıklamalarını beklerim” (Katılımcı 7).

“Onam formlarını imzalarken özellikle neyi imzaladığımın tam olarak açıklanması gerek” (Katılımcı 17).

Katılımcı 5, doktorunun tedavi sürecinde yaptığı detaylı bilgilendirmenin, insülin dozunu nasıl ayarlaması gerektiğini anlamasına ve kendisini tedavi sürecine aktif olarak katılmasına yardımcı olduğunu belirtmiştir:

“Kortizol döneminde doktor '10 yapıyorsak 16 yapacağız' dedi. 'Sen bir şey yemiyorum diyorsun ama kortizol daha az salgılanmasına neden oluyor bu yüzden insülini artırmamız

gerekir' dedi. Ben de sürekli şekerimi takip ettim. Gerçekten de insülinimi artırdıktan sonra düşüyor mu diye mutlaka bakıyorum ve onaylıyorum” (Katılımcı 5).

Bu ifade, detaylı bilgilendirmenin hastaların tedavi sürecine katılımını artırdığını ve tedaviye uyumu kolaylaştırdığını göstermektedir.

Katılımcı 8, doktorunun kendisine diyabetin ciddiyetini ve ilerleyebileceği noktaları detaylı bir şekilde açıklamasının, tedaviye daha bilinçli bir şekilde yaklaşmasını sağladığını ifade etmektedir:

“Doktor, bende diyabet başladığında hastalığın önemini o kadar iyi anlattı ki dikkat etmezsem ve bu şekilde bilinçsizce devam edersem neler olabileceğini çok detaylı bir şekilde açıkladı. İnsülin kullanmam gerekebileceğini ve insülin kullanımının zorluklarını anlattı. Yani başıma gelecekleri ve ileride beni neler beklediğini çok detaylı bir şekilde anlattı. [...] Önleminizi almazsanız hastalığın ileride ne gibi ciddiyet arz edeceğini ve nelere yol açabileceğini anlattı” (Katılımcı 8).

Aynı katılımcı detaylı bilgilendirme ihtiyacının aynı zamanda tahlil sonuçlarının açıklanmasıyla ilgili olduğunu fakat bu konuda detaylı açıklamaların yapılmadığını ve bu nedenle hastaların kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmektedir.

“Herhangi bir tahlil yapıldığında o tahlilin sonucunu ve değerlerin ne anlama geldiğini anlamakta çok zorluk yaşıyorum. Bu konuda daha ayrıntılı bilgi verebilirler. Bu değer yüksek, ama neden yükselmiş? Benim bir suçum mu var? Değerlerin yüksekliği neye işaret ediyor? Nasıl düşürülür?” gibi sorulara cevap verilmesi gerek. Tahlil sonuçlarıyla ilgili değerlerin ne ifade ettiğini sağlık çalışanları izah etmeli. Çünkü tahliller yapılıyor ve sonuç göstermeye gittiğimizde sadece ‘Şu yüksek, şu düşük’ diyorlar. ‘Şunu kullanman gerek,’ diyorlar veya ilaçlarımızı düzenliyorlar. Ama bu değerlerin neye işaret ettiğini tam olarak anlatmıyorlar. Değerlerin ne olduğunu bilmiyoruz ve kafamızda sorularla ayrılıyor. Daha açık anlatılrsa daha iyi olur. Yüksek ama yüksek olması ne anlama geliyor? Belki anlasak, bir daha yükselmesini önleyebiliriz” (Katılımcı 8).

Bu ifade, tahlil sonuçlarının anlamını bilmeyen hastaların, sağlık çalışanlarından daha fazla açıklama beklediklerini ve bu açıklamaların tedavi sürecini daha iyi anlamalarına yardımcı olacağını göstermektedir.

Katılımcı 15 detaylı bilgilendirmenin ve açık iletişimin, hasta-doktor ilişkisini nasıl güçlendirdiğini ve hastanın tedaviye uyumunu nasıl kolaylaştırdığını vurgulamaktadır.

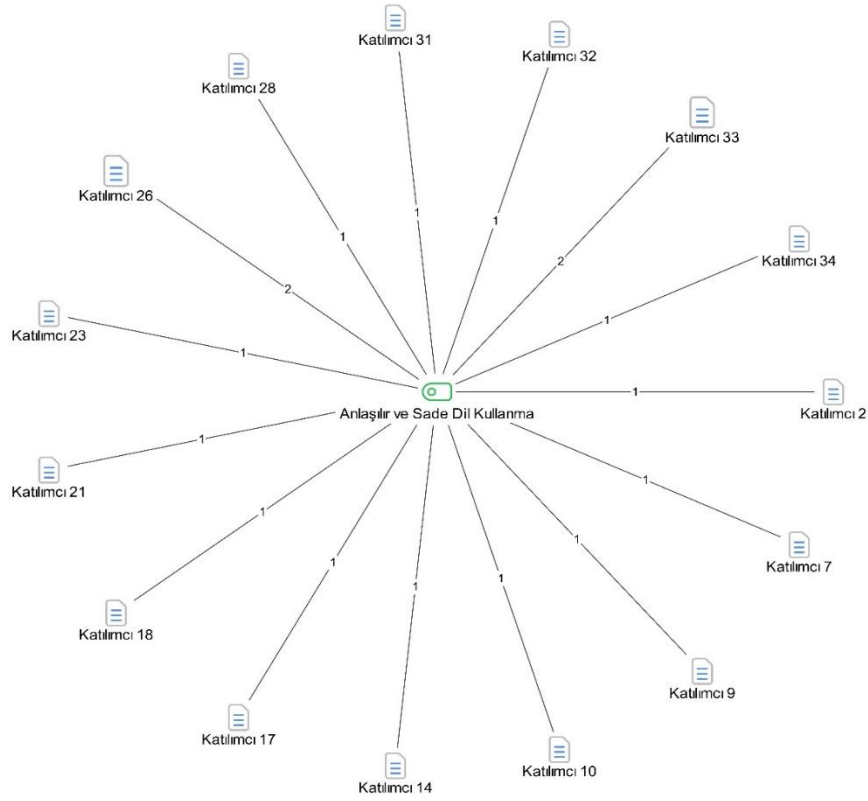
“Doktor, 'Senin bu yaşadığın şeyin Tip 2 diyabetle ilgili değil, Tip 1 diyabetin yetişkinlerde görülen Lada versiyonu olduğunu tahmin ediyorum,' dedi. Hali hazırda kullandığım ilaçlara devam edip edemeyeceğimi sordum. O da bana, 'Sen kafandaki eski bilgileri unut, yeni bir hastalıkla karşı karşıyasın ve insülin kullanmak zorundasın,' diye detaylı bir şekilde anlattı ve kabullenme sürecimi kolaylaştırdı. Yeni bir hastalık olarak ele alması ve açıklaması çok iyi ve anlaşılır oldu. Ayrıca 'Antikor testi ile de teyit etmemiz gerekiyor,' diye ekledi. Antikor testleri sonuçlandığında Lada olduğum doğrulandı ve hekimle WhatsApp üzerinden iletişim kurmaya devam ettik. Bana orada her şeyi ayrıntılarıyla izah etti. [...]

İnsülin kullanmayı kabullenmek tabii ki insanı biraz zorlar. Alternatif var mı diye sorguluyorsunuz. Ama hekim orada net bir iletişimle durumu izah etti ve tabii ki bu da benim insülini kabullenmemi kolaylaştırdı. Ayrıca hekim insülin dozlarıyla ilgili de detaylı bilgi verdi. 'Ortalama bir değerle başlayacağız ve kat sayına göre artırıp artırmayacağımıza karar vereceğiz,' dedi. Neden kat sayıyorum, dozaj nasıl artırılıyor ya da azaltılıyor? gibi bilgileri ayrıntılarıyla anlattı ve ben hep bu açıklamalarla sürece dahil oldum. Bu şekilde daha kolay anladım ve güvendim” (Katılımcı 15).

Katılımcı, doktorunun Tip 2 diyabet değil, Tip 1 diyabetin bir formu olan LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) teşhisini detaylı bir şekilde açıklamasının, hastalığına dair eski bilgilerini sorgulamasına ve yeni bir bakış açısı geliştirmesine neden olduğunu belirtmektedir. Detaylı açıklama, hastanın önceki tedavi bilgilerini güncelleyerek, doğru tedavi sürecine yönelmesini sağlamıştır. Doktorun detaylı açıklamaları, katılımcının insülin kullanma sürecine daha bilinçli ve güvenli bir şekilde dahil olmasını sağlamıştır. Hasta, insülin dozajı ile ilgili detaylı bilgi aldıktan sonra, tedavi sürecine daha fazla katılım gösterdiğini ve tedaviye olan güveninin arttığını belirtmiştir.

6.2.1.3. Anlaşılır ve sade dil kullanma

Görüşmelerde elde edilen bulgular, anlaşılır ve sade dil kullanımının, hastaların tedavi süreçlerinde ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcılar, doktor ve hemşirelerin tıbbi terimleri kullanırken sade ve halk diliyle açıklamalar yapmalarının, kendilerinin hastalık yönetiminde daha etkin bir rol oynamalarını sağladığını belirtmiştir. Şekil 9 “anlaşılır ve sade dil kullanma” alt temasının katılımcılara göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 9: Anlaşılır ve Sade Dil Kullanma Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Çalışmamızda yer alan Katılımcı 2, diyabet tedavisinde tamamen farklı bir düzene geçildiğini belirterek, eğitimlerin basit bir dille yapılmasının önemini şu sözlerle vurgulamıştır:

“Diyabet tedavisinde tamamen farklı bir düzene geçiyorsunuz. Diyabet eğitimleri, hastalarla birebir görüşerek ve daha basit bir dille yapılmalı” (Katılımcı 2).

Bu ifade, özellikle diyabet gibi hayat düzeninizde değişiklikler yapılması gereken hastalıklarda hasta eğitimlerinde daha sade bir dile ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Ayrıca, Katılımcı 9, doktorun tıbbi terimlerle açıklama yaptığını, ancak yüz ifadesinden anlamadığını fark edip daha sade bir dille tekrar ettiğini belirterek, şu şekilde anlatmıştır:

“Evet, bir keresinde, özellikle ilk zamanlardı, doktor biraz daha tıbbi bir dille konuşuyordu. Ben önce duraksadım. Doktor, benim anlamadığımı yüz ifademden anlamış olmalı. Sağ olsun, halk dilinde anlattı ve tekrar etti” (Katılımcı 9).

Katılımcı 10 ise doktorların tıbbi terimlerin Türkçe açıklamalarını yaptıklarını şu şekilde ifade etmiştir:

“Doktorlar tıbbi terimleri kullansalar bile hemen akabinde Türkçesini söylüyorlar. Bu yüzden sorun yaşamadım, her zaman açıkladılar” (Katılımcı 10).

Katılımcı 7 imzalaması gereken belgeler olduğunda yaşadığı korkuyu, dile getirmiştir.

“Terimler nadiren açıklanıyor, bu da beni rahatsız ediyor. Yazılı belgeleri imzalarken, anlamadığım için korku duyuyorum. Sağlık çalışanlarından beklentim, daha anlaşılır bir dil kullanmaları ve yazılı belge verdiklerinde elimize bunu sözlü olarak da açıklamaları” (Katılımcı 7).

Katılımcı 14, 26 ve 28 ise doktorların daha karmaşık açıklamalar yapmasına karşılık hemşirelerin daha sade ve anlaşılır iletişim kurduklarını vurgulamıştır.

“Bir keresinde doktorumun açıklamaları çok karmaşık ve hızlıydı. Kafam karıştı ve korktum anlamayacağım diye. Hemşirelerden ziyade sanki doktorlar daha hızlı ve terminolojik dille konuşuyorlar. Hemşire biraz daha sade dil kullanıyor. (Katılımcı 14)

Diyabet hemşireleriyle iletişim, hastalık yönetiminde çok etkili. Hemşireler, halktan biri gibi sade ve yalın bir dille bilgi veriyor” (Katılımcı 26).

“Doktorla olan görüşmem, beni biraz ürküttü çünkü konuşurken çok fazla tıbbi terim kullandı ve bu beni daha da endişelendirdi. Doktorun hızlı ve teknik açıklamaları karşısında kendimi biraz kaybolmuş hissettim. Sonrasında hemşirenin yanına gittik. Hemşire tüm süreci daha yalın bir dille açıkladı. Hemşirenin sakin ve anlaşılır konuşması, üzerimdeki stresi büyük ölçüde azalttı. Doktorun tıbbi dili yüzünden hissettiğim korku, hemşirenin desteğiyle hafıfledi” (Katılımcı 28).

Katılımcıların çoğu sağlık profesyonellerinden iletişimdeki beklentilerinde açık, sade ve anlaşılır bir dille konuşmaları beklentileri olduğunu belirtmişlerdir.

“Sağlık çalışanlarından beklentim, bilmediğim veya anlamadığım bir bilgiyi açık ve anlaşılır bir şekilde açıklamalarıdır” (Katılımcı 23).

“Karmaşık tıbbi terimler yerine, günlük hayatta daha sık kullandığımız kelimelerle bilgi aktarmalarını tercih ederim. Bu, benim için konunun özünü kavramayı kolaylaştırır” (Katılımcı 31).

“Bilmediğim terimleri her zaman bana anlayacağım şekilde anlatmaları. Çünkü her şeyi doğru anlamak, tedavi süreci için çok önemli” (Katılımcı 32).

“Bazen tıbbi terimleri anlamakta zorlanıyorum ve daha basit bir dil kullanmaları faydalı olur” (Katılımcı 33).

6.2.1.4. Kabullenme ve uyumu destekleme

Görüşmelerde katılımcılar, hastalıklarını kabullenme ve tedaviye uyum süreçlerinde sağlık profesyonellerinden aldıkları desteğin önemini sıklıkla vurgulamışlardır. Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin, hastaların karmaşık sağlık bilgilerini anlamalarını ve bu bilgileri yaşamlarına entegre etmelerini kolaylaştırması beklenmektedir. Bu iletişimin sağlanmasında kullanılan önemli stratejilerden biri de katılımcı ifadelerinden yola çıkarak belirlenen "kabullenme ve uyumu destekleme" stratejisi olmuştur. Şekil 10 “kabullenme ve uyumu destekleme” alt temasının katılımcılara göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 10: Kabullenme ve Uyumu Destekleme Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı ifadelerinde, hastaların konulan teşhisi anlamaları, hastalıkla başa çıkabilmeleri ve tedavi sürecine uyum sağlamalarında sağlık profesyonellerinin kullandığı iletişim stratejilerinin önemli bir rol oynadığı defalarca vurgulanmıştır. Örneğin Katılımcı 1 tedavi sürecindeki

değişiklikler karşısında yaşadığı zorlukları ve doktorun verdiği desteğin hastalığı kabullenme ve tedaviye uyum sürecinde ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır.

“İlk etapta bana bana verdiği ilaç yetersiz kaldı ve başka bir ilaca geçiş yaptık. O da yetersiz kalınca insüline başladık. Şeker seviyem düşüyordu ama son 20-25 gündür yüksek. Bu ilaç geçişlerinde çok sıkıntı yaşadım. Bir ilaçtan diğerine geçerken vücutta, tabiri caizse, sersemleme oluyor ve kendinizi yorgun hissediyorsunuz. Allah razı olsun, doktorum bu süreçte benimle ilgilendi ve destek oldu” (Katılımcı 1).

Katılımcı 8 hastaların tedavi sürecinde ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşmaları, bu bilgileri anlamaları ve hayatlarına adapte edebilmeleri için sağlık profesyonellerinin destekleyici bir rol üstlenmesi gerektiğine dikkat çekmektedir. Katılımcı, doktorun kendisine güven verdiğini ve sıkıntılarını dinleyerek çözüm önerileri sunduğunu belirtmiştir.

“Hekimin güven vermesi, sizi dinlemesi, sıkıntılarınızı dinleyip çözüm önerisi sunması hastalığın yönetiminde çok etkili. Örneğin, çizelge tutma konusunda hastayı bilgilendirmek ve teşvik etmek doktor için çok basit bir bilgi olabilir, ama belli yaştaki insanların aklına bu basit bilgiler bile gelmeyebilir veya nasıl yapacaklarını bilemeyebilirler. Hasta eğitimi önemli; ancak bu şekilde hastalığın zorluklarını aşabiliriz. İş birliği önemli. Özellikle yaşlı insanlar için, kızmadan, bıkmadan ve usanmadan anlatmalı ve sorularını yanıtlamalıdır. İletişimin etkisi özellikle bu açıdan çok önemli” (Katılımcı 8).

İfade, aynı zamanda yaşlı hastaların tedavi süreçlerine uyum sağlama konusunda karşılaştıkları zorluklara da dikkat çekmektedir.

Katılımcı 9 ilk teşhis aldığı anda doktorunun rahatlatıcı ve olumlu bir dil kullanmasının, kendisine moral verdiğini ve hastalığı kabullenmesini kolaylaştırdığını belirtmiştir.

“Doktor rahatlatıcı konuştu ve korkulacak bir şey olmadığını, hatta tedaviye uyarsam daha sağlıklı bir yaşam sürebileceğimi söyledi. Diyabet hastaları, tedavilerine uyup yaşam tarzlarını değiştirebilirlerse, hasta olmayan birinden bile daha sağlıklı olabiliyorlarmış. Bu bilgiler bana rahatlık ve güç verdi. Yürüyüş yapmam gerektiğini ve kilo vermem gerektiğini anlattı. Olumlu konuştu ve beni çok motive etti. İlk teşhisi duyduğumda doktor benim paniklediğimi fark etti. Fakat korkulacak bir şey olmadığını ve söylediklerine uyarsam hastalığı çok rahat yönetebileceğimi söyledi. İletişim sorununu en belirgin olarak ilaç almam konusunda yaşadım. Tedavi sürecimde ikinci bir ilaç verilmişti. Nasıl kullanacağımı çok iyi anlamam gerekiyordu.

Diğer ilacı alacak mıyım, bırakacak mıyım? Aynı zamanda mı alacağım, ne zaman alacağım gibi kafamda birçok soru vardı. Ben rahat bir şekilde sordum ve onlar da tekrar tekrar anlattı” (Katılımcı 9).

Katılımcı 11 ise tedavi sürecine adapte olduktan sonra iletişim ihtiyacının ve sorunların azaldığını belirtmektedir.

“Sağ olsunlar çok destek oldular ve ben de hem hastalığa hem ilaç kullanımına adapte oldum. Zaman geçip adapte olduktan sonra iletişim problemleri ve iletişimin yoğunluğu giderek azaldı. Doktor ilaç değiştirdiğinde veya doz değiştirdiğinde artık daha rahat anlamaya başladım” (Katılımcı 11).

Katılımcı 15 doktorun, tedavi sürecinde insülin kullanılması gerektiğini net bir şekilde açıklamasının hastanın süreci kabullenmesini kolaylaştırdığını belirtmiştir. Katılımcı, insülin kullanma konusunda tereddüt yaşarken, doktorun biyokimyasal test sonuçlarını ve insülin ihtiyacını nasıl bağladığını açıklamış ve bu açıklamalar hastanın kabullenme sürecine yardımcı olmuştur. Burada doktorun hem teknik bilgileri hastanın anlayabileceği bir dille sunması hem de durumu netleştirmesi önemlidir. Bu şekilde sağlık okuryazarlığına duyarlı bir şekilde kurduğu iletişim, hastaların tedavi seçeneklerini anlamaları ve bilinçli kararlar verebilmeleri için destekleyici olabilir.

“İnsülin kullanmayı kabullenmek tabii ki insanı biraz zorlar. Alternatif var mı diye sorguluyorsunuz. Ama hekim orada çok net bir iletişimle durumu izah etti ve tabii ki bu da benim insülini kabullenmemi kolaylaştırdı. 'Sen kafandaki eski bilgileri unut, yeni bir hastalıkla karşı karşıyasın ve insülin kullanmak zorundasın,' diye çok net bir şekilde anlattı ve kabullenme sürecimi kolaylaştırdı” (Katılımcı 15).

Katılımcı 18 doktorun hassasiyeti ve rahatlatıcı yaklaşımının ilaç kullanımını daha kolay kabullenmesini sağladığını belirtmiştir. Katılımcı, doktorunun açıklamaları sayesinde ilacını rahat bir şekilde kullanmaya başlamış ve bu durum, tedaviye uyumunu artırmıştır. Bu durum, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimde, hastaların kaygılarını gidermenin tedaviye uyum üzerindeki olumlu etkisini vurgulamaktadır.

“Doktorun yaklaşımı çok önemliydi; beni dinlemesi ve ilaç kullanamıyor olmama karşı hassasiyeti ve anlayışı beni çok rahatlattı ve güven verdi. Ben normalde hastane ve doktor sevmem, elimden geldiğince gitmemeye çalışırım. Ama şeker yüksekliği ile gitmek zorunda

kaldım. İlaç da kullanamıyorum; alerjik bir yapım var ve midem bulanıyor. Fakat doktorumun rahatlatması sayesinde ilacı da çok rahat kullanabildim. Doktor tatlı bir dille midem bulanırsa yapmam gerekenleri anlattı ve '7/24 arayabilirsin,' dedi. Bu rahatlama ve güven duyma, ilaçlarımı düzenli kullanmama yardımcı oldu” (Katılımcı 18).

Katılımcı 24 ve 25 de insülin kullanımına karşı direndiklerini fakat motivasyonel iletişim sayesinde uyum sağlayabildiklerini dile getirmişlerdir.

“İnsülin kullanmak istemedim. ‘Kullanmasam olur mu? Başlamak istemiyorum.’ dedim ve ilaçla devam edip edemeyeceğimi sordum. Doktor, insülin kullanmazsam ileride karşılaşılabileceğim riskleri detaylı bir şekilde anlattı. Korkularımın doğal olduğunu, zamanla duruma alışacağımı ve şu anda insülini kullanmanın gelecekteki olası kötü sonuçlardan korunmam için önemli olduğunu belirtti. Bu açıklamalar beni ikna etti ve iletişimin ne kadar etkili olduğunu gösterdi” (Katılımcı 24).

“Ben aslında teşhis konur konmaz insülin kullanımı başlatılmasını hoş karşılamıyorum. Bu bende tedirginlik yarattı. Bir de birkaç doktora gidiyorsunuz, hepsi farklı söylemlerde bulunuyor. Bu da hastayı panik yapıyor. Tedirginliğimi doktora anlattığımda, öncelikle tedirginliğimde haklı olduğumu ve normalde hemen insüline başlatmadıklarını söyledi. Ama eğer Tip 1 diyabet daha ilerleyen yaşlarda, yani insülin deposunun daha düşük olduğu yaşlarda gelişirse, insüline başlanması gerektiğini anlattı. Banka metaforu üzerinden örnek verdi. ‘Sizin bankada paranız var ve sürekli bu paradan kullanırsanız bu eksilir. Ama bu paraya takviye yaparsanız, ekleme yaparsanız, sınırın altına düşmez, eksilmez,’ şeklinde anlattığında ikna oldum” (Katılımcı 25).

Bu ifadelerde doktor, hastaların endişelerini empatiyle karşılayarak, tedaviyi kabul etmelerine yardımcı olmuştur.

Katılımcı 12 ve Katılımcı 29’un ifadeleri hastaların hastalıklarını kabullenme ve tedaviye uyum süreçlerinde sağlık profesyonellerinden aldıkları destekleyici ve motive edici iletişimin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığına duyarlı bir yaklaşımla hastalara sunulan bu iletişimin karmaşık tıbbi bilgilerin anlaşılmasını ve hastaların tedavi sürecine daha rahat uyum sağlamalarını kolaylaştırması beklenir. Bu sayede, hastanın hem hastalığı kabullenme süreci hızlanmakta hem de hastalar tedaviye daha bilinçli ve motive bir şekilde katılım göstermektedir.

“Bana çok güzel açıklamalar yaptı. Hatta politikacılar arasında da şeker hastası olup 90 yaşına kadar yaşayan ve ülke yönetenlerin olduğunu anlattı. Bu örnekler beni çok rahatlatmıştı. Diyabet hastası olan ve hastalığı yönetebilen başka birinden örnek verince bu beni psikolojik olarak çok rahatlattı. Hatta ben de daha sonra internetten araştırdım ve NBA oyuncularında da diyabet hastalığı ile mücadele edenler olduğunu öğrendim. Her üç insandan birinde olabilen bir hastalık olduğunu anlayınca rahatlıyorsunuz. Burada doktorun, 'Yalnız değilsin, başka hastalar da var ve uyum sağlayabiliyorlar, iş hayatlarını sürdürebiliyorlar, hatta ülke bile yönetebiliyorlar,' şeklindeki yaklaşımı çok motive ediciydi” (Katılımcı 12).

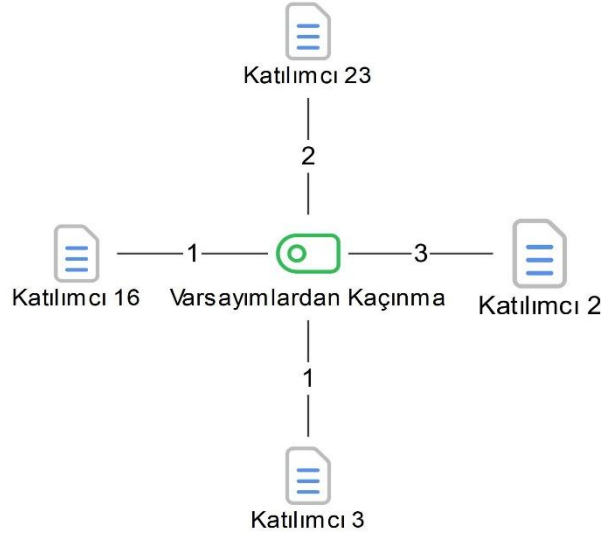
Bu ifadede, doktorun hastaya verdiği bilginin sadece tıbbi değil, aynı zamanda psikolojik bir destek sunduğu açıkça görülmektedir. Doktorun, diyabet hastası olan ünlü bir kişiyi örnek vermesi, hastanın yalnız olmadığını hissetmesine ve hastalığı kabullenme sürecinde rahatlamasına yardımcı olmuştur.

“İlk teşhis aldığımda acile gitmiştim ve çok panik halindeydim. Acilde anlamlandıramadığım bir taşıkardim vardı. Panik ve stres içindeydim, ne olduğunu anlayamadım. Acilden sonra beni polikliniğe yönlendirdiler. Hekimin odasına da çok panikle girdim ve ‘Benim şekerim 500!’ diye bir hezeyanla içeri girdim. Ancak doktor çok sakindi ve telkin edici bir şekilde konuştu, bu da beni rahatlattı. Diyabet hemşiresi de oldukça sakindi. İletişim sorunu yaşamadım ve süreci çok iyi yönlendirdiler. İnsanlar diyabet teşhisi duyunca aşırı tepki verebiliyor. Ancak sağlık çalışanlarının deneyimi ve profesyonellikleri, hastayı yatıştırıyor ve rahatlatıyor. Özellikle örneklendirerek konuşmaları çok etkiliydi. Doktor, ‘Amerika’daki basketbol ligi NBA’de bile diyabetli oyuncular var, bu hastalık kolay yönetilebiliyor, korkmana gerek yok,’ dedi. Bu beni çok rahatlattı. Ayrıca hem hekim hem hemşire çok samimi bir dille konuştu ve gerçek hayattan örnekler vermeleri beni daha da rahatlattı” (Katılımcı 29).

Bu ifade de doktorun, diyabetin yönetilebilir bir hastalık olduğuna dair verdiği örnekler psikolojik bir destek sağlayarak hastalığın kabullenilmesini kolaylaştırmıştır.

6.2.1.5. Varsayımlardan kaçınma

Bireylerarası iletişim stratejileri temasının bir diğer alt teması olan “varsayımlardan kaçınma” temasında katılımcılar sağlık çalışanlarının hastaların bilgi düzeyleri, fiziksel özellikleri gibi konularda varsayım ve önyargılarda bulunmadan iletişim kurmaları gerektiğini vurgulamışlardır. Şekil 11’de “varsayımlardan kaçınma” temasının katılımcılara göre dağılımı görülmektedir.



Şekil 11: Varsayımlardan Kaçınma Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 2 sağlık çalışanlarının hastanın mesleki geçmişini bilse dahi, her hasta için aynı özeni göstererek bilgi aktarması gerektiğini belirtmektedir.

“Diyabet hemşiresi de doktor da bana, sağlık çalışanı olduğum halde, biliyordum gibi yaklaşmadı. Beni dışarıdan bir hasta gibi gördüler ve özellikle insülini nasıl kullanacağımı ayrıntılı bir şekilde anlatarak bana da uygulattılar. 'Nasıl yapacaksın, çevir bakalım, bastır bakalım' gibi yönlendirmelerle süreci bana anlattırdılar. Onların örnek kalemleri de vardı zaten” (Katılımcı 2).

Katılımcının ifadeleri sağlık çalışanlarının, hastaların bilgi düzeyini varsaymadan hareket etmeleri gerektiğini göstermektedir. Aynı katılımcı doktorun genç yaşını ve kilosunu göz önünde bulundurarak varsayımlarda bulunması nedeniyle yeterince ciddi bir şekilde bilgilendirilmediğini de belirtmektedir.

“Örneğin, benim ilk başta yüksek şekerimle gittiğim doktor bana şöyle demişti: "Sen diyabet hastası değilsin. Sadece kilolusun ve insülin direncin var." Belki bana şu şekilde yaklaşırdı daha dikkatli olabilirdim: 'Tamam, ben senin diyabet hastası olduğumu düşünmüyorum ama şeker hastalığı zor bir hastalık ve senin de yakalanma riskin var. Bu nedenle dikkat etmen gereken şeyler var.' Böyle bir açıklama yapabilirdi. O zaman bu kadar rahat olmazdım ve önlem alabilirdim. O da belki genç olduğum için böyle yaklaştı ve riskli görmedi. Bu nedenle

gençliğime vererek bazı şeyleri ihmal etmemde iletişim aksaklığının rolü olduğunu düşünüyorum” (Katılımcı 2).

Bu ifade hastanın gençliği ya da kilo durumu gibi yüzeysel bilgilerden yola çıkmadan, sağlık risklerinin açıkça ifade edilmesi gerekliliği de vurgulanmıştır. Katılımcı, doktorun gençliğini dikkate alarak hastalığı ciddiye almaması nedeniyle, gerekli uyarılarda bulunmadığını ifade etmektedir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının varsayımlarından kaçınarak, hastalara riskleri açık bir şekilde ifade etmesi, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejisi olarak değerlendirilebilir.

Katılımcı 23 ise tecrübeli bir hasta dahi olsa, bilgilerin tekrar edilmesinin hasta açısından değerli olduğunu göstermektedir.

“Ben bilgiliyim ama bunu tamamen hastaya yıkmamaları lazım. Ben biliyor olabilirim ama asıl işin uzmanı tarafından anlatıldığında daha farklı olur. Nasılsa bu hasta uzun yıllardır bu hastalıkla yaşıyor ve nasılsa bunu biliyordur diye düşünmemeliler. Yine de söylemeleri ve anlatmaları lazım. Hatta sanki sıfır birine anlatıyor gibi anlatmalarını isterim tabii ki. Araştırmacı Ek Soru: Bu sizi sıkar mı? Yani zaten bildiğim süreçler diye düşünmez misiniz? Hayır, tabii ki sıkmaz. Belki yanlış uyguladığım bir şey var, belki bir şeyi yanlış uyguluyorum ya da atlıyorum ya da belki bilgi değişmiştir, güncellenmem gerekebilir [...] bir sağlık çalışanı bana yeni bir bilgi verdiğinde, benim bunu doğru anladığımı teyit etmek için tekrar sorması çok faydalı olur. Çünkü her ne kadar tecrübeli olsam da bazen değişiklikleri ya da yeni bilgileri atlayabiliyorum” (Katılımcı 23).

Katılımcı ifadelerinde uzun süredir diyabet hastası olan bireylerin bile, sağlık çalışanlarından sürekli olarak bilgi almak istediklerini vurgulamaktadır. Bu ifade de bilgili hastaların bile bazı detayları atlayabileceği ya da bilgi değişikliklerinden haberdar olmayabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Katılımcı 3’ün ifadesinde ise doktorun hastayı yeterince dinlemeyip, hastanın sorularını yazılı bir dokümandan çözebileceğini varsayarak, onu dokümanlara yönlendirmesi dikkat çekmektedir.

“Bazı sağlık çalışanları hastayı dinlemekten keyif alırken, bazıları da siz bir şey anlatmaya çalışırken 'Ben sana yazılı dokümanı verdim, oraya bak,' şeklinde tepki gösterebiliyor” (Katılımcı 3).

Bu durum, doktorun, hastanın yazılı bilgiyi kolayca anlayabileceği varsayımına dayanmakta ve hasta ile iletişimde bireysel farklılıkları göz ardı etmektedir. Benzer şekilde, Katılımcı 16'nın ifadesinde de doktor, hastanın şikayetlerini dinlemek yerine, hastanın diyetinde "kaçamak" yaptığını varsayarak, şeker düzensizliğini kişisel bir hata olarak değerlendirmiştir. Hastanın gebelik gibi hassas bir süreçte olmasına rağmen, bu önyargılı yaklaşım, hastanın güven duygusunu zedelemiş ve eşiyle birlikte doktoru ikna etme çabası içine girmesine neden olmuştur.

“Doktor bana, 'Mutlaka kaçamak yapmışsındır,' dedi. 'Hocam yapmadım,' diyorum. Benim babam da diyabetti. 'Akşam 8'den sonra ağzıma ayran, kefir, yoğurt ya da ceviz dışında bir şey sürmem,' diyorum. Hala 'Yapmışsındır, yapmışsındır,' diye yaklaşıyor. Hastaya karşı bir önyargı var” (Katılımcı 16).

Her iki örnek de sağlık çalışanlarının hastaları yeterince dinlemeyip genellemeler yaparak bireysel durumları göz ardı etmelerinin, iletişimde ciddi sorunlar yarattığını göstermektedir.

6.2.1.6. Materyal desteği sağlama

Materyal desteği sağlama alt temasında, hastaların tedavi sürecinde sözlü bilgilendirmenin yanı sıra yazılı ve görsel materyallerle desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır. Katılımcı ifadelerine göre, sağlık çalışanlarının hastalara yalnızca sözlü eğitim vermekle kalmayıp, süreci destekleyecek ek materyaller sağlaması tedaviye uyumu artırmakta ve bilgilerin hatırlanmasını kolaylaştırmaktadır. Katılımcılar, doktor ve hemşirelerden aldıkları eğitimin yanı sıra, yazılı dokümanlar, şemalar, çizelgeler ve görsellerle desteklenmelerinin tedaviye uyumlarını kolaylaştırdığını belirtmiştir. Şekil 12 “materyal desteği sağlama” temasının katılımcılara göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 12: Materyal Desteği Sağlama Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 7, özellikle okur-yazarlık oranı düşük ya da ileri yaştaki hastalar için, görsel şemaların tedavi süreçlerini anlamada büyük fayda sağlayacağını ifade etmiştir.

“Tedavi ve ilaç uyumuna destek olabilecek şemalar hazırlanabilir. Hastalık tedavi sürecinde ve ilaç kullanımında adım adım yapılacaklar bir şemaya yazılabilir. Fizik tedavi protokolünde olduğu gibi. Okur-yazarlık oranı düşük olduğu için, resimlerle anlatılan bir şema adım adım çok faydalı olabilir. Yazılanları okuyamayanlar için basitleştirilmiş şema ile anlatımlar, özellikle yaşlı hastalar için çok faydalı olur. İleri yaştaki hastaların hep desteğe ihtiyacı oluyor ve her zaman destek bulamıyorlar. Görsel olarak şema hazırlanabilir ya da tedavi süreçlerini kolaylaştırıcı basit görsel materyaller hazırlanabilir” (Katılımcı 7).

Katılımcı 8, ilaç kullanımını düzenlemek için doktorun önerdiği çizelge sayesinde ilaçlarını aksatmadan kullanabildiğini belirterek, materyal desteğinin tedaviye uyumda kritik bir rol oynadığını vurgulamıştır

“Benim 5-6 ilacı birden kullandığım zamanlar oldu. Gerçekten çok zordu. Doktorum bana bir çizelge tutmamı önermişti; hangi ilacı saat kaçta, kaç tane almam gerektiğini yazmamı istedi. Ben de dediğini yaptım ve çizelgeyi doktoruma götürdüm. O da beni tebrik etti. Çizelge sayesinde ilaçlarımı aksatmadan alabildim. Doktorumun çizelge tutma önerisi çok faydalı olmuştu” (Katılımcı 8).

Katılımcı 15 ise bilgilendirici materyallerin, hastaların karşılaşılabileceği yaygın soruları yanıtlamada ve sürece dair belirsizlikleri gidermede önemli olduğunu vurgulamaktadır. Kitapçık veya rehberler, hastaların tedavi sürecini daha iyi yönetmelerine ve kaygılarını azaltmalarına yardımcı olabilir.

“Kitapçık gibi bir şey hazırlanabilir. Evet, açıklamalar ve yönlendirmeler çok güzel, ilgili ve etkili bir şekilde yapıldı ve bilgi paylaşıldı. Ancak, 15-20 dakikalık bir vizitede aklınızdaki tüm sorulara cevap almanız mümkün değil. Sonradan birçok ek soru gündeme geliyor. Eminim ki bu soruların %80'i 15 soru içinde çözümlenebilir. Yani benim aklıma gelenler başkalarının da aklına geliyordur. Yeni diyabet teşhisi alan hastalar için bir kitapçık hazırlansa çok faydalı olur. Örneğin, benim hala cevabını bulamadığım bir soru var. Gittiğimde bunu sormak istiyorum. Bu biraz karmaşık bir konu ve WhatsApp'tan sorulamaz. İnsülin kullanımının ikinci haftasında kan şekerim 100'lere düşmüştü, üçüncü haftasında ise 120-130'lara çıktı. Bu normal mi? İnsülin kullanmaya başladığımızda bu iniş çıkışlar beklenen bir durum mu? Yoksa dozajım mı yetmiyor? Bunun cevabını bilmiyorum ve bir sonraki vizitede sormayı planlıyorum. Halbuki bu belki basit ve genel bir bilgi olabilir. Kitapçıkta yer alması gereken bir bilgi: ‘İlk 4 hafta iniş çıkışlara bakmayın, bu süreç vakit alır,’ ya da ‘İlk hafta şekeriniz düşebilir, sonra tekrar yükselebilir. Bu normaldir, endişelenmeyin,’ gibi bilgiler inanılmaz faydalı olur” (Katılımcı 15).

Bu ifade, sağlık hizmeti sunumunda sadece sözlü bilgilendirmenin yetersiz olabileceğine dikkat çekmektedir ve hastaların daha detaylı bilgiye erişim ihtiyacını vurgulamaktadır. Özellikle yeni diyabet teşhisi alan hastaların, 15-20 dakikalık vizitlerde her sorusuna yanıt bulamaması ve sonradan akla gelen soruların cevaplarını almakta zorlanmaları, materyal desteğinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hastanın, insülin kullanımı sırasında yaşadığı kan şekeri dalgalanmaları gibi genel sağlık bilgilerine dair sorularına doktor ziyareti dışında yanıt aradığı görülmektedir. Özellikle "insülin kullanımında iniş çıkışların normal olup olmadığı" gibi soruların, yazılı bir rehberde yer alması gerektiği vurgulanıyor. Yazılı rehberler, hastaların

sorularını bağımsız olarak yanıtlamasına yardımcı olabilir ve bir sonraki doktor ziyaretine kadar geçen sürede hastaların kaygılarını azaltabilir.

Katılımcı 17 de zaman kısıtlılığı nedeniyle sağlık çalışanlarının hastalara gereken tüm bilgileri yeterince detaylı aktaramadıklarını vurgulamaktadır. Hasta, doktor ve hemşirelerin yoğun çalışma temposu ve muayene sürelerinin sınırlı olması nedeniyle, sağlık bilgilerini tam olarak sindiremediklerini belirtmektedir. Bu durum, özellikle karmaşık tedavi süreçlerinde ve sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalarda önemli bir sorun haline gelebilir.

“Bazen zaman kısıtlılığından her şeyi anlatmıyorlar ve tam olarak emin olamadığımız bilgi yüklenmesi oluyor. Onların da zamanı kısıtlı. Biz de kısıtlı muayene süresinde her şeyi tam olarak sindiremeyiz. Bu nedenle belki eve gittiğimizde tekrar üzerinden geçebileceğimiz yazılı dokümanlar, görsel içerikli dokümanlar verilebilir. Hatta belki kaynağına güvendiğimiz animasyon videoları ile destekleyebilirler bizi. Özellikle ilaç kullanımı ya da beslenme ile ilgili bilgiler için” (Katılımcı 17).

Katılımcı, yazılı dokümanlara ek olarak, özellikle beslenme ve ilaç kullanımı gibi konularda animasyon videoları gibi dijital materyallerin önemine dikkat çekiyor. Bu, hem dijital sağlık eğitimi trendlerine uygun bir öneridir hem de sağlık okuryazarlığı düşük hastalar için bilgilerin daha anlaşılır hale getirilmesinde etkili olabilir. Animasyonlar ve görsel materyaller, karmaşık bilgilerin basit bir şekilde sunulmasına olanak tanır ve hastaların öğrenme sürecini hızlandırır.

Katılımcı 22 yalnızca sözlü bilgilendirmenin yetersiz kaldığı durumlara işaret etmektedir. Hastaların eve gittiklerinde hatırlayabilmeleri için yazılı materyallere ihtiyaç duydukları açıkça görülmektedir.

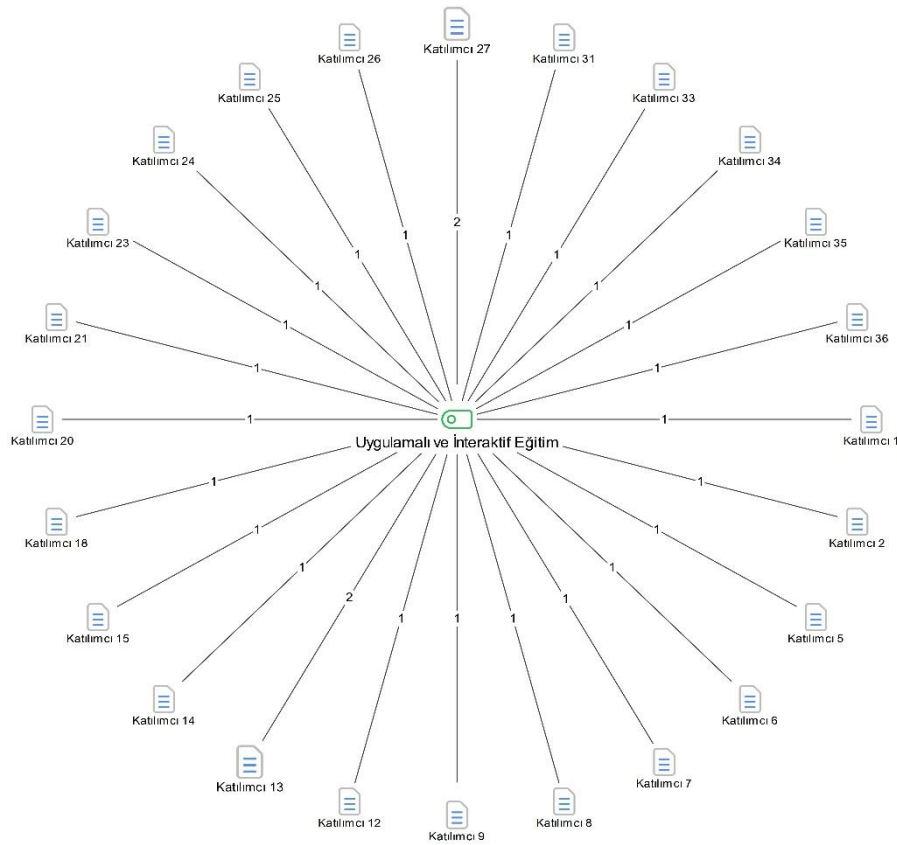
“Ama ben verilen bilgileri eve gidince unutuyorum. Hemşire çok güzel anlattı ama ben yine de eve gidene kadar unutmuşum. Tekirdağ’da oturuyorum. O anlatırken çok güzel anlattı ama ben anlamamışım demek ki. İnsülini de yeterince alamamışım çünkü yanlış kullandığım için. Bir tanıdığım bana yaparken, iğneyi yanlış uyguladığımı fark ettim” (Katılımcı 22).

Katılımcıların birçoğu benzer şekilde sağlık bilgilerini yalnızca sözlü olarak almakla yetinemediklerini, bunun yanı sıra yazılı veya görsel materyallerle desteklenmeleri gerektiğini açıkça ifade etmektedirler.

6.2.1.7. Hasta katılımını teşvik etme

Bireylerarası iletişim stratejileri temasının son alt teması “hasta katılımını teşvik etme”dir. Katılımcıların ifadeleri bu alt tema altında “uygulamalı ve interaktif eğitim”, “soru sormayı teşvik eden ortam” ve “hasta sorumluluğu” olmak üzere üç alt tema ile kodlanmıştır.

Uygulamalı ve interaktif eğitim teması altında yer alan katılımcı ifadeleri, uygulamalı eğitim ve tekrar odaklı öğrenme süreçlerinin diyabet hastalarının tedaviye katılımında nasıl olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Özellikle yanlışların düzeltilmesi ve eksik bilgi alanlarının tamamlanması, hastaların kendine olan güvenini artırmakta ve tedaviye daha iyi uyum sağlamalarını desteklemektedir. Öğrendiğini anlat gibi iletişim stratejilerinin hastaların tedavi süreçlerinde ne kadar etkili olduğunu vurgulayan katılımcı ifadeleri, bu yöntemin öğrenmeyi derinleştirdiğini ve hastaların eksikliklerini giderdiğini göstermektedir. Şekil 13 “uygulamalı ve interaktif eğitim” alt temasının katılımcılara göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 13: Uygulamalı ve İnteraktif Eğitim Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 1 eğitim sırasında kullanılan “öğrendiğini anlat” stratejisinin temelini oluşturan tekrar ettirme yönteminin önemini vurgulamaktadır. Uygulamalı öğrenmede hastaların eksik ve

yanlışlarını fark edip düzeltmesi, onların kendine olan güvenini artırmakta ve tedaviye uyumunu güçlendirmektedir.

“Bana test iğnesi verdiler ve soğuktan çıkarınca bir iki dakika bekletmem gerektiğini söylediler. Bunu bilmiyordum. İğneyi çalkalamam gerektiğini, nasıl yapmam gerektiğini anlattılar (katılımcı eliyle gösteriyor). Bana gösterilen her şeyi tekrar ettim ve bu, anlatılanların aklımda kalmasını sağladı. Çünkü ilk duyduğumda bilgileri karıştırıp yanlış yapacağımdan korktum. Kendim de gösterince daha akılda kalıcı oldu ve biraz rahatladım. Doktorun anlattığını ona tekrar anlattığımda, doktor ‘tamam, doğru yapıyorsun’ dedi. Doktor doğru yaptığımı söyleyince ben de rahatladım ve kendime güvenim arttı” (Katılımcı 1).

Katılımcı 2, “öğrendiğini anlat” yönteminin faydasını dile getirmiş, sağlık çalışanlarının hastaların yanlış yapacakları korkusunu yaşatmadıklarını ve bilginin bu sayede daha iyi pekiştirildiğini belirtmiştir. Bu katılımcı, *"Sağlık çalışanı hastanın bildiğini varsaymamalı, hastadan tekrar anlatmasını isteyerek anladığından emin olmalı"* diyerek yöntemin öğrenmedeki katkısını anlatmıştır. Katılımcı 5, kendisine insülin enjeksiyonunun nasıl yapılacağını gösterip uygulattıklarını, bu sayede bilgiyi daha iyi kavradığını ifade etmiştir. Özellikle genç yaşta diyabet tanısı aldığı için uygulamalı eğitimin önemini vurgulamıştır. Katılımcı 6, uygulamayı tekrar ederken yanlış yaptığını fark ettiğini ve hemşirenin bu hatayı düzelttiğini belirtmiştir. Katılımcı, uygulamalı eğitimin pratik yapmayı teşvik etmesi nedeniyle bu yöntemin doğru olduğunu vurgulamaktadır.

“Verimli bir süreçti. Öğrendiklerimi tekrar hemşireye gösterirken doğru uygulamadığımı fark ettim ve hemşire beni düzeltti. Nasıl anlatsam, göstersem diye biraz çekingenlik oluyor ama hastaneden çıkmadan önce pratik yapmış oluyorum. Bence bu çok doğru bir yöntem” (Katılımcı 6).

Katılımcı 7 ise “öğrendiğini anlat” yöntemi uygulanmadan eğitim verilen bir hastadır. İnsülin eğitimi sırasında bazı eksiklikler yaşadığını ve tekrar etmediği için evde yanlış uygulama yaptığını fark ettiğini ifade etmiştir.

“Bence insülin eğitimi sırasında öğrendiklerim arasında eksiklikler kaldı ve evde denediğimde bazı şeyleri yanlış yaptığımı fark ettim. Keşke tekrar ettirseylerdi. Bu yöntem faydalı olurdu. Kendim o an tekrar etmediğim için eve gittiğimde yanlış yaptım ve ilacı yeteri dozda alamadığımı anladım” (Katılımcı 7).

Benzer şekilde Katılımcı 18 ise devlet hastanesinde bu yöntemin uygulanmadığını ve bu nedenle eksik bir öğrenme süreci yaşadığını belirtmiştir.

“Devlet hastanesinde doktorum çok hızlı konuştu ve ben de her şeyi anlamadım. Hiçbir şey sormadılar, sadece anlatıp geçtiler. İnsülin dozunu kaçırdığımda ne yapmam gerektiğini tam olarak anlayamadım. Öğrendiklerim arasında eksiklikler kaldı ve evde denediğimde bazı şeyleri yanlış yaptığımı fark ettim. Eğer tekrar edip onlara göstermiş olsaydım belki yanlış yaptığımı fark edip baştan düzeltirlerdi. İlaç dozlarımı bu nedenle verimli kullanamadım” (Katılımcı 18)

Katılımcı 8, ilaç kullanımı konusunda bilgi karışıklığı yaşadığını ancak “öğrendiğini anlat” yöntemi ile bilgileri tekrarladığı için yanlışlarını düzeltebildiğini söylemiştir.

“Evet anladıklarımı tekrar sağlık çalışanına anlatma sürecini yaşadım. Özellikle ilaç konusunda anlatılanlar bana çok kafa karıştırıcı gelmişti. Çünkü birden fazla ilaç kullanıyorum ve ilaç saatleri, açlık tokluk durumu gibi konular ilk başta kafa karıştırıcı geldi. Ama doktor, anlattıklarını bana yeniden anlattırdı ve nasıl kullanmam gerektiğini kendim anlatınca bu bana güven verdi. Yanlış anladığım bir şeyi anında düzeltmiş olduk. Bu bana askerliği çağrıştırdı. Askerde de emir tekrarı vardır. Askerde bir emir verildiğinde karşı tarafın bu emri doğru anlayıp anlamadığı teyit edilir ve tekrar ettirilir. Doktorun da bana yaptığı buydu aslında. 'Benim anlattıklarım hastam tarafından doğru anlaşılmış mı,' diye teyit etti. Bu çok güven verici ve rahatlatıcıydı. Orada, eğer hasta tekrar ederken eksik bir tarafını görürse, doktor düzeltme fırsatı yakalıyor ki doktorum da beni düzeltmiştir. Özellikle ilacın saatini ayarlama konusunda ve glukometre kullanımı konusunda.

Araştırmacı Ek Soru: Bu yöntem aranızdaki iletişimin rahatını ve konforunu bozdu mu sizce?

Cevap: Yok aksine. Hani askerlikte de mesela yanlış ve geri dönülemez bir şey yapıldığında, sonucu zarar verebilir. Bu yöntem, zarar ortaya çıkmadan düzeltme fırsatı verir. Aynı şekilde, burada yanlış bir uygulama yaparsam, özellikle ilaç alımında veya yapmam gerekenleri eksik yaparsam bu da zarar verici bir sonuç doğurabilir. Bunun farkında olduğum için, anlatılanları tekrar etme fırsatı bulduğumda çok mutlu oldum” (Katılımcı 8).

Bu hasta ifadesi, “öğrendiğini anlat” yönteminin hasta güvenini artırmada ve yanlış anlamaları düzeltmede nasıl etkili olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Katılımcı, ilaç kullanımı ile ilgili kafa karışıklığı yaşadığını, özellikle birden fazla ilaç kullanımı ve bunların saatleri konusunda

zorluk çektiğini belirtmiştir. Ancak doktorun kendisine öğrendiklerini tekrar ettirerek, doğru anlayıp anlamadığını kontrol etmesi, hastanın kendisine olan güvenini pekiştirmiştir. Hasta, bu yöntemi askerliğe benzetmiş ve emir tekrarı süreci ile eşleştirmiştir; bu da tekrar ederek bilginin doğruluğunun kontrol edilmesinin ne kadar kritik olduğunu vurgular. Bu yöntemin rahatlatıcı bir etkisi olduğu ve hastalarla sağlık çalışanları arasındaki iletişimi güçlendirdiği görülmektedir. Katılımcı, yanlış anlaşılmanın önceden fark edilip düzeltilmesi sayesinde, ilaç alımında hata yapma riskinin azaldığını ve olası zararların önlendiğini ifade etmiştir.

Katılımcı 9, doktorun kendisine ilaç kullanımıyla ilgili bilgileri tekrar ettirdiğini, bu sayede unuttuğu noktaları fark ettiğini ve doktorun düzeltmelerinin kendisine güven verdiğini ifade etmiştir.

“Doktor bana kendi anlattıklarını tekrar ettiriyordu ve bu çok faydalı oldu. En zorlandığım şey ilaç kullanımıydı. Mesela ben tekrar ederken bazı unuttuğum şeyler oluyordu. Örneğin, ilacı çay kahve gibi içeceklerle almamak veya kaç saat önce, kaç saat sonra almam gerektiği, iki ilaç arasındaki saat farkları gibi. Ben tekrar ederken yanlış söylediklerim oluyordu ve doktor beni düzeltiyordu. Bu da daha hastaneden ayrılmadan, eve gitmeden yanlışımı düzeltmemi sağlıyordu ve böylece tekrar tekrar asistanı aramak zorunda kalmıyordum. Bu aslında doktor için de iyi bence. Ayrıca tedavim konusunda kendimi daha güvende hissetmemi sağladı. 'Ben bu işi yapabilirim, ilaçlarımı doğru şekilde kullanabilirim,' diye kendime güvenim geldi. Bu yöntem tabii ki çok faydalıydı. Bilgilerin akılda kalmasını kolaylaştırdı. Ayrıca takdir edersiniz ki tekrar, öğrenmede çok önemli. Tekrar ettiğimizde daha kolay öğreniyoruz. Yeni öğrendiğimiz bilgiler hemen pekişiyor ve kafamızda yer ediyor” (Katılımcı 9).

Hasta, doktorun anlattıklarını tekrar ederken fark ettiği eksiklik ve yanlışlar sayesinde, bilginin doğru bir şekilde pekiştiğini ifade etmektedir. Özellikle ilaç kullanımı sırasında hangi içeceklerle alınmaması gerektiği, ilaçlar arasında ne kadar süre olması gerektiği gibi kritik detaylar, bu tekrar süreci sayesinde hastaneden ayrılmadan düzeltilmiştir. Bu, hastanın eve gittikten sonra doğru uygulama yapmasını sağlayarak tedaviye olan güvenini artırmıştır. Aynı zamanda, yanlış uygulamalar nedeniyle doktoru veya asistanı tekrar arama ihtiyacı da ortadan kalkmıştır. Hasta, bu sayede kendisine güven kazanmış ve ilaçlarını doğru bir şekilde kullanabileceği hissine kapılmıştır, bu da tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemiştir.

Katılımcı 13 uygulamayı nasıl yaptığını kendi gösterirken, insülini yanlış yerlere enjekte ettiğini ancak hemşirenin doğru yerleri göstererek bu hatayı düzelttiğini ifade etmiştir.

“Hemşire, insülini nasıl kullanacağım hakkında çok güzel eğitim verdi. Meğer insülini vücudumda yanlış yerlere, kaslarıma vuruyormuşum ve bu yüzden kanama ve şişme oluyormuş. Hemşire bana doğru yerleri göstererek eğitim verdi. Bu, aynı zamanda insülini daha verimli şekilde almamı sağladı. Zıyan olmuyordu. Eğitimden sonra ve insülini vücudumdaki doğru yerlere uygulamaya başladıktan sonra kendimi daha iyi hissediyorum ve yorgun hissetmiyorum” (Katılımcı 13).

Katılımcı insülin enjeksiyonlarını kaslara yaparak kanama ve şişme gibi sorunları yaşadığını, ancak hemşirenin doğru enjeksiyon noktalarını göstererek bu sorunu düzelttiğini belirtmektedir. Doğru uygulamayı öğrenmek, insülinin vücutta daha verimli kullanılmasını sağlamış ve zıyan olmasını önlemiştir. Bu durum, yalnızca ilacın etkisini artırmakla kalmamış, aynı zamanda katılımcının kendini daha iyi ve enerjik hissetmesine de katkı sağlamıştır. Ayrıca bu ifade, tedavi sürecinde yanlışların fark edilip düzeltilmesinin hastanın sağlık durumu üzerindeki olumlu etkilerini de vurgulamaktadır. Yanlış enjeksiyon noktalarının kullanımı, tedaviye uyumu zorlaştırırken, doğru eğitimle hastanın hem fizyolojik sorunları çözülmüş hem de genel yaşam kalitesi artmıştır. Bu, hasta-sağlık çalışanı arasındaki uygulamalı eğitimin önemini ve doğru bilgilerin nasıl hatalardan koruduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Ayrıca bu yöntem ile hastaların hastaneden ayrılmadan insülin kullanımına karşı olan kaygılarının da azalmasına yardımcı olabilmektedir. Katılımcı 14 bunu şu ifadelerle belirtmiştir:

“Hemşire insülini nasıl yapacağımı gösterdikten sonra, 'Şimdi sıra sende' dedi. Başta korktum ama gösterdiği adımları tekrarlayınca rahatladım. Doğru yaptığımı bilmek, kendime güvenimi artırdı ve insülin yaparken daha az kaygı duymamı sağladı” (Katılımcı 14).

Katılımcıların çoğu, öğrendikleri bilgileri tekrar ederek, eksik ya da yanlış anlamaları fark ettiklerini ve bu sayede tedavi süreçlerinde daha güvenli hissettiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcı 20, hastane ziyaretlerinde aldığı bilgileri tekrar etmenin, bilgilerin doğruluğunu teyit etme fırsatı sunduğunu ve eksik ya da yanlış anlamaların düzeltildiğini ifade etmiştir. Her ne kadar diyabet konusunda bilgi sahibi olsa da bu yöntemin farkında olmadığı ya da güncellenmesi gereken bilgileri öğrenmesini sağladığını belirtmiştir. Benzer şekilde Katılımcı 23, “öğrendiğini anlat” yönteminin, yeni öğrenilen bilgilerin yanlış anlaşılmadığını teyit etme ve eksik bilgileri fark etme konusunda kendisine güven verdiğini dile getirmiştir. Katılımcı 24,

“öğrendiğini anlat” yöntemiyle öğrendiklerini tekrar ederek hata yapma korkusunun azaldığını ve doğru bilgiyle sürece devam ettiğini belirtmiştir. Hemşireye uygulamaları gösterirken hatalarını fark etmesi ve bunları düzeltmesi sürecin daha anlaşılır olmasını sağlamıştır.

Katılımcı 21 ve 25 insülin enjeksiyonunu yanlış bölgelere uyguladığını fark ettiklerini ve bu hatanın eğitim sırasında düzeltilmesi sayesinde tedaviye daha güvenle devam ettiklerini anlatmışlardır. Katılımcı 25 ilk insülin uygulamasında hatalar yaptığını, yanlış uygulama nedeniyle ağrı yaşadığını, ancak uygulamalı eğitimle bu hataları fark ederek düzelttiğini ifade etmiştir. Özellikle enjeksiyonun doğru noktaya yapılmasının önemini bu süreçte öğrendiğini belirtmiştir.

“İkinci gittiğimde tekrar gösterdiğimde yanlış yaptığımı anladım. Çünkü yanlış yaptığım için ağrı oluyordu. Eğitim sırasında hastanın uygulamalı göstermesi çok önemli. Özellikle iğne konusu yabancı olduğumuz bir konu” (Katılımcı 25).

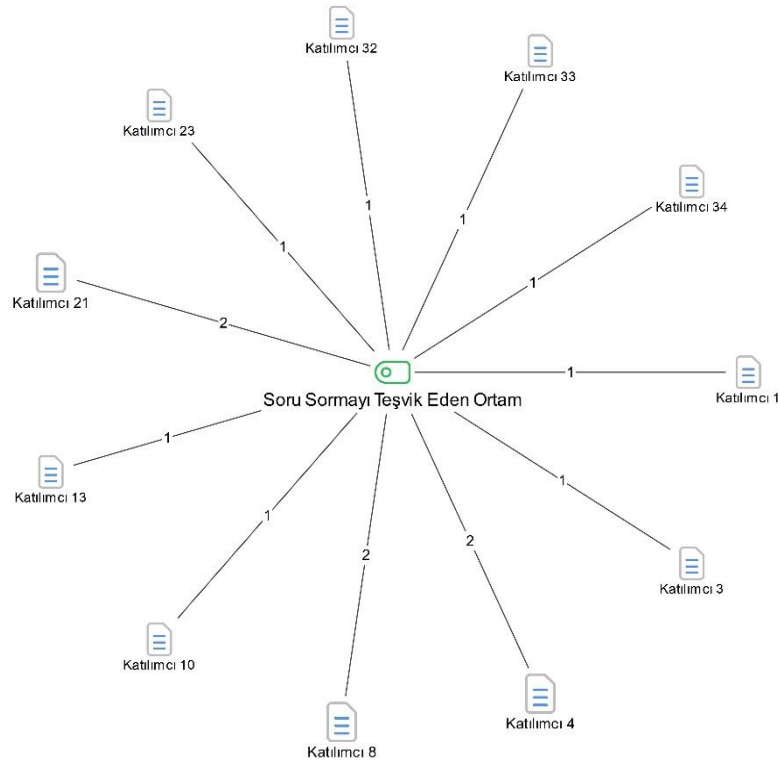
Katılımcı 26, aldığı diyabet eğitiminin etkili olduğunu, ancak özellikle “öğrendiğini anlat” yönteminin doğru anlamalarına ve uygulamalarına olan katkısını vurgulamıştır. İnsülin kullanımı ve beslenme düzeni gibi konuların, sağlık çalışanı ile gözden geçirilip tekrar edildiğinde daha iyi kavrandığını, yanlış anladığı noktaların düzeltilmesinin faydalı olduğunu belirtmiştir. Katılımcı 27, yanlış uygulamalarını hemşireyle birlikte fark edip düzelttiğini, uygulama sırasında yapılan hataların fark edilmesinin bu yöntemin en büyük katkısı olduğunu söylemiştir. Özellikle enjeksiyonun hemen çekilmemesi gerektiğini öğrendiğini ve bunun tedavi sürecinde büyük bir fark yarattığını ifade etmiştir.

“Doktor hemşireye yönlendirdi. Hemşireden aldığım eğitim sırasında ilaç uygulamasını yanlış yaptığımı fark ettim. Mesela iğnenin hemen çekilmemesi gerektiğini bilmiyordum. Hemşire ile iletişimde uygulamada yaptığım hataları fark ettim ve düzelttim” (Katılımcı 27).

Benzer şekilde Katılımcı 31, uygulamaları bizzat deneyimlemenin, bilgilerin akılda kalıcılığını artırdığını ve doğru uygulama yapabilmesini sağladığını belirtmiştir. Eve gittiğinde, kimseden yardım almadan doğru şekilde insülin uygulayabildiğini ve panik yapmadığını eklemiştir. Katılımcı 33, doktorun hızlı konuşmasından dolayı bilgi karışıklığı yaşadığını, ancak anlatılanları tekrar ederek yanlışlarını fark ettiğini ve doğru bilgilere ulaştığını ifade etmiştir. Özellikle komplike tedavilerde bu yöntemin uygulanması gerektiğini savunmuştur. Katılımcı 34 ise, ilk başta insülin enjeksiyonu yapmaktan korktuğunu, ancak hemşirenin uygulamalı

olarak gösterdiği eğitimin ardından kendine güveninin geldiğini, uygulamaları rahatlıkla yapabildiğini belirtmiştir. Katılımcı 35, doktorun kendisine ilaçlarını ne zaman alması gerektiğini tekrar ettirmesinin, ilaç saatlerini daha iyi kavramasını sağladığını belirtmiştir. Tekrar ederek hatalarını fark etmiş ve ilaçlarını unutmadan alabilmeye başlamıştır, bu da tedavisinde olumlu bir fark yaratmıştır. Katılımcı 36 ise hemşirenin kendisine ilaç kullanımını nasıl yapması gerektiğini tekrar ettirmesi sayesinde, doğru ilaç sıralaması ve dozajı konusunda hatalarını fark ettiğini belirtmiştir. Uygulamalı eğitim süreci, hem ilaç kullanımında hata yapmamasını sağlamış hem de tedavi sürecini daha verimli hale getirmiştir.

“Soru sormayı teşvik eden ortam” alt temasında yer alan katılımcı ifadeleri, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin önemli bir parçası olan soru sorma ortamı ile hastaların sağlık hizmetlerine katılımını nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Şekil 14 “soru sormayı teşvik eden ortam” alt temasının katılımcılara göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 14: Soru Sormayı Teşvik Eden Ortam Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 1 ifadesi ile sağlık hizmetlerinde güvenli bir iletişim ortamının nasıl değiştiğini ve hastaların kendilerini rahat hissettiklerinde soru sormaktan çekinmediklerini göstermektedir.

“Anlamadığım bir şey olduğunda rahatça sorarım, çekinmem. Artık zaman değişti, tarih farklı bir tarih. İnsanlar daha rahat iletişim kuruyor. Eskiden doktora gitmekten korkardık, ama şimdi hastanelere ulaşım kolay. Kaldığımız hastane otel gibi ve soru sorma konusunda rahatlatıyorlar” (Katılımcı 1).

Katılımcı 4 ise “öğrendiğini anlat” yöntemi uygulanmadığı halde sağlık çalışanlarının cesaretlendirici tavrı sayesinde sorularını rahatça sorabildiğini belirtmektedir. Bu, hastaların sorularını sorma konusunda teşvik edildiklerinde, sağlık bilgilerini daha doğru anladıklarını ve tedaviye uyumlarının arttığını göstermektedir.

“Öyle bir yöntem uygulanmadı ama ben istediğim gibi soru sordum ve soru sormam için cesaretlendirdiler. İlaç kullanımında sıkıntı yaşamadım. Anlamadığım bir şey olduğunda, 'Benim anladığım şekilde tekrar anlatır mısınız?' derim ve çekinmem” (Katılımcı 4).

Katılımcı 8,10 ve 13 de rahat soru sorabildiklerini ve soru sormanın özellikle ilaç kullanımlarını doğru anlayabilmek için önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcı 10, emir tekrarı ile bağlantı kurarak, soru sorma yoluyla öğrendiklerini tekrar etmenin yanlış anlamaların önüne geçtiğini belirtmektedir.

“Açıkkası, ne anladığımı anlatmak bende bir alışkanlık haline geldi zaten. Yani doktor bilgi verdikten hemen sonra, 'Hocam, ben bunu bunu anladım, böyle böyle yapacağım, doğru mu?' diye sordum. O da tasdik etti. Yani doktor sormadan ben yapmış oldum sanırım. Erkeklerde bu zaten askerlikten kalma bir şey. Emir tekrarı diye bir şey var ve bu yanlış anlaşılmayı anında düzeltilmiş, baştan önlemiş oluyor” (Katılımcı 10).

Katılımcı 21 ise diğer katılımcılardan farklı olarak sağlık çalışanlarının olumsuz tavırlarının soru sorma davranışını nasıl engellediğini vurgulamaktadır.

“Devlet hastanesinde birkaç kez sinirli doktora denk geldim, ters cevap vererek yaklaşıyorlardı. Bu da psikolojik olarak beni rahatsız etti. Soracağım soruları da unutup çekindim. Ters bir doktor olduğunda soracağımı da sormaktan vazgeçiyorum. Bu sefer internetten araştırıyorum ya da tanıdığa soruyorum. Ama özelde rahatça sorabiliyorum çünkü

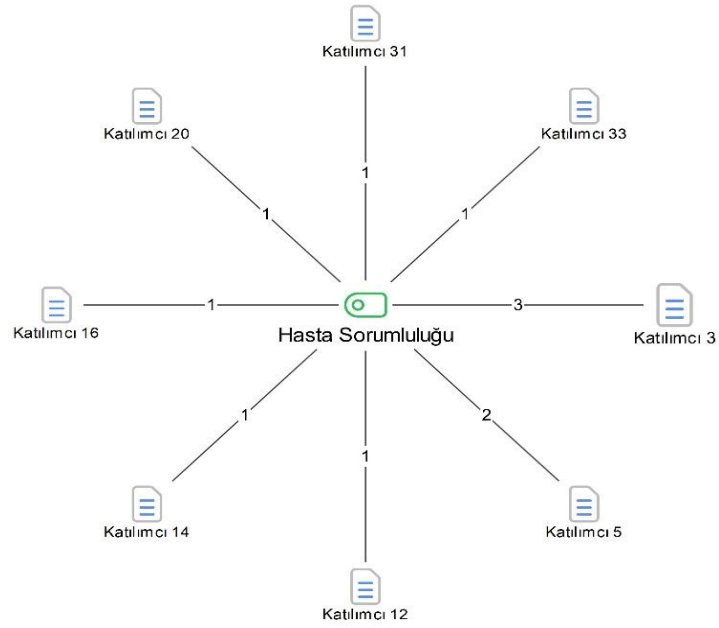
yaklaşımları daha iyi. Sağlık çalışanları en azından azarlamadan, terslemeden konuşulmalı. Çünkü o zaman bilmediğimiz şeyleri daha rahat sorabiliriz” (Katılımcı 21).

Katılımcı 23 ve 32 ise tıbbi terimlerin karışıklık yaratabileceğini, ancak soru sormanın bu sorunu çözdüğünü ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler için de soru sorma teşviki, bilgilerin netleşmesini sağlar ve tedavi sürecine daha fazla katılım gösterirler.

“Uzun yıllardır diyabetle yaşadığım ve birçok bilgiye ulaşabildiğim için genellikle sağlık çalışanlarıyla iletişimde çok fazla zorlanmıyorum. Ancak bazen tıbbi terimlerle karşılaşmak kafa karıştırıcı olabilir. Böyle bir durum olduğunda genellikle hemen sağlık çalışanına sorar ve açıklama talep ederim” (Katılımcı 23).

“Sağlık çalışanlarıyla konuşurken bazen bilmediğim terimlerle karşılaşıyorum tabii ve bu da biraz kafamı karıştırabiliyor. Böyle durumlarda hemen ne anlama geldiğini sorarım. Doktorlar ve hemşireler genellikle bu terimleri basitçe açıklıyorlar sorunca” (Katılımcı 32).

Son olarak hasta katılımını teşvik teması altında ortaya çıkan bir diğer alt tema ise “hasta sorumluluğu” olmuştur. Hastaların kendi sağlık süreçlerinde aktif rol alması, tedaviye uyum sağlaması ve sağlık profesyonellerinin önerilerini doğru şekilde takip etmesi, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artışı ile yakından ilişkilidir. Şekil 15 “hasta sorumluluğu” alt temasının katılımcılara göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 15: Hasta Sorumluluğu Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 3, doktoru ile olan ilişkisini ve kendi sorumluluklarının farkında olduğunu şu şekilde ifade etmektedir:

“İletişimin, doktor ve hasta arasında %50 %50 etkili olduğunu düşünüyorum. Eğer hasta, 6 ay içinde her şeyi dört dörtlük yapsa, o zaman doktora 'Sizde bir sorun var,' deriz. Ama biz de kendimizi bilmiyoruz ve doktorun istediklerini tam olarak yapamıyoruz” (Katılımcı 3).

Bu ifade, hastaların yalnızca doktorlarına bağımlı kalmadıklarını, kendi sorumluluklarının farkında olduklarını ve tedavi süreçlerine aktif olarak katılmaları gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Aynı katılımcı ayrıca sorumluluğun yalnızca doktorun iletişim becerilerine değil, hastanın bilgiye nasıl eriştiğine ve bu bilgiyi nasıl işlediğine bağlı olduğunu belirtmiştir:

“Birkaç yerden bilgi alarak sorumluluğumu artırmaya çalışıyorum çünkü her şeyi kısıtlı iletişim anında öğrenemeyiz. Bana doktor bir bilgi verdi ama bazı sorularım vardı ve sormadım. Bu bilgilere arkadaş çevrenizden veya sizinle benzer hastalığı olan kişilerden ulaşabiliyorsunuz. Bu, biraz hastanın kendi sorumluluğu ve kendisiyle ilgili” (Katılımcı 3).

Bu ifade, hasta sorumluluğunu geniş bir perspektiften ele almaktadır. Katılımcı bireylerin sağlık bilgilerine erişim yollarını genişletmeleri, sadece sağlık profesyonellerine bağlı kalmamaları gerektiğini vurgulamaktadır.

Katılımcı 5 ise, kendi sağlık durumunu takip etmek ve doktorunun önerilerine uymak konusunda sorumluluk aldığını şöyle anlatmıştır:

“Sürekli şekerimi takip ettim. Gerçekten de insülinimi artırdıktan sonra düşüyor mu diye mutlaka bakıyorum ve onaylıyorum. Bu durum, kendinizi tanımanızla da ilgili. Örneğin, 'Karbonhidrat aldım, sabah ekmeği çok kaçırdım, öğlen sadece sebze ve yoğurt yiyeyim, ekmek yemeyeyim,' diyorum. Kendi kendime de deneme yanılma yöntemiyle sürekli takipteyim” (Katılımcı 5).

Katılımcının ifadesinde belirttiği gibi, bireylerin kan şekeri seviyelerini takip etmeleri ve insülin dozlarını düzenlemeleri, doktorlarının verdiği bilgilere dayanmakla birlikte, bireysel sorumluluk ve farkındalıkla desteklenmektedir.

Katılımcı 14 ise, sorularını önceden hazırladığını ve doktoru ile iletişimde proaktif davrandığını şu şekilde ifade etmiştir:

Ben de soracaklarımı bir hafta öncesinden not alırım, hazırlıklı giderim. Yani her şeyi doktordan ve hemşireden beklememek gerek, hastanın da sorumluluğu var (Katılımcı 14).

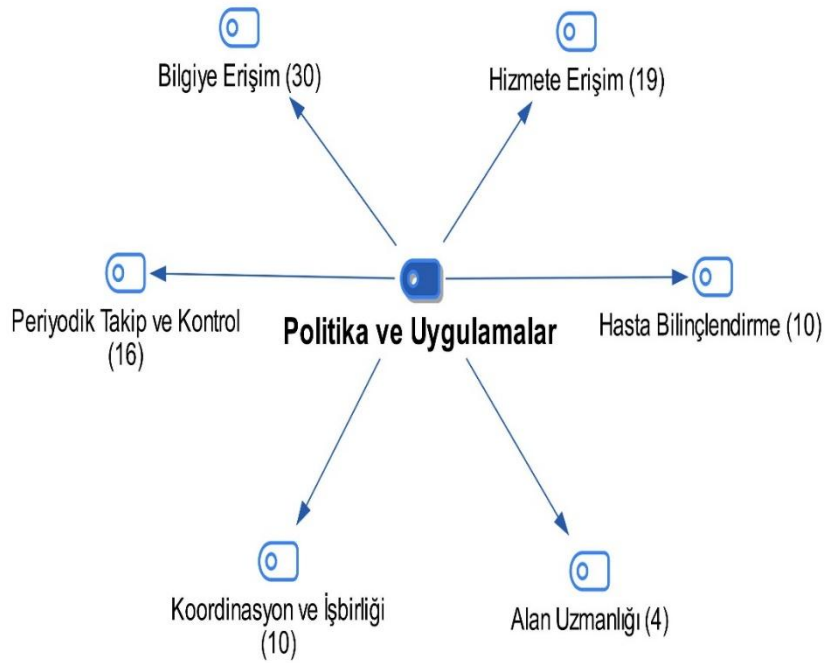
Katılımcı 16 bilgiye erişim konusundaki sorumluluğunu şu şekilde dile getirmiştir:

“Elimdeki kitaplara, makalelere ve gerekirse uluslararası araştırmalara bakıyorum. Ancak buradaki konu kendi uzmanlık alanım olmadığı için detaylı bir araştırma yaparken hangi anahtar kelimeleri yazacağımı bilemiyorum. Bu nedenle daha çok biyoloji ansiklopedilerinden yararlanıyorum. Hastalığımı, ders çalışır gibi çalışıyorum. Yazılı kaynaklardan bulamadıklarımı mutlaka etrafımdaki hekim arkadaşlarla istişare ederek öğrenmeye çalışıyorum” (Katılımcı 16).

Katılımcı 16'nın “Hastalığımı, ders çalışır gibi çalışıyorum” ifadesi, hastanın doktordan gelen bilgileri pasif bir şekilde almak yerine, kendi araştırmasını yaparak sorumluluk aldığını ve doktora daha bilinçli sorular yöneltebileceğini gösterir.

6.2.2. Politika ve Uygulamalar Temasına İlişkin Bulgular

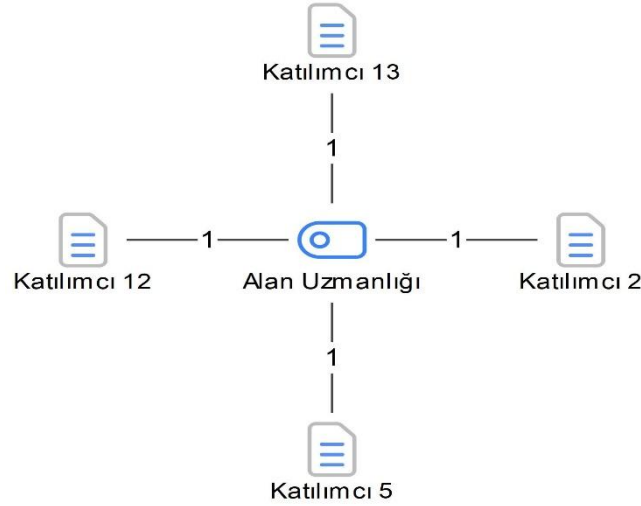
Araştırmamızın bir diğer teması olan politika ve uygulamalar temasına ilişkin model Şekil 16’da görülmektedir. Politika ve uygulamalar teması katılımcı ifadeleri sonucunda altı alt tema altında toplanmıştır. Bu temalar; “alan uzmanlığı”, “hizmete erişim”, “bilgiye erişim”, “koordinasyon ve iş birliği”, “periyodik takip ve kontrol” ve “hasta bilinçlendirme”dir.



Şekil 16: Politika ve Uygulamalar Temasına İlişkin Model

6.2.2.1. Alan uzmanlığı

Alan uzmanlığı alt temasında hastalar sağlık çalışanlarının uzmanlık alanlarına dair beklentilerini ve deneyimlerini ifade etmişlerdir. Hasta ifadeleri, sağlık çalışanlarının alan uzmanlığının sağlık eğitimi ve bilgilendirme süreçlerindeki kritik önemine dikkat çekmektedir. Şekil 17’de Alan uzmanlığı alt temasının katılımcılara göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 17: Alan Uzmanlığı Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 2 ifadesinde özellikle diyabet hemşirelerinin rollerinin yeterince etkinleştirilmediğine işaret etmektedir.

“Diyabet hemşireliği güçlendirilmeli ve daha aktif kullanılmalı. Özel hastanelerde bile diyabet hemşireleri farklı birimlerde çalıştırılıyor ve aktif olarak diyabet eğitime zaman ayıramıyorlar” (Katılımcı 2).

Hastalar, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde uzmanlık gerektiren bir yaklaşıma ihtiyaç duymakta, ancak mevcut sağlık sisteminde bu uzmanlığın tam olarak kullanılmadığını gözlemlemektedirler. Diyabet hemşirelerinin farklı birimlerde çalıştırılması, hasta eğitimini aksatmakta ve sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık politikalarının, bu hemşirelerin uzmanlıklarını daha verimli kullanabilecekleri şekilde düzenlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Katılımcı 5’in ifadesinde sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasının gerekliliğini vurguladığı görülmektedir.

“Bu işi yapanlar bilinçli olmalı. Bilinçsizce, sadece aldıkları ufak tefek donanımlarla bu iş yapılmamalı. Danışacağım kişi donanımlı olmalı, kendisini yetiştirmiş olmalı ve yardım etmek istemeli” (Katılımcı 5).

Sağlık hizmeti alırken danışılan kişinin bilgi eksikliği, hasta eğitimini etkileyerek sağlık iletişiminin kalitesini de düşürebilir. Bu ifade sağlık politikalarının, çalışanların eğitime ve sürekli mesleki gelişimine önem vermesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcı 12 de aynı şekilde hastaların belirli bir konuda eğitim alırken alanında uzman kişilerle çalışmasının önemine vurgu yapılmaktadır.

“Ayrıca herkesin bildiği alanda çalışması gerektiğini düşünüyorum. Neden şeker hastaları dahiliyeye yönlendiriliyor? Veya farklı bölümün hemşiresi farklı bir bölümde görev yapıyor? Uzmanlığı olmayan bir bölümde çalışmak, hastanın daha ayrıntılı bilgi almasını engeller. Hasta eğitimi ve bilgilendirme, endokrin alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanları veya hemşireler tarafından yapılmalıdır. Bana insülin iğnesini öğretene kişi, bu konuda uzman olmalı. Başkasının işini kapatmak için farklı bölümlere gönderilmemeliler. Nasıl ki KBB doktoru ortopedi hastasına bakamaz, diyabetle ilgili uzman hemşire bana eğitimi ve bilgilendirmeyi vermelidir. Alan uzmanlığı yaygınlaştırılmalı ve o uzman sadece kendi işini yapmalıdır” (Katılımcı 12).

Diyabet gibi karmaşık bir hastalığın eğitimi ve yönetimi, uzmanlık bilgisi gerektirir. Alanında uzman olmayan sağlık çalışanlarının hasta eğitiminde yer alması, bilgilerin doğru aktarılmasını engelleyebilir ve hastaların tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. Bu durum, sağlık politikalarında uzmanlaşmış sağlık personeli kullanımının teşvik edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hastalar ayrıca farklı uzmanlık alanlarının sınırlamalarını ve bu uzmanlıkların hasta üzerindeki etkilerini anlamaktadırlar.

“Doktorlar da haklı, bir şey diyemiyorum. Devlet hastanesindeki dahiliye doktoru, 'Ben bilemem senin diğer ilacını,' diyor. Bilmek zorunda değil. Ama endokrinoloji biraz daha hakim oluyor ve düzenleme yapabiliyor. Mesela o ilaç düzenlemesiyle birlikte şikayetlerim azaldı” (Katılımcı 13).

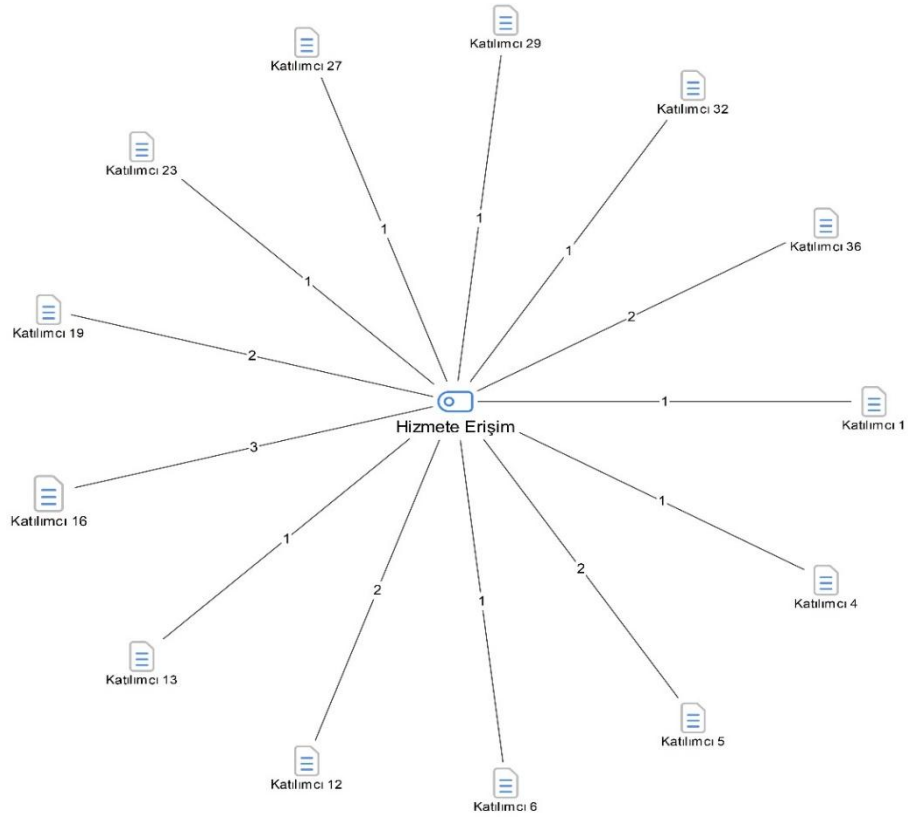
Endokrinoloji uzmanlarının ilaç düzenlemesinde daha bilinçli hareket edebilmesi, hasta şikayetlerini azaltmış ve tedavi sürecine olumlu katkıda bulunmuştur. Bu ifadede sağlık sisteminde, uzmanlaşmanın öneminin altı çizilmektedir.

Diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde, hastaların doğru bilgiye ulaşabilmesi ve tedavi sürecine etkin katılım gösterebilmesi, alanında uzman sağlık çalışanlarının katkısıyla mümkündür. Ancak hastanelerde sağlık çalışanlarının, özellikle hemşirelerin sayıca yetersizlikleri nedeniyle birden fazla bölümde görevlendirilmesi, uzmanlık alanları dışındaki iş yükleriyle baş etmek zorunda kalmalarına neden olabilmektedir. Hasta ifadelerinden bu

durumun hem sağlık hizmetlerinin kalitesini dűşűrebildiđini hem de hastalar tarafından fark edilip eleştirildiği görűlműştűr. Örneđin, katılımcının “*Diyabet hemşireliği güçlendirilmeli ve daha aktif kullanılmalı. Özel hastanelerde bile diyabet hemşireleri farklı birimlerde çalıştırılıyor ve aktif olarak diyabet eğitime zaman ayıramıyorlar.*” ifadesi diyabet hemşirelerinin, kendi uzmanlık alanlarında hizmet verememelerinin, hasta eğitime ayrılan zamanı azalttığını ve bu durumun hastaların sağlık okuryazarlığı açısından olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. “*Hasta eğitimi ve bilgilendirme endokrin alanında uzmanlaştırmış sağlık çalışanları veya hemşireler tarafından yapılmalıdır.*” ifadesi ise uzmanlık dışı çalışan sağlık personelinin eğitim ve bilgilendirme süreçlerinde yeterince etkili olamayabileceğini göstermektedir.

6.2.2.2. Hizmete erişim

Hizmete erişim alt temasında kodlanan hasta ifadeleri hizmete erişimin sağlık okuryazarlığı ve buna duyarlı bir iletişim modeli oluşturmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığına duyarlı sağlık kuruluşlarının özelliklerinden biri, bireylerin sağlık bilgilerine ve hizmetlerine kolay erişimini sağlamaktır. Bu tür bir yapı, sadece navigasyon yardımlarıyla değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri arasında bağlantı kurmayı ve koordine etmeyi de içerir. Şekil 18’de hizmete erişim alt teması altında kodlanan ifadelerin katılımcılara göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 18: Hizmete Erişim Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Yaptığımız görüşmelerin analizi sonucunda hastaların çoğunluğunun devlet hastanelerinde endokrinoloji bölümüne erişimin neredeyse imkânsız olduğunu ve bu sebeple özel hastanelere gitmek zorunda kaldıklarını ifade ettiklerini gördük. Katılımcıların ifadelerinde, endokrinoloji hizmetine ulaşamamanın diyabet tedavi sürecinde ciddi sorunlara yol açtığı açıkça vurgulanmaktadır.

Örneğin Katılımcı 13 hizmete erişimdeki aksaklıkların ortaya çıkaran önemli ifadelerde bulunmuştur.

“Ama maddi olarak beni çok aşıyor. Bir daha gider miyim bilmiyorum. Devlette endokrinolojiye muayene açmadılar. Acaba hap kullandığım için mi beni endokrinolojiye yönlendirmediler bilmiyorum. Ama hapla şikayetlerim geçmedi, hatta maalesef komplikasyon nedeniyle kalp krizi geçirdim ve stent takıldı. Bir daha kalp krizi geçirdim. Sanırım damarlarım bozulmaya başladı. Sonunda insüline çevirdiler. Çevirdiklerinde de hemen endokrinolojiye yönlendirmediler. Benim mi talep etmem gerekiyordu onu da bilmiyorum. Belki bizim

bilgisizliğimizdendir. Bu nedenle özele başvurmak zorunda kaldım ama bir daha gittiğimde dahiliyeden endokrine kayıt açtıracam” (Katılımcı 13)

Bu ifade, sağlık hizmetlerine erişim eksikliğinin hasta sağlığı üzerindeki ciddi olumsuz etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Katılımcı, devlet hastanesinde endokrinoloji bölümüne yönlendirilmediği için tedavisinin geciktiğini ve bu nedenle komplikasyonlar yaşadığını vurgulamaktadır. Bu ifadede ayrıca sağlık okuryazarlığının eksikliğinden de bahsedilmektedir. Katılımcı, kendi talebi doğrultusunda mı endokrinolojiye yönlendirilmesi gerektiğini bilmediğini ifade ediyor. Bu da sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasının ve sağlık sistemi içindeki hizmetlere erişim konusunda bilgilenmenin ve ayrıca hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl daha etkin faydalanabilecekleri konularında yönlendirilmelerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koyuyor. Katılımcı, tedavi sürecinde karşılaştığı sorunlar nedeniyle özel hastaneye gitmek zorunda kaldığını ifade ediyor, ancak maddi yükün altından kalkmakta zorlandığını belirtmektedir.

Katılımcı 16 ise insülin direnci gibi kritik bir sağlık sorununun teşhis edilmemesi ve gerekli uzmanlık hizmetlerine erişememesi nedeniyle tedavi sürecinin geciktiğini vurgulamaktadır.

“Devlette insülin bakılmıyor. Devlete gittiğimde bana insülin direnci olduğuma dair bir teşhis koymadılar. Şikayetle gitmeme rağmen bana hiçbir zaman 'Sen hastasın,' demediler. Babam diyabet hastası, aile geçmişimde var; annemde gizli şeker var. Açlık şekeri tavan yapmadan dahiliyede kimse size 'Hastasınız,' demiyor. Ayrıca devlette endokrinolojiden de randevu alamıyorum. Ama burada kurunun yanında yaş yanması söz konusu. Yani ben sokaktan geçen biri değilim. Durduk yere endokrinolojiden randevu almayacağım. Ama endokrinolojinin randevusunu herkese açtığınız zaman da herkes gerekli gereksiz doluşacak o birimlere. Bu nedenlerle ben devletten ümidimi kestim. Aslında gerçekten ihtiyaç duyan hastaların endokrinoloji bölümlerine daha rahat ulaşmasını sağlayacak bir sistem olmalı. Hasta devletten umudu kesince, eğer parası varsa özele gidiyor; yoksa gidemiyor ve durumu daha da kötü hale geliyor, bazen en son aşamada fark edilebiliyor” (Katılımcı 16).

Katılımcının dahiliye bölümünde yapılan tetkiklerin yeterli olmaması ve hastalığın ilerleyene kadar fark edilmemesi ile ilgili ifadesi sağlık sisteminde düzenlenmesi gereken bir durumu belirtmektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının düşük olduğu hastalarda daha da büyük sorunlara yol açabilir, çünkü bu hastalar kendi sağlık durumlarını yönetmede yeterli bilgi ve desteğe sahip olmadıklarında tedavi süreçleri sekteye uğramaktadır. Katılımcı ayrıca,

endokrinoloji gibi uzmanlık gerektiren bölümlere randevu almanın zorluğunu ifade etmekte ve bu erişim zorluğunun, gerçekten ihtiyaç duyan hastalar ile hizmete gereksiz başvuran hastalar arasında bir ayrım yapılmadığı sürece devam edeceğine işaret etmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinde planlama ve yönetim eksikliklerine dikkat çeker. Hastanın "devletten umudu kesmesi" ifadesi, sistemdeki güven kaybını ortaya koymakta ve ekonomik durumu iyi olmayan hastaların tedaviye erişiminin imkânsız hale geldiğini belirtmektedir. İfade, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin, ekonomik durumu iyi olanların özel hastanelere yönelmesine, maddi sıkıntılar yaşayanların ise tedaviden mahrum kalmasına yol açtığını göstermektedir. Tedaviye erişim sadece fiziki bir sorun değil, aynı zamanda maddi ve sosyal eşitsizliklerin de yansımasıdır. Katılımcı, daha etkin bir sistemin geliştirilmesi gerektiğini, özellikle gerçek ihtiyaç sahiplerinin uzman doktorlara daha hızlı ulaşabileceği bir modelin oluşturulmasının önemini vurgulamaktadır. Sonuç olarak, bu ifade, devlet hastanelerinde hizmete erişim sorunlarının hem teşhis hem de tedavi süreçlerinde büyük aksamalara yol açtığını ve sağlık sisteminin yapısal reformlar gerektirdiğini güçlü bir şekilde ifade etmektedir.

Katılımcı 19 ise hastaların devlet hastanelerinde sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları zorlukları detaylı bir şekilde ortaya koyarken, aynı zamanda sağlık sistemine yönelik önerilerde de bulunuyor. Katılımcı, özel hastanelerin yüksek maliyetlerinden dolayı ciddi maddi sıkıntılar yaşadığını, ancak devlet hastanelerinde aynı kalite ve süreklilikte hizmet alamadığını dile getiriyor.

Devlet hastanelerinde randevu alamamanın yanı sıra, doktorların değişmesi ve hastaların sürekli olarak farklı doktorlarla karşılaşması da tedavi sürekliliğini engelleyen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkıyor. Katılımcılar aynı doktoru bulamamanın tedavi süreçlerini baştan başlatmak zorunda kalmasına yol açtığını ve sürekli doktor değişiminin süreci daha karmaşık hale getirdiğini ifade etmişlerdir.

“Özel hastaneler şu anda çok pahalı. Hastaneye girip çıkmam, muayene dahil 7-8 bin lirayı buluyor. Ancak burada aldığım hizmeti devlet hastanesinde alamıyorum. Ya randevu alamıyorum ya da gittiğim doktor ilgilenmiyor, bir şey sormaya çekiniyorum. Bir sonraki gidişimde aynı doktoru bulamıyorum. Aynı doktordan randevu alsam bile karşıma başka biri çıkıyor. Her şeyi baştan başlatmak zorunda kalıyorum” (Katılımcı 19).

Aynı katılımcı, aile hekimliği sisteminin daha aktif ve entegre bir yapıya sahip olmasını öneriyor. Özellikle endokrinolog gibi uzman doktorların belirli günlerde aile hekimliğinde

bilgilendirme ve takip yapmalarını önermesi, sağlık sisteminde daha erişilebilir ve sürdürülebilir bir yapı için önemli bir çözüm önerisi sunuyor.

“Örneğin, aile hekimlerinde haftanın belirli günlerinde uzman doktorlar hizmet verebilir. Bir endokrinoloji uzmanı haftada veya ayda belirli bir gün aile hekimliğine gelip seminer verebilir; bilgilendirme yapabilir, takip yapabilir. Devlet hastanelerinde endokrinoloji uzmanına ulaşmak çok zor. Önce dahiliyeye gidip sonra sistemin açılmasını sağlamanız gerekiyor. Aile hekimliği binaları artık çok güzel. Aile hekimliğinden bir mesaj gelebilir: ‘Şu gün, şu saatte diyabet hakkında seminer var.’ İnsanlar katılıp bilgilenirler. Özel hastaneye gidemeyen çok hasta var ve bu dönemde bu sayı daha da arttı. Aile hekimliği bu konuda daha aktif olabilir. Bilgi alamayan insanlar yanlış kaynaklardan bilgi alıyor. Uzmardan bilgi almak her zaman daha ikna edici oluyor” (Katılımcı 19).

Benzer şekilde diğer katılımcılar da hem endokrinoloji bölümüne hem dahiliye bölümüne erişimde yaşadıkları sıkıntıları farklı ifadelerle belirtmişlerdir.

“Diyabet için dahiliye bölümünden randevu almak gerekiyor ama bu neredeyse imkânsız. Dahiliyeden randevu alınca endokrinolojiye muayene açılıyor, ancak dahiliyeden randevu almak çok zor. Hastanın hastaneye veya doktora ulaşması gerçekten çok zor. Devlet hastanelerinde endokrinolojiye erişim yok denecek kadar az” (Katılımcı 23).

“Doktor, ‘Endokrin bölümüne gitmen gerekiyor,’ dedi. Ama devlette endokrin bölümüne gitmek çok zor, randevu bulamıyorsunuz. Dahiliye bölümü var. Ben de en yakın özel hastaneye gitmek zorunda kaldım çünkü aile hekimi acil olarak gitmemi istedi” (Katılımcı 12).

“Devlet hastanelerinde randevu almak çok zor. Ekonomik olarak durumumuz olmasa da özel hastanelere gitmeye çalışıyoruz” (Katılımcı 32).

“İnsülin kullandım ve daha sonra bıraktım. İnsülin kullanım eğitimi hemşire tarafından verildi. Ancak, ilaca ve doktora erişimde sorun yaşadım. Devlet hastanesine gitmek zorunda kaldım, fakat devlet hastanesinde endokrinoloji doktoruna ulaşmak zor oldu. Devlet hastanelerinde endokrinoloji doktoruna ulaşmak çok zor. Bu durumun kolaylaştırılması gerekiyor” (Katılımcı 36).

Katılımcılar ayrıca ilaç, ekipman ve ulaşım desteği ile de ilgili erişimin kolaylaştırılması gerekliliğine yönelik ifadelerde bulunmuşlardır.

Katılımcı 4 diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde sürekli takibin önemini ve hastaların gerekli ekipmanlara ulaşım konusunda yaşadıkları sıkıntıları vurgulamaktadır.

“Mesela bana şeker ölçme cihazı verseler çok memnun olurum. Tanıdıklarım vasıtasıyla hastanede ölçüm yaptırıyorum ama evimde cihaz yok. Eşantiyon olarak falan bekliyorum. İmkânım var, tanıdıklara baktırıyorum ama her hasta bu cihaza ulaşamıyor. Cihaz desteği olsa çok iyi olur” (Katılımcı 4).

Katılımcının şeker ölçme cihazına erişememesi, evde kendi kendine takip yapmasını zorlaştırmakta ve hastanede tanıdıkları aracılığıyla ölçüm yaptırmaya zorlamaktadır.

Katılımcı diyabet yönetiminde ihtiyaç duydukları ekipmanlara kolayca erişebilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Katılımcı, devletin bu tür ölçüm araçlarını karşılayabileceğini ve diyabet konusunda bilgilendirme ve tedavi hizmetlerinin daha erişilebilir hale getirilebileceği kurumların olması gerektiğini belirtmektedir.

“Ölçme araçları devlet tarafından karşılanabilir ve özellikle çocukların diyabet konusunda rahatça ulaşabilecekleri kurumlar olabilir” (Katılımcı 5).

Katılımcı 6 fiziksel olarak hastaneye ulaşmakta zorlanan hastalar için ulaşım desteği sağlanmasının, hizmete erişimi kolaylaştıracağı ifade ediliyor. Özellikle kronik hastalığı olan ve hastaneye düzenli gitmesi gereken hastalar için ulaşım desteği, sağlık hizmetine erişimdeki engelleri hafifletebilir. Sağlık okuryazarlığı açısından bakıldığında, bu tür lojistik sorunlar, tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir ve hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayabilir.

“Gidemiyorsam hastaneden destek isterim. Ulaşımla ilgili destek beklerim. Ulaşımı kolaylaştırsalar, mesela hastanelere servis olsa. Bazen hastaneye gidecek gücüm olamayabiliyor” (Katılımcı 6).

Katılımcı 16 ise diyabet yönetiminin önemli bir parçası olan beslenme alışkanlıkları konusunda devletin yetersiz kaldığı ve gerekli testlerin yapılamadığı ifade ediliyor. Bu eksiklik, sağlık okuryazarlığına duyarlı bir sistemin kritik unsurlarından biri olan bilgiye dayalı karar almayı zorlaştırıyor. Testlerin yapılamaması, hastaların hastalıklarını yönetememelerine ve sağlık durumlarının kötüleşmesine neden olabilir. Kan şekeri ölçüm stripleri, diyabet yönetiminde önemli ekipmanlardır. Ancak bu tür temel malzemelerin karşılanmasında yaşanan sorunlar, hastaların sağlıklarını yönetme becerilerini olumsuz etkileyebilir. Katılımcı, eğer çalışmasa bu

ekipmanlara ulaşamayacağını belirtiyor, bu da ekonomik durumun sağlık hizmetine erişimde ne kadar önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

“Beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi konusunda devletin desteği yetersiz. İnsülin testleri bile yapılmıyor. Bazı hastanelerde insülin kiti bulunmadığı için test yapılamıyor. Kan ölçüm striplerinin çok az bir kısmı karşılanıyor. Çalışsam ne yapacağım?” (Katılımcı 16).

Katılımcı 29 da benzer şekilde SGK tarafından sağlanan strip kullanımının sınırlı olmasının, özellikle diyabet tedavisinde hastalar üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ifade ediyor. Hipoglisemi ve hiperglisemi gibi ciddi sağlık sorunları yaşarken, yeterli ekipman sağlayamamak, hastaların kendilerini güvende hissetmelerini zorlaştırıyor. Sağlık okuryazarlığı açısından bu tür ekipmanların yeterli miktarda sağlanamaması, hastaların sağlık durumlarını sürekli izleme yeteneklerini kısıtlıyor ve sağlık risklerini artırıyor.

“Kullanım ekipmanlarının eksikliği bizi zorluyor. Sağlık Bakanlığı sadece günde 5 kez strip kullanma hakkı veriyor. Sürece yeni alışıyorum ve hipoglisemi ile hiperglisemi yaşıyorum. Bu durumu yönetirken sık sık kan şekeri kontrol etme ihtiyacı duyuyorum. Ancak ekipman eksik ve SGK karşılamıyor. Bu hastalık bizim elimizde olan bir şey değil, genetik bir hastalık ama bu yoksunluk nedeniyle cezalandırılıyormuşuz gibi hissediyoruz” (Katılımcı 29).

Katılımcı 27 ise sağlık hizmetlerinde ilaç erişiminde yaşanan bürokratik engelleri vurgulamaktadır. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin sürekli ilaç takibi yapmaları gerektiğinde bu tür bürokratik süreçler, sağlık hizmetlerine erişimi daha da zorlaştırır.

“İlaçlara ulaşım da bürokratik engeller çok fazla. Raporu alıyorum, tekrar hastaneye gidip reçete ettiriyorum. İlaça ulaşım zor ve bürokrasi çok fazla. İlaç yazdırmak, sıra beklemek ve doktorun yoğunluğunu beklemek zorunda kalıyoruz. Muayene olmuyoruz, sadece ilaç için o sıraya giriyoruz ve bu da büyük bir zaman kaybı oluyor” (Katılımcı 27).

Katılımcı 12'nin ifadesi ise katılımcının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğunu ve hastalığı hakkında bilgi edinmek için aktif bir şekilde araştırma yaptığını göstermektedir. Katılımcının hem yerel hem de uluslararası kaynakları karşılaştırarak yaptığı gözlemler, Türkiye'deki diyabet yönetiminin teknolojik açıdan geri kalmış olduğunu düşündüğünü ortaya koyuyor. Katılımcının özellikle yabancı ülkelerde kullanılan teknolojiye erişiminin kolaylığına değinmesi, sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımının ne kadar önemli olduğunun altını çizmektedir.

“Araştırmayı seviyorum ve hastalığım hakkında internette araştırmalar yaptım. Yabancı kaynakları da takip ettim. Şunu fark ettim ki, bu hastalığın yönetiminde teknolojik açıdan hâlâ çok gerideyiz. Yabancı ülkelerde teknolojik gelişmeler daha ileri düzeyde. Örneğin, burada hâlâ kan şekeri ölçümü çubuklu ve iğneli cihazlarla yapılıyor. Eczaneden sürekli çubuk almak zorundasınız, bu maddi açıdan da zorlayıcı ve uğraştırıcı. Ancak yabancı ülkelerde teknoloji bu konuda gelişmiş durumda. Kola yuvarlak bir şey takıyorsunuz, bant gibi ve gün içinde tüm gün kontrol edebiliyorsunuz. Telefonda da takip edilebiliyor. Bu durum bende biraz kıskançlık yarattı. Neden ben tüm gün parmağıma iğne batırmak zorundayım? Bu sadece sağlık kurumlarının değil, Türkiye'nin de bir sorunu. Ancak sağlık kurumlarının da bir sorunu tabii. Özel hastaneler kendilerini geliştirmeliler” (Katılımcı 12).

Katılımcı bu sorunun sadece sağlık kurumlarına değil, aynı zamanda Türkiye'nin genel sağlık sistemine ve ekonomik koşullarına dayandığını belirtmektedir. Bu bakış açısı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinde sadece sağlık kurumlarının değil, aynı zamanda ülkenin ekonomik ve politik yapısının da önemli bir rol oynadığını gösteriyor. Özel hastanelerin kendilerini teknoloji açısından geliştirmesi gerektiğine vurgu yaparak, katılımcı sağlık kurumlarının hizmet kalitesini artırmasının, hastaların yaşam kalitesine doğrudan katkı sağlayacağını ifade etmektedir.

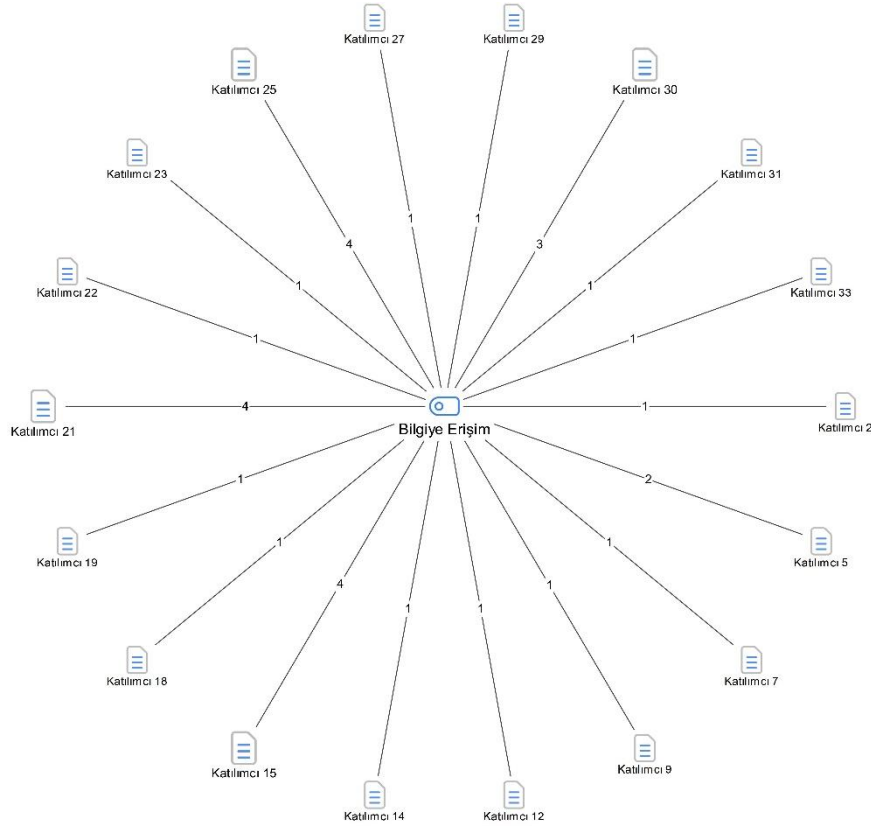
Erişimle ilgili yapılan olumsuz ifadelerle karşı Katılımcı 1 ise hasta-doktor iletişiminin yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığının hasta deneyimlerini nasıl olumlu yönde etkilediğini gösteriyor.

“İlaç adaptasyon sürecindeki sıkıntılarımı söyledim ve bu süreçte sık sık doktora gittim. Hastane evime yakın olduğu için iletişim kurmam ve aklımdakileri sormam kolay oldu. Doktorum her gittiğimde ilgiliydi” (Katılımcı 1)

İlaç adaptasyon süreci gibi hassas ve sürekli takip gerektiren bir durumda, katılımcı doktoruyla kurduğu düzenli ve yakın iletişimin olumlu sonuçlarını vurguluyor. Özellikle hastanenin evine yakın olması, hastanın sağlık hizmetlerine kolayca erişmesini sağlarken, doktorunun her ziyaretinde ilgili olması da hasta memnuniyetini artıran bir unsur olarak karşımıza çıkıyor. Katılımcının ifade ettiği gibi, doktorun ilgisi ve ulaşılabilirliği, hastanın aklındaki soruları rahatça sormasına ve tedavi sürecine daha aktif katılmasına olanak sağlamıştır.

6.2.2.3. Bilgiye Erişim

Politika ve uygulamalar teması altında yer alan diğer bir alt tema “bilgiye erişim” olmuştur. Bu tema, hastaların sağlık bilgilerine ve tedavi süreçlerine dair doğru ve yeterli bilgiye ulaşma konusundaki deneyimlerini ve zorluklarını ele almaktadır. Şekil 19 katılımcı ifadelerinin bilgiye erişim alt teması altında dağılımını göstermektedir.



Şekil 19: Bilgiye Erişim Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 5 hastaların özellikle acil ve beklenmedik durumlarda bilgiye ulaşımında yaşadıkları zorlukları ve bu konuda sağlık sisteminin sunduğu eksiklikleri net bir şekilde ortaya koymaktadır. Katılımcı, rutin durumlarda tedavi yönetimini rahatlıkla sürdürebildiğini belirtse de beklenmedik ve karmaşık sağlık sorunlarının ortaya çıktığı zamanlarda doktora ulaşmanın önemine dikkat çekmektedir.

“Rutin durumlarda zaten hasta üzerine düşeni biliyor ama hayatta birçok şey olabiliyor, örneğin benim kortizol örneğimde olduğu gibi, hastalığı sekteye uğratan durumlar ortaya çıkabiliyor. En azından bu gibi ekstrem durumlarda doktora ulaşmasak da diyabet bilgi merkezleri gibi bilgi alabileceğimiz ve ulaşabileceğimiz kurumlar olmalı” (Katılımcı 5).

Katılımcı 5 ayrıca hastaların yalnızca doktorlara değil, aynı zamanda sağlık bilgi merkezlerine ya da benzer destek mekanizmalarına ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bilgiye erişimin sadece hekime ulaşmakla sınırlı olmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu, bilgiye erişimin çok boyutlu olduğunu ve sağlık okuryazarlığı açısından sağlık hizmetlerinin yalnızca doktor randevularına değil, hastaların bilgi alabileceği diğer kaynaklara da dayalı olması gerektiğini göstermektedir.

“Bilgi almak için hekime ulaşamıyor bile olsam, bilgi alabileceğim merkezler olmalı, hasta bilgilendirme kurumları gibi. İlla hekime ulaşmak mesele değil. Diyabet, hasta eğitiminin ve tedaviyi hayata adapte edebilmenin çok önemli olduğu bir hastalık” (Katılımcı 5).

Katılımcı 7 Bilgiye sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan eğitimin yetersiz kalması ve hastaların ihtiyaç duydukları bilgiye ulaşmakta zorlanmaları soruna işaret etmiştir. Katılımcı, insülin yapılacak bölge konusunda yeterli bilgi alamadığını ve bu eksikliği çevresindeki tanıdık hemşirelerden destek alarak kapattığını ifade etmektedir.

“İnsülin yapılırken hangi bölgeye yapılması gerektiğini anlayamadık. İç, dış hangi bölge olduğu konusunda pek bilgi sahibi olamadık. Çevremizdeki tanıdık hemşirelerden destek aldık, eğitimi ilk veren kişiye geri dönmedik. Tanıdık hemşirelerimiz olduğu için şanslıydık ve onlara sorabildik. Abimin eşi hemşire ve güvenilir birisi, ondan çok destek aldık. Ancak böyle bir desteğimiz olmasaydı ulaşmaya çalışabilirdik” (Katılımcı 7).

Sağlık kuruluşları, hastaların tedavi süreçlerini anlayabilmeleri ve uygulayabilmeleri için yeterli eğitim ve bilgilendirme sunmak zorundadır. Sağlık personeli tarafından verilen eğitimin yetersiz kalması, hastaların tedavi yönetiminde dışarıdan, gayri resmî kaynaklara yönelmesine neden olur. Katılımcının, tanıdık hemşirelerden yardım alabildiği için şanslı olduğunu belirtmesi, diğer hastaların bu tür bir desteğe sahip olmadıklarında bilgiye nasıl ulaşacaklarına dair belirsizlikler doğurmaktadır.

Katılımcı 9'un ise doktora ulaşmada zorluk çektiğini, ancak doktorun asistanının yardımcı olduğunu belirtmesi, sağlık sisteminde alternatif bilgi erişim yollarının önemini vurgulamaktadır. Doktorun yoğunluğu nedeniyle anında ulaşmak zor olabilir, ancak asistan gibi destekleyici personellerin bulunması, hastaların sorularına yanıt alarak tedavi süreçlerinde güvenli bir şekilde ilerlemelerini sağlar. Katılımcı, asistanın doktorla iletişim kurarak geri dönüşler sağlamanın tedaviye uyum sürecinde ne kadar önemli olduğunu açıkça ifade ediyor. Bu deneyim, sağlık okuryazarlığına duyarlı bir sistemin, sadece doktorla doğrudan iletişimi

değil, aynı zamanda yardımcı personel ve destek mekanizmalarının da ne kadar etkili olabileceğini gösteriyor. Bu tür bilgi ve destek erişimi, hastaların sağlıklarını yönetme konusunda daha bilinçli ve rahat olmalarına yardımcı olup sağlık okuryazarlığını arttırabilir ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek riskleri azaltabilir.

“Yani hastalıkla ilk defa karşılaşmıştım ve aynı anda iki ilaç kullanmam gerekiyordu. Aynı zamanda tiroit hastasıyım ve kullandığım başka ilaçlar da var. Ayrıca hastalığı da tam bilmiyordum. Bu yüzden ilk başta doktor bir şeyler anlatırken anlattığı bilgileri anlamada veya eve geldikten sonra uygulamada zorluklar yaşadım. Asistanına ulaşım soruyordum sürekli. Doktora anında ulaşmak zor ama Allah'tan asistanı vardı ve yardımcı oldu. Ona soruyordum. Anında olmasa da biraz zaman geçtikten sonra doktora sorup bana geri dönüyordu. Bu şekilde ilk zamanlar çok soru sordum ve çok fazla iletişim yoğunluğu yaşadık” (Katılımcı 9).

Katılımcı 12 bilgiye erişim teması kapsamında hasta eğitimi ve doğru bilgiye ulaşmanın önemine dikkat çekerken, sağlık kurumlarının ve Sağlık Bakanlığı'nın da bu süreçteki rolüne yönelik önemli öneriler sunmaktadır. Katılımcı, özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmanın, hastalığın yönetiminde ve önlenmesinde kritik olduğunu vurgulamaktadır. Ancak doğru bilgiye ulaşmanın yalnızca hasta sorumluluğunda olmaması gerektiğini, aynı zamanda sağlık kurumlarının ve resmi otoritelerin yönlendirmeler yapması gerektiğini ifade etmektedir.

“Hastaların hastalık ile ilgili doğru bilgilere ulaşmasını sağlayacak yönlendirmeler yapılmalı sağlık kurumları ya da bakanlık tarafından. Mesela diyabet ile ilgili doktora çalışmaları yapılıyor ya da makaleler yazılıyor. Herkes bu kaynaklara nasıl ulaşacağını bilemeyebilir. Bu çalışmaların kaynaklarına, pdf'lerine hastaların, kişilerin ulaşması kolaylaştırılmalı. İlacın prospektüsüne bakmak gibi. Hastalıkla ilgili yapılan çalışmalara, sunumlara, kongrelere ulaşım kolaylaştırılmalı. Bir insan bilgiyi aradığında önce doktora sonra kendinde aramalı. İnternette kaynağı belli olmayan yerde değil. Bilimsel verilere yönlendirilmeli hastalar. Bu şekilde doğru ve yanlış ayırt etme yeteneği de gelişir kişilerde. Bir de diyabet kişinin kendinin yol açtığı bir hastalık. Doğru ve bilimsel bilgilere ulaşarak da önleyebileceğimiz bir hastalık” (Katılımcı 12).

Katılımcı, diyabetle ilgili çalışmalar, makaleler, kongre sunumları gibi bilimsel içeriklerin hastalar için erişilebilir olması gerektiğini belirterek, bu tür kaynakların hastaların sağlık bilgilerini doğru bir şekilde değerlendirmesine olanak tanıyacağını ifade ediyor.

Katılımcı 15 bilgiye erişim temasında özellikle yeni teşhis konan hastaların bilgiye ulaşım sürecinde yaşadıkları zorluklar ve belirsizliklerin ne kadar büyük bir psikolojik etki yaratabileceğini ifade etmektedir. Katılımcı, diyabet gibi kronik bir hastalığın teşhisi sırasında yaşadığı bilgiye ulaşma sorunlarının anksiyete ve korkuya yol açtığını vurguluyor.

“Özellikle ilk dönemde yeni teşhiste iletişim çok önemli. Çünkü bir sürü süreçten geçiyorsunuz: Olayı anlamlandırma, adaptasyon, kabullenme, olayı bir rutine oturtma gibi. Bunu hayatınız boyunca yapacak olmanız zaten çok korkutucu ve ürkütücü bir şey. O süreçte karşı taraftan geri bildirim almak ve sürekli diyalog halinde olmak bence çok önemli. Hatta bazen hocaya mesaj atıyordum. Yoğun olduklarında tabii ki bir iki gün geç dönüyorlardı. O gecikme bile ciddi bir anksiyete yaratıyor çünkü siz heyecanla cevabı bekliyorsunuz. Bekleme sürecinde de alternatif kaynaklardan araştırma yapıyorsunuz. Mesela antikor testin sonuçlandığında o antikor ile ilgili okumaya başladım. Ve şeyi gördüm; bu beyine de etki eden bir antikor ve kas erimesine yol açıyor, hatta Alzheimer'ı hızlandırıyor gibi birçok şey okudum [...] belki de yanlış kaynaklardan bilgi alarak daha da panik yaptım. Tabii ben bunu eleştirmiyorum. Doktorun WhatsApp'tan yazdıklarına 30 dakika içinde dönme gibi bir yükümlülüğü yok ama daha evhamlı bir insan olsaydım daha da çok etkilenirdim sanırım” (Katılımcı 15).

İfade, yeni teşhisle birlikte gelen belirsizliklerin hastalarda kaygı ve anksiyeteye yol açabileceğini vurgulamaktadır. Katılımcının doktoruyla iletişim kurup geri bildirim almasının gecikmesi bile anksiyeteyi artırmış, bu süreçte alternatif kaynaklardan bilgi arayışı kaygısını daha da derinleştirmiştir. Bu durum, yanlış ya da güvenilir olmayan bilgi kaynaklarına başvurma hastalarda gereksiz panik ve korkuya yol açabileceğini göstermektedir. Katılımcı, internette okuduğu kaynakların bazıları sonucunda beynine zarar geleceği endişesine kapılmış ve bu düşünceler, doktorun geri dönüşüne kadar süren ciddi bir kaygıya neden olmuştur. Yeni teşhis alan hastalarda bu tür durumların sık yaşandığı göz önüne alındığında, hastalar için bilgiye erişim kanallarının çeşitlendirilmesi ve bu süreçlerin kolaylaştırılması büyük önem taşır. Bu ifade, hastaların yalnızca doktorlarıyla değil, aynı zamanda diğer güvenilir bilgi kaynaklarına da hızlıca ulaşabilmelerini sağlayacak iletişim kanallarının güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcı 15 diyabet gibi yaygın bir hastalıkla mücadelede Sağlık Bakanlığı'nın hastaları doğru bilgi kaynaklarına yönlendirme konusunda daha proaktif bir rol üstlenmesi gerektiğini

belirtmektedir. Bu tür bir yaklaşım, yalnızca hasta için değil, sağlık sistemi açısından da birçok avantaj sağlayabilir.

“Bunun dışında, diyabet hastalığının çok yaygın olmasından ve tedavisinin hayat boyu sürmesinden dolayı bilgi kaynaklarının Sağlık Bakanlığı tarafından da ele alınması gerekiyor. Sonuçta diyabet hastası olduğumu görüyorlar. Mesela, ‘Diyabet hastasıyınız, ulaşabileceğiniz kaynaklar şunlardır,’ şeklinde bir link mesajı atılabilir. Artık her şey için mesaj gönderilebiliyor. Sağlık Bakanlığı’nın da işine yarar çünkü hastayı ne kadar bilinçlendirirseniz, o kadar yükü azalır. Daha az komplikasyon olur, daha az kalp krizi, daha az bacak kesilmesi gibi...” (Katılımcı 15)

Katılımcının önerdiği gibi, Sağlık Bakanlığı tarafından diyabet hastalarına yönelik bilgilendirme mesajları gönderilmesi, dijital teknolojilerin sağlık okuryazarlığını artırma ve bilgiye erişimi kolaylaştırma konusunda nasıl kullanılabileceğini gösteriyor. "Diyabet hastasıyınız, ulaşabileceğiniz kaynaklar şunlardır," şeklinde mesajlar, hastaların güvenilir bilgilere kolayca ulaşmasını sağlayabilir.

Aynı şekilde Katılımcı 18 de E-Nabız gibi platformların hastalıklara dair daha detaylı bilgi sunmasının ve hastaların sorduğu sorulara güvenilir yanıtlar alabileceği bir yapı oluşturulmasının çok faydalı olacağını belirtiyor.

“E-Nabız gibi platformlarda hastalıkların daha detaylı anlatılması çok güzel olurdu. Yani bir şey sordüğümüzde doğru ve güvenilir bir cevap alabileceğimiz bir platform olması harika olurdu. Diyabeti internette yazdığımda çok farklı anlatılıyor ama doktorlar çok farklı açıklıyor. İnternet yanıltıcı olabiliyor” (Katılımcı 18)

Katılımcı, internet üzerinden elde edilen bilgilere karşı duyduğu güvensizliği ve doktorların verdiği bilgilerin farklı olmasının yarattığı kafa karışıklığını dile getirmektedir. Bu, hastaların doğru bilgiye ulaşamaması durumunda sağlık okuryazarlığına duyarlı olmayan bir iletişim ortamında nasıl olumsuz etkilenebileceğini gösterir.

Katılımcı 22 özellikle yaşlı bireylerin bilgiye erişim ve doğru bilgilendirme süreçlerinde yaşadığı zorlukları vurgulamaktadır.

“Ben 60 yaşındayım ve her konuda yeterli bilgiye sahip değilim. Yaşadığım yerde danışabileceğim çok fazla insan da yok. Bilgiyi en çok aile hekimimden almaya çalışıyorum veya şeker hastalığı olan tanıdıklarına soruyorum. Görümcemin görümcəsi hemşire, o da bana

yardımcı oluyor. Şekerin yükseldiğinde tarçın kullan, tansiyon için limon kullan diyor. Bu da etkili oldu ve ilacı bırakmama yardımcı oldu. Ancak bu tür bilgiler daha yaygın olmalı ve kulaktan dolma ya da tanıdıklardan değil, uzman doktorlar tarafından anlatılmalı” (Katılımcı 22).

Katılımcı, şeker hastalığıyla ilgili geleneksel çözümlerden bahsederken, bu bilgilerin uzman doktorlar tarafından yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu durum, hastaların güvenilir bilgiye ulaşmada yaşadığı zorlukları ve bilgi kirliliğinin risklerini ortaya koymaktadır.

Katılımcı 25 ve 30 ifadelerinde sağlık çalışanlarıyla telefonda yazışma veya görüşme imkânının bilgiye erişim açısından hastalarda rahatlık yarattığını belirtmişlerdir.

“İnternete, hekim ve hemşireye ulaşabiliyorum. Sağlık çalışanlarının telefonu var ve ulaşabiliyorum. Anında geri dönüş alırsam da müsait olduğunda dönüş yapıyor” (Katılımcı 25).

“Ayrıca, telefonda yazışmaya da devam ediyoruz. Sorum olduğunda doktora ulaşabiliyorum ve bu bana güven veriyor, beni rahatlatıyor” (Katılımcı 30).

Katılımcı 33, insülin kullanımı konusunda başlangıçta zorlandığını ve eczaneden birkaç kez destek aldığını belirtmektedir.

“İnsülin kullanımında ise başlangıçta çok korktum ve zorlandım. Eczaneye birkaç kez gidip eczacıdan nasıl kullanacağımı göstermesini istedim. Bu yüzden eczaneye birkaç kez gitmek zorunda kaldı” (Katılımcı 33).

Eczacıdan alınan destek, hastaların bilgiye ulaşma kanallarının sadece doktor veya hemşireyle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda diğer sağlık profesyonelleri aracılığıyla da önemli bir destek sağlanabileceğini göstermektedir. Bu, sağlık hizmetlerinde bilgiye erişim açısından eczanelerin rolünü ortaya koymaktadır. Eczaneler, hastalar için önemli bir bilgi kaynağı olabilecek güvenilir sağlık danışmanlarıdır ve bu tür erişim, tedavi sürecinde hastaların yaşadığı zorlukları hafifletebilir.

Katılımcı 21’in ifadesinde, devlet hastanelerinde bir sonraki kontrole kadar beklemek zorunda kaldığını, ancak özel sağlık hizmetlerinde istediği zaman sorularını sorabildiğini belirtmektedir. Bu, özel sağlık hizmetlerinin sağladığı esnekliğin hasta üzerindeki pozitif etkisini ortaya koymaktadır.

Katılımcı 31, hastanelerde ayda bir gün diyabet konusuna ayrılan bilgilendirme etkinliklerinin düzenlenmesini önermiştir. Bu tür etkinlikler, özellikle diyabet gibi hayat boyu süren ve günlük yaşamı derinden etkileyen kronik hastalıklar için çok faydalı olabilir.

“Hastaneler ayda bir günü diyabete ayırsa ve beslenmeyle ilgili faydalı bilgiler verilse çok güzel olur. Soru-cevap şeklinde aklımıza takılanları sormak harika olur. Evde kendi kendime bir şeyler uygulamaya çalışıyorum ama çok fazla sorum oluyor ve her defasında hastaneye gidemiyorum ya da doktoru arayamıyorum. Ancak böyle bir etkinlik olacağını bilsem, notlarımı alır ve giderim” (Katılımcı 31).

Hastalar, bu tür bilgilendirme günlerinde sadece hastalıkları hakkında daha fazla bilgi edinmekle kalmaz, aynı zamanda beslenme, ilaç kullanımı ve tedavi süreçleri hakkında daha derinlemesine bilgi alabilirler. Özellikle Katılımcı 31’in belirttiği gibi, birçok hasta günlük yaşamda karşılaştığı sorunları not alarak bu tür toplantılarda uzmanlara danışabilir. Bu, bilgiye erişimdeki engelleri azaltıp hastaların doktorlarına sürekli ulaşma ihtiyacını hafifletebilir.

Çalışmamızda birçok katılımcı, eriştikleri bilginin tutarsız ve çelişkili olmasının, tedaviye uyumlarını ve güvenlerini olumsuz etkilediğini de dile getirmiştir. Farklı sağlık profesyonellerinden alınan çelişkili bilgiler, hastalar üzerinde kafa karışıklığı yaratmakta ve doğru tedavi yolunu izleme konusunda belirsizlikler doğurmaktadır.

Katılımcı 25 sağlık hizmetlerinde erişilen bilgide tutarlılığının ne kadar önemli olduğunu vurgulayan çok güçlü bir örnek sunuyor.

“İstikrarlı ve doğru yorumlar çok önemli. Farklı yorumlar ve tedaviler kafa karıştırıcı olabilir. En azından belli ölçülerde standart bir çerçeve olmalı. Tabii ki her insan ve her bünye aynı değil, ancak aynı değerler için taban tabana zıt yorumlar bizde şüphe uyandırıyor ve güvenimizi sarsıyor. Bu hem sağlık çalışanlarına hem de sağlık sistemine olan güveni etkiler. Mesela doktora gittim ve eve geldim. Doktor diyabet olduğumu söyledi ve bir tedavi başlattı dediğimde evdekilerin tepkisi ‘Ona inanma, başka doktora git’ oluyor. Çünkü istikrar olmayınca güven de olmuyor. 3 doktora gitsem ve her biri farklı şeyler söylese, ben hangisini yapacağım? Karar verene kadar hastalığım ilerleyecek ya da başka bir hastalığa yol açacak” (Katılımcı 25).

Katılımcı 15 diyabet hastalarının tedavi sürecinde farklı kaynaklardan gelen çelişkili bilgilerle karşılaştığında yaşadıkları kafa karışıklığını ve bu durumun hasta üzerindeki etkilerini açıkça göstermektedir. Katılımcı, insülin uygulaması konusunda hem hemşirelerden hem de Amerikan

Diyabet Derneği gibi güvenilir bir kaynaktan farklı öneriler aldığını belirtmekte ve bu çelişkili bilgiler karşısında hangi yöntemin doğru olduğunu anlamakta zorluk çektiğini ifade etmektedir. Bu, bilgi tutarlılığının sağlanamaması durumunda hastaların kendilerini güvensiz hissetmelerine ve doğru kararı vermekte zorlanmalarına neden olabilir.

“Şeker değerlerim yükselmeye başlayınca başka bir konuda da endişelendim. Hep göbek bölgesine insülin yapıyordum. Hemşireler kolları önerdiler, ama kollarımda yağ olmadığı için etkili olmayabilir diye okumuştum. Göbekte aynı yerden yapılırsa enfeksiyon riski olabileceğini de anlattılar. Bu riski göze alabiliyordum. Sonra Amerikan Diyabet Derneği'nin sitesine baktım, onlar göbeği öneriyorlar. Diğer bölgelere de yapılabilir ama göbeğe yapmak en iyisi diyorlar. Bu tür farklı bilgiler farklı kaynaklarda mevcut. Bunlar analiz edilip doğru olanlar filtrelenmeli. Konuyla ilgili düşünce okulları da olabilir. Doktorların düşünce okulu mesela. Bu konuları net bir şekilde açıklayan bir rehber kitap hazırlanabilir” (Katılımcı 15).

Katılımcı, bu tür farklı bilgilere maruz kaldığında bunların analiz edilip doğru olanların filtrelenmesi gerektiğini vurguluyor.

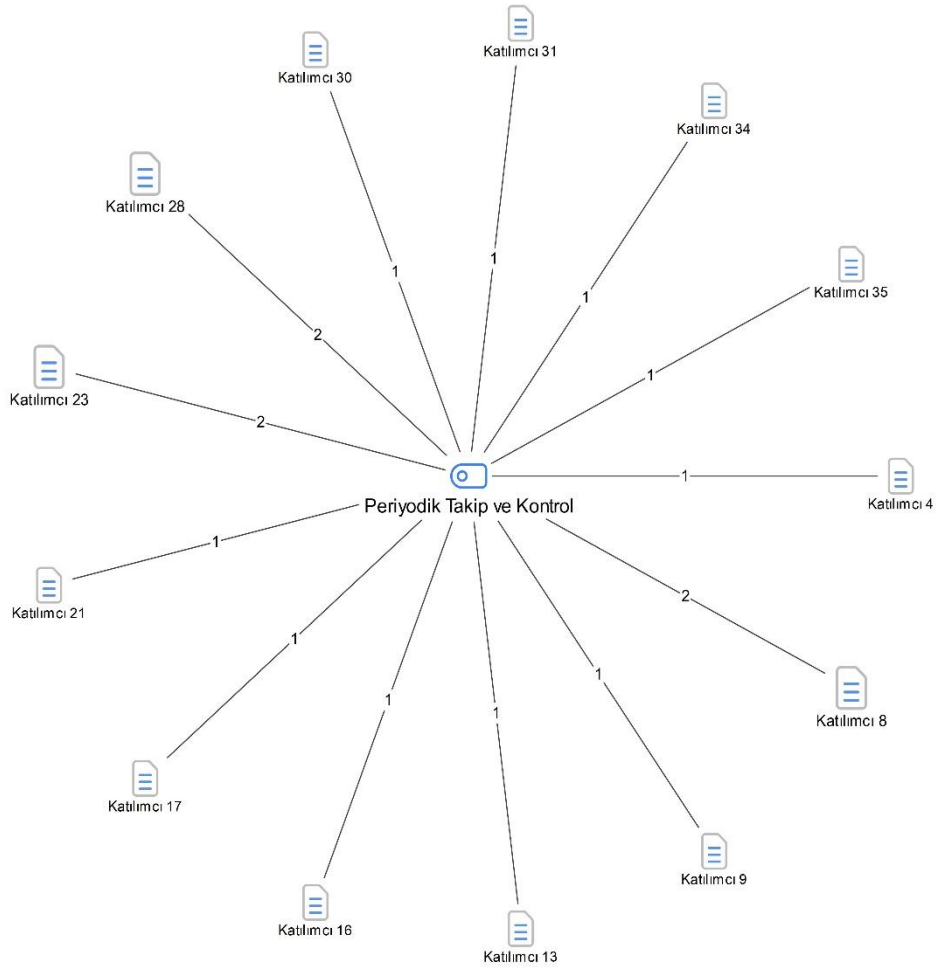
Katılımcı 23 ve 25 de sağlık sistemindeki bilgi tutarlılığı sorununa işaret ederek, farklı doktorlardan alınan çelişkili bilgilerin hastalar üzerinde nasıl bir güvensizlik ve panik yarattığını ortaya koyuyor.

“Bir doktorun verdiği diğeri reddediyor. Aynı kitaptan öğrenmiyorlar mı? Bunu sorgulamak benim haddime değil ama biraz sorgulamak gerekiyor” (Katılımcı 23).

“Bir de birkaç doktora gidiyorsunuz, hepsi farklı söylemlerde bulunuyor. Bu da hastayı panik yapıyor” (Katılımcı 25).

6.2.2.4. Periyodik takip ve kontrol

Periyodik Takip ve Kontrol alt temasında hastalar sağlık hizmetlerinde sürekliliği ve düzenli takip süreçlerini vurgulamışlardır. Birçok katılımcı, doktorları veya sağlık kuruluşları tarafından periyodik olarak takip edilmenin, hastalıklarını yönetmelerine yardımcı olduğunu vurguluyor. Şekil 20’de periyodik takip ve kontrol alt teması altında toplanan ifadelerin katılımcılara göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 20: Periyodik Takip ve Kontrol Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 8'in ifadesinde olduğu gibi, hastalık yönetiminde tek başına hareket etmek zor olabiliyor, bu nedenle hastaların düzenli bilgilendirilme ve kontrol edilme ihtiyacı öne çıkıyor.

“Hastalar, genel olarak belirli periyotlarda mutlaka takip edilmeli ve uyarılmalı. Özellikle diyabet gibi kronik ve yakın kontrol gerektiren hastalıkların takibi yapılmalı. Takip edilmek, aranmak, hatırlatılmak ve sürecimin kontrol altında olduğunu bilmek isterim. Bu, beni tedavi sürecimde daha da motive eder” (Katılımcı 8).

Katılımcının belirttiği gibi, kontrol süreçlerinin yalnızca hastalara bırakılması bazen unutulmalara ve tedavi aksaklıklarına yol açabilir.

Katılımcılar, takip sürecinde sürekliliğin de önemini vurgulamaktadır. Katılımcı 21, 23 ve 35'in ifadeleri, devlet hastanelerinde doktorların sıklıkla değişmesinin tedavi sürecinde zorluklar yarattığını ve bu durumun hastaları özel hastanelere yönlendirdiğini göstermektedir. Hastalar,

sabit bir doktor tarafından izlenmenin tedaviye uyumlarını ve sağlıklarını daha iyi yönetmelerini sağladığını ifade ediyorlar. Kurumsal sağlık okuryazarlığı perspektifinden, sürekli bir takip ve aynı doktor tarafından izlenme, hastaların tedavi sürecini daha güvenilir hale getiren bir unsurdur.

“Devlet hastanelerinde her gittiğimde farklı doktor oluyor ve hepsi birbirinden farklı tedavi veriyor. Biri diğerinin tedavi yöntemini, verdiği ilacı ya da dozunu beğenmiyor, diğeri öbürününkini beğenmiyor. Ama özele gittiğimde sabit bir doktor beni takip ediyor, bu çok önemli” (Katılımcı 21).

“Ayrıca, diyelim ki endokrinolojiden bir şekilde randevu almayı başardık ve muayene olduk. Ölçümler yapıldı, bir ilaç verildi ve doktor 3 ay sonra gelmemizi söyledi. Ancak 3 ay sonra o doktoru bulamıyoruz. Bir de birbirinden farklı tedavi uyguluyorlar. 3 ay sonra gittiğimiz doktor, önceki doktorun tedavisini beğenmiyor. Her seferinde farklı doktor ve her seferinde farklı tedavi. Bir doktorun verdiği diğeri reddediyor. Aynı kitaptan öğrenmiyorlar mı? Bunu sorgulamak benim haddime değil ama biraz sorgulamak gerekiyor” (Katılımcı 23).

“İlk diyabet takibimi Haseki’de yaptırıyordum. Fakat doktorlar sık sık değişiyordu ve her doktor, iki üç ayda bir, çok açıklama yapmadan tedaviyi ve ilaçları değiştiriyordu. Takibimin tek bir hekim tarafından yapılmasını istediğim için özel bir hastaneye geçtim” (Katılımcı 35).

Katılımcı 17 ve 31’in ifadeleri, yakın takip ve kontrolün hastalar için psikolojik destek sağlayıcı bir rol oynadığını gösteriyor. Hastalar, sağlık profesyonelleri tarafından düzenli olarak aranmak ve takip edilmek istediklerini belirtiyor.

“Doktorların hastalarını araması gerektiğini düşünüyorum. ‘Nasıl gidiyor? İlacı kullanıyor musunuz? Şeker ölçümlerinizi nasıl?’ gibi sorular sormalılar. Yakın takip yapılmalı çünkü biz hastalar unutabiliyoruz. Yakın takip edilmek ayrıca motive edici olabilir” (Katılımcı 17).

“Takip edildiğimizde daha düzgün uyum sağlıyoruz ama takip edilmediğimizde ve rutin kontrol yapılmadığında ipin ucu kaçıyor ve nefsimize yeniliyoruz” (Katılımcı 31).

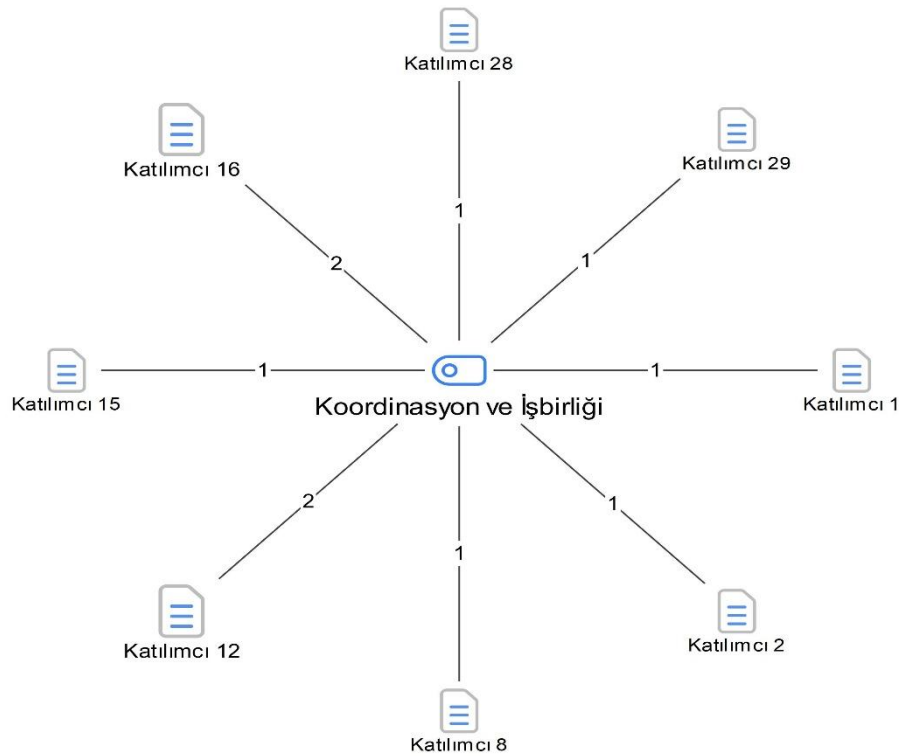
Katılımcı 34, devlet tarafından düzenli aramalar veya kontrollerin yapılması gerektiğini belirtiyor. Aile hekimleri veya diğer sağlık çalışanları tarafından senede en az birkaç kez takip edilmek, hastaların tedavi süreçlerini daha dikkatli yönetmelerini sağlayabilir.

“Devlet tarafından ara sıra aranmak isterim. Aile hekimliğinin beni teşvik etmesini, en azından senede iki kez ‘Nasıl gidiyor? Durum nedir?’ diye kontrol edilmek isterim. Ancak, böyle bir uygulama yok” (Katılımcı 34).

Bu ifadeler periyodik takip ve kontrolün hem sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim hem de kurumsal sağlık okuryazarlığı açısından büyük bir öneme sahip olduğunu göstermektedir.

6.2.2.5. Koordınasyon ve iş birliği

Politika ve uygulamalar teması altında ortaya çıkan diğer bir alt tema koordınasyon ve iş birliği olmuştur. Bu temadaki hasta ifadeleri hasta bakım süreçlerinde sağlık çalışanlarının birbiriyle uyumlu çalışmasının ve hastaların farklı sağlık profesyonelleri arasında yönlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Katılımcılar, özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda, hekimlerin, hemşirelerin, diyetisyenlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin daha etkin iş birliği yapmasının tedavi süreçlerini kolaylaştıracağını ve hasta bakımını iyileştireceğini ifade etmektedir. Bu tema, kurumsal sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim bağlamında değerlendirilmesi gereken önemli bulgular içermektedir. Şekil 21’de koordınasyon ve iş birliği alt temasına ait ifadelerin katılımcılara göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 21: Koordınasyon ve İş birliği Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 1 ve Katılımcı 8 hasta bakım süreçlerinde doktorların asistanlarının rolünün ne kadar kritik olduğunu vurgulamaktadır. Hastalar, doktorların yoğunluğu ve zaman yetersizliği nedeniyle, asistanların arada bir köprü görevi görmesinin tedavi süreçlerinde büyük bir rahatlık sağlayacağını ifade etmişlerdir. Ayrıca, hastalar sorunlarını açıkça ifade edemediklerinde ya da doktorların zamanı olmadığı durumlarda, asistanların hastaların ihtiyaçlarına yönelik bilgi ve rehberlik sunması gerekliliği öne çıkmaktadır.

“Doktorun asistanının çok iyi olması gerek. Asistanı çok iyi olmalı ki benden aldığını hocasına anlatacak, hocasından aldığını bana aktarabilecek. Arada köprü olması gerek. Hem o bilgi sahibi olur hem biz bilgi sahibi oluruz. Benim eksik bildiğimi gider hocadan öğrenir. Hem de hocanın zamanını daha iyi bilir” (Katılımcı 1).

“Ben sıkıntımı anlatmadan doktorlar her zaman öneride bulunamazlar. Hastalar, sıkıntılarını açıkça söylemeli. Doktorların da zamanı yok, çok hasta bakıyorlar. Ama böyle çizelge gibi öneriler hayat kurtarıcı olabiliyor. Bu tür bilgileri alabilmek için sıkıntıları dile getirmek gerek. Veya doktorun zamanı olmasa bile bu tarz bilgileri ve önerileri vermek üzere yetiştirilmiş asistanlar olmalı” (Katılımcı 8).

Katılımcı 2, diyabet hemşireliğinin sağlık sisteminde var olmasına rağmen, doktorların yeterli yönlendirme yapmamasından dolayı bu hemşirelerin etkili bir şekilde kullanılmadığını vurgulamaktadır. İfade, doktorların zaman yetersizliği nedeniyle hastalara gereken ilgiyi gösteremediklerini, bu durumda diyabet hemşirelerinin daha aktif bir rol üstlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Doktorlar, fazla hasta bakarken, diyabet hemşirelerine daha az hasta yönlendirilmesi, iş yükünün dengesiz dağıtıldığını göstermektedir. Katılımcı, doktorların zaman kısıtlamaları nedeniyle hastalarını diyabet hemşirelerine yönlendirmelerini ve bu iş birliğinin güçlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

“Diyabet hemşireliği, özel ya da devlet olsun, her hastanede var. Böyle bir risk görüldüğünde doktorun zamanı olmasa bile diyabet hemşiresine yönlendirme yapılmalı. Burada bir dengesizlik var. Mesela doktor 100 hastaya bakıyor ama diyabet hemşiresine giden 3 hasta var. Hekim tarafından yönlendirilme tam yapılmıyor. Bu arttırılabilir. Sonuçta ikisinin de vakti aynı ama baktığı hasta sayısı farklı. En azından ‘Bu hastanın şöyle bir riski var, üstüne düşsek’ gibi bir yönlendirme olabilir. ‘Ben vakit ayıramadım, sen görebilir misin?’ diyebilir hemşireye. Diyabet hemşireliği güçlendirilmeli ve daha aktif kullanılmalı. Özel hastanelerde bile diyabet

hemşireleri farklı birimlerde çalıştırılıyor ve aktif olarak diyabet eğitime zaman ayıramıyorlar” (Katılımcı 2).

Katılımcı 12’nin ifadesi ise, doktor ve hemşire arasındaki iş birliğinin başarılı bir örneğini sunmaktadır. Hastanın insülin kullanımına dair endişeleri olduğunda, doktorun vakti kısıtlı olsa da hastayı diyabet hemşiresine yönlendirerek bu endişelerin giderilmesini sağlamıştır. Diyabet hemşiresi, hastaya daha fazla zaman ayırarak iğne kullanımıyla ilgili tüm soruları yanıtlamış ve hastanın bu süreci daha rahat atlatmasını sağlamıştır. Bu, iş birliği ve takım çalışmasının hasta bakımında ne kadar etkili olabileceğini gösteren başarılı bir örnektir.

“İnsülini ilk gördüğümde çok korkutucu gelmişti. Göbeğimden veya kalçamdan nasıl yapacağım diye endişelendim. İğnenin büyüklüğü, acıtıyor mu gibi sorular vardı kafamda. Ama daha önce de söylediğim gibi, hasta eğitimi sürecini iş birliği ve takım çalışması içinde yürütüyorlardı. Doktorun uzun uzun anlatmaya vakti olmasa da beni diyabet hemşiresine yönlendirdi ve orada insülin iğnesi ile ilgili tüm endişelerimi daha geniş vakit ayırarak giderebildim” (Katılımcı 12).

Bu örnekte hemşireler doktorun zaman yetersizliğini telafi ederek hastalara birebir eğitim ve destek sağlamakta, böylece hasta eğitimi süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinde multidisipliner iş birliğinin nasıl başarılı bir şekilde uygulanabileceğini ve hastalar üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir.

Katılımcılar ayrıca diyabet yönetiminde diyetisyen ve spor hekimleri gibi diğer sağlık profesyonellerinin daha fazla dahil edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Özellikle devlet hastanelerinde bu tür uzmanlık alanlarına yönlendirme yapılmaması, hastaların tedavi süreçlerinde bilgi eksikliklerine yol açabilir.

“Uzmanlar birbiriyle koordineli olmalı. Kadın doğum doktoru, gestasyonel diyabet hastalarında diyetisyenle çalışmalı. Beni insülin dirençli olarak yazamadıkları için almamam gereken şeker yüklemesini bilinçsizce aldım. Kadın doğum doktorum dekstrozu verdi ve ben bir hafta kendime gelemedim. Kadın doğum doktoruna anlatmaya çalıştım ama beni dinlemedi. Devlette birçok spor hekimi var. Diyabet hastası geldiğinde spor hekimine ve diyetisyene yönlendirilebilir. Biz branşlaşıyoruz ama sentezlemeyi kaybediyoruz. İlkokul mezunu bir kişi spor hekimini veya diyetisyeni nereden bilecek? Hastanenin ve doktorun, hastayı ortak çalıştıkları diğer birimlere yönlendirmesi gerek” (Katılımcı 16).

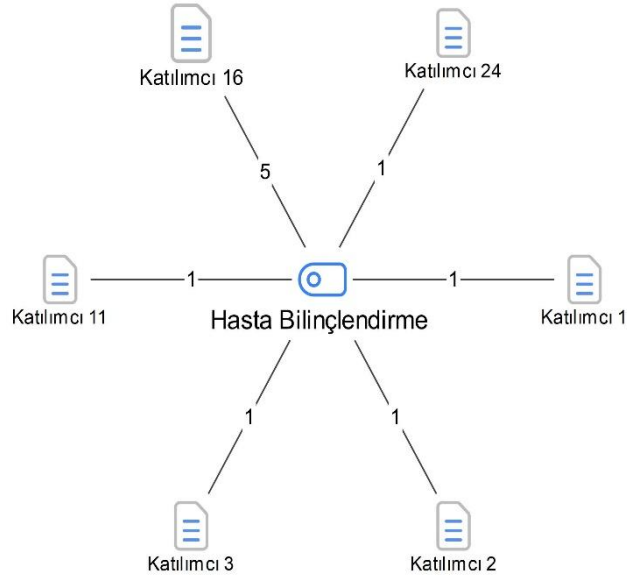
“Devlette ücretsiz diyetisyen hizmeti olsa ve diyetisyen kontrolünde olsak çok güzel olur. Kendi başımıza kaldığımızda diyetimizi bozabiliyoruz” (Katılımcı 28)

“Ayrıca, mutlaka her endokrinoloji randevusundan sonra hastanın diyetisyenle görüşmesi sağlanmalı. Dengeli beslenme üzerine kurulu bir hastalık ve diyetisyenler bu konuda bize büyük kolaylık sağlar” (Katılımcı 29).

Her üç katılımcının ifadeleri, sağlık profesyonelleri arasında koordinasyon eksikliklerinin hastalar üzerinde nasıl olumsuz etkiler yarattığını gösteriyor. Diyabet gibi uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalıkta, doktorlar, diyetisyenler, spor hekimleri ve hemşireler arasında güçlü bir iş birliği sağlanmalı. Ancak mevcut sağlık sisteminde, bu iş birliğinin eksikliği, hastaların tedavi sürecinde yanlış yönlendirilmesine veya bilgi eksikliği yaşamasına yol açabiliyor. Katılımcı 16'nın kadın doğum doktoru tarafından yanlış yönlendirilmesi ve bu durumun diyabet yönetiminde olumsuz etkiler yaratması, multidisipliner bir yaklaşımın ne kadar önemli olduğunu ortaya koyuyor.

6.2.2.6. Hasta bilinçlendirme

Hastalarla görüşmelerin analizi sonucunda politika ve uygulamalar teması altında ortaya çıkan son tema hasta bilinçlendirme olmuştur. Bu temadaki ifadeler, diyabet hastalarının bilgilendirilme ve bilinçlendirilme süreçlerindeki eksiklikleri, beklentilerini ve bilinçlendirmenin hastalık yönetimindeki etkileri üzerinde odaklanmıştır. Şekil 22’de hasta bilinçlendirme temasının katılımcılara göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 22: Hasta Bilinçlendirme Alt Temasının Katılımcılara Göre Dağılımı

Katılımcı 1 ifadesinde, diyabet hastalarının ilaçlarla ilgili olumsuz düşüncelere sahip oldukları ve bu nedenle tedaviye uyum göstermediklerinden bahsetmiştir. Özellikle ilaçların yan etkileri hakkında yanlış bilgilendirilmiş olmaları, hastaların ilaçları kullanmaktan kaçınmalarına yol açabiliyor.

“İnsanlar çok bilinçsiz. Arkadaşım ziyaretime geldiğinde beti benzi atmıştı. Hemen şekerini ölçtürdüm ve 360 çıktı. Şeker hastası olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini söyledim. ‘İlaçlarım var evde ama kullanmıyorum.’ dedi. Üstelik eğitilmiş bir insan. İnsanlara ne kadar eğitim verilirse verilsin, iletişim ne kadar iyi olursa olsun, şeker hastalarının şöyle bir sıkıntısı var: Şeker hastaları ilaçları kullanmak istemiyor çünkü ilaçların olumsuz sonuçları olduğuna inandırılmışlar. İlaçların kötü bir şöhreti var. Örneğin, erkeklerde iktidarsızlık yaratacağını düşünen kişiler var. Sağlık çalışanları bazen bu korkuları fark edemiyorlar. Bence doktorlar insanların ilaçlarla ilgili bu tür korkuları olduğunu fark etmeli. İnsanlar kulaktan dolma bilgilerle kendilerini kandırıyor ya da avutuyorlar. Kendi kendine doktor olan çok hasta var. Yoğurda şeker tuz atarsam şöyle böyle olur diyen var. Hekimler bu bilinçsizliği ortadan kaldırmalı” (Katılımcı 1).

Diyabet gibi kronik bir hastalığın yönetiminde ilaç tedavisi büyük önem taşıırken, hastaların kulaktan dolma bilgilerle hareket etmesi tedaviye olan uyumu zorlaştırmaktadır.

Katılımcı 2'nin ifadesinde ise genç yaşta diyabetin ciddiyetinin farkına varamamak ve bu yüzden tedavi sürecini ihmal etmek üzerine önemli bir noktaya dikkat çekiliyor.

“317 şekerle doktora gidiyorum ama bana "Sen diyabet hastası falan değilsin, sadece göbeğin var" dedi. Bu, hastalığın ciddiyetini anlamamı geciktirdi. Bana deseydi ki 'Bu şeker normal bir şeker değil, dikkat etmen gerekiyor' ya da 'Sana şu ilacı yazıyorum ve bunu dikkatli kullanırsan daha büyük bir soruna dönüşmeden önüne geçmiş oluruz,' belki baştan önlenebilirdi. Küçük bir yerde yaşıyordum ve devlet hastanesine gitmiştim. Çok fazla vakti olmayan bir doktor vardı ve fazla vakit ayıramadı, detaylı açıklama yapamadı. O da kendince haklıdır. Ama iletişim sıkıntıya girdiği için hayatımın büyük bir kısmını etkiledi. Sonuçta ölene kadar nöropati ve böbrek hasarı ile yaşamak zorundayım, sürekli bunları kontrol ettirmek zorundayım” (Katılımcı 2).

Katılımcı, doktorun kendisine yeterince açıklayıcı bilgi vermediğini ve bu nedenle hastalığın ilerlemesine yol açan hatalar yaptığını ifade ediyor. Erken teşhisin hayat kurtardığı bilinirken, diyabet gibi yavaş ilerleyen hastalıklarda bu farkındalığın yeterince oluşturulmamış olması, hastalığın ileri evrelere ulaşmasına neden olabiliyor.

Bir diğer önemli konu, diyabetin yaşam tarzı değişiklikleri gerektiren bir hastalık olmasıdır. Katılımcı 16, diyabetin spor ve beslenme alışkanlıklarıyla yönetilebileceğini ancak bu konuda yeterli bilinçlendirme yapılmadığını belirtmektedir. Katılımcı, diyabetin teşhis ve tedavi süreçlerindeki eksikliklere dikkat çekerek, insülin direnci aşamasında yeterli müdahalenin yapılmaması durumunda hastalığın ilerleyip diyabet aşamasına gelmesinin daha zor bir süreç olduğunu belirtiyor. Bu ifade, devletin diyabetin erken aşamalarında, özellikle insülin direnci konusunda yeterli destek ve bilinçlendirme sağlamadığını eleştiriyor.

“Tip 2 diyabet hastalığı, beslenme ve spor alışkanlıkları gibi yaşam tarzı değişiklikleriyle yönetilebilir ve kontrol altına alınabilir. Bir diyabet hastası, glisemik indeks ne olduğunu biliyor olmalıdır. Devletin bu konularda eğitim, bilinçlendirme ve diyetisyen desteği yok. [...] Diyabet hastalığında insülin seviyesini kontrol etmemek çok risklidir çünkü teşhis bu şekilde konuluyor. İnsülin direnci bir hastalık olarak kabul edilmiyor. Devlet, 'Sende insülin direnci olabilir, baban diyabet olabilir ama ben sana bakmayacağım. Sen diyabet ol, öyle gel,' diyor. Ama ben 40 yaşında diyabet olmak istemiyorum. Bu metabolik sendroma girmek istemiyorum çünkü girdikten sonra çıkmak daha zor. İnsülin direnci aşamasında bu durumu yönetebilirsem hayatımı değiştirebilir” (Katılımcı 16).

Diyabet hastalarının glisemik indeks gibi önemli kavramları öğrenmesi ve devletin bu konuda bilinçlendirme çalışmaları yapması gerektiği vurgulanıyor.

Katılımcı 11'in ifadesi, diyabetle ilgili bilgilendirme ve eğitimin ilkokuldan itibaren başlaması gerektiğini savunuyor. Çocukların erken yaşta sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanması ve diyabet gibi hastalıkların risklerini öğrenmesi, bu tür kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir adım olabilir.

“Yiyeceklerimize dikkat etmemiz gerektiğini daha çocukluktan itibaren anlatmalılar. Diyabetle ilgili iletişim ve eğitimin ilkokuldan itibaren verilmesi gerekiyor. Sağlık kurumuna veya tedavi sürecine gelene kadar, çocukluktan itibaren iletişim kanallarının güçlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Son aşamada iş işten geçmiş oluyor çünkü bu hastalık alışkanlık değiştirme hastalığı. Alışkanlıklarımız da çocuklukta şekilleniyor. Sağlık çalışanları hastanelerdeki hastalardan ziyade, okullarda çocuklara eğitim vermeli ve onlarla iletişim kurmalı. Kişisel alışkanlıkları daha en baştan, küçük yaşta değiştirmek gerekiyor. ‘Ağaç yaşken eğilir.’ Ve her çocuk öğrendiğini ailesine anlatacaktır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı eğitim ve iletişimi organize edebilir ve güçlendirebilir” (Katılımcı 11).

Katılımcı diyabetin sadece tedavi odaklı değil, aynı zamanda önleyici yaklaşımlarla ele alınması gerektiğini belirterek eğitimin ilkokuldan itibaren verilmesi gerektiğini, çocukların yiyecekler ve sağlıklı yaşam hakkında bilinçlendirilmesinin hastalığın önlenmesinde etkili olacağını savunuyor.

6.3. Nitel ve Nicel Bulguların Birlikte Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmanın nicel ve nitel aşamasında elde edilen bulgular birlikte değerlendirilerek, sonuçlar konu içerikleri uyumlu olacak şekilde birlikte ele alındı. Nicel aşamada ölçek puanlarında anlamlılık gösteren parametreler ile bu bulguları destekleyen ve derinlemesine anlamamızı sağlayan hasta ifadelerinden ulaştığımız temalar Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12: Nicel ve Nitel Bulguların Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Kapsamında Birlikte Değerlendirilmesi

Nicel Analiz Bulguları	Destekleyen Temalar
Eğitimin/bilgilendirmenin kim tarafından verildiği: Hekim ve hemşireden ya da sadece hemşireden eğitim alan hastaların ölçek puanları sadece hekimlerden eğitim alanlara göre daha yüksek çıkmıştır.	Detaylı Bilgilendirme/ Anlaşılır ve Sade Dil Kullanma/ Koordinasyon ve İş birliği/ Alan Uzmanlığı
HL-COM ölçeğinde en düşük puan alan madde: ‘Terimler ve kısaltmalar bana açıklandı’ en düşük puan alan madde; ‘Onay formlarını imzalarken, her şeyi anladığımdan emin olmak için özen gösterildi.’ ikinci en düşük puan alan madde olmuştur.	Detaylı Bilgilendirme/ Anlaşılır ve Sade Dil Kullanma
HL-COM ölçeğinde en yüksek puan alan madde: ‘Hastalığım ve tedavimle ilgili bilgileri anlamamın benim için önemli olduğu bana anlatıldı.’ maddesi olmuştur	Kabullenme ve Uyum Destekleme/ Hasta Bilinçlendirme
Eğitimin verilme şekli ve yöntemi: Sadece sözlü bilgilendirme alan hastalarla, yazılı ve uygulamalı eğitim alanlar arasında ölçek puan farkı anlamlıdır. Öğrendiğini anlat yöntemi ile eğitim alanlar ve almayanların HL-COM puanlarında anlamlı fark bulunmuştur.	Materyal Desteği Sağlama Hasta Katılımını Teşvik Etme

Nicel ve nitel bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin eğitim veren sağlık profesyoneline göre farklılık gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Nicel bulgular hem hekim hem de hemşireden eğitim alan veya sadece hemşireden eğitim alan hastaların ölçek puanlarının, yalnızca hekimden eğitim alan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Nitel bulgular da bu sonucu desteklemekte, özellikle hemşirelerin sağladığı detaylı bilgilendirmenin hastaların tedavi süreçlerine katılımını ve uyumlarını kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır. Örneğin, Katılımcı 26, hekimlerin genellikle yalnızca talimat verdiğini, hemşirelerin ise tedavi süreçleri hakkında daha kapsamlı ve hastanın anlayabileceği detaylar sunduğunu belirtmiştir: “Doktor, ‘Şunu şöyle kullanacaksın,’ diyor ve bitiyor. Ancak hemşire, ilacın dozunu, kullanım öncesi ve sonrası süreçleri, etkileşimleri ve beslenmeyi çok detaylı bir şekilde anlatıyor. Sadece doktordan alınan talimatla tedaviye uyum sağlamak imkânsız” (Katılımcı 26).

Katılımcı 14, 26 ve 28 doktorların daha karmaşık açıklamalar yapmasına karşılık hemşirelerin daha sade ve anlaşılır iletişim kurduklarını vurgulamıştır.

“Bir keresinde doktorumun açıklamaları çok karmaşık ve hızlıydı. Kafam karıştı ve korktum anlamayacağım diye. Hemşirelerden ziyade sanki doktorlar daha hızlı ve terminolojik dille konuşuyorlar. Hemşire biraz daha sade dil kullanıyor” (Katılımcı 14).

“Diyabet hemşireleriyle iletişim, hastalık yönetiminde çok etkili. Hemşireler, halktan biri gibi sade ve yalın bir dille bilgi veriyor” (Katılımcı 26).

“Doktorla olan görüşmem, beni biraz ürküttü çünkü konuşurken çok fazla tıbbi terim kullandı ve bu beni daha da endişelendirdi. Doktorun hızlı ve teknik açıklamaları karşısında kendimi biraz kaybolmuş hissettim. Sonrasında hemşirenin yanına gittik. Hemşire tüm süreci daha yalın bir dille açıkladı. Hemşirenin sakin ve anlaşılır konuşması, üzerimdeki stresi büyük ölçüde azalttı. Doktorun tıbbi dili yüzünden hissettiğim korku, hemşirenin desteğiyle hafıfladı” (Katılımcı 28)

Ölçekte en düşük puana sahip madde “Terimler ve kısaltmalar bana açıklandı” olmuştur. Bu bulgu, hastaların tıbbi terimlerin yeterince açıklanmadığını düşündüğünü ortaya koymaktadır. Nitel aşamada da bu konuya ilişkin ifadeler yer almaktadır:

“Evet, bir keresinde, özellikle ilk zamanlardı, doktor biraz daha tıbbi bir dille konuşuyordu. Ben önce duraksadım. Doktor, benim anlamadığımı yüz ifademden anlamış olmalı. Sağ olsun, halk dilinde anlattı ve tekrar etti” (Katılımcı 9).

“Terimler nadiren açıklanıyor, bu da beni rahatsız ediyor. Yazılı belgeleri imzalarken, anlamadığım için korku duyuyorum” (Katılımcı 7).

Bulgular, hastaların karmaşık tıbbi terimlerin sade bir dille anlatılmasını beklediğini ve bu durumun tedaviye uyumlarını doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Katılımcı 2, diyabet tedavisinde farklı bir düzene geçişin önemini vurgulayarak, eğitimlerin daha basit bir dille yapılması gerektiğini belirtmiştir:

“Diyabet tedavisinde tamamen farklı bir düzene geçiyorsunuz. Diyabet eğitimleri, hastalarla birebir görüşerek ve daha basit bir dille yapılmalı” (Katılımcı 2).

Ölçekte en düşük puan alan ikinci madde, "Onay formlarını imzalarken, her şeyi anladığımdan emin olmak için özen gösterildi" olmuştur. Bu durum, sağlık hizmeti sağlayıcılarının onay

formlarını hastalara yeterince açıklamadığını ve hastaların bilgi eksikliği yaşadığını göstermektedir. Nitel aşamada da katılımcılar bu konudaki beklentilerini dile getirmiştir.

“Onay formlarını imzalarken anlayıp anlamadığımı kontrol etmelerini ya da onay formlarındaki bilgileri daha detaylı açıklamalarını beklerim” (Katılımcı 7).

“Onay formlarını imzalarken özellikle neyi imzaladığımın tam olarak açıklanması gerek” (Katılımcı 17).

Nitel ve nitel bulgular bir arada değerlendirildiğinde, detaylı bilgilendirmenin ve sade dil kullanımının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi güçlendirdiği görülmektedir. Katılımcılar hem doktorlardan hem de hemşirelerden aldıkları detaylı bilgilendirmenin kendilerine güven sağladığını ve tedavi süreçlerine daha etkin katılmalarını sağladığını ifade etmiştir.

Ölçekte en yüksek puan alan madde, "Hastalığım ve tedavimle ilgili bilgileri anlamamanın benim için önemli olduğu bana anlatıldı" olmuştur. Bu bulgu, sağlık profesyonellerinin hastaların bilgilendirme sürecini önemsediklerini göstermektedir. Nitel bulgular da bu sonucu desteklemektedir. Katılımcılar, doktorların ve hemşirelerin bilgilendirme süreçlerinde motive edici ve açıklayıcı bir yaklaşım sergilediğini ifade etmiştir: Birçok katılımcı, sağlık profesyonellerinin hastalıklarını kabullenmeleri ve tedaviye uyum sağlamaları sürecinde etkili ve destekleyici bir iletişim kurduklarını ifade etmiştir. Örneğin Katılımcı 25 insülin kullanmak istemese de doktorunun tedavinin önemini açıklayan ve bunu hastanın anladığından emin olmak için örnekler kullanan iletişim yaklaşımıyla tedaviye nasıl ikna olduğunu anlatmıştır.

“Ben aslında teşhis konur konmaz insülin kullanımı başlatılmasını hoş karşılamıyorum. Bu bende tedirginlik yarattı. Bir de birkaç doktora gidiyorsunuz, hepsi farklı söylemlerde bulunuyor. Bu da hastayı panik yapıyor. Tedirginliğimi doktora anlattığımda, öncelikle tedirginliğimde haklı olduğumu ve normalde hemen insüline başlatmadıklarını söyledi. Ama eğer Tip 1 diyabet daha ilerleyen yaşlarda, yani insülin deposunun daha düşük olduğu yaşlarda gelişirse, insüline başlanması gerektiğini anlattı. Banka metaforu üzerinden örnek verdi. ‘Sizin bankada paranız var ve sürekli bu paradan kullanırsanız bu eksilir. Ama bu paraya takviye yaparsanız, ekleme yaparsanız, sınırın altına düşmez, eksilmez.’ şeklinde anlattığında ikna oldum” (Katılımcı 25).

“Doktor, ‘Politikacılar arasında da şeker hastası olanlar var ve 90 yaşına kadar yaşadı ve ülke yönetti’ dedi. Bu beni çok rahatlattı” (Katılımcı 12).

Çalışmamızın nicel aşamasında elde edilen bulgular, ölçek puanlarının, bilgilendirme ve eğitim sürecine göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yalnızca sözlü bilgilendirme alan hastalar ile yazılı ve uygulamalı eğitim alanlar arasında anlamlı puan farkları tespit edilmiştir. Yazılı ve görsel materyal desteği alan hastaların, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeğinde daha yüksek puanlar alması, materyal desteğinin önemini vurgulamaktadır. Nitel aşamada ise katılımcıların ifadeleri, sağlık hizmeti sunumunda materyal desteğinin gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır. Katılımcıların ifadeleri, sağlık hizmeti sunumunda materyal desteğinin gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, hastaların daha iyi bir tedavi süreci geçirebilmeleri için yalnızca sözlü bilgilendirmenin yeterli olmadığını, aynı zamanda yazılı ve görsel materyallere ihtiyaç duyduklarını vurgulamaları dikkat çekicidir.

Katılımcı 7, özellikle okur-yazarlık oranı düşük veya ileri yaştaki hastalar için görsel şemaların tedavi süreçlerini anlamada büyük fayda sağlayacağını belirtmiştir. Şemalar, hastalık tedavi sürecinde ve ilaç kullanımında adım adım yapılacakların belirlenmesine yardımcı olabilir. Görsel materyaller, yazılı bilgileri okuyamayan hastalar için kritik öneme sahipken, basitleştirilmiş şemalar, özellikle yaşlı hastalar için çok yararlı olacaktır. Bu tür materyallerin, tedavi süreçlerini kolaylaştırıcı ve hasta güvenliğini artırıcı bir rol üstleneceği düşünülmektedir. Katılımcı 8 ise doktorunun önerdiği bir çizelge sayesinde ilaçlarını aksatmadan kullanabildiğini ifade ederek, materyal desteğinin tedaviye uyumda kritik bir rol oynadığını vurgulamıştır. İlaç kullanımında karşılaşılan zorlukların üstesinden gelmek için yazılı ve düzenli takip çizelgelerinin faydalı olduğu görülmektedir. Ayrıca, katılımcı 15, bilgilendirici materyallerin hastaların karşılaşılabileceği yaygın soruları yanıtlamada ve sürece dair belirsizlikleri gidermede önemli bir işlev üstlendiğini belirtmiştir. Yeni diyabet teşhisi alan hastalar için hazırlanacak bir kitapçığın, yaygın sorulara yanıt sağlayabileceği ve hastaların kaygılarını azaltabileceği vurgulanmaktadır. Katılımcı 17, zaman kısıtlılığı nedeniyle sağlık çalışanlarının hastalara gereken bilgileri yeterince detaylı aktaramadıklarını ifade etmektedir. Bu durum, özellikle karmaşık tedavi süreçlerinde ve sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalarda önemli bir sorun haline gelmektedir. Yazılı dokümanlar ve görsel içerikler, evde hastaların tekrar gözden geçirebileceği bilgiler sunarak öğrenme sürecini destekleyebilir. Katılımcı 22, verilen bilgilerin eve gidince unutulması üzerine yazılı materyallere ihtiyaç duyulduğunu belirtirken, katılımcı 26 ise diyabetin tetikleyebileceği gıdalar konusunda görsel bilgilendirmeye ihtiyaç hissettiğini ifade etmektedir. Sözel eğitimin genellikle unutulduğunu, ancak videolar, resimler ve diğer görsel materyallerle desteklenmiş bilgilerin daha kalıcı olacağını vurgulamaktadır. Katılımcı

28, hemşiresinin kendisine verdiği takip çizelgesinin ilaç yönetimini kolaylaştırdığını ve bu tür materyallerin tedaviye uyumu artırdığını belirtmektedir. İlaçların saat ve doz takibinin yazılı bir formda sunulması, hasta açısından büyük kolaylık sağlamaktadır. Katılımcı 31 ise ilaç takibini daha iyi yapabilmek için takip defterlerinde ilaç dozlarının ayrıntılı olarak belirtilmesini talep etmekte ve yazılı-görsel materyallerin bilgileri sindirmekte ne kadar faydalı olduğunu vurgulamaktadır. Katılımcı 32 ve Katılımcı 33 de tedavi sürecinde sunulan bilgilerin yazılı veya görsel materyallerle desteklenmesinin, bu bilgileri hatırlamayı ve evde tekrar gözden geçirmeyi kolaylaştıracağını ifade etmektedirler. Son olarak, Katılımcı 34 de benzer şekilde, bu tür materyallerin evde gözden geçirilmesinin faydalı olacağını ve bilgilerin kalıcılığını artıracığını dile getirmiştir.

Çalışmamızın bulguları, "öğrendiğini anlat" yönteminin sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimde etkili bir strateji olduğunu da göstermektedir. Nicel bulgular, bu yöntemi kullanan hastaların ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Nitel aşamada da katılımcılar, bilgileri tekrar ederek öğrenmenin kalıcı hale geldiğini belirtmiştir. Katılımcı 1, bilgileri tekrar ettiğinde, yanlış yapma korkusunun azaldığını ve bu sayede anlatılanların akılda kalmasının kolaylaştığını ifade etmiştir. Benzer şekilde Katılımcı 6, tekrar yaparken yaptığı hatayı fark etmiş ve sağlık çalışanının düzeltmesiyle doğru uygulamayı öğrenmiştir.

Katılımcıların çoğu, tekrar ettirme stratejisinin kendilerine olan güvenlerini artırdığını belirtmiştir. Örneğin, Katılımcı 8, ilaç kullanımındaki kafa karışıklıklarını tekrar ederek çözdüğünü ve doktorunun düzeltmeleriyle doğru bilgiye ulaştığını ifade etmiştir. Ayrıca, bu yöntemin hasta-sağlık çalışanı ilişkisini güçlendirdiği ve iletişimin kalitesini artırdığı da nitel bulgularda öne çıkmıştır. Katılımcı 9 ise doktorun tekrar ettirme sürecinin tedaviye olan güvenini artırdığını ve ilaçlarını doğru kullanmasına yardımcı olduğunu vurgulamıştır.

“Evet anladıklarımı tekrar sağlık çalışanına anlatma sürecini yaşadım. Özellikle ilaç konusunda anlatılanlar bana çok kafa karıştırıcı gelmişti. Çünkü birden fazla ilaç kullanıyorum ve ilaç saatleri, açlık tokluk durumu gibi konular ilk başta kafa karıştırıcı geldi. Ama doktor, anlattıklarını bana yeniden anlattı ve nasıl kullanmam gerektiğini kendim anlatınca bu bana güven verdi. Yanlış anladığım bir şeyi anında düzeltmiş olduk. Bu bana askerliği çağrıştırdı. Askerde de emir tekrarı vardır. Askerde bir emir verildiğinde karşı tarafın bu emri doğru anlayıp anlamadığı teyit edilir ve tekrar ettirilir. Doktorun da bana yaptığı buydu aslında. 'Benim anlattıklarım hastam tarafından doğru anlaşılmış mı?' diye teyit etti. Bu çok güven

verici ve rahatlatıcıydı. Orada, eğer hasta tekrar ederken eksik bir tarafını görürse, doktor düzeltme fırsatı yakalıyor ki doktorum da beni düzeltmiştir. Özellikle ilacın saatini ayarlama konusunda ve glukometre kullanımı konusunda” (Katılımcı 8).

“Doktor bana kendi anlattıklarını tekrar ettiriyordu ve bu çok faydalı oldu. En zorlandığım şey ilaç kullanımıydı. Mesela ben tekrar ederken bazı unuttuğum şeyler oluyordu. Örneğin, ilacı çay kahve gibi içeceklerle almamak veya kaç saat önce, kaç saat sonra almam gerektiği, iki ilaç arasındaki saat farkları gibi. Ben tekrar ederken yanlış söylediklerim oluyordu ve doktor beni düzeltiyordu. Bu da daha hastaneden ayrılmadan, eve gitmeden yanlışımı düzeltmemi sağlıyordu ve böylece tekrar tekrar asistanı aramak zorunda kalmıyordum. Bu aslında doktor için de iyi bence. Ayrıca tedavim konusunda kendimi daha güvende hissetmemi sağladı. 'Ben bu işi yapabilirim, ilaçlarımı doğru şekilde kullanabilirim,' diye kendime güvenim geldi. Bu yöntem tabii ki çok faydalıydı. Bilgilerin akılda kalmasını kolaylaştırdı. Ayrıca takdir edersiniz ki tekrar, öğrenmede çok önemli. Tekrar ettiğimizde daha kolay öğreniyoruz. Yeni öğrendiğimiz bilgiler hemen pekişiyor ve kafamızda yer ediyor” (Katılımcı 9).

Nitel aşamada, “öğrendiğini anlat” yöntemi uygulanmayan hastaların ise yanlış anlama veya eksiklikler yaşadığı görülmüştür. Katılımcı 7 ve Katılımcı 18 gibi bazı hastalar, eğitim sırasında yeterince tekrar yapmadıkları için evde yanlış uygulamalar yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular, nicel sonuçlarla da uyumlu olarak, “öğrendiğini anlat” yönteminin hastaların öğrenme süreçlerini desteklediğini ve tedaviye uyumu artırdığını göstermektedir.

“Bence insülin eğitimi sırasında öğrendiklerim arasında eksiklikler kaldı ve evde denediğimde bazı şeyleri yanlış yaptığımı fark ettim. Keşke tekrar ettirseylerdi. Bu yöntem faydalı olurdu. Kendim o an tekrar etmediğim için eve gittiğimde yanlış yaptım ve ilacı yeteri dozda alamadığımı anladım” (Katılımcı 7).

“Devlet hastanesinde doktorum çok hızlı konuştu ve ben de her şeyi anlamadım. Hiçbir şey sormadılar, sadece anlatıp geçtiler. İnsülin dozunu kaçırdığımda ne yapmam gerektiğini tam olarak anlayamadım. Öğrendiklerim arasında eksiklikler kaldı ve evde denediğimde bazı şeyleri yanlış yaptığımı fark ettim. Eğer tekrar edip onlara göstermiş olsaydım belki yanlış yaptığımı fark edip baştan düzeltirlerdi. İlaç dozlarımı bu nedenle verimli kullanamadım” (Katılımcı 18)

Bu bulgular doğrultusunda, çalışmamızın hem nicel hem de nitel bulguları “öğrendiğini anlat” yönteminin sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimde önemli bir strateji olduğunu ortaya koymaktadır.

Politika ve uygulamalar teması altında yapılan değerlendirmeler, sağlık profesyonelleri arasındaki koordinasyonun sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Nicel bulgular, hekim ve hemşireden eğitim alan hastaların puanlarının daha yüksek olduğunu gösterirken, nitel aşamada katılımcılar hekimlerin zaman yetersizliği nedeniyle detaylı bilgilendirme yapamadığını, ancak diyabet hemşirelerinin bu konuda büyük bir katkı sağladığını ifade etmiştir. Katılımcılar, diyabet hemşireliğinin daha aktif kullanılması gerektiğini ve hekimlerin hastaları bu profesyonellere yönlendirmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır.

Ayrıca çalışmamızın nicel aşamasında yer almayan ya da anlamlılık oluşturmayan ancak nitel aşamada yaptığımız derinlemesine görüşmeler sayesinde ortaya çıkan bulgular, kurumların sağlık okuryazarlığına duyarlılığı açısından hasta perspektifinden önemli bilgiler sunmaktadır. Bireylerarası iletişim stratejileri teması altında bireysel farklılık ve ihtiyaçlara duyarlı olma ile varsayımlardan kaçınma temaları; politika ve uygulamalar teması altında ise bilgiye ve hizmete erişim ile periyodik takip temaları sağlık okuryazarlığına duyarlılıklarını artırma yönünde hangi adımları atabileceklerine dair ipuçları sunmuştur.

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmanın nicel aşamasının temel amacı, sağlık kurumlarının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim yeterliliklerini hastalar açısından değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim (HL-COM) Ölçeğini Türkçe 'ye uyarlamak ve geçerliğini sağlamaktır. Bu uyarlama oldukça önemlidir, çünkü iletişim, kurumsal sağlık okuryazarlığının on temel özelliğinden biri olarak kabul edilir ve sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalık yönetimi ve sonuçları arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (Brach ve ark., 2012). HL-COM ölçeğinin Türk kültürel bağlamda, özellikle diyabet hastaları üzerinde uyarlanması sürecinde, ölçeğin orijinal geliştiricisi Ernstmann ve ark. (2017) bulgularını ve bu ölçeği kullanan diğer çalışmaların sonuçlarını destekleyen anlamlı veriler elde edilmiştir. Çalışmamız, HL-COM ölçeğinin yüksek iç tutarlılık ve güvenilirlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Çalışmanın güvenilirliği 0,95 Cronbach alfa katsayısı ve madde-toplam korelasyonlarının 0,76 ile 0,91 arasında değişmesi ile kanıtlanmıştır. Literatürde, Cronbach alfa katsayısının 0,70'in üzerinde olması genellikle kabul edilebilir bir iç tutarlılık düzeyini, 0,80'in üzerinde olması ise yüksek güvenilirliği gösterdiği belirtilmektedir (Nunnally & Bernstein, 1994; Tavakol & Dennick, 2011). Ayrıca, madde-toplam korelasyonlarının 0,30'un üzerinde olması, maddelerin ölçeğin genel yapısı ile uyumlu olduğunu ve ölçeğin ölçmek istediği yapıyı başarılı bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir (DeVellis, 2021).

Bu bulgular, ölçeği geliştiren Ernstmann ve ark.'nın (2017) rapor ettiği 0,912 Cronbach alfa katsayısı ve 0,622 ile 0,762 arasındaki madde-toplam korelasyonları ile de uyumludur. Her iki çalışma, HL-COM ölçeğinin çeşitli kültürel bağlamlarda ve hasta gruplarında güvenilirliğini doğrulamakta olup, ölçeğin farklı ortamlarda sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi sürekli olarak değerlendirdiğini önermektedir.

Madde-toplam korelasyon değerleri, ölçeğin her bir maddesinin, toplam puanla ne kadar ilişkili olduğunu göstermektedir. Genel olarak, 0,30'un üzerindeki değerler, madde-toplam korelasyon açısından yeterli kabul edilmektedir (Seçer, 2017). Bu çalışmada, tüm maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri 0,76 ile 0,91 arasında değişmiştir. Bu bulgular, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ve tüm maddelerin, ölçülen yapıya güçlü bir katkı sağladığını göstermektedir. Madde-toplam korelasyon değerlerinin yüksek çıkması, ölçeğin toplam puanının genel yapıyı doğru bir şekilde temsil ettiğini göstermektedir. Bu bulgular, iç tutarlılık açısından ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Kline, 2016; Seçer,

2017). Ernstmann ve ark.'nın (2017) çalışmasında madde-toplam korelasyon değerleri 0,622 ile 0,762 arasında değişirken, bu çalışmada bu değerlerin 0,76 ile 0,91 arasında değiştiği görülmüştür. Madde-toplam korelasyon değerleri, genellikle 0,30'un üzerinde olduğu takdirde kabul edilebilir olarak değerlendirilir (Seçer, 2017). Bu bağlamda, her iki çalışmada da tüm maddelerin bu sınırın oldukça üzerinde olması, her iki ölçeğin de iyi bir geçerliğe sahip olduğunu göstermektedir. Orijinal çalışmada örneklem, kanser hastalarından (göğüs ve kolon kanseri) oluşurken, bu çalışmada diyabet hastaları ile çalışılmıştır. Kanser hastaları, tanı ve tedavi süreçlerinde karmaşık ve detaylı bilgilere ihtiyaç duyarlar. Bu hastalar, tedavi seçenekleri, yan etkiler, prognoz ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi konularda kapsamlı bilgi arayışındadırlar. Özellikle tedavi kararları alırken, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarıyla başa çıkabilmek için doğru ve detaylı bilgilere erişim, tedavi sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Gencer ve ark., 2021; Eskiler ve ark., 2023). Diyabet hastaları ise genellikle hastalıklarının yönetimi için rutin ve tekrarlayan bilgilere ihtiyaç duyarlar. Bu bilgiler arasında kan şekeri kontrolü, beslenme planlaması, egzersiz rutinleri ve ilaç kullanımı gibi günlük yaşamda uygulanması gereken temel konular bulunmaktadır. Diyabet tedavisinde, hastaların diyabet konusunda eğitilmesi, düzenli egzersiz yapılması, dengeli beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri temel unsurlardır (Aydoğan ve ark, 2020; Küçük ve ark, 2023). Bu farklılıklar, kanser hastalarının daha karmaşık ve detaylı bilgiye ihtiyaç duyarken, diyabet hastalarının daha rutin ve genel bilgilere ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bu durum, hastalıkların doğası ve tedavi süreçlerinin farklılığından kaynaklanmaktadır. Bu durum, ölçeğin farklı bağlamlarda nasıl performans gösterdiğini anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, ölçeğin Türkçe versiyonunun farklı örneklem gruplarında ve kültürel bağlamlarda geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması önerilmektedir. Bu tür çalışmalar, HL-COM ölçeğinin uluslararası alanda daha geniş bir uygulama alanı bulmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda HL-COM ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik analizleri çerçevesinde test-tekrar test yöntemi uygulanmış ve ölçeğin zamana karşı tutarlılığı incelenmiştir. Test-tekrar test sürecinde, 40 katılımcı ile gerçekleştirilen analizler sonucunda ICC değeri .98 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, ölçme aracının zamana bağlı tutarlılığının mükemmel seviyede olduğunu göstermektedir. Literatürde, ICC değerlerinin 0.75'in üzerinde olmasının “mükemmel güvenilirlik” olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir (Terwee ve ark., 2007; Mondal ve ark., 2024; Bujang ve Baharum, 2017). Çalışmamızda elde edilen yüksek ICC

değeri, ölçme aracının güvenilirliğini güçlü bir şekilde desteklemektedir. Test-tekrar test uygulamasında kullanılan örneklem büyüklüğü açısından literatürde bir fikir birliği olmamasına rağmen, ICC değeri 0.7 ve üzerindeyse, 20-40 kişilik bir örneklemin güvenilir bir test-tekrar test analizi için yeterli olduğu ifade edilmektedir. Terwee ve ark. (2007) test-tekrar test analizleri için minimum 50 katılımcı önermektedir. Ancak Bujang ve Baharum'un (2017) çalışmaları, hedeflenen ICC değerine bağlı olarak daha küçük örneklem büyüklüklerinin de yeterli olabileceğini belirtmektedir. Örneğin, ICC değeri 0.50 olan bir çalışmada 22 kişilik bir örneklemin yeterli olduğu, ICC değeri 0.70 olduğunda ise yalnızca 10 kişilik bir örneklemin gerekli olabileceği ifade edilmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda kullanılan 40 kişilik örneklem büyüklüğü, elde edilen yüksek ICC değeri (0.98) ile değerlendirildiğinde literatürde önerilen standartları karşılamaktadır ve hatta bu standartların ötesindedir.

COSMIN (CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments), sağlık ölçüm araçlarının seçimi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir dizi standart içeren kılavuzdur. Bu girişim, araştırma ve klinik uygulamalarda en uygun ölçüm aracının seçilmesini ve kullanılmasını iyileştirmeyi amaçlar. COSMIN, metodolojik kaliteyi artırmak için literatür incelemeleri ve uzman görüşlerine dayalı olarak geliştirilmiştir (Prinsen ve ark, 2018; Mokking ve ark, 2020; Özer & Apay, 2022; Terwee ve ark, 2018). Ölçek uyarlama çalışmalarında, COSMIN kılavuzu, ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenilirlik özelliklerini sistematik ve standart bir şekilde değerlendirmeyi sağlar. Bu kılavuz, araştırmacılara ölçüm araçlarını seçerken veya değerlendirirken izlemesi gereken on adımlık bir prosedür sağlar ve bu süreçte bilimsel kanıtlara dayalı önerilerde bulunur. Araştırmacıların ölçüm araçlarının psikometrik özelliklerini objektif ve standart bir şekilde değerlendirmelerine yardımcı olur. Bu sayede, sağlık alanında kullanılan ölçüm araçlarının kalitesi ve güvenilirliği artırılır, böylece elde edilen verilerin doğruluğu ve geçerliği sağlanır (COSMIN Initiative, 2020).

COSMIN kılavuzunda, test-tekrar test uygulamaları için uygun zaman aralığının seçimi önemli bir kriter olarak belirtilmektedir. Aradaki süre, katılımcıların hafıza etkisinden etkilenmeyecek kadar uzun, ancak ölçülen yapıda doğal değişikliklerin meydana gelmeyeceği kadar kısa olmalıdır (Terwee ve ark., 2007). Çalışmamızda, test ve tekrar test uygulamaları arasında iki haftalık bir süre bırakılmıştır. Bu süre hem hafıza etkisinin hem de yapısal değişimlerin etkisini minimize eden bir zaman aralığı olarak literatürle uyumludur. Bu sonuçlar, çalışmamızda kullanılan metodolojinin literatürle tutarlı olduğunu ve ölçme aracımızın güvenilirliğini güçlü bir şekilde desteklediğini ortaya koymaktadır.

Kapsam geçerliği, bir ölçme aracının, ölçmeyi hedeflediği konuyu dengeli ve yeterli bir şekilde temsil etme derecesini ifade eder. Araştırmacının yalnızca kendi değerlendirmesine dayanarak kapsam geçerliğini belirlemesi yanıltıcı sonuçlar doğurabileceğinden, bu sürecin uzman görüşleri ile desteklenmesi önerilmektedir (Tavşancıl, 2019). Bu çalışmada, Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeği'nin kapsam geçerliğini belirlemek amacıyla Lawshe tekniği kullanılmıştır. Lawshe'nin geliştirdiği yöntem, uzman görüşlerini dikkate alarak kapsam geçerliğini değerlendiren bir tekniktir. Elde edilen verilerle “Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)” hesaplanır ve daha sonra tüm maddeler için hesaplanan bu oranların ortalaması alınarak “Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)” elde edilir (Lawshe, 1975). Bizim çalışmamızda ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmek için 11 uzman görüşüne başvurulmuş ve maddeler Lawshe tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Bu analiz sonucunda, ölçekte yer alan tüm maddelerin kapsam geçerlik oranlarının yeterli düzeyde olduğu belirlenmiş ve toplam Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ölçeğin kapsam geçerliğinin oldukça yüksek bir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeği'nin (HL-COM) Türkçe uyarlaması kapsamında yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla DFA uygulanmıştır. Bu yöntem, ölçeğin faktör yapısının doğrulanması ve teorik modelin veriyle uyumunun değerlendirilmesi için kritik bir araçtır (Kline, 2016; Seçer, 2017; Çelik & Yılmaz, 2016). DFA sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerleri, ölçeğin yapı geçerliğini desteklemiştir. DFA'da modelin uygunluğu, uyum iyiliği indeksleri üzerinden değerlendirilmiştir. Literatürde, yaygın olarak kullanılan uyum indeksleri ve kabul edilebilir değer aralıkları şu şekilde belirtilmektedir: χ^2/sd (Ki-kare/serbestlik derecesi) değerinin 2'nin altında olması iyi uyumu, 5'in altında olması ise kabul edilebilir uyumu gösterir (Kline, 2016; Seçer, 2017; Çelik & Yılmaz, 2016). RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation/ Yaklaşık hataların karekök ortalaması) değeri için 0,05'in altı iyi uyumu, 0,08'in altı ise kabul edilebilir uyumu ifade eder. GFI (Goodness of Fit Index/Uyum İyiliği İndeksi), CFI (Comparative Fit Index/ Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) ve IFI (Incremental Fit Index/ Artırımlı Uyum İndeksi) gibi indekslerin 0,90 ve üzeri değerleri kabul edilebilir, 0,95 ve üzeri değerleri ise iyi uyumu gösterir (Seçer, 2017; Kline, 2016).

Bu bilgiler ışığında, Sağlık Okuryazarlığına Duyarlı İletişim Ölçeği'ne uygulanan ilk modelde elde edilen uyum değerleri şunlardır: $\chi^2/sd = 3.76$, GFI = 0.89, AGFI = 0.82, IFI = 0.96, TLI = 0.95, CFI = 0.96 ve RMSEA = 0.11. Bu bulgular, modelin genel olarak kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğunu ancak iyileştirme yapılabileceğini göstermiştir. Modele iyileştirme

amacıyla üç hata kovaryansı eklenmiş (Cov (e6, e7); Cov (e4, e8); Cov (e1, e9)) ve bu düzenlemelerle ikinci model analiz edilmiştir. İyileştirilmiş modeldeki DFA sonuçları şu şekilde elde edilmiştir: $\chi^2/sd = 2.21$, GFI = 0.94, AGFI = 0.90, IFI = 0.98, TLI = 0.97, CFI = 0.98 ve RMSEA = 0,074. Bu değerler, modelin uyum iyiliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve literatürde belirtilen standartlarla uyumlu olduğunu göstermektedir (Kline, 2016; Çelik ve Yılmaz, 2016; Seçer, 2017).

Orijinal çalışmada, ölçek tek bir faktör altında toplanmış ve bu faktör, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim (HL-COM) olarak adlandırılmıştır. Ernstmann ve ark. (2017), başlangıçta 30 madde ile başlanan çalışmada, faktör analizi sonucunda ölçeği 9 madde ile sınırlandırmışlardır. Bu çalışmada da benzer şekilde, HL-COM ölçeğinin tek faktörlü bir yapı sergilediği doğrulanmıştır. Faktör yükleri açısından karşılaştırıldığında, Ernstmann ve ark.'nın çalışmasında faktör yüklerinin 0,727 ile 0,800 arasında değiştiği görülmüştür. Bu çalışmada ise faktör yükleri 0,75 ile 0,94 arasında değişmiştir. Faktör yapısının korunmuş olması, kültürlerarası uyarlama çalışmalarında ölçeğin geçerliğini destekleyen önemli bir bulgudur (Ernstmann ve ark., 2017). Uyarlama sürecinde genellikle, faktör yapısının korunması, ölçeğin teorik dayanağına sadık kalındığını ve ölçmek istediği kavramı farklı kültürlerde de benzer şekilde ölçebildiğini gösterir. Bu çalışmada, ölçeğin tek faktörlü yapısı korunarak, orijinal teori ile tutarlılık sağlanmıştır.

Bu çalışmada yer alan katılımcıların demografik ve tanıtıcı özellikleri, literatürdeki diğer benzer çalışmalarla karşılaştırılmış ve ortaya çıkan benzerlikler ve farklılıklar tartışılmıştır. Bu bağlamda, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, diyabet türü, diyabet süresi ve ek hastalıklar gibi değişkenler detaylı olarak ele alınmıştır.

Çalışmamızda, 221 katılımcının %82'sinin tip 2 diyabet, %9'unun tip 1 diyabet ve %9'unun gestasyonel diyabete sahip olduğu belirlenmiştir. Bu dağılım, diyabetin toplumlarda en yaygın olarak görülen türü olan tip 2 diyabetin prevalansını vurgulamaktadır ve ulusal ile uluslararası literatürde bildirilen oranlarla tutarlıdır. Ulusal düzeyde, Türkiye Diyabet Programı 2023-2027 raporunda, Türkiye'de diyabet prevalansının büyük bir kısmını tip 2 diyabetin oluşturduğu belirtilmiştir. Tip 2 diyabet oranının %90'a yaklaştığı ve bu durumun obezite, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve fiziksel inaktivite ile yakından ilişkili olduğu ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Aynı raporda, tip 1 diyabetin daha az görüldüğü ve genellikle erken yaşlarda tanı aldığı belirtilirken, gestasyonel diyabetin ise

gebelikte artan insülin direnci ile ilişkilendirildiği vurgulanmıştır. Uluslararası düzeyde, Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2021 raporunda, dünya genelinde diyabetin %90-95'inin tip 2 diyabet olduğu ve tip 1 diyabetin ise toplam diyabet vakalarının %5-10'unu oluşturduğu belirtilmiştir (International Diabetes Federation, 2021). Çalışmamızdaki tip 2 diyabet oranı (%82), hem Türkiye hem de dünya genelindeki raporlarla benzerlik göstermektedir.

Türkiye'de diyabet prevalansını belirlemeye yönelik yapılan en kapsamlı çalışmalar, Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmaları I (TURDEP-I) ve II (TURDEP-II) olmuştur. TURDEP-I, 1998 yılında, TURDEP-II ise 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. TURDEP-II çalışması, Türkiye genelinde 26.499 katılımcının yer aldığı büyük ölçekli bir araştırma olup, diyabet ve ilişkili sağlık durumları hakkında kapsamlı veri sağlamıştır. Bu çalışmada, diyabet prevalansının TURDEP-I'e kıyasla yaklaşık iki katına çıkarak %13,7'ye ulaştığı bildirilmiştir (Satman ve ark., 2002; Satman ve ark., 2013; Türkiye Diyabet Vakfı, 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Ancak, TURDEP-II'den bu yana, bu kadar geniş katılımlı ve ulusal düzeyde kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır.

TURDEP-II verilerine göre, diyabet prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. Özellikle 40-44 yaş grubundan itibaren belirgin bir yükselme kaydedilmiş ve 55 yaş üstü bireylerde diyabet sıklığı %33'e kadar çıkmıştır. Cinsiyet açısından, kadınlarda diyabet prevalansı erkeklere kıyasla daha yüksektir (Satman ve ark., 2013). Bu bulgular, çalışmamızda belirlenen yaş ve cinsiyet dağılımıyla uyumludur. Çalışmamızda, katılımcıların yaşlarının 19-89 arasında değiştiği, ortalama yaşın 50 olduğu ve kadın katılımcı oranının %57 olduğu görülmektedir. Bu durum, Türkiye'deki diyabetin yaşlı bireylerde ve kadınlarda daha sık görüldüğüne dair literatürle örtüşmektedir. Özdemir'in (2023) çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması $53,8 \pm 13,4$ olarak; Sancar'ın (2021) çalışmasında ise yaş ortalamaları $56,40 \pm 8,25$ olarak bildirilmiştir. Young-Rock Hong ve ark. (2020) 18 yaş üstü diyabet hastalarıyla hasta merkezli bakım ve “öğrendiğini anlat” yöntemi ile ilgili bir çalışma yapmış ve çalışmada ortalama yaş 69 olarak bulgulanmıştır. Bu bulgular çalışmamızdaki yaş dağılımının diyabetli bireylerin ulusal ve uluslararası profiliyle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Daha güncel çalışmalara bakıldığında, Türkiye Diyabet Vakfı'nın 2020-2030 raporu ve Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Diyabet Programı 2023-2027 raporu dikkate alınabilir. Bu raporlar, Türkiye'de diyabet artış hızının dünya ortalamasının üzerinde olduğunu ve yaklaşık 7 milyon

yetişkinin (%15) diyabet hastası olduğunu göstermektedir. Raporlarda, diyabet sıklığının özellikle orta yaş ve üzeri bireylerde yüksek olduğu, kadınlarda ise erkeklere kıyasla daha yaygın olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmamızdaki bulgular, bu raporlardaki genel eğilimlerle tutarlıdır (Türkiye Diyabet Vakfı, 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023).

Dünya genelinde diyabet prevalansının yaşla birlikte arttığı ve özellikle 40-59 yaş aralığında zirve yaptığı, uluslararası literatürde geniş bir şekilde belgelenmiştir. Çalışmamızda, katılımcıların yaş aralığının 19 ile 89 arasında değiştiği ve ortalama yaşı 50 olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, dünya genelinde diyabet prevalansına ilişkin yapılan çalışmalarda belirtilen eğilimlerle uyumludur. Shaw ve ark. (2010) çalışmasında, dünya genelinde diyabet prevalansının özellikle 40-59 yaş grubunda zirve yaptığı ve bu yaş grubunun diyabet yönetimi açısından kritik bir dönem olduğu vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Guariguata ve ark. (2014), 2013 yılı verilerine dayanarak, bu yaş grubundaki diyabet prevalansının yüksekliğini ve gelecekte bu eğilimin devam edeceğini belirtmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) 10. Diyabet Atlası (2021) raporunda da diyabet prevalansının yaşla birlikte artış gösterdiği ve özellikle 40-59 yaş grubunda en yüksek seviyelere ulaştığı belirtilmiştir. Wild ve ark. (2004) benzer şekilde, yaşı diyabet riskini artıran önemli bir faktör olduğunu ve diyabet prevalansının 40 yaşı üzerinde keskin bir artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Daha güncel bir çalışma olan Sun ve ark. (2022) IDF Diabetes Atlas'a dayanan araştırmasında, 2021 yılı itibarıyla diyabet prevalansının 40-59 yaş aralığında zirve yaptığı ve 2045 yılına kadar bu yaş grubunda diyabet prevalansının artmaya devam edeceği tahmin etmiştir. Zhou ve ark. (2016) 1980'den bu yana diyabet prevalansındaki küresel artışa dikkat çekmiş ve bu artışın 40 yaş üzerindeki bireylerde belirginleştiğini vurgulamıştır. Çalışmamızdaki bulgular, bu küresel eğilimlerle uyumlu olup diyabetin yaşa bağlı olarak artış gösteren bir hastalık olduğunu bir kez daha teyit etmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların diyabet süresi dağılımı şu şekildedir: %44'ü diyabet teşhisi konulalı 5 yıldan az bir süre geçmişken, %18'i 6-10 yıl boyunca diyabetle yaşamış ve %38'i diyabetle 10 yıldan fazla süredir mücadele etmektedir. Bu bulgular, diyabet süresinin komplikasyon riskini etkileyen önemli bir faktör olduğunu gösteren ulusal ve uluslararası literatürle benzerlik göstermektedir. Açıkgöz ve ark. (2019), tip 2 diyabetli hastaların ortalama diyabet süresinin $8,7 \pm 6,6$ yıl olduğunu belirlemiş ve bu sürenin artmasının komplikasyon riskini önemli ölçüde artırdığını vurgulamıştır. Katılımcıların ortalama hastalık süresinin 9,51

yıl±6,86 olarak bulgulandığı Aydoğan ve ark. (2020) ise, diyabet tanı süresi ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmuş ve uzun süreli diyabeti olan bireylerin bilgi düzeylerinin tedavi yönetimi üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, diyabet süresi 10 yıldan fazla olan bireylerde komplikasyon prevalansının önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir. Türkiye Diyabet Vakfı'nın (2023) raporu da diyabet süresinin uzamasının komplikasyon gelişiminde belirleyici bir faktör olduğunu ve bu nedenle diyabetin başlangıç evresinde etkili yönetimin kritik önem taşıdığını ifade etmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2023). Türkiye Diyabet Programı (2023-2027) raporunda, diyabet süresinin uzamasının bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü ve sağlık hizmetleri üzerindeki yükü artırdığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Uluslararası literatürde de diyabet süresinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi geniş bir şekilde incelenmiştir. Bjerg ve ark. (2021), tip 1 diyabetli bireylerde komplikasyon süresi ve mortalite arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve bu riskin özellikle 10 yıldan fazla diyabet süresi olan bireylerde daha belirgin hale geldiğini göstermiştir. Harding ve ark. (2018), diyabet süresinin uzamasının kardiyovasküler hastalıklar ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonların sıklığını artırdığını rapor etmiştir. Liu ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, diyabet süresi uzadıkça nöropati ve retinopati prevalansının arttığı belirtilmiştir. Wang ve ark. (2023) ise, diyabet süresi ile mortalite arasındaki ilişkiyi incelemiş ve özellikle insülin bağımlı diyabetli bireylerde bu ilişkinin güçlü olduğunu ortaya koymuştur. Puddu ve ark. (2024) çalışmasında, diyabet süresinin 15 yıl ve üzerinde olduğu bireylerde ölüm oranlarının iki katına çıktığı rapor etmiştir. Diyabet süresi komplikasyon gelişimini doğrudan etkilemekte ve bu durum hem bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte hem de sağlık sistemine olan yükü arttırmaktadır. Dünya genelinde uzun süreli diyabet hastalarının komplikasyon yükü özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yaygındır. (Zhou ve ar., 2016). Bu sonuçlar, çalışmamızdaki %38 oranındaki uzun süreli diyabet hastalarının komplikasyon riskinin daha fazla olduğunu ve bu bireylerin düzenli takibinin kritik olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %29'u diyabet kaynaklı en az bir komplikasyon yaşamıştır. Bu komplikasyonlar arasında nöropati en yaygın olanı olup katılımcıların %21'ini etkilemiştir. Bu bulgu, literatürde bildirilen oranlarla büyük ölçüde uyumludur ve diyabetik nöropatinin (DN) sık karşılaşılan komplikasyon olduğunu vurgulamaktadır. DN, hem tip 1 hem de tip 2 diyabetli bireylerde görülebilen en yaygın mikrovasküler komplikasyonlardan biridir (Busui ve ark., 2017). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, DN prevalansının geniş bir aralıkta bildirildiği

görülmektedir. Ertur ve ark. (2020), DN'nin diyabetik bireylerde %38,7 oranında görüldüğünü ve bu durumun diyabet süresi, kötü glisemik kontrol ve obezite gibi faktörlerle ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Görgülü ve ark. (2022) ise, DN'nin bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğünü ve nöropati semptomlarının kontrol altına alınmasının diyabet yönetiminde önemli bir hedef olduğunu belirtmişlerdir. Uçar ve ark. (2022) DN'nin, diyabetik komplikasyonlar arasında en yaygın olan komplikasyon olduğu vurgulamıştır. Türkiye Diyabet Programı (2023-2027), DN'nin, düzenli taramalar ve erken tanı ile önlenabilir komplikasyonlar arasında yer aldığını ifade etmiştir. Ayrıca, programda DN'nin yönetiminde multidisipliner bir yaklaşımın önemi vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Uluslararası literatürde de DN, diyabetin en sık rastlanan komplikasyonlarından biri olarak ele alınmaktadır. Zhu ve ark. (2024), DN'nin, diyabet süresi 10 yılın üzerinde olan bireylerde %50'ye kadar görüldüğünü ve bu komplikasyonun ayak ülserleri ve amputasyon riskini artırdığını belirtmiştir. Elafros ve ark. (2022), dünya genelinde DN prevalansının %31,5 olduğunu ve bu durumun kötü glisemik kontrol ve metabolik sendrom ile ilişkili olduğunu rapor etmiştir. Burgess ve ark. (2021), DN'nin erken evrede sinir lifi hasarının tespiti ile önlenebileceğini ve nöropatik ağrının yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürdüğünü belirtmiştir. Lu ve ark. (2020) 14 ülkede gerçekleştirdiği çalışmada, DN prevalansının %20-40 arasında değiştiği ve bu durumun diyabetik bireylerde kötü glisemik kontrol ve hipertansiyon gibi faktörlerle ilişkili olduğu belirtmiştir. Tavakoli ve ark. (2023) ise, DN'nin global sağlık sistemlerine büyük bir ekonomik yük getirdiğini ve önlenmesinde multidisipliner bir yaklaşımın gerekli olduğunu vurgulamıştır. Çalışmamızdaki %21'lik DN prevalansı, ulusal ve uluslararası literatürde bildirilen oranlarla büyük ölçüde uyumludur. DN'nin yönetiminde erken tanı, düzenli tarama programları ve bireysel tedavi yaklaşımlarının önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, glisemik kontrolün sağlanması, yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi ve multidisipliner tedavi yaklaşımları, DN'nin önlenmesi ve yönetiminde kritik bir rol oynamaktadır.

Diyabet, yaygın bir kronik hastalık olmasının ötesinde, çoğu zaman hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve diğer metabolik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Çalışmamızda elde edilen veriler, katılımcıların %65'inin diyabetin yanı sıra ek bir hastalığını bulunduğunu göstermiştir. Bunlar arasında hipertansiyon (%30,3), kardiyovasküler hastalıklar (%12,2), obezite (%37,6) ve tiroit sorunları (%7,7) bulunmaktadır. Bu oranlar, literatürde belirtilen oranlarla uyumlu olup diyabetin birçok komorbiditeyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Hipertansiyon, diyabetle birlikte en sık görülen komorbiditelerdendir. Türkiye

Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2022 Hipertansiyon Kılavuzu'nda, diyabet hastalarının %60'ında hipertansiyon tanısı bulunduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda hipertansiyon oranı %30,3 olarak rapor edilmiştir ve bu oranın, literatürdeki global prevalansın biraz altında yer aldığı gözlemlenmiştir. Uçar ve Tamer (2022), Türkiye'de yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, Tip 2 diyabet hastalarında hipertansiyon prevalansını %53,8, koroner arter hastalığı oranını ise %12,4 olarak rapor etmiştir. Bu oranlar, çalışmamızdaki kardiyovasküler hastalık oranı olan %12,2 ile oldukça uyumludur. Obezite, diyabetle sıkça eşlik eden bir diğer önemli komorbiditedir. Kruglikov ve ark. (2020) obezite ve diyabet arasındaki ilişkiyi irdelemiş ve bu iki durumun patofizyolojisinin ortak mekanizmaları paylaştığını vurgulamıştır. Çalışmamızda obezite oranı %37,6 olarak bulunmuş ve bu oran, hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Obezite ve diyabet, modern toplumlarda yaygın olarak görülen ve sıklıkla birbiriyle ilişkili olan iki temel sağlık sorunudur. Yapılan araştırmalar, obezitenin tip 2 diyabet gelişimi için güçlü bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Obez bireylerde tip 2 diyabet görülme riski, normal kilolu bireylere kıyasla yaklaşık 3 ila 7 kat daha fazladır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017). Ayrıca, obezite prevalansının artışı, tip 2 diyabet sıklığındaki yükselişe paralel bir seyir izlemektedir. Dünya çapında diyabetli birey artışın önemli bir kısmının, obezite prevalansındaki yükselişe bağlı olduğu vurgulanmaktadır (Kruglikov ve ark., 2020). Türkiye'de gerçekleştirilen TURDEP-II çalışmasına göre ise obez bireylerde diyabet prevalansı, normal kilolu bireylerin yaklaşık üç katıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

İstatistikler, obezitenin özellikle abdominal yağlanmanın diyabet riskini artırmada kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Obez bireylerin %80'inden fazlasında diyabet gelişim riski olduğu, ancak kilo kaybının bu riski %50'ye kadar azaltabildiği bildirilmiştir (Kruglikov ve ark., 2020). Bu bulgular, obezite ve diyabetin birbiriyle güçlü bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, obeziteyle etkin mücadele stratejilerinin, diyabet sıklığını azaltmada kilit rol oynayacağı açıktır. Hem ulusal hem de uluslararası düzeyde alınacak önlemler, toplum sağlığını koruma ve sağlık hizmetleri üzerindeki yükü hafifletme açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızdaki diğer önemli tanımlayıcı bulgular ise insülin kullanma durumu ve düzenli kan şekeri takibi ile ilgili bulgular olmuştur. Katılımcıların %66'sı insülin kullanmaktadır. İnsülin kullanım oranları, Tip 1 diyabetli bireylerde %95, Gestasyonel diyabetli bireylerde %66 ve Tip 2 diyabetli bireylerde %63 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, insülin tedavisinin diyabet yönetiminde önemli bir yere sahip olduğunu ve kullanım oranlarının diyabet türlerine göre

farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Tip 1 diyabet, insülin üretiminin yetersiz olduğu veya tamamen durduğu bir hastalık olduğundan, bu hasta grubunun neredeyse tamamı insülin tedavisi almayı gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Diyabet Derneği gibi kuruluşlar, Tip 1 diyabetin tedavisinde insülinin temel tedavi olarak kullanıldığını belirtmektedir. Ayrıca, Tip 1 diyabetin tedavisinde insülinin yaşam boyu sürdürülmesi gerektiği, hastaların hem glukoz düzeylerini kontrol edebilmeleri hem de komplikasyonları önleyebilmeleri için son derece önemlidir. (Hemmingsen ve ar., 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Gestasyonel diyabet ise geçici bir durum olmasına rağmen anne ve fetus sağlığını korumak için sıklıkla insülin tedavisini gerektirir. IDF Diabetes Atlas 2021 raporuna göre, gebelikte hiperglisemi dünya genelinde gebeliklerin %16'sında görülmekte olup, insülin tedavisi bu durumda güvenli ve etkili bir seçenek olarak öne çıkmaktadır (American Diabetes Association, 2023; Inzucchi ve ark., 2015; International Diabetes Federation, 2021; Valent ve ark., 2022).

Çalışmamızda, katılımcıların yalnızca %39,8'inin düzenli kan şekeri takibi yaptığı belirlenmiş ve düzenli kan şekeri ölçümü ile insülin kullanımı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 4.289$, $p = 0,038$). Bu bulgu, düzenli takip ve glisemik kontrolün insülin ihtiyacını etkileyebileceğini göstermektedir. Düzenli kan şekeri takibinin glisemik kontrolü artırdığı ve HbA1c düzeylerini düşürdüğü literatürde belirtilmektedir. Çelik ve ark. (2018), düzenli kan şekeri ölçümü yapan bireylerin HbA1c düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğunu ve hiperglisemi riskinin azaldığını bildirmiştir. Ayrıca, düzenli kan şekeri ölçümünün hem hiperglisemi hem de hipoglisemi riskini azaltarak diyabet komplikasyonlarının önlenmesine yardımcı olduğu ifade edilmektedir. Yoğun insülin tedavisi uygulayan hastalarda düzenli kan şekeri takibi insülin dozlarının doğru ayarlanmasında ve glisemik kontrolün sağlanmasında kritik bir öneme sahiptir. Hemmingsen ve ark. (2011) meta analiz çalışmasında yoğun glisemik kontrolün mikro-vasküler komplikasyon riskini azalttığını, ancak hipoglisemi riskini artırabileceğini göstermiştir. Günlük kan şekeri ölçüm sıklığının artması, HbA1c seviyelerinin düşmesiyle ilişkili bulunmuş ve daha iyi glisemik kontrol sağlandığı bildirilmiştir. Bu durum, çalışmamızda insülin kullanan bireylerin düzenli kan şekeri takibi yapmasının, insülin doz ayarlamalarını kolaylaştırabileceği ve daha iyi glisemik kontrol sağlayabileceği yönündeki çıkarımlarla paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak, çalışmamız, düzenli kan şekeri takibinin diyabet yönetiminde başarının kilit unsurlarından biri olduğunu ve insülin kullanımı ile bu takibin doğrudan ilişkili olduğunu

ortaya koymaktadır. Düzenli kan şekeri takibinin teşvik edilmesi, glisemik kontrolün iyileştirilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için kritik bir adımdır. Bu doğrultuda, diyabet yönetiminde sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejilerinin benimsenmesi, hasta eğitiminin etkisini güçlendirerek düzenli kan şekeri takibinin yaygınlaştırılmasına katkı sağlayabilir.

Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeği puan ortalamaları ile ölçek puanlarının katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumları, yaşam tarzları ve iletişim süreciyle ilgili faktörler arasındaki ilişkiler literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Ernstmann ve ark. (2017), HL-COM ölçeğini kanser hastaları ile geliştirmiş ve bu süreçte kurumsal sağlık okuryazarlığı ve iletişim üzerinde durmuştur. Bulguları, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ile hasta yetkilendirmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Diyabet hastaları ile yapılan çalışmamız da hasta sonuçlarını iyileştirmede etkili iletişimin kritik rolünü vurgulamıştır. Bununla birlikte, diyabet yönetimi, hastalığın doğası gereği sürekli davranış değişikliği ve hasta özerkliğini gerektiren bir süreç olduğundan, iletişim ile hasta sonuçları arasındaki bu ilişkiler, kanser bakımından farklı olarak şekillenebilmektedir (Funnell & Anderson, 2004; Powers ve ark., 2017). Bu bağlamda, diyabet yönetiminde sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim, özellikle uzun vadeli hasta sonuçlarının iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamızda en düşük puan alan madde, 2.76 ortalama ile "Terimler ve kısaltmalar bana açıklandı" ifadesi olmuştur. Benzer şekilde, Ernstmann ve ark.'nın (2017) çalışmasında bu madde 3.08, Lubasch ve ark.'nın (2021) çalışmasında 2.78 puanla en düşük değerlendirilen madde olarak tespit edilmiştir. Üç farklı çalışmada da bu maddenin düşük puanlanması, sağlık profesyonellerinin genellikle hastaların tıbbi terimlere aşina olduğunu varsaymaları veya bu terimleri açıklamak için yeterince zaman ayıramamalarından kaynaklanan genel bir soruna işaret etmektedir. Bu durum, tıbbi iletişimde terimlerin ve kısaltmaların açıkça açıklanmasının hastalar açısından önemli bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Hendawi ve ark. (2024) geliştirdiği DiaKnow sistemi ile bu soruna yönelik yenilikçi bir çözüm sunmaktadır. DiaKnow, tıbbi belgelerde geçen karmaşık terimleri tanımlayarak, bağlamsal ve sadeleştirilmiş açıklamalar sunar. Sistem, BioBERT adlı dil modeli ve diyabete özgü bilgi grafiği kullanarak, her terimi hastanın sağlık okuryazarlığı seviyesine uygun şekilde açıklar. Örneğin, "HbA1C" gibi teknik bir terim, hasta için "Son 2-3 aydaki ortalama kan şekeri seviyenizi gösterir" şeklinde açıklanır. Ayrıca, güvenilir kaynaklara bağlantılar sağlayarak hastaların bilgiye erişimini kolaylaştırır. Bu tür teknolojiler, tıbbi bilgiyi

sadeleştirerek sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin bile sağlık yönetiminde daha etkin olmasını sağlar. Böyle bir sistem sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi geliştirmek adına yapılan önemli bir çabadır.

HL-COM ölçeğinde en yüksek puanlar ise çalışmalara göre değişiklik göstermiştir. Bizim çalışmamızda "Hastalığım ve tedavimle ilgili bilgileri anlamamın benim için önemli olduğu bana anlatıldı." ifadesi için 3,60, Ernstmann ve ark. (2017) "Sonuçlarım bana detaylı bir şekilde açıklandı " ifadesi için 3,48 ve Lubasch ve ark. (2021) "Benimle yavaş ve anlaşılır bir şekilde konuşuldu. " ifadesi için 3,21 olarak bulgulanmıştır. Çalışmamızdaki yüksek puan, hastalık durumu hakkında bilgi sahibi olmanın öneminin vurgulanmasında etkili bir iletişimi yansıtmaktadır; bu, muhtemelen hasta eğitimine odaklanılmasından kaynaklanmaktadır. Ernstmann ve ark.'nın (2017) sonuçları, özellikle kanser hastalarının eğitiminde tıbbi sonuçların ayrıntılı açıklamalarının önemini vurgulamaktadır. Lubasch ve ark.'nın (2021) bulguları ise klinik ortamlarda, özellikle karmaşık bilgilerin hastaları bunaltabileceği durumlarda, yavaş ve açık bir iletişimin değerini öne çıkarmaktadır.

Hasta merkezli iletişim, sağlık okuryazarlığı dostu kuruluşların temel özelliğidir (Brach ve ark., 2012). Bu yaklaşım, hastaların bakım sürecine katılımını sağlama, onların bakış açılarını anlama ve karar alma süreçlerine dahil etme anlamına gelir. Epstein & Street, 2007), hasta merkezli iletişimin hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki güven, empati ve iş birliğini geliştirerek daha iyi sağlık sonuçlarına yol açtığını vurgulamaktadır. Çalışmamızda hastalığı ve tedaviyi anlamamın önemine yönelik maddelere verilen yüksek puanlar, hasta merkezli iletişimin etkinliğini yansıtmaktadır. Bu bulgular, özellikle diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde hasta merkezli yaklaşımların hasta katılımını ve sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini gösteren diğer araştırmalarla tutarlıdır.

Çalışmada, eğitim içeriği, bilgilendirme veya eğitimin kim tarafından verildiği, kullanılan iletişim yöntemi gibi değişkenler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler de analiz edilmiştir. Öncelikle ölçek puanlarıyla anlamlı bir ilişki bulunmayan değişkenler ele alınmıştır. Yaş ($p = 0.541$), cinsiyet ($p = 0.340$), medeni durum ($p = 0.352$), eğitim düzeyi ($p = 0.882$), çalışma durumu ($p = 0.525$), gelir düzeyi ($p = 0.868$), sigara kullanımı ($p = 0.543$), alkol kullanımı ($p = 0.962$), birlikte yaşanan kişiler ($p = 0.988$), diyabet süresi ($p = 0.717$), ailede diyabet varlığı ($p = 0.787$) ve daha önce eğitim alınmış olması ($p > 0,05$) değişkenlerinin ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

İlaç ve insülin kullanımı durumunun sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeği puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Hiç ilaç kullanmayan hastaların ölçek puanlarının birden fazla ilaç kullanan hastaların ölçek puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). İnsülin kullanan bireylerin ölçek puanları, insülin kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,001$). Sağlık profesyonelinin insülin kullanan bireylerle iletişimde daha hassas olduğunu gösteren bulgularımız, tedavi sürecinin karmaşıklığı arttıkça sağlık profesyonellerinin hastalara daha fazla destek sağlayarak, sağlık okuryazarlığına duyarlı bir iletişim kurma çabasında olduklarını düşündürmektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde birden fazla ilaç kullanan bireylerin tedavi süreçlerinde daha fazla iletişim desteğine ihtiyaç duyduğunu belirtilmiştir. Karmaşık tedavi süreçleri, daha fazla açıklayıcı iletişim gerektirmektedir. Özellikle insülin gibi karmaşık tedavi rejimlerinde sağlık profesyonelleri daha detaylı ve dikkatli bir bilgilendirme sağlama eğilimindedirler. Karmaşık rejimler, hasta eğitiminde eksiklikler veya sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşüklüğü, hastaların ilaç uyumunu zorlaştırabilir (Güner, 2020; Lyles & Schillinger, 2013). İnsülin tedavisine başlama veya yeni ilaç eklenmesi gerektiğinde, hastaların anksiyete, güven eksikliği veya yanlış anlamaları yaygındır. Bu durum etkili iletişimle aşılabılır ve uyumun artmasını sağlar. Sağlık okuryazarlığının, özellikle kronik hastalık yönetiminde akılcı ilaç kullanımı ve tedaviye uyum üzerinde önemli bir etkisi vardır. Düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri, ilaçların doğru ve düzenli kullanımını zorlaştırmaktadır. Hasta eğitiminin yeterince sağlanması, hasta memnuniyetini artırabilir ve tedavi uyumunu güçlendirebilir (Rakel, 2009; Marciano ve ark., 2019).

Çalışmamızda, eğitim içeriği ile ölçek puanları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Egzersiz, beslenme/diyet gibi koruyucu önlemlerle ilgili eğitim alan katılımcıların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0,001$). Ancak, bu tür eğitimlerin sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Örneğin, egzersiz eğitimi alan katılımcıların oranı düşük olmasına rağmen, bu grubun ölçek puanları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bu bulgu, koruyucu önlemler konusunda detaylı bilgilendirmenin, bireylerin sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim algısını artırabileceğini düşündürmektedir.

Diyabet eğitimlerinin içeriğinin zenginleştirilmesi gerekliliği, mevcut literatür ve çalışmamızın bulgularıyla uyumludur. Örneğin, Mikhael ve ark. (2020) diyabet öz-yönetim eğitim programlarının, beslenme, egzersiz, stresle başa çıkma gibi öz-yönetim davranışlarını kapsadığında glisemik kontrol ve lipid profili üzerinde olumlu etkiler yarattığını belirtmiştir.

Benzer şekilde, CDC'nin Diyabet Önleme Programı kapsamında yaşam tarzı değişikliğine dayalı müdahalelerin (kilo kaybı ve fiziksel aktivite) etkili olduğu vurgulanmıştır (Wilson ve ark., 2023). Bu çalışmalar, sağlık okuryazarlığı ve yaşam tarzı değişikliğinin diyabet yönetimindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Greenwood ve ark. (2017) ise teknolojinin, bireysel geri bildirim mekanizmaları yoluyla diyabet eğitimlerini desteklediğini ve bu yaklaşımın egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi davranışları geliştirerek A1c seviyelerini düşürebileceğini göstermiştir. Benzer bir şekilde, Gruss ve ark. (2019), yaşam tarzı değişikliği ve kilo yönetimi gibi önlemlerin diyabetin önlenmesi ve kontrolünde etkili olduğunu ifade etmiştir. Bu bilgiler, egzersiz, diyet ve kilo kontrolü gibi koruyucu önlemlerin diyabet eğitimlerinde yer alması gerektiğini desteklemektedir.

Benzer durum HbA1c sonuçları için de geçerlidir. Çalışmamızda HbA1c ile ölçek puanları arasında düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunurken ($r = 0.221$, $p = 0,001$), AKŞ ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin değerlendirme ve iletişim süreçlerinde kısa vadeli bir gösterge olan AKŞ yerine, uzun vadeli glisemik kontrolün göstergesi olan HbA1c'ye odaklandığını düşündürmektedir. HbA1c düzeyi yüksek olan bireylerle daha fazla zaman harcanarak, onların ihtiyaçlarına yönelik sağlık okuryazarlığına duyarlı bir iletişim yaklaşımı benimsendiği anlaşılmaktadır. Fakat bu HbA1c seviyesi düşük bireylerin iletişim ve bilgilendirme konusunda dezavantajlı bir konuma düşebileceğini göstermektedir. HbA1c düşük olan bireyler, genellikle iyi bir glisemik kontrol altında oldukları varsayılarak daha az detaylı bilgilendirme ve destek alıyor olabilir. Bu durum, bu bireylerin sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurma fırsatını sınırlayabilir ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi açısından bir eksiklik oluşturabilir. Oysa düşük HbA1c değerlerine sahip bireylerin de sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde bilgi, rehberlik ve destek alması önemlidir, çünkü sağlık okuryazarlığının korunması ve geliştirilmesi süreklilik gerektirir.

Çalışmamızda, diyabet hastalarına verilen eğitimlerin içeriği ile sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgularımıza göre, beslenme, diyet ve egzersiz gibi koruyucu önlemlere yönelik eğitim alan hastaların ölçek puanlarının, bu konularda eğitim almayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak eğitim bilgilendirmede bu içeriklerin oranlarının oldukça düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu, eğitimlerin içeriğinde koruyucu sağlık davranışlarını teşvik eden konulara yeterince yer verilmediğini göstermektedir.

Diyabet hastalarına verilen eğitimler, hastaların hastalık yönetiminde bilgi düzeylerini artırmakta, öz-bakım davranışlarını geliştirmekte ve metabolik kontrolü iyileştirmektedir. Diyabet hastalarına verilen eğitimlerin, hastaların sağlık yönetim becerilerini geliştirme ve sağlık sonuçlarını iyileştirme üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Literatürde, planlı eğitim programlarının hastaların metabolik kontrol göstergeleri, öz-etkililik ve sağlık algıları üzerinde olumlu etkiler sağladığı belirtilmektedir. Bu eğitimlerin, diyabet yönetimine yönelik bilgi düzeyini artırmanın yanı sıra, bireylerin yaşam tarzlarına uyum sağlamalarını kolaylaştırdığı ve komplikasyonların önlenmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca, diyabet eğitiminin bireylerin diyet alışkanlıklarını iyileştirdiği, fiziksel aktivite düzeylerini artırdığı ve öz-yönetim becerilerini geliştirdiği ifade edilmektedir. Eğitimlerin, hastaların sağlık hedeflerine ulaşmalarına katkı sağlayarak yaşam kalitelerini artırdığı da sıkça rapor edilmiştir (Arslan ve ark., 2021; Bayrak & Çolak, 2012; Alharbi & Alotaibi, 2023). Ancak, diyabet hastalarına verilen eğitimlerin içeriği incelendiğinde, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bilgilendirme oranlarının düşük olduğu ve bu durumun, eğitimlerin kapsamının genellikle tedavi edici hizmetlere odaklanmasından kaynaklanabileceği görülmektedir. Samancıoğlu ve ark. (2020) bu durumu daha ayrıntılı bir şekilde ortaya koymaktadır. Çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde hemşireler tarafından verilen eğitimlerin çoğunlukla insülin kullanımı ve tedaviye odaklandığı, ancak komplikasyonların önlenmesi gibi kritik konuların yeterince ele alınmadığı belirtilmiştir. Diyabet hastalarına verilen eğitimlerin içeriği, yalnızca tedavi edici hizmetlere odaklanmamalı, aynı zamanda hastaların kendi sağlıklarını yönetme becerilerini geliştirmeye yönelik koruyucu sağlık bilgilerinden oluşmalıdır. Eğitimlerde, özellikle beslenme ve diyet, egzersiz ve komplikasyonların önlenmesine dair kapsamlı bilgilerin sağlanması, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırarak, tedavi süreçlerine aktif katılımlarını teşvik edebilir. Bizim çalışmamızda beslenme ve diyet, egzersiz gibi koruyucu sağlık önlemleri hakkında eğitim alan hastaların daha yüksek ölçek puanlarına sahip olması, bu yaklaşımın etkinliğini desteklemektedir.

Çalışmamızda, bilgilendirme ve eğitimin kim tarafından yapıldığının sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeği puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda hem hekim hem de hemşireden bilgilendirme alan bireylerin ölçek puanlarının en yüksek olduğu; sadece hemşireden bilgilendirme alan bireylerin ise, sadece hekimden bilgilendirme alan bireylere göre daha yüksek puanlara sahip olduğu tespit

edilmiştir. Bu bulgular, multidisipliner yaklaşımın hasta algısı üzerindeki olumlu etkilerini ve hemşirelerin hasta eğitimindeki kritik rolünü açıkça ortaya koymaktadır.

Sağlık profesyonellerinin bilgilendirme ve eğitim süreçlerindeki rolleri, diyabet hastalarının sağlık yönetimi becerileri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Literatürde, hemşirelerin hasta eğitimindeki kritik rolü vurgulanmakta ve multidisipliner bir yaklaşımın, hastaların hem tedavi sürecine katılımını hem de sağlık okuryazarlığını artırmada daha etkili olduğu ifade edilmektedir (Canbolat ve ark., 2022; Sivrikaya & Ergün, 2018; Zuhur & Yıldırım, 2024). Özellikle diyabet hastalarının öz-yönetim becerilerini desteklemek amacıyla hemşirelerin hasta eğitimi süreçlerinde daha fazla sorumluluk üstlendiği görülmektedir.

Hemşirelerin, hastaların davranış değişimlerini destekleyici rehberlik ve eğitim sağlaması, diyabet yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Sivrikaya ve Ergün'ün (2018) çalışmasında, etkin bir diyabet eğitiminin, bireylerin metabolik kontrol parametrelerini iyileştirdiği ve sağlık hedeflerine ulaşmalarında yol gösterici olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, Hills ve ark. (2022) çalışmasında, hemşirelerin davranış değişimi odaklı iletişim tekniklerine olan ihtiyaçları ve bu alandaki eksiklikler ortaya koymuştur. Hemşirelerin koçluk yetkinliği kazanması, diyabet hastalarının öz-yönetim becerilerini artırma ve sağlık hedeflerini netleştirme konularında etkili bir yöntem olarak sunulmuştur (Zuhur & Yıldırım, 2024).

Diyabet eğitimi, yalnızca bireysel tedaviye yönelik bilgi sağlamaktan çok, bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini destekleyen, öz farkındalık ve öz-bakım becerilerini geliştiren bir süreçtir. Bu nedenle hemşirelerin, eğitim programlarını planlama ve uygulama süreçlerindeki rolleri daha da ön plana çıkmaktadır. Eğitim içeriklerinin standartlaştırılması ve multidisipliner bir ekip tarafından sunulması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken, bireylerin sağlık sonuçları üzerinde de olumlu etkiler yaratmaktadır (Canbolat ve ark., 2022; Sivrikaya & Ergün, 2018; Zuhur & Yıldırım, 2024).

Çalışmamızda, bilgilendirme sürecinde kullanılan yazılı materyaller, uygulamalı anlatım ve “öğrendiğini anlat” yönteminin, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim algıları üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bulgularımız, bu yöntemlerin kullanıldığı durumlarda hastaların ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir. ($p < 0,001$). Yazılı materyaller, hastalara bilgiyi tekrar gözden geçirme ve kavrama fırsatı sunarak sağlık okuryazarlığını destekler. Bu materyaller, özellikle sözlü bilginin yetersiz kaldığı durumlarda hastaların sağlık bilgilerini anlamalarını kolaylaştırır. Literatürde yazılı materyallerin sağlık

bilgisi düzeyini artırdığı ve hasta memnuniyetini desteklediği vurgulanmaktadır (Çalışkan, 2019). Uygulamalı anlatım, özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda, bireylerin tedavi süreçlerine aktif katılımını sağlamak ve pratik beceriler kazandırmak için önemli bir yöntemdir. Uygulamalı eğitim, hastaların yalnızca bilgiyi anlamasını değil, aynı zamanda uygulama becerilerini geliştirmesini sağlar. Özellikle insülin enjeksiyonu gibi pratik gerektiren işlemler için uygulamalı anlatımın etkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda uygulamalı anlatım alan hastaların ölçek puanlarının yüksek olması, bu yöntemin iletişim süreçlerini daha etkili ve anlaşılır hale getirdiğini göstermektedir. Literatürde de bu yöntemin hasta memnuniyetini ve öz-yönetim becerilerini artırdığı belirtilmiştir (Hong ve ark., 2020). “Öğrendiğini anlat” yöntemi, hastaların sağlık bilgilerini tekrar ederek öğrenme süreçlerini pekiştiren ve anlamalarını ölçen bir yöntemdir. Çalışmamızda, “öğrendiğini anlat” yöntemi uygulanan hastaların ölçek puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu yöntemin hasta-hekim ilişkisini güçlendirdiği, hasta memnuniyetini artırdığı ve komplikasyon risklerini azalttığı rapor edilmiştir (Porter ve ark., 2016; Talevski ve ark., 2020; Zare ve ark., 2021).

Bu bulgular, sağlık profesyonellerinin hastaların sağlık okuryazarlığını desteklemek için kullandıkları materyal ve yöntemlerin iletişim sürecini nasıl olumlu etkilediğini göstermektedir. Sağlık profesyonelleri, yalnızca bilgiyi aktarmakla kalmayıp, hastaların anlamasını ve bu bilgiyi kullanmalarını sağlamaya yönelik bir çaba gösterdiğinde, bu durum hastalar tarafından sağlık okuryazarlığına duyarlı bir yaklaşım olarak algılanmaktadır. Yazılı materyal desteği, uygulamalı anlatım ve “öğrendiğini anlat” yönteminin birlikte kullanılması, iletişimi daha etkili, anlaşılır ve destekleyici hale getiren güçlü araçlardır.

Çalışmanın nitel bölümün bulgularında ‘bireylerarası iletişim stratejileri’ ve ‘politika ve uygulamalar’ olmak üzere iki ana tema ortaya çıkmıştır. Bireylerarası iletişim stratejileri ana teması altında bireysel farklılık ve ihtiyaçları fark etme, detaylı bilgilendirme, anlaşılır ve sade dil kullanma, kabullenme ve uyumu destekleme, varsayımlardan kaçınma, materyal desteği sağlama ve hasta katılımını teşvik etme alt temaları altında toplanmıştır. Bu bölümde bulguları, diyabet hastalığı, iletişim, kurumsal sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim alanlarındaki literatür ile karşılaştırarak, literatüre olan katkımızı tartışacağız.

Hasta ifadelerinin analizi sonucunda bireysel farklılıklarının ve ihtiyaçların dikkate alınması sağlık okuryazarlığına duyarlı bir iletişim stratejisi olarak ön plana çıkmıştır. Hastalar sağlık

hizmetleri sürecinde bireysel farklılıklarının dikkate alınmadığı durumlarda yaşadıkları sorunları ortaya koymuşlardır. Literatürde, bireysel farklılıklara ve ihtiyaçlara yönelik iletişim kurup bakım sürdürmeyi öneren hasta merkezli iletişim modeli sağlık hizmetlerinin kalitesini artıran en önemli yaklaşımlardan biri olarak görülmektedir (Epstein & Street, 2007; Mead & Bower, 2000). Çalışmamızda katılımcıların ifadeleri, sağlık profesyonellerinin bireysel özellikleri göz ardı etmesinin, iletişim sorunlarına ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğe neden olduğunu göstermektedir. Bireysel farklılıklara duyarlı yaklaşım, hasta merkezli bakımın temel prensiplerinden biridir. Bu model, her hastanın biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, sağlık hizmetlerinin bu farklılıklara göre düzenlenmesini savunur (Mead & Bower, 2000). Bireysel farklılıkların dikkate alınmaması, hastaların tedaviye olan güvenini azaltıp ve memnuniyetsizliği arttırmaktadır (Stewart ve ark., 2000). Çalışmamızdaki katılımcıların ifadeleri de bireysel fiziksel farklılıklara duyarlı olmanın, sağlık hizmetlerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Örneğin Katılımcı 12'nin *'Zayıfladığım için deri sarkması da olmuştu. İğneyi nereye yapacağımı bilemedim. Ama hemşire benim özel durumumda iğneyi nasıl yapabileceğimi de anlattı. Deriyi sıkmam gerektiğini vs. anlattı. Öyle anlatınca sorun yaşamadım.'* ifadesinde olduğu gibi hemşirenin hastaların fiziksel durumlarına uygun rehberlik sağlaması, hasta memnuniyetini artırmış ve tedavi sürecini kolaylaştırmıştır. Bu durum, bireysel ihtiyaçların fark edilmesinin, tedaviye uyum ve sürecin etkinliği açısından da kritik bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bireysel farklılıkların dikkate alınmaması, hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilir. Katılımcı 35'in şu ifadesi bu durumu destekler niteliktedir: *"Normalde günde dört kez insülin vurmam gerekiyordu fakat geceleri hep unutuyordum. Bu durumu doktora anlattım. Doktorum da ilaç dozunu ayarlayarak enjeksiyon sayısını üçe düşürdü. Yani benim ihtiyacıma göre tekrar ayarlama yaptı, ihtiyacıma dikkate aldı ve önem verdi. Bu durum beni çok memnun etti."* Bu örnek, iletişim sürecinde hasta ihtiyaçlarının dikkate alınmasının hasta memnuniyeti üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir. Ancak bazı katılımcılar, doktorların yüzeysel açıklamalarla yetinmesinin tedavi sürecine dair güveni azalttığını dile getirmiştir. Bu da iletişimde yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ihtiyaçların da karşılanması gerektiğine işaret etmektedir. İhtiyaçların göz ardı edilmesi, uzun vadede hastaların sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir (Mead & Bower, 2000; Feldman-Stewart ve ark., 2005).

Nitel görüşmeler, hastaların farklı bilgi düzeylerine ve deneyimlerine göre değişen ihtiyaçlarını da ortaya koymaktadır. Örneğin, Katılımcı 5, 14 yaşından beri diyabet hastası olmasına ve

yüksek bilgi düzeyine sahip olmasına rağmen, eşlik eden bir hastalık sırasında ek bilgilere ve düzenlemelere ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde, Katılımcı 15, "Tanımlardan ve terimlerden ziyade nedenleri sorguladım ve karşılığını aldım." ifadesiyle, deneyimli bir hastanın daha derinlemesine bilgi talep edebileceğini vurgulamıştır. Buna karşın, Katılımcı 9, hastalık ve ilaç yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasının tedavi sürecinde zorlanmasına neden olduğunu ifade etmiştir: "İletişimdeki sorun daha çok ilaç yönetimi oldu ama bu benim de bilgisizliğimden kaynaklanıyordu. İlk zamanlar anlamadığımda çok sıkılıyor, üzülüyor ve panik oluyordum." Bu ifadeler, hastaların farklı bilgi seviyelerine uygun iletişim stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğini açıkça göstermektedir.

Literatür, hasta merkezli ve sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejilerinin, hastaların tedavi süreçlerine etkin katılımını ve memnuniyetini artırdığını ortaya koymaktadır. Hasta merkezli iletişim yaklaşımı, bireylerin bilgi düzeyi ve deneyimlerine göre uyarlanarak hastaların anlayabileceği ve ihtiyaçlarına yanıt verebilecek şekilde bilgi ve hizmet sunulmasını hedefler. Böyle bir yaklaşım, hastaların tedaviye uyumunu artırır ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetini yükseltir (Stewart ve ark., 2000; Mead & Bower, 2000; Epstein ve ark., 2005). Çalışmamızda elde edilen bulgular da bu görüşleri destekler niteliktedir. Katılımcı ifadeleri, hasta merkezli ve bireysel farklılıklara duyarlı iletişim stratejilerinin, sağlık profesyonelleri tarafından benimsenmesinin hasta memnuniyeti ve tedavi süreçlerinde olumlu etkiler yaratacağını göstermektedir.

Çalışmalar ayrıca hasta merkezli iletişimin belirli unsurlarının diyabete bağlı stres karşısında koruyucu bir rol oynayabileceğini ve diyabet hastalarının bireysel ihtiyaçlarına yönelik tasarlanan eğitimlerin başarılı sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur (Olesen ve ark. 2020, Peimani ve ark. 2022). Bireysel farklılıklara göre tasarlanan rehber iletişim araçları ise hasta hekim iletişimini kişiselleştirerek hastaların diyabet tedavi yönetimlerinde daha etkin rol oynamalarını sağlamaktadır. Örneğin CoMac İletişim Sistemi sağlık profesyonellerine, hastaların dil kalıpları, inançları ve psikososyal profilleri doğrultusunda kişiselleştirilmiş bir iletişim sunmalarını sağlayan bir araçtır. CoMac'ın temel hedefi, hastaların dünya görüşlerine ve sağlık inançlarına uygun bir dil kullanarak, onların tedavi sürecine daha fazla katılımını sağlamaktır. Yapılan araştırmalar, CoMac Sistemi'nin kullanıldığı hastalarda kan şekeri seviyelerinde (HbA1c) anlamlı bir düşüş olduğunu ve bu yaklaşımın hasta sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir. Özellikle, CoMac müdahalesi alan grupta HbA1c seviyeleri %9.0'dan %7.4'e düşerken, standart tedavi gören grupta ise %8.2'den %7.6'ya düşmüştür

(Connor ve ark., 2019). Bu sonuçlar, kişiselleştirilmiş iletişimin klinik sonuçlar üzerindeki olumlu etkisini vurgulamaktadır. Çalışmamızda ortaya çıkan "kişisel ihtiyaç ve farklılıkları fark etme" teması, CoMac Sistemi'nin vurguladığı bu kişiselleştirilmiş iletişim yaklaşımı ile güçlü bir şekilde örtüşmektedir. Katılımcıların ifadeleri, sağlık profesyonellerinin onların bireysel ihtiyaçlarını ve beklentilerini dikkate aldıklarında tedaviye daha iyi uyum sağladıklarını göstermektedir. CoMac Sistemi'nin bulguları da hastaların dil ve inançlarına uygun mesajlar verildiğinde, onların tedavi süreçlerine daha etkin bir şekilde katıldığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin hastaların kişisel farklılıklarını ve ihtiyaçlarını tanıyarak tedavi süreçlerini uyarlamaları, çalışmamızda elde edilen bulguları desteklemektedir. İşlevsel sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların, sağlık durumlarını ve gerekli bakım süreçlerini anlamada daha fazla zorluk yaşadıkları görülmektedir. Bu durum, sağlık profesyonellerinin hastaların bilgi ve iletişim gereksinimlerinin farkında olmaması veya hastalar arasındaki farklılıkları dikkate almayan standart bir iletişim stratejisi izlemelerinden kaynaklanabilir. Sağlık profesyonellerinin her hastanın bireysel bilgi ve iletişim ihtiyaçlarını dikkate almadan aynı şekilde iletişim kurmaları, özellikle sağlık okuryazarlık seviyesi düşük hastalarda etkili olamayabilir. Bu tür hastalarla daha etkili bir iletişim için, hastaların anlayış seviyesine ve ihtiyaçlarına göre iletişimin uyarlanması gerekmektedir (Schillinger ve ark., 2004).

Hastaların hastalıkları ve tedavisi ile detaylı bilgilendirilmeleri ve bu bilgilendirmeler sırasında tıbbi terimlerinden arındırılmış sade bir kullanılması gerekliliği de görüşmeler sonucu ulaştığımız temalar arasında yer almıştır. Özellikle karmaşık tıbbi terminolojinin hastalar tarafından anlaşılamaması, tedaviye uyumu zorlaştıran ve kaygıyı artıran bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar, sade ve anlaşılır dilin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin tedaviye uyumunu ve süreçte etkin katılımlarını artırdığını göstermektedir (Baker, 2006). Sağlık çalışanlarının hastalarla daha sade ve anlaşılır bir dille iletişim kurması ve detaylı açıklamalar yapması hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlamak ve tedaviye uyumlarını kolaylaştırmaktadır. Anlaşılır ve sade dil kullanımı hasta güvenini arttırmakta ve tedavi sürecini kolaylaştırmakla birlikte sağlık hizmetlerine erişimi ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır (Rudd & Anderson, 2006). Anlaşılır dilin kullanılması hastaların sağlık bilgilerini anlamasını kolaylaştırarak ve sağlık okuryazarlığını geliştirerek sağlık sonuçlarını iyileştirmeye ve özellikle kronik hastalık yönetimine önemli bir destek sağlamaktadır (Sudore & Schillinger, 2009; Herndon ve ark., 2011). Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejilerinin etkili bir

şekilde uygulanabilmesi için sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalıklarını artırmaları büyük önem taşımaktadır. Ayrıca hastaların endişelerinin dinlenmesi ve bu endişelere karşılık doktorun detaylı ve açıklayıcı bir şekilde bilgi vermesi de hastaların duygusal rahatlama hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Diyabetle ilgili endişeler, karmaşık tedavi planları ve komplikasyon riski olan hastalarda yaygındır. Doktorun bu endişelere dikkatle yaklaşıp detaylı açıklamalar sunması, hastaların yalnız hissetmemesine ve tedavi sürecine daha olumlu yaklaşmasına katkıda bulunmaktadır (Peimani ve ark., 2022).

Nitel aşamada toplanan verilerin analizi sonucunda ulaştığımız önemli bulgular arasında, detaylı bilgilendirme ve sade dil kullanımı açısından devlet ve özel hastaneler ile hekim ve hemşire arasındaki iletişim farklılıkları da yer almaktadır. Literatürde de hem özel ve devlet hastanelerindeki iletişim farklarını hem de doktor ve hemşire arasındaki iletişim farklarını ortaya çıkaran araştırmalar yer almaktadır. Devlet, özel ve üniversite olmak üzere üç farklı tür hastanede yapılan bir araştırmada, hastanelerin hastalarla iletişimi ve memnuniyetleri karşılaştırılmıştır. İletişim ve memnuniyet oranlarının kurumlara göre anlamlı şekilde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Özel hastane hem hastalarla iletişim hem de hasta memnuniyeti açısından diğer hastanelerden daha yüksek değerlerle bulgulanmıştır. Hastalarla iletişim kalitesinin artması ile orantılı olarak hasta memnuniyetinin de arttığı sonucuna ulaşılan çalışma devlet hastanelerinde iş garantisi olan çalışanların iletişim konusunda yetersiz olsalar bile ciddi bir yaptırım ve eğitimle karşılaşmadıklarını oysa özel sektörde sözleşmenin yenilenmemesi gibi ciddi yaptırımlar olduğunu yorumlamıştır (Kılıç & Topuz 2015). McFarland ve ark. (2017) ise hemşirelerin daha anlaşılır ve hasta merkezli bir dil kullanmasının hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği vurgulamıştır. Makalede, "hemşire iletişimi memnuniyetinin, özellikle yabancı uyruklu ve düşük eğitim düzeyine sahip hastalar arasında daha yüksek olduğu" ifade edilmiştir (McFarland ve ark. 2017). Bu bulgular bizim çalışmamıza katılan katılımcı ifadelerinin ifadelerini de desteklemektedir. Örnek ifadeler olarak Katılımcı 14'ün ve Katılımcı 28'in ifadeleri hekim ve hemşire arasında iletişim farkını net bir şekilde ortaya koymaktadır : *'Bir keresinde doktorumun açıklamaları çok karmaşık ve hızlıydı. Kafam karıştı ve korktum anlamayacağım diye. Hemşirelerden ziyade sanki doktorlar daha hızlı ve terminolojik dille konuşuyorlar. Hemşire biraz daha sade dil kullanıyor (Katılımcı 14). 'Doktorla olan görüşmem, beni biraz ürküttü çünkü konuşurken çok fazla tıbbi terim kullandı ve bu beni daha da endişelendirdi. Doktorun hızlı ve teknik açıklamaları karşısında kendimi biraz kaybolmuş hissettim. Sonrasında hemşirenin yanına gittik. Hemşire tüm süreci daha yalın*

bir dille açıkladı. Hemşirenin sakin ve anlaşılır konuşması, üzerimdeki stresi büyük ölçüde azalttı. Doktorun tıbbi dili yüzünden hissettiğim korku, hemşirenin desteğiyle hafifledi (Katılımcı 28).

Ulaştığımız temalara göre sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejileri tedaviye uyum ve hastalığı kabullenme konusunda da etkili olabilir. Doktor-hasta iletişiminin kalitesi, hastaların tedaviye bağlılıklarını ve hastalıkla başa çıkma yeteneklerini doğrudan etkileyebilir. Örneğin, doktorların net açıklamalar yapması ve empatiye dayalı bir yaklaşım sergilemesi, hastaların tedavi sürecini anlamalarını kolaylaştırarak sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir. Bu tür bir iletişim aynı zamanda hasta memnuniyetini artırmakta ve güçlü bir hasta-hekim ilişkisi kurmaktadır (Street ve ark., 2009; Epstein ve Street, 2007; Zolnierek ve DiMatteo, 2009). Kronik hastalık yönetiminde etkili iletişim, yalnızca tedaviye uyumu değil, aynı zamanda hastaların hastalığı kabullenme süreçlerini de desteklemektedir. Empati ve güven veren bir iletişim tarzı, hastaların tedaviye dair şüphelerini azaltmakta ve sürece aktif katılımlarını sağlamaktadır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin motive edici ve destekleyici bir dil kullanması, özellikle sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarda bile tedaviye olan bağlılığı artırmaktadır (Riedl ve Schüßler, 2017; King ve Hoppe, 2013; Clayman ve ark., 2010). Etkili iletişim stratejileri, hastaların tedaviye uyumunu artırırken, sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde memnuniyet duymalarını sağlamaktadır. Bu durum, hastalık yönetiminde olumlu sonuçlara ulaşmak için sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerini güçlendirmesinin önemini vurgulamaktadır (Travaline ve ark., 2005; Clayman ve ark., 2010) Literatürdeki çalışma bulguları bizim çalışmamızdaki katılımcı ifadeleriyle de uyumludur. Örneğin, Katılımcı 1, doktorunun ilaç değişim süreçlerinde kendisine verdiği desteğin tedaviye uyum sağlamasında büyük rol oynadığını belirtmiştir: *“Allah razı olsun, doktorum bu süreçte benimle ilgilendi ve destek oldu.”* Bu, doktor-hasta arasında kurulan güvenin ve sağlanan desteğin hastalığı kabullenme sürecini kolaylaştırdığına işaret etmektedir. Benzer şekilde, Katılımcı 24, insülin kullanımına başlamayı istemediğini, ancak doktorunun detaylı ve açık açıklamalar yaparak onu ikna ettiğini dile getirmiştir: *“Bu açıklamalar beni ikna etti ve iletişimin ne kadar etkili olduğunu gösterdi.”* Bu örnek, doktor-hasta iletişiminin hasta motivasyonunu artırarak tedaviye bağlılığı nasıl güçlendirdiğini gösterir. Katılımcı 29'un ifadesinde ise iletişimin psikolojik rahatlatma yönü vurgulanmaktadır: *“Doktor, 'NBA'de bile diyabetli oyuncular var, bu hastalık kolay yönetilebiliyor, korkmana gerek yok,' dedi. Bu beni çok rahatlattı.”* Bu tür motive edici ve gerçekçi açıklamalar, hastaların yalnız olmadıklarını hissetmelerine yardımcı olarak

tedaviye daha pozitif yaklaşımlarını sağlamaktadır. Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejisi olarak tedaviye uyumu ve kabullenmeyi kolaylaştırma stratejisi hem literatürde hem de katılımcı ifadelerinde net bir şekilde görülmektedir. Etkili ve empatik bir iletişim, hastaların hastalıklarını daha kolay yönetmelerine ve tedavi süreçlerine daha etkin katılmalarına olanak sağlamaktadır. Bir başka çalışmanın bulguları ise doktorların korku ve suçlama dilini kullanmak yerine empati ve destekleyici dilin kullanılmasının tedaviye uyumu artırmada daha etkili olduğunu bulgulamıştır. Empatiyle yaklaşan doktorlar, hastalarının duygusal tepkilerini göz önünde bulundurarak, tedaviye dair daha net ve anlaşılır bilgiler vererek hastaların hastalığı kabullenme süreçlerini kolaylaştırmaktadır (Selvan ve ark., 2021). Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü gibi, sağlık profesyonellerinin empatiyle yaklaşarak hastaların endişelerini fark etmesi ve gidermesi, tedaviye uyum ve hastalığı kabullenme süreçlerinde kritik bir rol oynar. Örneğin, Katılımcı 18'in doktorunun rahatlatıcı yaklaşımı sayesinde ilaç kullanımını kabullenmesi ve bu süreçte yaşadığı kaygıların azalması, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejisinin olumlu bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Özellikle diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde, doktor-hasta iletişiminin etkili olması, tedavi süreçlerinin daha iyi anlaşılmasına ve uygulanmasına yardımcı olur. Ratanawongsa ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada, doktorlarla etkili bir iletişim kuran diyabet hastalarının ilaçlarına daha iyi uyum sağladığı ve tedaviye bağlılık oranlarının arttığı bulunmuştur.

Bulgularımızda yer alan bir diğer tema olan 'varsayımlardan kaçınma' ile ilgili de sağlık profesyonellerinin hastalar hakkında varsayımlar yapmaması gerektiği konusunu destekleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmalar, varsayımların ve önyargıların sağlık hizmetlerinde önemli sorunlara yol açabileceğini göstermektedir. Hall ve ark. (2015), sağlık hizmetlerinde önyargıların hasta-sağlık çalışanı etkileşimleri ve tedavi kararlarını etkilediğini belirtiyor. Bu çalışmada, önyargıların tedaviye uyumun azalması ve sağlık sonuçlarının olumsuz etkilenmesine yol açtığı ifade edilmektedir. Meidert ve ark. (2023), sağlık çalışanları arasında bilinçsiz önyargıların varlığını araştıran bir çalışmada, özellikle cinsiyet, ırk ve sosyoekonomik durum gibi demografik faktörlerin tedavi kararlarını etkilediğini buldu. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının hastaların farklı özelliklerine göre ön yargılar geliştirdiği ve bu durumun sağlık eşitsizliklerine yol açtığı vurgulandı. FitzGerald ve Hurst (2017), sağlık profesyonellerinin hasta demografik özelliklerine (ırk, yaş, cinsiyet) dayalı bilinçsiz önyargılarının, teşhis ve tedavi kararlarını nasıl etkilediğini vurgulamaktadır. Bu önyargılar,

sağlık hizmeti kalitesini düşürmekte ve hasta-sağlık çalışanı etkileşimlerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle yaşa dayalı varsayımlar, genç hastaların risklerinin göz ardı edilmesine yol açabilir, bu da uzun vadede tedaviye uyum ve hasta memnuniyetini azaltabilir. Bu kaynaklar, sağlık çalışanlarının hastalar hakkında varsayımda bulunmalarının sağlık hizmetleri üzerinde ne tür olumsuz etkiler yaratabileceğini çeşitli açılardan ortaya koymaktadır. Literatürde, hekimlerin bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde hastaların yaş, etnik grup ve cinsiyet gibi özelliklerine dayalı önyargılarla yaklaştıkları ve bu önyargıların hastaların tedaviye uyumlarında ve hekim-hasta iletişiminde sorunlara yol açtığı belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalar, hekimlerin bu tür önyargılarının sağlık hizmetlerinde eşitsizliklere ve hastalarla güven ilişkilerinde zayıflamaya neden olduğunu göstermektedir (Chapman ve ark., 2013; Barber Doucet ve ark., 2023). Bizim çalışmamızda da hastaların literatürü destekleyici şekilde ifadeleri olduğu görülmüştür. Örneğin, çalışmamızdaki katılımcının *'genç olduğum için riskli görmedi'* ifadesi hasta perspektifinden hekimin hastanın yaşı nedeniyle hastalığı daha kolay atlatabileceği önyargısında bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca katılımcıların *'[...] diyabet hemşiresi de doktor da bana, sağlık çalışanı olduğum halde, biliyormuşum gibi yaklaşmadı. Beni dışarıdan bir hasta gibi gördüler ve özellikle insülini nasıl kullanacağımı ayrıntılı bir şekilde anlatarak bana da uygulattılar'*, ve *'Nasılsa bu hasta uzun yıllardır bu hastalıkla yaşıyor ve nasılsa bunu biliyordur diye düşünmemeliler'* ifadeleri de literatürü destekleyecek şekilde hastaların mesleki durumları ve bilgi düzeylerine önyargısız şekilde iletişimin gerçekleşmesi gerekliliğini desteklemektedir. Çalışmamız aynı zamanda hekimlerin yalnızca yaş, cinsiyet veya etnik köken gibi demografik özelliklere değil, hastaların bilgi düzeyi, mesleki durumu ve davranış biçimlerine karşı da önyargılı olabileceklerini ortaya koyarak literatüre ek bir katkı sunmaktadır. Örneğin, çalışmamızdaki katılımcının *"Şekerim ne yaparsam yapayım düşmüyor," diyorum. İnsülini artırıyor ama düşmüyor. Ve ben bunun açıklamasını bekliyorum doktordan. 'Kortizol yüzünden mi, büyüme hormonu yüzünden mi?' Doktor bana, 'Mutlaka kaçamak yapmışsındır,' dedi. 'Hocam yapmadım,' diyorum. Benim babam da diyabetti. 'Akşam 20.00'den sonra ağzıma ayran, kefir, yoğurt ya da ceviz dışında bir şey sürmem,' diyorum. Hala 'Yapmışsındır, yapmışsındır,' diye yaklaşıyor."* şeklindeki ifadesi hekimin varsayımının hastanın yaş, cinsiyet ya da etnik kökeninden ziyade, davranışına dayalı bir önyargıyı işaret etmektedir. Bu durum, tedavi sürecinde varsayımlardan kaçınmanın ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Bireylerarası iletişim stratejileri teması altında ortaya çıkan ‘materyal desteği sağlama’ alt temasında yer alan katılımcı ifadeleri de literatürde görsel ve yazılı materyallerin sağlık eğitimi üzerindeki olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalarla desteklenmektedir. Araştırmalar, görsel materyallerin geleneksel sözlü bilgilendirmeye göre daha etkili olduğunu ve özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde bilginin kavranmasını büyük ölçüde artırdığını göstermektedir. Yazılı materyallerle desteklenen görsel eğitimler, hastaların tedavi süreçlerinde bilgiyi daha iyi anlamalarına ve hatırlamalarına yardımcı olmaktadır. Ayrıca, yazılı ve görsel materyallerin bir arada kullanılması, hasta eğitimini destekleyerek bilgilere daha kolay erişilmesini sağlamakta ve eğitim sürecini daha etkili kılmaktadır. Diyabet yönetiminde materyal desteğinin etkisi üzerine yapılan çalışmalarda, katılımcıların ifadeleriyle uyumlu pek çok bulguya ulaşılmaktadır. Diyabet tedavisinde kullanılan eğitim materyallerinin hastaların tedaviye uyumunu ve bilgi anımsama düzeylerini artırdığı, bu alandaki literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır. Özellikle sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların görsel ve yazılı materyallere erişim sağlaması, tedavi süreçlerinde daha etkin katılım göstermelerine olanak tanımaktadır. Denecke ve ark. (2019) tarafından geliştirilen eDiabetes platformu, kişiselleştirilmiş eğitim materyallerinin diyabet hastaları üzerindeki etkisini araştırmıştır. Bu platform, diyabet danışmanlarının hastalar için özelleştirilmiş bilgi materyalleri oluşturmaya olanak tanıyarak, karmaşık bilgileri adım adım görsel anlatımlarla sadeleştirmektedir. Katılımcı 7'nin görsel şemaların tedavi süreçlerini daha anlaşılır hale getirebileceği yönündeki önerisi, bu platformun amaçlarıyla doğrudan örtüşmektedir. Özellikle yaşlı ve okuma yazma oranı düşük hastalar için adım adım şematik anlatımların büyük fayda sağladığı görülmüştür (Denecke, 2019). Diyabet hastalarının tedavi süreçlerinde materyal desteği, hastaların eğitimi ve tedaviye uyum sağlamaları açısından kritik bir öneme sahiptir. Court (1989), eğitim sürecinde görsel-ışitsel araçların, yazılı materyallerin ve bireysel eğitimin etkili olduğunu vurgulamıştır. Katılımcı 10'un farklı seviyelerde okur-yazarlık düzeylerine göre çeşitlendirilmiş broşür ve bilgilendirici materyaller talebi, Katılımcı 15'in diyabet yönetimiyle ilgili bir kitapçık hazırlanmasının, ziyaret sırasında sorulamayan soruların daha sonra yanıtlanması açısından faydalı olacağını ifade etmesi, Katılımcı 17'nin insülin enjeksiyonu sırasında videoların kullanılmasını öneren ifadesi, Katılımcı 7'nin yaşlı ve okur-yazarlık oranı düşük olan hastalar için basitleştirilmiş şemaların faydalı olacağı vurgusu Court'un çalışmasıyla örtüşmektedir (Court, 1989).

Multimedia Diyabet Eğitimi Programları (MDEP), düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin eğitim ve iletişimini geliştirmek için tasarlanmış etkili araçlardır. Bu programlar, bilgiyi sesli anlatım ve görsel öğelerle sunarak, okuma becerilerinden bağımsız bir öğrenme deneyimi sağlar. MDEP, hastaların önceki bilgilerini göz önünde bulundurarak temel kavramları daha anlaşılır hale getirmeyi amaçlar. Yapılan araştırmalar, MDEP'nin tüm okuryazarlık düzeylerinde bilgi puanlarını artırdığını göstermektedir (Kandula ve ark., 2009; Kandula, 2011).

Hernandez ve ark. (2023), yapay zeka destekli dijital araçların diyabet eğitimi alanında sunduğu yenilikleri araştırmıştır. Yapay zeka tabanlı araçlar, hasta sorularına anında yanıt verebilmekte ve karmaşık soruları çözüme ulaştırabilmektedir. Katılımcı 15'in insülin dozajı ile ilgili karmaşık sorularına hızlı bir şekilde yanıt arama isteği, bu tür dijital çözümler aracılığıyla karşılanabilir. Dijital sağlık araçları, hastaların sorularına yanıt bulmalarını hızlandırmakta ve tedaviye uyumlarını artırmaktadır (Hernandez, 2023). Ho ve ark. (2015), dil ve kültürel bariyerlerin hasta eğitimi üzerindeki etkisini araştırmış ve hastaların dil engelleri nedeniyle tıbbi talimatları yanlış anlayabileceğini belirtmiştir. Katılımcı 22'nin hemşirenin talimatlarını yanlış anlayıp insülin uygulamasında hata yapması bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir. Bu tür hataların önüne geçmek için dil bariyerlerini aşacak şekilde basitleştirilmiş görsel materyallerin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Ho ve ark., 2015). Ayrıca Katılımcı 15'in, yeni teşhis konulan diyabet hastaları için hazırlanacak bir kitapçığın faydalı olacağına dair önerisi, Ho ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarla örtüşmektedir. Bir başka çalışmada ise diyabetik ayak ülserleri gibi komplikasyonlarla ilgili online eğitim materyallerinin anlaşılabilirlik seviyesi değerlendirilmiş ve bu materyallerin düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar için karmaşık olduğunu ortaya konmuş, görsel ve şematik anlatımların bu zorluğu aşmak için önemli bir araç olduğu belirtilmiştir. Çalışma hasta eğitimi materyallerinin kalitesini değerlendirerek, özellikle düşük okuryazarlık seviyesine sahip hastalar için daha sadeleştirilmiş ve anlaşılır materyallerin önemine dikkat çekmişti (Lee ve ark., 2022). Katılımcı 7'nin *“Okur-yazarlık oranı düşük olduğu için, resimlerle anlatılan bir şema adım adım çok faydalı olabilir. Yazılanları okuyamayanlar için basitleştirilmiş şemasal anlatımlar, özellikle yaşlı hastalar için çok faydalı olur. İleri yaştaki hastaların hep desteğe ihtiyacı oluyor ve her zaman destek bulamıyorlar. Görsel olarak şema hazırlanabilir ya da tedavi süreçlerini kolaylaştırıcı basit görsel materyaller hazırlanabilir.”* yönündeki ifade ve talepleri literatürdeki bu bulgular tarafından desteklenmektedir.

Sağlık okuryazarlığı evrensel önlemler setindeki 11 numaralı araç *Araç Seti*'ndeki Araç 11, 'Okunması Kolay Materyal Tasarlama' başlığını taşır ve sağlık hizmetleri personeline, hastalar için kolayca okunabilir materyaller oluşturma ve değerlendirme yöntemleri sunar (Agency for Healthcare Research and Quality, tarihsiz). Sağlık uygulamalarında araç 11'in uygulanmasını 4 farklı birinci basamak sağlık merkezinde inceleyen bir araştırma hasta materyallerinin genellikle çoğu yetişkinin okuma seviyesinin üzerinde yazıldığını vurgulamaktadır. Araştırmacılar, sağlık merkezlerinde görüşmeler yapmış, yerinde ziyaretler sırasında toplanan hasta eğitim materyallerinin okunabilirliğini, anlaşılabilirliğini ve eyleme geçirilebilirliğini değerlendirmiştir. Araç 11'de önerilen materyal değerlendirme teknikleri ile yapılan değerlendirmeler ile kısa metinler içeren materyaller revize edilmiş ve okunabilirlikleri arttırılmıştır. Daha uzun hasta eğitim materyallerinin okunabilirliği, anlaşılabilirliği ve eyleme geçirilebilirliği zayıf kalmış ve 6 aylık uygulama süresi boyunca iyileşme göstermemiştir (Brega ve ark., 2015).

Katılımcı 8'in, doktorunun önerdiği çizelge sayesinde ilaçlarını düzenli kullanabildiğini belirtmesi, literatürde Alhashem ve ark. (2024) tarafından yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Bu çalışma, kişiselleştirilmiş eğitim materyallerinin, özellikle çoklu ilaç kullanımı gibi karmaşık tedavi süreçlerinde hastaların tedaviye uyumunu artırdığını göstermektedir (Alhashem ve ark. 2024).

Katılımcı 17'nin ilaç kullanımı ve beslenme gibi konuların videolarla desteklenmesi gerektiği yönündeki görüşü, Wolff ve ark. (2016) tarafından desteklenmiştir. Bu çalışma, sade dil kullanımı, basit metinler ve görsel unsurları kullanılarak geliştirilen eğitim materyallerinin kullanımının hastaların diyabet yönetiminde daha iyi sonuçlar elde edebildiğini göstermektedir. Diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetiminde mobil uygulama destekli öz bakım müdahaleleri, hastalara kişiselleştirilmiş öneriler sunarak, tedavi süreçlerine etkin katılımı desteklemektedir. Çalışmalar, bu tür dijital araçların sağlık bilgilerini yönetmede ne kadar etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Mobil uygulamaların kullanımı kan şekeri ve kan basıncını uzaktan izleme, hasta-sağlık hizmeti sağlayıcısı iletişimini kolaylaştırma ve karar verme süreçlerinde yardımcı olma işlevine dikkat çekerken, bu materyallerin desteği hastaların psikososyal ve davranışsal sonuçları üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (Liu, 2020, Kang 2019). Katılımcılarımızın deneyimleri de bu bulgularla uyumludur. Katılımcılar, tedavi süreçlerinde yazılı ve görsel materyallerin eksikliğini dile getirmiş, evde tekrar gözden geçirebilecekleri bilgilere erişim ihtiyacını vurgulamışlardır. Bu bağlamda, mobil uygulama

destekli dijital araçların, hastalara sürekli erişilebilir eğitim materyalleri sağlayarak tedaviye uyumu artırabileceği ortaya çıkmaktadır Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim, hastaların tedavi süreçlerini anlamalarını ve etkin bir şekilde yönetmelerini kolaylaştıran kritik bir unsurdur. Bu bağlamda, katılımcılarımızın görsel destekli ve sadeleştirilmiş eğitim materyali talepleri ve deneyimleri ile literatürdeki bulgular sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

Bireylerarası iletişim stratejileri teması altında yer alan bir diğer alt tema ‘hasta katılımı teşvik etme’ olmuştur. Bu tema altında hastaların tedavi süreçlerinde aktif katılım göstermesini sağlamak amacıyla uygulamalı öğrenme ve interaktif eğitim yöntemlerinin kullanılması ile ilgili ifadelerin olduğu ‘uygulamalı ve interaktif eğitim’ ; hastaların sağlık çalışanlarına çekinmeden sorular sorabilmesi için uygun bir iletişim ortamının oluşturulması ile ilgili ifadeleri içeren ‘soru sormayı teşvik eden ortam’ ve hastaların kendi sağlık süreçlerinde daha fazla sorumluluk alarak, tedaviye uyum ve bilgi edinme konusunda aktif bir rol üstlenmelerinin desteklenmesi ile ilgili ifadeleri içeren ‘hasta sorumluluğu’ alt temaları ortaya çıkmıştır.

Hasta katılımını teşvik etmek için özellikle kronik hastalık yönetiminde ve eğitimlerde kullanılan “öğrendiğini anlat” gibi yöntemler, hasta-sağlık profesyoneli iletişimini geliştiren kritik araçlar olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntemler, hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak ve sağlık okuryazarlığını artırmak amacıyla kullanılmaktadır. Araştırmamızda, nitel sorularla bu yöntemlerin hastalar üzerindeki etkilerini, eğitim süreçlerinde nasıl uygulandığını ve hasta deneyimlerini nasıl şekillendirdiğini sorguladık. AHRQ Sağlık Okuryazarlığı Evrensel Önlemler Rehberi sağlık okuryazarlığı ile ilgili evrensel önlemler almayı teşvik eden pratik stratejiler sunmaktadır. Bu rehber, sağlık hizmetlerinde hastaların anlayışını artırmayı ve iletişimde sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında daha etkili bir bağ kurmayı amaçlar. “Öğrendiğini anlat” yöntemi, sağlık profesyonellerinin hastalara verdikleri bilgileri doğru anlayıp anlamadıklarını kontrol etmeleri için kullanılır. Bu yöntemde, hasta, aldığı bilgiyi kendi kelimeleriyle tekrar ederek anlatır. Bu sayede sağlık profesyonelleri, hastanın verilen bilgiyi doğru anlayıp anlamadığını anında fark edebilir ve gerekli düzeltmeleri yapabilir. Bu yöntem, tedavi sürecine hastanın aktif katılımını teşvik eder ve bilgilerin daha kalıcı olmasını sağlar. Ask Me 3 yöntemi ise hastalara, sağlık hizmeti aldıkları sırada üç temel soruyu sormalarını teşvik eder: "Sağlık sorunum nedir?", "Ne yapmalıyım?", "Bu çözüm neden önemli?". Rehberin sunduğu en önemli stratejilerden biri hastaları soru sormaya teşvik etmek ve sorularını rahatça sorabilecekleri bir ortam yaratmaktır. Sağlık Okuryazarlığı Evrensel

Önlemler Yaklaşımı, hastaların hangi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğuna bakmaksızın bu stratejilerin uygulanmasını önerir, çünkü her hasta sağlık bilgilerini aynı şekilde anlamayabilir (AHRQ, 2024). “Öğrendiğini anlat”, hastanın sağlık profesyoneliinden aldığı bilgiyi kendi kelimeleriyle tekrar etmesini isteyen bir yöntemdir. Bu sayede, hastanın doğru anlayıp anlamadığı kontrol edilerek bilgi eksiklikleri giderilir. Araştırmalar, bu yöntemin tedaviye uyumu artırdığını ve özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda etkili olduğunu göstermektedir (Dinh ve ark., 2016; Caplin & Saunders, 2015). Bu yöntem hasta merkezli iletişimi teşvik ederken, hastaların bilgiye erişim ve bilgiyi işleme becerilerini artırır. Brach ve ark. (2012) tarafından belirlenen sağlık okuryazarlığına duyarlı bir kurumun 10 özelliği arasında yer alan iletişim maddesi de sağlık okuryazarlığı stratejilerini kullanarak hasta ile etkili iletişim kurmayı ve hastanın anladığını doğrulamak için “öğrendiğini anlat” gibi yöntemlerin kullanılmasını önermektedir. Bu yöntem, hastanın anladığını tekrar etmesine olanak tanıyarak yanlış anlamaların önüne geçer ve eksik bilgileri tamamlar. Bu da sağlık hizmeti sunanların hastalara duyduğu güveni artırır ve daha etkili bir tedavi süreci sağlar (Brach ve ark., 2012). Literatürde çalışmamızdaki katılımcı ifadelerini destekleyen ve diyabet hastalarıyla yapılmış bir çok çalışma bulunmaktadır. ABD’de diyabetli 2901 yetişkinin verilerini inceleyerek yapılan bir araştırma, hastaların %25’inin doktor ziyaretleri sırasında “öğrendiğini anlat” deneyimi yaşadığını göstermektedir. “Öğrendiğini anlat” deneyimi olan hastaların, bu yöntemi deneyimlemeyen hastalara kıyasla doktorlarıyla olan etkileşim kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu strateji uygulanan hastaların doktorlarından diyet ve egzersiz hakkında ek tavsiyeler alma olasılığı daha yüksek çıkmıştır ve diyabet öz yönetimi konusunda kendilerine daha fazla güven duyduklarını bildirmişlerdir (Hong ve ark., 2020). Benzer şekilde bir başka çalışmada “öğrendiğini anlat” ve video eğitim yöntemlerinin tip 2 diyabet hastalarının öz yeterlilik ve öz bakım becerileri üzerindeki etkilerini karşılaştırılmıştır. 105 tip 2 diyabet hastası “öğrendiğini anlat” grubu, video eğitim grubu ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Öz bakımın toplam ortalama puanı “öğrendiğini anlat” grubunda, müdahaleden yedi gün, bir ay ve üç ay sonra önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca öz bakım ve öz yeterlilik ortalama puanları “öğrendiğini anlat” grubunda, müdahale öncesi ve müdahaleden sonraki zamanlarda (yedi gün, bir ay ve üç ay) video eğitim ve kontrol gruplarına kıyasla anlamlı bir şekilde artmıştır (Zare ve ark. 2021). Literatürde benzer şekilde birçok çalışma “öğrendiğini anlat” deneyimi yaşayan hastaların öz yeterlilik ve öz bakım becerileri üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (Farahaninia ve ark. 2020; Hemmatipour ve ark., 2023; Talevski ve ark., 2020; Goeman ve ark., 2016). Olumlu etkilerine karşın bu teknikler sağlık

profesyonelleri arasında yaygın olarak kullanılmamaktadır. Tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan hemşire görüşmelerinde kullanılan iletişim tekniklerinin değerlendirildiği bir çalışmada her bir hemşirenin iki ila dört görüşmesi kaydedilmiş ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda, en sık kullanılan tekniklerin sağlık bilgisini açıklama (%58 sıklıkla kullanılmış) ve bilgiyi tekrarlama (%33 sıklıkla kullanılmış) olduğu belirlenmiştir. Ancak, anlama düzeyini kontrol etme (%81 hiç kullanılmamış) ve anlama düzeyini sorma (%42 hiç kullanılmamış) en az kullanılan teknikler arasında yer almıştır (Al Sayah ve ark., 2014). Hong ve ark. (2020) bu stratejinin uygulanmasına ilişkin standart bir kılavuzun eksikliğine dikkat çekmektedir. Bu eksiklik, yöntemin süresi, eğitim sonrası takip süreçleri ve bilginin kalıcılığı gibi konularda belirsizliklere neden olmaktadır. Standartların olmaması, yöntemin hem klinik süreçlerde hem de hasta sağlığı üzerindeki etkisinin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır. Araştırmacılar, “öğrendiğini anlat” yönteminin standart bir kılavuz çerçevesinde uygulanmasının, yöntemin sağlık çalışanları arasında daha yaygın bir şekilde benimsenmesine ve kullanılmasına katkı sağlayacağını vurgulamaktadır. Ayrıca, yöntemle ilgili karşılaşılan temel engellerin — zaman, beceri ve motivasyon eksikliği gibi — sağlık profesyonellerinin bu stratejiyi kullanmasını güçleştirdiği belirtilmiştir. Bu nedenle, gelecekteki araştırmaların, bu engellerin belirlenmesine ve sağlık çalışanlarının “öğrendiğini anlat” yöntemine ilişkin algılarının incelenmesine odaklanması gerektiği ifade edilmektedir. Bu tür çalışmalar, yöntemin sağlık çalışanları arasında yaygınlaştırılmasına ve hasta eğitimi stratejilerinin daha etkin hale getirilmesine katkı sağlayabilir. Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise doğum hizmetlerinde paylaşılan karar alma sürecinde, sağlık okuryazarlığı düşük hastalarla çalışan profesyonellerin yaşadığı zorlukları ve bu süreçte duydukları destek ihtiyaçlarını incelenmiştir. Çalışmaya katılan 30 doğum hizmeti profesyoneli, doğum hizmetlerinde paylaşılan karar alma süreci ve sağlık okuryazarlığı hakkındaki görüşlerini bir anketle paylaşmış, 13 ebe ise ağrı kesici seçeneklerini tartıştıkları simülasyonlu görüşmeler sırasında gözlemlenmiştir. Bu gözlemlerde, profesyonellerin genellikle hastaları seçenekler hakkında bilgilendirdiği, ancak hastaların kişisel tercihlerini keşfetme ve karar alma süreçlerine dahil etmede yetersiz kaldıkları tespit edilmiştir. Profesyonellerin en büyük zorluğu hastaların bilgi anlama düzeyini doğru tahmin etmede yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Çalışmanın sonuçları, sürecin sadece bilgi vermekle sınırlı kalmaması gerektiğini, hastaların değerlerinin netleştirilmesi ve karar alma sürecine aktif katılımının da sağlanması gerektiğini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi geliştirmek için “öğrendiğini anlat” yöntemini kullanma, konuşma hızını yavaşlatma, kısa

cümleler kullanma, verilen bilgiyi mümkün olduğunca üç ana noktayla sınırlama ve hasta rehberleri kullanma gibi yöntemler önerilmiştir (Murugesu ve ark., 2023).

Bizim çalışmamızda bu yöntemi deneyimleyen hastaların tedavi uygulama sırasında kendilerini daha rahat ve güvende hissetmeleri ile ilgili ifadeleri de bu çalışma ile örtüşmektedir. Örneğin Katılımcı 1'in "[...]Kendim de gösterince daha akılda kalıcı oldu ve biraz rahatladım. Doktorun anlattığını ona tekrar anlattığımda, doktor 'tamam, doğru yapıyorsun' dedi. Doktor doğru yaptığımı söyleyince ben de rahatladım ve kendime güvenim arttı" ; Katılımcı 8'in "Ama doktor, anlattıklarını bana yeniden anlattırdı ve nasıl kullanmam gerektiğini kendim anlatınca bu bana güven verdi. 'Benim anlattıklarım hastam tarafından doğru anlaşılmış mı,' diye teyit etti. Bu çok güven verici ve rahatlatıcıydı" ve Katılımcı 9'un "Ben tekrar ederken yanlış söylediklerim oluyordu ve doktor beni düzeltiyordu. Bu da daha hastaneden ayrılmadan, eve gitmeden yanlışımı düzeltmemi sağlıyordu ve böylece tekrar tekrar asistanı aramak zorunda kalmıyordum. Bu aslında doktor için de iyi bence. Ayrıca tedavim konusunda kendimi daha güvende hissetmemi sağladı" ifadeleri literatürle paralellik göstermektedir. Ayrıca literatürde çalışmalar "öğrendiğini anlat" deneyimine sahip hastaların diyabet komplikasyonları geliştirme olasılığının daha düşük olduğunu ve tedaviye uyumun daha yüksek olduğunu göstermektedir (Xia & He, 2021; Hong ve ark., 2020). Ulusal literatürde ise Nisan-Temmuz 2019 tarihleri arasında 61 Tip 2 diyabet hastası ile randomize kontrollü bir araştırmada müdahale grubuna "öğrendiğini anlat" yöntemi ile diyabet eğitimi, kontrol grubuna ise standart eğitim verilmiştir. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, kan basıncı, açlık kan şekeri, HbA1c ve kolesterol seviyeleri gibi laboratuvar sonuçları değerlendirilmiş ve diyabet bilgi düzeyi testi uygulanmıştır. Aynı test, eğitim sonrasında ve üç ay sonra tekrarlanmıştır. Çalışmada, her iki grubun diyabet bilgi düzeyinin eğitim sonrasında arttığı, ancak müdahale grubunun bilgi düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. "Öğrendiğini anlat" yöntemi ile verilen diyabet eğitimi, hastaların bilgi düzeyini artırmada etkili bir yöntem olarak görülmüştür (Nas, 2019). Bu yöntem özellikle hastaların tedaviye interaktif katılımını sağladığı ve eğitim sırasında hasta daha hastaneden ayrılmadan yanlışların düzeltilmesini mümkün kıldığı için etkili olmaktadır. 80 yaş üzeri Tip 2 diyabet hastalarında "öğrendiğini anlat" yöntemiyle verilen insülin kalemi eğitiminin, hastaların insülin tedavisi yönetimi, yaşam kalitesi ve HbA1c seviyeleri üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada da bu strateji ile eğitim alan hastaların insülin yönetiminde daha başarılı oldukları, yaşam kalitelerinin arttığı ve HbA1c seviyelerinin düştüğü gözlemlenmiştir (Değer ve ark., 2024). Bizim çalışmamızda da

katılımcıların çoğu bu yöntem uygulandığında kendileri tekrar ederken yanlış uygulama yaptıklarını fark ettiklerini belirtmişlerdir. Örneğin Katılımcı 27'nin *"Mesela iğnenin hemen çekilmemesi gerektiğini bilmiyordum"*, Katılımcı 13'ün *"Meğer insülini vücudumda yanlış yerlere, kaslarıma vuruyormuşum ve bu yüzden kanama ve şişme oluyormuş. Hemşire bana doğru yerleri göstererek eğitim verdi."* ifadeleri bu yöntem etkinliğini ortaya koymakta ve literatürle örtüşmektedir.

Katılımcıların ifadeleri ayrıca diyabet eğitim sürecinde hasta katılımını teşvik eden, eksik ve yanlışların düzeltilmesini sağlayan ve diyabet yönetiminde hasta güvenini yükseltin bu yöntemin devlet hastanelerinde kullanılmadığına ve bu nedenle uygulamalarda yanlışlıklar yaptıklarına da dikkat çekmektedirler. Örneğin Katılımcı 18 *"Devlet hastanesinde doktorum çok hızlı konuştu ve ben de her şeyi anlamadım. Hiçbir şey sormadılar, sadece anlatıp geçtiler. İnsülin dozunu kaçırdığımda ne yapmam gerektiğini tam olarak anlayamadım. Öğrendiklerim arasında eksiklikler kaldı ve evde denediğimde bazı şeyleri yanlış yaptığımı fark ettim. Eğer tekrar edip onlara göstermiş olsaydım belki yanlış yaptığımı fark edip baştan düzeltirlerdi. İlaç dozlarımı bu nedenle verimli kullanamadım"* şeklindeki ifadesi ile bu konuda devlet hastanelerindeki iletişim eksikliğine dikkat çekmiştir.

Politika ve Uygulamalar teması, katılımcı ifadelerine dayanarak sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ve kurumsal sağlık okuryazarlığı kavramlarıyla yakından ilişkili olarak şekillenmiştir. Sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık bilgilerine erişebilme, anlayabilme ve kullanabilme becerilerini içerirken, bu becerilerin etkili bir şekilde desteklenmesi, sağlık hizmetlerinde izlenen politikalar ve uygulamalarla doğrudan bağlantılıdır. Bu bağlamda, alan uzmanlığı, bilgiye erişim, hizmete erişim, periyodik takip ve kontrol, koordinasyon ve iş birliği, hasta bilinçlendirme ve bilgi tutarlılığı alt temaları, hastaların sağlık hizmetlerini daha etkin kullanabilmesi için kurumsal düzeyde önemli stratejik unsurlar olarak öne çıkmıştır. Özellikle katılımcıların vurguladığı bu temalar, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ile ilgili faktörlerin hasta deneyimlerine nasıl yansıdığını gösterirken, aynı zamanda bu faktörlerin kurumsal sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için ne denli kritik olduğunu da ortaya koymaktadır.

Diyabet hastalarının tedavi ve eğitim süreçlerinde, alanında uzman sağlık profesyonellerinin kritik bir rol oynadığı katılımcı ifadelerinde sıklıkla vurgulanmıştır. Katılımcı 12, diyabetle ilgili bilgilendirmelerin diyabet konusunda uzmanlaşmış sağlık çalışanları tarafından yapılması gerektiğini, başka bölümlerden sağlık çalışanlarının bu sürece dahil edilmesinin hasta açısından

yetersiz bilgilendirme ile sonuçlanabileceğini belirtmiştir. *“Ayrıca herkesin bildiği alanda çalışması gerektiğini düşünüyorum. Neden şeker hastaları dahiliyeye yönlendiriliyor? Veya farklı bölümün hemşiresi farklı bir bölümde görev yapıyor? Uzmanlığı olmayan bir bölümde çalışmak, hastanın daha ayrıntılı bilgi almasını engeller. Hasta eğitimi ve bilgilendirme, endokrin alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanları veya hemşireler tarafından yapılmalıdır. Bana insülin iğnesini öğreten kişi, bu konuda uzman olmalı. Başkasının işini kapatmak için farklı bölümlere gönderilmemeliler. Nasıl ki KBB doktoru ortopedi hastasına bakamaz, diyabetle ilgili uzman hemşire bana eğitimi ve bilgilendirmeyi vermelidir. Alan uzmanlığı yaygınlaştırılmalı ve o uzman sadece kendi işini yapmalıdır”*. Katılımcı 13 ise *“Doktorlar da haklı, bir şey diyemiyorum. Devlet hastanesindeki dahiliye doktoru, 'Ben bilemem senin diğer ilacını,' diyor. Bilmek zorunda değil. Ama endokrinoloji biraz daha hakim oluyor ve düzenleme yapabiliyor. Mesela o ilaç düzenlemesiyle birlikte şikayetlerim azaldı”* ifadesi ise alan uzmanlığının diyabet hastalarının tedavi sürecinde ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Dahiliye doktorlarının genel sağlık yönetiminde rol oynadıkları, ancak diyabet gibi karmaşık kronik hastalıklarda endokrinologların daha spesifik bilgi ve deneyime sahip oldukları anlaşılmaktadır. Endokrinologların ilaç düzenlemeleri gibi daha derinlemesine müdahaleleri, hastaların şikayetlerini azaltabilir ve tedavi süreçlerini iyileştirebilir. Bu da diyabet yönetiminin alanında uzman sağlık çalışanları tarafından yapılması gerektiğine dair güçlü bir argüman sunmaktadır. Katılımcıların vurguladığı gibi, diyabet hemşirelerinin eğitimi ve diyabet konusunda uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin süreçte etkinliğinin artırılması, hasta sonuçlarını doğrudan iyileştiren önemli faktörlerdir. Katılımcı 2 diyabet hemşirelerinin güçlendirilmesi ve daha aktif rol almaları gerektiğini ifade etmiş ve özel hastanelerde bile diyabet hemşirelerinin farklı birimlerde çalıştırıldıkları ve diyabet eğitimine zaman ayıramadıklarını belirtmiştir. Diyabet tedavisinde alan uzmanlığının önemi katılımcı ifadelerinde olduğu gibi literatürde yer alan çalışmalarda da açıkça ortaya konulmaktadır. Riordan ve ark. (2017) çalışmasında diyabet hemşirelerinin hem hastane hem de toplum temelli sağlık hizmetlerinde multidisipliner bir yaklaşımda oynadıkları rolün hastaların bakım kalitesini artırdığı göstermiştir. Çalışmalarda diyabet hemşirelerinin, diyabet eğitimi ve hasta bakımında kilit rol oynadığı, ancak sağlık sistemi içinde yeterince yer almadıkları vurgulanmakta olup hemşirelerin diyabet yönetiminde yalnızca tedavi değil, hasta eğitimi ve psikolojik destek sağlama gibi çok yönlü roller üstlendiği belirtilmiştir (Samarasinghe ve ark., 2005; Pavlovic, 2020). Katılımcı 5 ise, donanımlı ve bilinçli sağlık profesyonellerinin bu işte yer alması gerektiğini belirtmiştir. Bu görüş, Pavlović'in çalışmasında da ele alınmakta ve

diyabet yönetiminde sağlık profesyonellerinin yeterli eğitim almalarının ve bu alanda uzmanlaşmalarının kritik olduğu vurgulanmaktadır (Pavlović, 2020). Aynı şekilde, Powers'ın çalışması da diyabet eğitimi konusunda sağlık profesyonellerinin uzmanlaşmasının hasta sonuçları üzerindeki olumlu etkilerini açıkça ortaya koymaktadır (Powers ve ark., 2017). Katılımcı 12 diyabet hastalarının dahiliyeye yönlendirilmesinin doğru olmadığını ve hasta eğitiminin endokrinologlar ya da diyabet hemşireleri tarafından yapılması gerektiğini savunmuştur. Bu görüş, Berri'nin çalışmasında da doğrulanmakta ve diyabetin karmaşık doğası nedeniyle uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının bu alanda yer almasının hasta eğitimi ve bakımında daha etkili olduğu vurgulanmaktadır (El Berri ve ark., 2020). Katılımcı 13'ün de belirttiği gibi, dahiliye doktorlarının tüm ilaç düzenlemelerini bilmek zorunda olmadığı, ancak endokrinologların diyabet tedavisinde daha hakim oldukları ve ilaç düzenlemeleri ile hastaların şikayetlerinin azaldığı ifade edilmiştir. Bu görüş, Samarasinghe ve ark.'nın (2005) çalışmasında da ele alınmakta, multidisipliner yaklaşımlar ile endokrinologlar ve diyabet hemşirelerinin hasta sonuçlarına olan olumlu etkileri vurgulanmaktadır (Samarasinghe ve ark., 2005). Sonuç olarak, bu bulgular diyabet tedavisinde alan uzmanlığına sahip sağlık profesyonellerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Diyabet hemşireleri ve endokrinologlar gibi uzmanlar hem hasta eğitimi hem de tedavi süreçlerinde aktif rol oynayarak hastaların daha iyi sonuçlar almasını sağlamaktadırlar. Sağlık insan gücünün eksikliği de özellikle diyabet yönetimi gibi kronik hastalıklarda hasta bakımını ve eğitimi ciddi şekilde etkileyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Alanında uzman sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti süreçlerinde yer alabilmesine ilişkin planlamanın yapılamaması hem sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimin hem de hasta eğitim süreçlerinin etkinliğini azaltmaktadır. Literatürde bu konu çeşitli çalışmalarda ele alınmaktadır. Çalışmalar hemşire sayısındaki eksikliğin hasta sonuçlarını doğrudan etkilediğini, yüksek hemşire sayısı ile hasta ölüm oranları arasında ilişki olduğunu ve özellikle kronik hastalık yönetiminde uzmanlaşmış personelin daha verimli kullanılmasının hasta sonuçlarına da olumlu yansıdığını ortaya koymaktadır. (Haegdorens ve ark., 2019). Ayrıca uzmanlık dışı görevlendirmeler hem hasta hem de çalışan memnuniyetini olumsuz etkilemektedir. Bu, özellikle kronik hastalıklar için uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin görev dışı alanlarda görevlendirilmesiyle daha da belirgin hale gelmektedir. Hemşirelerin uzun süre aynı kurumda kalamaması veya sık görev değişiklikleri hasta eğitiminde sürekliliği sağlama konusunda zorluklar yaratmakta bu da diyabet gibi uzmanlaşmış bilgi gerektiren hastalıklarda, hasta eğitimi doğrudan olumsuz etkilemektedir (Buchan ve Aiken 2008, Drennan & Ross 2019; Ergezen & Kol, 2021; Tamata & Mohammadnezhad, 2022). Katılımcı

12'nin *'Bana insülin iğnesini öğreten kişi, bu konuda uzman olmalı. Başkasının işini kapatmak için farklı bölümlere gönderilmemeliler'* ifadesi de literatür ile uyumludur.

Diyabet gibi kronik hastalıklarda, uzman hekimlere erişim, hastalığın yönetimi ve komplikasyonların önlenmesi açısından hayati bir rol oynamaktadır. Görüşmeler sırasında elde edilen hasta ifadeleri, özellikle devlet hastanelerindeki endokrinoloji bölümüne erişimde yaşanan zorlukları ve bu durumun hastalar üzerindeki olumsuz etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Katılımcıların çoğu, devlet hastanelerinde endokrinoloji bölümüne randevu almanın neredeyse imkansız olduğunu ve bu yüzden tedavilerinin aksadığını belirtmiştir. Katılımcı 13, şikayetlerinin ilaçla geçmediği halde endokrinoloji bölümüne yönlendirilmediğini, bu gecikmenin ciddi komplikasyonlara yol açtığını ifade etmiştir: *"Devlette endokrinolojiye muayene açmadılar. Komplikasyon nedeniyle kalp krizi geçirdim ve stent takıldı"* ifadesi, endokrinolojiye erişim eksikliğinin ciddi sağlık sonuçlarına neden olduğunu göstermektedir. Bu katılımcının durumu, sağlık okuryazarlığının da bir rol oynadığını işaret etmektedir. Katılımcı, endokrinolojiye yönlendirilip yönlendirilmediğini bilmediğini ve kendi talebi doğrultusunda mı bu yönlendirmeyi talep etmesi gerektiğini anlayamadığını ifade etmektedir. Katılımcının *"Benim mi talep etmem gerekiyordu onu da bilmiyorum. Belki bizim bilgisizliğimizdendir"* şeklindeki ifadesi, hastalara doğru bilgilendirme ve yönlendirmenin yapılabilmesi için sağlık sisteminin düzenlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu durum ulusal literatürde yer alan ve yan dal polikliniklerine erişimde hastaların kayıtlı olup olmadıklarını bilmediklerine dair bulgularla da desteklenmektedir. *"Yan Dal Polikliniklerine Randevu Alınması Hakkında Hasta ve Hekim Görüşleri"* isimli tıpta uzmanlık tezinin bulgularına göre, üçüncü ve üzeri randevusunu almak üzere başvuran hastaların %76,1'i takipli hasta listesine kayıtlı olup olmadıklarını bilmemektedir (İnan, 2016). Bu bulgu, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastalara bu tür kritik bilgileri yeterince aktarmadığını ve bu durumun hastaların sağlık sisteminden etkin yararlanmasını zorlaştırdığını göstermektedir. Katılımcı 16 ise insülin direnci gibi kritik bir sağlık sorununun teşhis edilmediğini ve devlet hastanelerinde endokrinolojiye randevu bulmanın imkansız hale geldiğini ifade etmiştir. Katılımcının *"devlette insülin bakılmıyor. Ayrıca devlette endokrinolojiden de randevu alamıyorum. Bu nedenle devletten ümidimi kestim,"* şeklindeki ifadesi, sağlık sistemine duyulan güvensizliği ve erişim engellerinin hastaların kendi sağlık yönetimlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu ifade, sadece bireysel bir şikâyetin ötesinde, sağlık sisteminin yapısal eksikliklerini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda, bu tür engellerin sağlık okuryazarlığı düşük bireyler için daha

ciddi sonuçlar doğurabileceği, çünkü bu hastaların sağlık sisteminde nasıl hareket edeceklerini bilmedikleri için tedavi süreçlerinin aksayabileceği görülmektedir. Diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları zorluklar, birden fazla boyutta incelenebilir. En temel sorunlardan biri finansal bariyerlerdir; özellikle sigorta kapsamının yetersiz olduğu ülkelerde ya da sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olduğu bölgelerde, hastalar sağlık hizmetlerine ulaşmakta ciddi engellerle karşılaşmaktadırlar. Bu durum, zamanında tedavi alınamaması nedeniyle hastaneye yatış ve komplikasyon risklerini artırmaktadır. Özellikle coğrafi ve ulaşım sorunları da kronik hastaların bakım sürekliliğini bozabilmektedir. Kırsal bölgelerde yaşayan bireyler, sağlık merkezlerine olan uzaklık ve ulaşım imkanlarının sınırlılığı nedeniyle düzenli tedaviye ulaşmakta güçlük çekerler. Bunun yanı sıra, sağlık sistemlerindeki yetersizlikler, özellikle uzman personel eksikliği gibi yapısal sorunlar, kronik hastalıkların yönetimini daha da zorlaştırmaktadır. COVID-19 pandemisi, bu sorunları daha da derinleştirerek birçok ülkede rutin sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açmış, hastalar özel hastanelere yönelmek zorunda kalmış veya kendi kendilerine ilaç yönetimine başvurmuşlardır. Bu süreçte dijital sağlık çözümleri (örneğin, mHealth uygulamaları) önemli bir alternatif sunarken, teknolojik eşitsizlikler nedeniyle herkesin bu hizmetlerden faydalanması mümkün olamamıştır (Schwarz ve ark. 2022, Foo ve ark., 2020; McBrien ve ark., 2018; Campbell ve ark., 2017).

Katılımcı 19, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı zorlukları ayrıntılı bir şekilde aktarırken, devlet hastanelerindeki doktor değişikliklerinin tedavi sürecini aksattığını ve tedavi devamlılığını zorlaştırdığını ifade etmiştir. Bu hasta, aynı doktora tekrar ulaşamamasının tedavi sürecini sürekli baştan başlatmak zorunda kalmasına neden olduğunu ve bu durumun hem zaman kaybı hem de hasta güvenini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Katılımcının "*aynı doktordan randevu alsam bile karşıma başka biri çıkıyor. Her şeyi baştan başlatmak zorunda kalıyorum,*" şeklindeki ifadesi, hasta-doktor iletişimindeki süreklilik eksikliğini vurgulamaktadır. Tedavi süreçlerinde sağlık hizmetinde devamlılık, özellikle kronik hastalığı olan bireyler için büyük önem taşır ve hastanın güvenini pekiştirir. Hastaların aynı doktor tarafından takip edilme isteği, sağlık hizmetlerinde süreklilik kavramı ile yakından ilişkilidir. Süreklilik, özellikle kronik hastalıklarda, hastanın düzenli olarak aynı sağlık profesyoneli tarafından takip edilmesiyle güven ilişkisi kurmasını ve tedaviye daha iyi uyum göstermesini sağlar. Araştırmalara göre, hastalarla uzun vadeli bir ilişki kuran doktorlar, hastalarının sağlık geçmişlerini daha iyi bildikleri için daha iyi bir hizmet sunabilmektedir. Bu, hem hasta

memnuniyetini artırmakta hem de daha düşük hastane başvurularına ve komplikasyonların azalmasına neden olmaktadır (Hersch, 2024; Ljungholm ve ark., 2022). Katılımcı, bu süreklilik eksikliğinin, sağlık okuryazarlığı düşük bireyler için daha karmaşık bir süreç neden olabileceğini ifade etmektedir. Endokrinoloji bölümüne erişimde yaşanan bu zorluklar, sağlık sisteminin organizasyonel eksikliklerini ve hastaların sağlık hizmetlerine nasıl yönlendirilmesi gerektiği konusunda daha yapılandırılmış bir sisteme duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Katılımcı 1 gibi sağlık hizmetlerine kolayca erişen bireylerin olumlu deneyimleri, bu tür bir sistemin mümkün olduğunu göstermektedir. Katılımcı, *"hastane evime yakın olduğu için iletişim kurmam ve aklımdakileri sormam kolay oldu. Doktorum her gittiğimde ilgiliydi,"* ifadesiyle, sağlık hizmetlerine erişimin kolay olmasının hasta deneyimini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. İlaç adaptasyonu gibi hassas bir süreçte doktoruyla düzenli ve yakın iletişim kurmanın, tedavi sürecini daha etkin hale getirdiği ifade edilmektedir. Sonuç olarak, bu görüşmelerin ışığında endokrinolojiye erişim sorunu, sağlık okuryazarlığına duyarlı bir iletişim modelinin eksikliğini açıkça ortaya koymaktadır. Hastaların hem sağlık hizmetlerine fiziksel erişimi hem de hizmetler arası yönlendirilme süreçlerinde yaşadıkları eksiklikler, tedavi süreçlerinde ciddi aksaklıklara yol açmaktadır. Sağlık okuryazarlığına duyarlı bir sistemin, sadece sağlık bilgilerine erişimi değil, aynı zamanda bu bilgilerin nasıl kullanılacağını ve sağlık hizmetlerinin nasıl entegre edileceğini içermesi gerekmektedir. Bu tür bir model, bireylerin sağlıklarını daha iyi yönetmelerine ve sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanmalarına olanak tanıyacaktır.

Çalışmamızın nitel aşamasında elde edilen bulgular, sağlık okuryazarlığı bağlamında bilgiye erişim konusunun da diyabet hastaları için ne kadar kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Kurumsal sağlık okuryazarlığı bağlamında, sağlık kuruluşlarının hastaların bilgiye erişimini kolaylaştırma sorumluluğu bulunmaktadır. Hasta ifadeleri, sağlık profesyonelleriyle kurulan iletişimde bilgi eksiklikleri ve dijital platformlar üzerinden güvenilir bilgiye ulaşmada yaşanan sorunları ortaya koymaktadır. Bilgiye erişimin zor olduğu durumlarda, hastaların tedavi süreçlerinde aksaklıklar yaşanmakta ve sağlık okuryazarlığı düşük bireyler yanlış bilgilere yönelebilmektedir (Walton & Naughton, 2023; Wallace, 2010). Bu bağlamda, bilgiye erişim sadece bireysel bir sorun değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin politikaları ve uygulamaları kapsamında ele alınması gereken kritik bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığına duyarlı bir sağlık sistemi, hastaların doğru bilgiye kolayca ulaşmalarını sağlayarak tedavi süreçlerini iyileştirebilir ve sağlık hizmetlerine güveni artırabilir.

Katılımcılar, sağlık hizmetlerine ve bilgilere ulaşmadaki zorluklarının hem fiziksel hem de psikolojik etkiler yarattığını belirtmiştir. Literatürde de belirtildiği gibi, bilgiye erişimin zor olması, özellikle kronik hastalık yönetiminde ciddi sonuçlar doğurabilir ve tedavi uyumunu olumsuz etkileyebilir (World Health Organization, 2013). Katılımcı 5, rutin durumlarda sağlık bilgilerine erişimin nispeten kolay olduğunu belirtse de karmaşık ve beklenmedik sağlık sorunlarında doktora erişimin daha önem kazandığını vurgulamıştır. Bu durumlarda doktora ulaşılmasa bile bilgi ihtiyacının da diyabet bilgi merkezleri gibi bilgi alınabilecek ve ulaşabilecek kurumlar tarafından karşılanmasının gerekliliğini belirtmiştir. Bu ifade, sağlık okuryazarlığı ve doğru bilgilere erişimin çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir. Literatürde de belirtildiği gibi, bilgiye ulaşımın yalnızca doktor randevularıyla sınırlı olmaması gerektiği, sağlık okuryazarlığını destekleyen sistemlerin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (Nutbeam, 2000). Aynı şekilde katılımcı 9'un deneyimi, sağlık sisteminde destekleyici personelin ne kadar kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Doktora ulaşmada yaşadığı zorluklara rağmen asistanının yardımıyla sorularına cevap bulabilmesi, bilgiye erişim kanallarının çeşitlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu, sağlık okuryazarlığını destekleyen bir sistemde sadece doktorların değil, aynı zamanda diğer sağlık profesyonellerinin de aktif rol alması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca, Katılımcı 12 ve 18'in sağlık bakanlığı ve dijital platformlar aracılığıyla bilgilendirme yapılması gerektiği yönündeki önerileri, dijital teknolojilerin sağlık okuryazarlığını artırmada ne kadar etkili olabileceğini göstermektedir. Sağlık sistemlerinde dijital platformların güçlendirilmesi, güvenilir bilgiye erişimi kolaylaştıracak ve yanlış bilgilendirme riskini azaltacaktır (Ölçer ve ark., 2022). Jafari ve ark. (2021) bu tür bilgiye erişim sorunlarını çözmeye yönelik önemli bir örnek sunmaktadır. Çalışmada, internet tabanlı, kültürel olarak uyarlanmış bir hasta eğitim portalı geliştirilmiş ve bu portalın diyabet hastalarının kendi kendine yönetim becerilerini desteklediği gösterilmiştir. Bu portal, hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgilerine erişimini kolaylaştırarak tedavi süreçlerinde daha bilinçli kararlar almasını sağlamaktadır. Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da Katılımcı 7'nin resmi sağlık kanallarından yeterli bilgi alamadığında gayri resmi kaynaklara başvurduğu belirtilmiştir. Jafari'nin önerdiği gibi, internet tabanlı güvenilir kaynaklar bu bilgi boşluğunu doldurabilecek potansiyele sahiptir. Presetiawati ve ark. (2017) Tip 2 diyabet hastalarının tedaviye uyumunu artırmak için eğitim ve bilgilendirme araçlarının etkinliğini incelemiştir. Çalışmada, hastalara bir bilgi kitapçığı ve danışmanlık hizmeti sunulmuş, bu müdahalelerin ardından hastaların HbA1C seviyeleri ve ilaç tedavisine uyumları değerlendirilmiştir. Bulgular, bu bilgilendirme araçlarının hastaların

tedaviye uyumunu önemli ölçüde artırdığını ve HbA1C seviyelerinde belirgin bir düşüşe yol açtığını göstermektedir. Hastalar, bilgiye ulaşamadıklarında tedavi süreçlerinde aksaklıklar yaşamış ve resmi kaynaklardan bilgi edinemediklerinde çevrelerinden destek aramak zorunda kalmışlardır. Bilgi kitapçığı ve danışmanlık gibi yapılandırılmış bilgi kaynaklarının kullanılması, bu boşlukları doldurarak hastaların daha iyi tedavi uyumu göstermesine yardımcı olabilir (Presetiawati ve ark., 2017). Tedavi sürecinde yeterli bilgiye erişemeyen hastalar, doğru tedavi yöntemlerini uygulamada zorlanabilir ve bu da uzun vadeli komplikasyonlara neden olabilir. Bilgilendirme kitapçığı ve danışmanlık, hastaların tedavi süreçlerinde daha bilinçli kararlar almalarını ve kendilerine daha güvenle yaklaşmalarını sağlamıştır. Bizim çalışmamızdaki katılımcıların önerileri de bilgiye erişim konusunda hasta merkezli, esnek ve erişilebilir yapıların oluşturulması gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık okuryazarlığına duyarlı bir iletişim modeli ve kurumsal sağlık okuryazarlığını destekleyen yapılar, hastaların bilgiye erişim süreçlerini iyileştirip sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır. Sağlık profesyonellerinin, doğru ve güvenilir bilgiyi hastalara sunması, sadece tedavi sürecini değil, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini de olumlu yönde etkiler (Brach ve ark, 2012; Brach ve ark., 2015; Agency for Healthcare Research and Quality, 2024).

Çalışmamızda birçok katılımcı, doktorları veya sağlık kuruluşları tarafından periyodik olarak takip edilmenin hastalıklarını yönetmelerine yardımcı olduğunu vurgulamıştır. Katılımcı 8, özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda düzenli bilgilendirilme ve kontrol edilme ihtiyacının altını çizmiştir: "*Hastalar, belirli periyotlarda mutlaka takip edilmeli ve uyarılmalı. Özellikle diyabet gibi kronik ve yakın kontrol gerektiren hastalıkların takibi yapılmalı.*" ifadesi sağlık okuryazarlığına duyarlı bir sistemin temel bir bileşeni olarak hastaların düzenli takip edilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Hasta ifadeleri, periyodik takip ve kontrolün önemi ile ilgili literatürdeki bulgularla büyük ölçüde örtüşmektedir. Farmer ve ark. (2021), diyabet hastalarına gönderilen SMS hatırlatmalarının ilaç kullanımına ve tedaviye bağlılığa pozitif etkisi olduğunu bulmuştur. Çalışmada mesajlarla hatırlatmalar ve takip gönderilen müdahale grubu ile kontrol grubunu HbA1c düzeylerinde her ne kadar anlamlı bir fark bulmasa da sistolik kan basıncı ve tedavi hedeflerine ulaşma oranlarında müdahale grubunda anlamlı iyileşmeler olduğunu bulgulamıştır. Aynı şekilde, Belete ve ark. (2023) mobil kısa mesaj hatırlatmalarının tip 2 diyabet hastalarındaki ilaç tedavisine uyumu nasıl etkilediğini sistematik bir şekilde inceleyen ve meta-analiz yöntemiyle değerlendirilen bir çalışma yapmışlardır. Çalışma, tip 2 diyabet hastalarında ilaç tedavisine uyumu artırmak için kullanılan SMS hatırlatmalarının

etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. SMS hatırlatmalarının, tip 2 diyabet hastalarında ilaç tedavisine uyumu anlamlı şekilde artırdığı bulunmuştur. Daha uzun süreli (6 ay ve üzeri) müdahalelerde uyum seviyesinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Araştırma, SMS hatırlatmalarının diyabet hastalarında ilaç uyumunu artırmak için etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Yani, metin mesajları aracılığıyla yapılan bu basit ve düşük maliyetli müdahalenin, hastaların tedavi süreçlerini destekleyebileceği ve hastaların tedaviye bağlı kalmalarını sağlayabileceği vurgulanmaktadır (Farmer ve ark., 2021; Belete ve ark., 2023). Vervloet ve ark. (2012) diyabet hastalarının ilaç tedavisine uyumunu artırmak amacıyla Gerçek Zamanlı İlaç İzleme (RTMM) sisteminin SMS hatırlatmalar ile birlikte kullanılması üzerine odaklanmaktadır. Bu sistem, hastaların ilaç kullanımını gerçek zamanlı olarak izleyen elektronik bir cihazdır. İlaç şişesi açıldığında veya açılmadığında bu bilgi merkezi bir veri tabanına kaydedilir. Eğer hasta ilaçlarını zamanında almazsa, SMS ile bir hatırlatma gönderilir. Bu sistem, geleneksel ilaç hatırlatmalarından farklı olarak yalnızca hastalar ilaçlarını almayı unuttuğunda devreye girer. Böylece, gereksiz hatırlatmaların hastaları rahatsız etmesi engellenir ve alışkanlık geliştirme ihtimali azaltılır. SMS hatırlatması alan grubun ilaç uyum oranı, diğer iki gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. RTMM'nin sağladığı gerçek zamanlı izleme ve yalnızca gerektiğinde gönderilen SMS'ler, hastaların tedaviye daha disiplinli bir şekilde uymalarını sağlamıştır. Kontrol grubundaki hastalarda, ilaç uyumunun daha düşük olduğu görölmüştür. Bu, yalnızca geleneksel yöntemlerle izlenen hastaların, düzenli hatırlatma almadıklarında tedaviye yeterince uyum sağlayamadıklarını ortaya koymuştur (Vervloet ve ark., 2011).

Bizim alışmamızda da katılımcılar, kronik hastalıklarının sürekli kontrol gerektirdiğini, doktorlar tarafından periyodik olarak aranmak ve hatırlatılmak istediklerini belirtmektedir. Katılımcı 8, "*Hastalar genel olarak belirli periyotlarda mutlaka takip edilmeli ve uyarılmalı. Takip edilmek, aranmak, hatırlatılmak ve sürecimin kontrol altında olduğunu bilmek isterim. Bu, beni tedavi sürecimde daha da motive eder*" diyerek, periyodik takiplerin tedaviye uyumunu artırdığını vurgulamaktadır. Katılımcı 17, "*Doktorların hastalarını araması gerektiğini düşünüyorum. 'Nasıl gidiyor? İlacı kullanıyor musunuz? şeker ölçümünüz nasıl?*" gibi sorular sormalılar. Yakın takip yapılmalı çünkü biz hastalar unutabiliyoruz. Yakın takip edilmek ayrıca motive edici olabilir" şeklinde ifade ederek, doktorların hastalarla düzenli iletişimde olmasının tedavi sürecinde unutulana noktaları telafi edeceğini ve hastaları motive edeceğini belirtmiştir. Katılımcı 31 ise, "*Takip edildiğimizde daha düzgün uyum sağlıyoruz ama*

takip edilmediğimizde ve rutin kontrol yapılmadığında ipin ucu kaçıyor ve nefsimize yeniliyoruz" diyerek, takip edilmemenin tedaviye uyumda ciddi sorunlara yol açabileceğini ifade etmektedir. Son olarak, Katılımcı 34, *"Devlet tarafından ara sıra aranmak isterim. Aile hekimliğinin beni teşvik etmesini, en azından senede iki kez 'Nasıl gidiyor? Durum nedir?' diye kontrol edilmek isterim. Ancak, böyle bir uygulama yok"* diyerek, sağlık sisteminden daha fazla destek beklediğini dile getirmektedir. Butayeva ve ark.'nın (2023) sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin glisemik kontrol ve öz yönetim üzerindeki etkilerini değerlendiren çalışması, sağlık okuryazarlığının diyabet hastalarının öz yönetim becerilerini artırmada önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, telefon görüşmeleri ve telefonla eğitim gibi müdahalelerin, hastaların sağlık okuryazarlığını artırma ve öz yönetim becerilerini geliştirme konusundaki etkilerini vurgulamaktadır. Katılımcıların sağlık profesyonelleri ile düzenli iletişim kurma isteği, bu tür telefon temelli müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır. Çalışmanın bulguları, telefon görüşmeleri yoluyla sağlanan sürekli destek ve bilgilendirmelerin, diyabet yönetiminde glisemik kontrolü iyileştirdiğini göstermektedir.

Devlet hastanelerinde doktor değişimlerinin sıklığı ve sürekli aynı doktorla takibin yapılamaması, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde ciddi sorunlara yol açmaktadır. Diyabet gibi düzenli takip gerektiren hastalıklarda doktor değişiklikleri, tedavi sürecinin bölünmesine ve hastaların farklı doktorlardan çelişkili tedavi önerileri almasına neden olabilir. Araştırmalar, bakım sürekliliğinin (Continuity of Care, COC) sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini, hasta memnuniyetini artırdığını ve tedaviye uyumu güçlendirdiğini göstermektedir (Chan ve ark., 2021). Katılımcı 35 bu durumu şöyle ifade ediyor: *"Doktorlar sık sık değişiyordu ve her doktor, iki üç ayda bir, çok açıklama yapmadan tedaviyi ve ilaçları değiştiriyordu. Takibimin tek bir hekim tarafından yapılmasını istediğim için özel bir hastaneye geçtim."* Bu ifade, sürekli değişen doktorların tedavi sürecinde hastaların kendilerini güvende hissetmemesine yol açtığını gösteriyor. Benzer şekilde Katılımcı 23 de farklı doktorların tedavi planlarını değiştirmesi nedeniyle yaşadığı kafa karışıklığını dile getiriyor: *"Her seferinde farklı doktor ve her seferinde farklı tedavi. Bir doktorun verdiği diğeri reddediyor."* Yapılan araştırmalara göre, sağlık bakımında süreklilik olmadığında tedavi süreçlerinde kopukluklar oluşabilir. Bu kopukluklar, hastaların sağlık geçmişinin tam olarak bilinmemesi, yanlış tedavi planları ve tedaviye düşük uyum gibi sorunlara yol açabilir. Çalışmalar bakım sürekliliğinin artmasıyla birlikte mortalitede istatistiksel olarak anlamlı azalmalar olduğunu da bildirmektedir (Gray, 2018; Goodwin, 2021; Kern ve ark., 2024). Diyabet hastalarının tedavisinde bakım sürekliliğinin sağlık sonuçları

üzerindeki olumlu etkileri de literatürde net bir şekilde vurgulanmaktadır. Diyabet ve hipertansiyon hastalarında bakım sürekliliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırmada, yüksek bakım sürekliliğinin, hastaneye yatışları, acil servis ziyaretlerini ve ölüm oranlarını azaltırken, sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürdüğü bulunmuştur. Yeni teşhis konulan diyabet hastalarında bakım sürekliliğinin sağlık sonuçlarına etkisini inceleyen bir çalışma ise yüksek bakım sürekliliği olan hastaların, daha az hastaneye yatış, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha az acil servis ziyareti gibi daha olumlu sağlık sonuçlarına sahip olduğunu göstermiştir. Çalışmada, yüksek bakım sürekliliği olan hastaların, demans, hastaneye yatış ve ölüm risklerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Yüksek bakım sürekliliği, hastaların genel sağlık durumu üzerinde de koruyucu bir etkiye sahip olmuştur (Chan ve ark., 2021; Li, 2019).

Diyabet gibi kronik hastalıkların yönetimi, pek çok sağlık profesyonelinin koordineli çalışmasını gerektirir. Diyabetli bireylerin birçok sağlık profesyoneliinden hizmet alması gerekir. Bu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinden uzman bakımına kadar farklı seviyelerde sunulmaktadır. Entegre bir bakım modeli, hastaların tüm bu hizmetleri kesintisiz ve etkin bir şekilde almasını sağlamayı amaçlamaktadır. Diyabet yönetiminde, farklı profesyonellerin hasta hakkında bilgi paylaşımı yapmaması, tedavi uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Multidisipliner yaklaşım hasta eğitimi ve tedavi yönetiminde kritik bir rol oynamaktadır. Bu tür bir iş birliği, hastaların daha iyi eğitilmesi ve komplikasyonların önlenmesi açısından da büyük bir katkı sağlamaktadır ve entegre diyabet bakımının ancak sağlık profesyonelleri arasındaki güçlü iş birliği ile mümkün olmaktadır (Simmons ve ark., 2017). Çalışmamıza katılan hastalar, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki koordinasyon ve iş birliğinin öneminden sık sık bahsetmişlerdir. Katılımcı 1 ve Katılımcı 8, hasta bakım süreçlerinde doktorların asistanlarının ne kadar kritik bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Her iki katılımcı da doktorların yoğunluğu ve zaman yetersizliği nedeniyle asistanların hastalarla doktorlar arasında bir köprü görevi üstlenmesinin tedavi süreçlerinde büyük bir rahatlık sağlayacağını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, asistanların hem hasta hem de doktor adına bilgi akışını sağlama ve eksiklikleri tamamlama konusunda önemli bir sorumluluk üstlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcı 1, *"Asistanı çok iyi olmalı ki benden aldığını hocasına anlatacak, hocasından aldığını bana aktarabilecek. Arada köprü olması gerek. Hem o bilgi sahibi olur hem biz bilgi sahibi oluruz. Benim eksik bildiğimi gider, hocadan öğrenir"* şeklindeki ifadesi ile asistanların hem

doktorun hem de hastanın bilgi sahibi olmasını kolaylaştırdığını dile getirmiştir. Benzer şekilde, Katılımcı 8 de "*Doktorların zamanı olmadığı durumlarda, asistanların hastaların ihtiyaçlarına yönelik bilgi ve rehberlik sunması gereklidir. Böyle yetiştirilmiş asistanlar hayat kurtarıcı olabilir*" diyerek, doktorların zaman kısıtlılığı yaşadığı durumlarda asistanların hastalara öneriler ve rehberlik sunmasının önemli olduğunu vurgulamıştır. Her iki katılımcı da asistanların, doktorların zamanını daha verimli kullanmalarına olanak tanıyacağı ve hastaların ihtiyaçlarına hızlı ve etkili çözümler sunacağı konusunda hemfikirdir. Bir diğer katılımcı ise "*Doktor 100 hastaya bakıyor ama diyabet hemşiresine giden 3 hasta var. Hekim tarafından yönlendirilme tam yapılmıyor.*" ifadesiyle diyabet hemşireliğinin sağlık sisteminde var olmasına rağmen, doktorların yeterli yönlendirme yapmamasından dolayı bu hemşirelerin etkili bir şekilde kullanılmadığını belirtmektedir. Kurumsal sağlık okuryazarlığı bağlamında, sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği artırılarak hastaların ihtiyaçlarına uygun şekilde yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Özellikle diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde doktor ve hemşirelerin birlikte çalışarak hastaları daha etkili bir şekilde eğitmesi ve bilgilendirmesi, tedaviye uyumu artırabilir. Katılımcıların deneyimleri, koordinasyon eksikliklerinin sağlık hizmetlerinde sıkça yaşandığını göstermektedir. Bu sorunlar, hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları belirsizlikleri ve yanlış yönlendirmeleri artırmaktadır.

Çalışmamızda yer alan katılımcılar, ekip üyeleri arasında iş birliği ve koordinasyonun önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu ifadeler, mevcut literatür ile güçlü bir ilişkiye sahiptir. Katılımcı 12'nin "*Herhangi bir iletişim sorunu yaşamadım. İletişim sürecinde takım çalışması gibiydi... Hastane danışma personelinden uzmanlara kadar yönlendirme konusunda iş birliği içinde oldukları ve bir proje gibi çalıştıkları çok belli.*" şeklindeki ifadesi literatürde multidisipliner ekip çalışmasının hasta deneyimlerine nasıl olumlu yansıdığıyla paraleldir. Kronik hastalıklara sahip hastaların bakım koordinasyonunun iyileştirilmesi üzerine odaklanan ve multidisipliner yaklaşımların, hasta sonuçlarını nasıl iyileştirdiğini gösteren bir model sunan bir çalışmada kronik hastalıkların yönetiminde bakım koordinasyonu modelinin sağlık ekiplerinin iş birliği ve bilgi paylaşımını artırdığı, bu sayede tedavi kalitesinin iyileştiği belirtilmektedir. Çalışmada, interdisipliner iş birliğinin kronik hastalıkların yönetiminde hayati olduğu belirtilmektedir. Sağlık profesyonelleri arasında koordineli bir iletişimin sağlanamaması durumunda, bakım sürecinde gecikmeler, gereksiz testler ve yanlış yönlendirmeler gibi sorunlar ortaya çıkabilir (Ju, 2022). Bu durum, çalışmamıza katılan bir hastanın deneyimiyle de örtüşmektedir. Hastane danışma personelinden uzmanlara kadar iş birliği içinde çalıştıklarını belirten katılımcı 12,

"Bölümler arasında bir koordinasyon vardı. Mesela doktor, 'Sonuçları erken görelim,' diyordu laboratuvara ve laboratuvar da buna göre hareket ediyordu. Hasta hakkında hepsi birbirleriyle paslaşarak ve bir proje gibi işlem yapıyorlardı" şeklinde ifade etmiştir. Bu deneyim, multidisipliner ekiplerin koordineli çalışmasının hastaların bakım süreçlerini nasıl organize ettiğini ve hasta bakım kalitesini nasıl iyileştirdiğini ortaya koymaktadır. Aynı katılımcının 'Doktorun uzun uzun anlatmaya vakti olmasa da beni diyabet hemşiresine yönlendirdi ve... endişelerimi giderdim.' ifadesi de multidisipliner yaklaşımın, hastaların kişisel ihtiyaçlarına odaklanan bir bakım modeli sunduğunu gösterir. Temel amacı, multidisipliner iş birliğine dayalı bakım modelinin diyabet hastalarının klinik, insani ve ekonomik sonuçlarına etkilerini değerlendirmek olan bir çalışma multidisipliner olarak yürütülen diyabet bakımının hastaların hem klinik hem de insani sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. Çalışma multidisipliner bakımın HbA1c ve kan basıncı gibi klinik göstergeler üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Özellikle hemşire, diyetisyen ve eczacılar gibi farklı sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapmanın, tedavi kalitesini artırdığı ve hastaların kan şekeri seviyelerini kontrol altında tutmaya yardımcı olduğu belirtilmiştir. Hastaların ayrıca yaşam kalitelerinde iyileşme ve duygusal stres seviyelerinde azalma gözlenmiştir. Ayrıca, hastaların diyabetle başa çıkma becerileri ve sağlık bilgileri artmıştır (Siaw & Lee, 2019). Katılımcı 16'nın " Kadın doğum doktoru, gestasyonel diyabet hastalarında diyetisyenle çalışmalı. Beni insülin dirençli olarak kaydetmedikleri için almamam gereken şeker yüklemesini bilinçsizce aldım. Kadın doğum doktorum dekstrozu verdi ve ben bir hafta kendime gelemedim. Kadın doğum doktoruna anlatmaya çalıştım ama beni dinlemedi." ifadesi uzmanlar arası koordinasyon eksikliğinin hasta üzerinde olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Multidisipliner yaklaşımlar, bu tür durumlarda uzmanların bilgi paylaşımı ve hastaya en uygun tedaviyi sağlamak adına bir arada çalışmasını sağlar. Saint-Pierre ve ark. (2019) özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda, doktorlar, hemşireler, diyetisyenler ve diğer sağlık profesyonelleri arasında koordineli bir çalışmanın klinik sonuçları iyileştirdiğini, hasta memnuniyetini artırdığını ve sağlık harcamalarını düşürdüğünü göstermektedir. Çalışma, doktorlar, hemşireler ve diyetisyenler gibi farklı sağlık profesyonellerinin bir arada çalışmasının diyabet yönetiminde büyük önem taşıdığını vurgulamaktadır. Bu ekipler arasındaki bilgi paylaşımı ve iş birliği, hastaların kan şekeri seviyelerinin daha iyi kontrol edilmesini sağlamaktadır (Saint-Pierre ve ark., 2019). Diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde, multidisipliner iş birliği ve hastaların doğru birimlere yönlendirilmesi hayati önem taşır. Çalışmaya katılan Katılımcı 16, Katılımcı 18 ve Katılımcı 29, bu yönlendirme

eksikliğinden duydukları memnuniyetsizliği ifade etmiş ve diyetisyen hizmetlerinin ne kadar gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcı 16: " *Devlette birçok spor hekimi var. Diyabet hastası geldiğinde spor hekimine ve diyetisyene yönlendirilebilir. Biz branşlaşıyoruz ama sentezlemeyi kaybediyoruz. İlkokul mezunu bir kişi spor hekimini veya diyetisyeni nereden bilecek? Hastanenin ve doktorun, hastayı ortak çalıştıkları diğer birimlere yönlendirmesi gerek.*" ifadesiyle, sağlık hizmetlerinde branşlaşmanın hasta bakımında uzmanlaşmayı sağladığını, ancak bu uzmanlıkların bir araya getirilemediğinde tedavi süreçlerinin olumsuz etkilendiğini belirtmektedir. Özellikle, spor hekimleri ve diyetisyenlerin diyabet hastalarının yönetiminde kritik rol oynayabileceğini, fakat bu uzmanlıklar arasındaki iş birliği eksikliğinin tedaviye zarar verdiğini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Katılımcı 18: " *Devlette ücretsiz diyetisyen hizmeti olsa ve diyetisyen kontrolünde olsak çok güzel olur. Kendi başımıza kaldığımızda diyetimizi bozabiliyoruz.*" diyerek, diyetisyenlerin düzenli takibi ve rehberliğinin, hastaların diyet yönetiminde ne kadar önemli olduğunu dile getirmiştir. Bu ifade, diyabet gibi beslenmeye dayalı bir hastalıkta, diyetisyenin hastayı yalnız bırakmaması gerektiğini ve bu tür desteklerin kamu hastanelerinde ücretsiz olarak sunulmasının hasta bakımını iyileştireceğini göstermektedir. Katılımcı 29 ise: " *Mutlaka her endokrinoloji randevusundan sonra hastanın diyetisyenle görüşmesi sağlanmalı. Dengeli beslenme üzerine kurulu bir hastalık ve diyetisyenler bu konuda bize büyük kolaylık sağlar.*" ifadesiyle, endokrinoloji ve diyetisyen iş birliğinin düzenli olarak sağlanması gerektiğini ve bunun diyabet yönetiminde vazgeçilmez bir unsur olduğunu belirtmiştir. Diyabet yönetiminde diyet ve egzersizin önemi göz önünde bulundurulduğunda, bu iş birliği hem hastaların beslenme alışkanlıklarını iyileştirecek hem de kan şekeri kontrolünü daha etkin bir şekilde sağlayacaktır. Amerikan Diyabet Derneği tarafından hazırlanan "Standards of Medical Care in Diabetes" diyabetin tanı, tedavi ve yönetiminde en güncel ve kanıta dayalı önerileri sunan kapsamlı bir rehberdir. Bu rehberin amacı, diyabetli bireyler için en iyi bakım standartlarını belirlemek ve bu standartları sağlık profesyonellerine sunarak, hastaların yaşam kalitesini artıracak bir yol haritası oluşturmaktır. Rehberdeki başlıklardan biri de 'Multidisipliner Ekiplerle İş Birliği' başlığında multidisipliner ekiplerin önemine değinilir. Bu ekiplerde doktorlar, diyabet hemşireleri, diyetisyenler, psikologlar, podiatristler (ayak bakımı uzmanları) ve diğer uzmanlar bulunur. Bu profesyonellerin bir arada çalışarak hastalara bütüncül bir bakım sunması, diyabetin yönetiminde olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlar. Özellikle diyetisyenlerin beslenme yönetimi, hemşirelerin tedavi planlarına uyum takibi ve psikolojik desteğin hastaların yaşam kalitesini artırdığına dair kanıtlar sunulmuştur. Ayrıca rehber hastaların sağlık hizmetlerine

daha kolay ulaşabilmesi için tele-tıp ve güvenli çevrimiçi portalların kullanımını desteklemekte ve erişim kavramının yalnızca fiziksel değil, dijital ve sürekli hale getirilmesi gerektiğini işaret etmektedir. (American Diabetes Association, 2024). Katılımcılarının uzmanlar arası koordinasyon ve yönlendirme eksikliği hakkındaki şikayetleri, bu rehberde vurgulanan multidisipliner iş birliği ve hasta merkezli yaklaşım eksikliği ile örtüşmektedir. Özellikle Katılımcı 16 ve Katılımcı 29'un diyetisyen ve diğer uzmanlara yönlendirilme eksikliği konusundaki ifadeleri, bu rehberin önerdiği multidisipliner iş birliği ile doğrudan ilişkilidir.

Çalışmamızdaki katılımcı ifadelerinin analizi sonucu politika ve uygulamalar teması altında ortaya çıkan bir diğer alt tema olan hasta bilinçlendirme, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde kritik bir unsurdur ve bu çalışmada katılımcıların ifadeleri, bilinçlendirme süreçlerinin eksikliklerinin hastaların sağlık sonuçları üzerindeki etkisini ortaya koymakta ve bu konudaki beklentilerini dile getirmektedirler. Literatürde hasta bilinçlendirme ve güçlendirme üzerine yapılan çalışmalar hastaların tedaviye uyumunu artırma, sağlık sonuçlarını iyileştirme ve sağlık sistemindeki genel yükü hafifletme açısından önem taşıdığını belirtmektedir. Ferreira ve ark. (2023) güçlendirilmiş hastaların diyabet yönetiminde daha başarılı olduklarını ve yaşam kalitelerinin arttığını göstermektedir. Bu sonuçlar, hasta eğitim programlarının hastaların sağlık okuryazarlığını artırarak tedaviye uyumlarını güçlendirdiğini doğrulamaktadır. Duarte-Díaz ve ark. (2023) hasta güçlendirme ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğunu bulgulamıştır. Güçlendirilmiş hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin düşük olduğu, yaşam kalitelerinin ise daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Foma ve ark. (2013) bilinçlendirme eksikliğinin ciddi diyabet komplikasyonlarına yol açtığını vurgulamaktadır. 18 yaş üzeri 541 katılımcı ile yapılan bir araştırma ise çalışmaya katılanların önemli bir bölümünün diyabetin artan yaygınlığıyla başa çıkmak ve bunu önlemek için yeterli farkındalığa sahip olmadığını ortaya koymuş ve diyabet ve diyabet riskini azaltma davranışlarıyla ilgili halk farkındalığını artırmak amacıyla nüfus temelli programlar ve kitle iletişim araçlarıyla bilgilendirme çalışmaları planlanmasını ve uygulanmasını önermiştir (Al-Khawaldeh & Al-Jaradeen, 2013). 30 yaş üstü ve son 3 ay içinde kan şekeri ve HbA1c seviyeleri test edilmiş 87 tip 2 diyabet hastası ile yapılan bir araştırma ise hastaların diyabet hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin yetersiz olduğunu ve bu yetersizliğin hastaların komplikasyonlar yaşamasına ve eşlik eden hastalıklara sahip olmasına yol açtığını bulgulamaktadır (Usta Atmaca ve ark., 2015). Çalışmamıza katılan katılımcıların da diyabetle ilgili bilincin çok az olduğuna ve devletin bu bilinçlendirmeyi arttıracak eğitim ve

yönlendirmeler yürütmesi gerekliliği ile ilgili ifadeleri bulunmaktadır. Katılımcı 16, beslenme ve sporla ilgili yeterli yönlendirme yapılmadığını ve bu eksikliğin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini dile getirmiştir: " *Bir diyabet hastası, glisemik indeksin ne olduğunu biliyor olmalıdır. Devletin bu konularda eğitim, bilinçlendirme ve diyetisyen desteği yok*" şeklindeki ifadesi hastaların sadece ilaçla değil, yaşam tarzı değişiklikleriyle de hastalıklarını kontrol altında tutabilmeleri için, devlet destekli bilinçlendirme kampanyaları, eğitimler ve diyetisyen hizmetleri sunulması gerektiğine dikkat çekmektedir. Sağlık okuryazarlığı bağlamında, bu tür eğitimlerin yaygınlaştırılması ve hasta bilgilendirme süreçlerinin güçlendirilmesi, diyabetin yönetiminde olumlu sonuçlar doğuracaktır. Hasta bilinçlendirme, sadece tedavi sırasında değil, hastalığın öncesinde ve özellikle çocukluktan itibaren başlatılması gereken bir süreçtir. Katılımcı 11'in, "*Diyabetle ilgili iletişim ve eğitimin ilkokuldan itibaren verilmesi gerekiyor. Sağlık kurumuna veya tedavi sürecine gelene kadar, çocukluktan itibaren iletişim kanallarının güçlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Son aşamada iş işten geçmiş oluyor çünkü bu hastalık alışkanlık değiştirme hastalığı. Alışkanlıklarımız da çocuklukta şekilleniyor. Sağlık çalışanları hastanelerdeki hastalardan ziyade, okullarda çocuklara eğitim vermeli ve onlarla iletişim kurmalı. Kişisel alışkanlıkları daha en baştan, küçük yaşta değiştirmek gerekiyor. Ağaç yaşken eğilir. Ve her çocuk öğrendiğini ailesine anlatacaktır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı eğitim ve iletişimi organize edebilir ve güçlendirebilir*" ifadesi, sağlık okuryazarlığının erken yaşlardan itibaren geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Okul sağlığı hemşirelerinin rolü, toplumda erken yaşlardan itibaren sağlık farkındalığı yaratmada kritik öneme sahiptir. Akgül & Ergün (2021), okul sağlığı hizmetlerinin çocuklar üzerinde kalıcı etkiler bırakarak halk sağlığını geliştirdiğini ve çocukların sağlık bilincini artırdığını vurgulamaktadır. Bu kapsamda, diyabet gibi kronik hastalıkların erken yaşta anlaşılması ve yönetilmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasıyla mümkündür. Akgül ve ark. (2023) Türkiye'de okul sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yasal düzenlemelerle desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir, bu da diyabet eğitiminin yaygınlaştırılmasında önemli bir adım olarak değerlendirilebilir. Katılımcı 11'in, diyabet eğitiminin çocukluk döneminden itibaren verilmesi gerektiği yönündeki görüşüyle uyumlu olarak, bu çalışmalarda vurgulanan okul temelli sağlık eğitimi uygulamaları, diyabet farkındalığını artırmak ve toplumu daha bilinçli hale getirmek için güçlü bir araçtır. Bu bağlamda, diyabet farkındalık kampanyalarının okullarda uygulanması, toplum genelinde erken teşhis ve tedavi süreçlerinin başarı oranını artırabilir.

Türkiye’de devlet destekli diyabet eğitimi projelerinden biri, hasta yakınlarının eğitimini amaçlayan akran eğitimi modelidir. Bu modelde, diyabetle yaşayan kişilere veya risk altında olan bireylere eğitim vererek, onların da başkalarına bu bilgileri aktarması hedeflenir. Akran eğitimi, hastaların günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorlukları daha iyi anlamalarına ve baş etmelerine yardımcı olmak için sosyo-kültürel uyumlu bir yaklaşım sunar. Bu proje özellikle kırsal bölgelerdeki hastaların farkındalığını artırmak için tasarlanmıştır. Diyabetle yaşayan bireyler, bu eğitimler sayesinde daha sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinirler ve bu bilgiler aile üyeleri arasında da yayılır (World Diabetes Foundation, 2024). Türkiye Diyabet Vakfı, devletin desteklediği büyük bir proje olan “Arrest Diabetes” kapsamında halkı diyabetin önlenmesi ve tedavisi hakkında bilinçlendirmektedir. Vakıf, okullarda ve hastanelerde eğitimler düzenleyerek, çocuklar ve yetişkinler için farkındalık yaratmayı hedeflemektedir. Ayrıca, diyabet tedavisinde kullanılan modern yöntemlerin yaygınlaştırılması ve sağlık çalışanlarının eğitimi de bu kampanyaların bir parçasıdır. Diyabet tedavisinde özellikle tip 2 diyabet hastaları için devletin geliştirdiği stratejilerden biri, hastaların tedaviye uyumunu artırmaya yönelik kampanyalardır. Bu programlar, hastaların diyet, egzersiz ve ilaç kullanımı gibi konularda daha iyi bilgi edinmelerini ve bunları günlük yaşamlarına entegre etmelerini hedefler. Eğitimlerin büyük bir kısmı, aile hekimleri ve sağlık personeli aracılığıyla verilmektedir. Bu tür eğitimler, hastaların tedaviye daha iyi uyum sağlamalarına yardımcı olurken, uzun vadede komplikasyon riskini azaltmayı amaçlar (International Diabetes Federation, 2024). Bu tarz kampanyaların bilinirliğinin artırılması ve yaygınlaştırılması, halk sağlığı üzerinde büyük etkiye sahip olabilir. Katılımcı 11’in ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, halkın büyük bir kısmı bu tür bilinçlendirme kampanyalarından haberdar değildir. Bu durum, halkın yeterince bilgi sahibi olamaması ve diyabetin erken teşhis ve tedavisi konusunda farkındalık eksikliği yaşamasına neden olmaktadır. Akran eğitimi gibi etkili modellerin yaygınlaştırılması ve diyabet farkındalığına yönelik kampanyaların medyada daha görünür hale getirilmesi, toplumsal farkındalığı artırmak adına kritik bir adımdır. Devletin ve sivil toplum kuruluşlarının, kampanyaları daha erişilebilir kılmak için okullar, aile hekimleri ve yerel sağlık merkezleri gibi yerlerde bu eğitimleri teşvik etmesi önemlidir.

Diyabet hastalarında hasta perspektifinden sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ve ilişkili faktörler belirlemek amacıyla uygulanan bu çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ölçeğinin (HL-COM) Türk dili ve kültüründe kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.
- Ölçek madde puanlarından en düşük puanı ‘Terimler ve kısaltmalar bana açıklandı’ maddesinin en yüksek puanı ise ‘Hastalığım ve tedavimle ilgili bilgileri anlayanın benim için önemli olduğu bana anlatıldı.’ maddesinin aldığı belirlendi.
- Diyabet hastalarının ilaç ve insülin kullanım durumu, komplikasyona sahip olma durumu ve HbA1c değerleriyle HL-COM ölçeği puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu belirlendi.
- Diyabet hastalarına verilen eğitim ve bilgilendirmenin içeriği, yöntemi ve eğitimin kim tarafından verildiği ile HL-COM puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu belirlendi.
- Diyabet hastalarının sağlık profesyonelleri ile iletişim sürecinde sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim algılarına yönelik deneyimleri ‘bireylerarası iletişim stratejileri’ ve ‘politika ve uygulamalar’ olmak üzere iki ana tema altında toplandı.
- Diyabet hastalarıyla yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda bireylerarası iletişim stratejileri ana teması altında (1) bireysel farklılık ve ihtiyaçları fark etme, (2) detaylı bilgilendirme, (3) anlaşılır ve sade dil kullanma, (4) kabullenme ve uyumu destekleme, (5) varsayımlardan kaçınma, (6) materyal desteği sağlama ve (7) hasta katılımını teşvik etme alt temalar olarak belirlendi.
- Diyabet hastalarıyla yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda politika ve uygulamalar ana teması altında (1) alan uzmanlığı, (2) hizmete erişim, (3) bilgiye erişim, (4) periyodik takip ve kontrol, (5) koordinasyon ve iş birliği ve (6) hasta bilinçlendirme alt temalar olarak belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda kurumsal sağlık okuryazarlığı çabalarını arttırmak ve sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi geliştirmek amacıyla aşağıdaki kurumsal ve ulusal politika ve girişimlerin planlanması önerilmektedir:

- Sağlık yöneticileri, kurum çapında sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik yazılı politikalar geliştirmeli ve bu politikaları kalite standartlarına entegre etmelidir. HL-COM ölçeği gibi araçlar kurumsal performans değerlendirmelerinde kullanılabilir ve bu

doğrultuda sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik hedefler belirlenebilir.

- Hasta eğitimleri, sağlık yöneticileri tarafından sistematik bir şekilde planlanmalı ve değerlendirilmelidir. Eğitim içeriklerinin standart hale getirilmesi, güncellenmesi ve hastaların ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmesi sağlanmalıdır. Diyabet hastalarına yönelik eğitimlerin içeriği, sadece ilaç ve insülin kullanımı gibi tedavi odaklı konularla sınırlı kalmadan egzersiz, beslenme ve diyet gibi koruyucu sağlık hizmetlerine de önemli ölçüde yer verecek şekilde revize edilebilir. Bu eğitimler, hastaların kendi sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetebilmelerine olanak sağlayarak yaşam kalitelerini artırabilir. Özellikle egzersiz programlarının planlanması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve glukometre kullanımı gibi konuların eğitimlere dahil edilmesi, bireylerin diyabet yönetiminde daha bilinçli ve proaktif olmalarını destekleyebilir.
- Sağlık yöneticileri, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimleri zorunlu hale getirebilir. Ölçülebilir performans göstergeleri oluşturularak, bu eğitimlerin etkili olup olmadığı düzenli olarak değerlendirilebilir. İletişim becerilerinin performans değerlendirmelerine dahil edilmesi, hasta ile iletişimin kurum kültüründe önemli bir yer edinmesini sağlayacaktır.
- Hasta merkezli sağlık hizmetlerini teşvik eden bir organizasyon kültürü oluşturmak için diyabet hemşireliği gibi uzmanlık alanlarının sağlık sistemine daha fazla entegre edilmesi gereklidir. Diyabet hemşireliği hem özel hem de devlet hastanelerinde güçlendirilebilir. Diyabet hemşireliğinin aktifleştirilmesi hem hekimlerin yükünü azaltacak hem de hastaların bilgi ihtiyacını karşımalarını ve doğru insülin ve ilaç kullanımı, ya da beslenme ve fiziksel aktivite gibi konularda güçlenmelerine ve sağlıklarını yönetmelerine destek olacaktır.
- Dijital sağlık platformları ve mobil uygulamalar, hasta bilgilendirme süreçlerini destekleyerek hastaların sağlık bilgisine erişimini kolaylaştırabilir. Sağlık yöneticileri, hastaların dijital sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmasını sağlamak için ulusal sağlık politikalarına uygun entegrasyon stratejileri geliştirmelidir. Tele-sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hasta-profesyonel iletişimini güçlendirmek için etkili bir çözüm olabilir.
- Sağlık hizmeti sonrası bilgilendirme ve takip süreçleri iyileştirilebilir. Özellikle diyabet teşhis ve tedavisinde önerilen kan tahlilleri ve ölçümlerin düzenli olarak yapılmasını sağlamak için hastalara belirli aralıklarla hatırlatıcı mesajlar gönderilebilir. Bu mesajlar,

kan şekeri takibi, HbA1c ölçümü, düzenli ilaç veya insülin kullanımı gibi kritik unsurları vurgulayarak hastaların tedaviye uyumunu artırabilir.

- Sağlık okuryazarlığına duyarlılığın, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve bu hizmetlerden etkin bir şekilde faydalanmalarını sağlamak için kurumsal ve ulusal düzeyde kapsamlı çabalar gerektirdiği göz önüne alındığında, hastaların endokrinoloji yan dalına erişim sorunlarının çözümüne yönelik uygun politikalar geliştirilmelidir.
- Çalışmamızın örnekleme özel hastanelerden hizmet alan hastalar olmasına ve bu hastaların endokrinoloji bölümünden sağlık hizmeti alıyor olmalarına rağmen, endokrinoloji yan dalına erişimde yaşadıkları zorluklar önemli bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Özellikle devlet hastanelerindeki erişim sıkıntıları nedeniyle, maddi gücü yeterli olmadığı halde özel hastanelere yönelen ancak düzenli kontrollerine devam edemeyen hastalar bulunmaktadır. Bu durum, bakım sürekliliğinin kesintiye uğramasına, tedaviye geç başlanmasına ve ciddi komplikasyonların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Hastaların endokrinoloji yan dalına erişim sorunları, sağlık yönetimi açısından hasta güvenliği ve hizmet kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Sağlık yöneticileri, randevu sistemlerinde yapay zeka tabanlı yönlendirme mekanizmaları kullanarak öncelikli hasta gruplarını belirleyebilir ve hizmet sunumunda eşitliği sağlayabilir. Bu sistem, bireylerin tıbbi geçmişini, laboratuvar sonuçlarını ve mevcut semptomlarını analiz ederek hasta önceliklendirmesi yapabilir. Bu tür düzenlemeler, diyabet hastalarının tedavi sürecinde zaman kaybını önleyerek komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak sağlık yöneticileri, sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişimi sağlık hizmetlerinin bir kalite standardı olarak benimsemeli ve bu doğrultuda politika geliştirme süreçlerine aktif olarak dahil olmalıdır. Hasta eğitimi, iletişim süreçlerinin standardizasyonu, profesyonel yetkinlik geliştirme ve dijital sağlık hizmetleri entegrasyonu gibi konular, sağlık yönetimi açısından ele alınarak bütüncül ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunulmasına katkı sağlayabilir.

8. KAYNAKLAR

Abdullah, A., Liew, S. M., Salim, H., Ng, C. J., & Chinna, K. (2019). Prevalence of limited health literacy among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(5), e0216402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216402>

Açıkgöz, B., Zorlu, I., Ekemen, A., Bayraktaroğlu, T., & Ayoğlu, F. N. (2019). Tip 2 diyabetlilerde metabolik kontrol ve komplikasyonlarla segmental vücut yağ dağılımı arasındaki ilişki. *Türk Diyabet ve Obezite Dergisi*, 1, 23-30. <https://doi.org/10.25048/tjdo.2019.37>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment Number 199. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/research/findings/studies/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2024). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (3rd ed.). Brach, C. (Ed.). Rockville, MD: Author. AHRQ Publication No. 23-0075. Erişim Tarihi: 10 Ekim 2024. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/health-literacy-toolkit-third-edition.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (tarihsiz). About Health Literacy. Erişim tarihi: 01 Ekim 2024, <https://www.ahrq.gov/health-literacy/about/index.html>.

Akgül, E., & Ergün, A. (2021). Toplum sağlığının geliştirilmesinde okul sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 141-153.

Akgül, E., Ergün, A., & Gür, K. (2023). Okul sağlığı hemşireliği: Güncel yasal düzenlemeler doğrultusunda. *CBU-SBED*, 11(2), 321-327.

Aktürk, Z., & Acemoğlu, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.02.0150>

Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28, 444-452. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2241-z>

Al Sayah, F., Williams, B., Pederson, J. L., Majumdar, S. R., & Johnson, J. A. (2014). Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings. *Nursing Research*, 63(6), 408-417. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000055

Alharbi, T. A. F., Alhumaidi, B., Alharbi, M. N., Ngo, A. D., Alasqah, I., Alharbi, H. F., & Albagawi, B. (2023). Diabetes education self-management intervention in improving self-efficacy for people with type 2 diabetes in the Gulf Cooperation Council countries: a systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 17(12), 102906. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2023.102906>

Alhashem, A. M., Albahouth, A., Alotaibi, R., & Alashwl, R. (2024). Prevalence of high-quality Arabic patient education materials on type 2 diabetes. *American Journal of Health Education*, 55(2), 100-107.

Al-Khawaldeh, O. A., & Al-Jaradeen, N. (2013). Diabetes awareness and diabetes risk reduction behaviors among attendance of primary healthcare centers. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 7(3), 172–178. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2013.02.010>

American Diabetes Association. (2021). 5. Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(Supplement_1), S53-S72. <https://doi.org/10.2337/dc21-S005>

American Diabetes Association. (2021). Standards of medical care in diabetes—2021 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 39(1), 14-43. <https://doi.org/10.2337/cd21-as01>

American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes—2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 41(1), 4-31.

American Diabetes Association. (2024). Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S20–S42. <https://doi.org/10.2337/dc24-S002>

Anderson, L. A. (1990). Health-care communication and selected psychosocial correlates of adherence in diabetes management. *Diabetes Care*, 13(Supplement_2), 66-76. <https://doi.org/10.2337/diacare.13.2.S66>

Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>

Anderson, R. M., Funnell, M. M., Barr, P. A., Dedrick, R. F., & Davis, W. K. (1991). Learning to empower patients: Results of a professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*, 14(7), 584-590. <https://doi.org/10.2337/diacare.14.7.584>

Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. (1995). Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18(7), 943-949. <https://doi.org/10.2337/diacare.18.7.943>

Arslan, S., Kılıç, M., & Toğan, M. (2021). Diyabetli hastalara verilen eğitim ve izlemlerin öz-etkililik düzeyi ve sağlık inancına etkisi. *Kocaeli Med J*, 10(1), 171-182.

Arslandoğlu, A. (2019). Etkili iletişimin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi ve iç girişimciliğin aracı rolü: Bir özel hastane uygulaması. *İnsan ve İnsan*, 6(21), 431-451. DOI: <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.537757>

Atkinson, G., & Nevill, A. M. (1998). Statistical methods for assessing measurement error (reliability) in variables relevant to sports medicine. *Sports Medicine*, 26, 217-238. <https://doi.org/10.2165/00007256-199826040-00002>

Aydoğan, B., Aydın, A., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H. (2020). Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarıyla ilgili bilgi, tutum düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel Sayı), 11-23. <https://doi.org/10.31832/smj.743455>

- Aydoğan, B., Aydın, A., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H. Ç. (2020). Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarıyla ilgili bilgi, tutum düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değeriendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel Sayı), 11-23. <https://doi.org/10.31832/smj.743455>
- Babrow, A. S., Kasch, C. R., & Ford, L. A. (1998). The many meanings of uncertainty in illness: Toward a systematic accounting. *Health Communication*, 10(1), 1-23. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1001_1
- Bailey, S. C., Brega, A. G., Crutchfield, T. M., Elasy, T., Herr, H., Kaphingst, K., ... & Schillinger, D. (2014). Update on health literacy and diabetes. *The Diabetes Educator*, 40(5), 581-604. <https://doi.org/10.1177/0145721714540220>
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21, 878-883. <https://doi.org/10.1177/0898010106288315>
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Baranowski, T., Cullen, K. W., Nicklas, T., Thompson, D., & Baranowski, J. (2003). Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obesity Research*, 11(S10), 23S-43S. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.222>
- Barber Doucet, H., Wilson, T., Vrablik, L., & Wing, R. (2023). Implicit bias and patient care: Mitigating bias, preventing harm. *MedEdPORTAL*, 19, 11343. <https://doi.org/10.15766/mep.2374-8265.11343>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Bayrak, G., & Çolak, R. (2012). Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(S1), S7-S11. <https://doi.org/10.5835/jecm.omu.29.s1.003>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beckerman, H., Roebroeck, M. E., Lankhorst, G. J., Becher, J. G., Bezemer, P. D., & Verbeek, A. L. M. (2001). Smallest real difference, a link between reproducibility and responsiveness. *Quality of Life Research*, 10, 571-578. <https://doi.org/10.1023/A:1013138911638>
- Belete, A. M., Gameda, B. N., Akalu, T. Y., Aynalem, Y. A., & Shiferaw, W. S. (2023). What is the effect of mobile phone text message reminders on medication adherence among

adult type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Endocrine Disorders*, 23(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01268-8>

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

Berlo, D. K. (1960). The process of communication: An introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Bland, J. M., & Altman, D. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *The Lancet*, 327(8476), 307-310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(86\)90837-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)90837-8)

Boddy, C. R. (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 19(4), 426-432. <https://doi.org/10.1108/QMR-06-2016-0053>

Booth-Butterfield, S., Chory, R., & Beynon, W. (1997). Communication apprehension and health communication and behaviors. *Communication Quarterly*, 45(3), 235-250. <https://doi.org/10.1080/01463379709370063>

Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: A snapshot of health system improvement. In R. Logan & E. Siegel (Eds.), *Health literacy: New directions in research, theory, and practice* (pp. 203–237). IOS Press. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-790-0-203>

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. Discussion Paper, Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy. National Academies Press. <https://doi.org/10.31478/201206a>

Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M., & Cochrane Healthcare Quality Research Group. (2015). Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 907. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>

Breder, J. C., Breder, I., Barreto, J., Fernandes, V., Zanchetta, F., Oliveira, B. A., ... & Lima, M. H. M. (2024). Health literacy and diabetic retinopathy. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 57, e13066. <https://doi.org/10.1590/1414-431X2023e13066>

Brega, A. G., Freedman, M. A., LeBlanc, W. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Cifuentes, M., ... & West, D. R. (2015). Using the health literacy universal precautions toolkit to improve the quality of patient materials. *Journal of Health Communication*, 20(sup2), 69-76. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1081997>

Brega, A. G., Hamer, M. K., Albright, K., Brach, C., Saliba, D., Abbey, D., & Gritz, R. M. (2019). Organizational health literacy: Quality improvement measures with expert consensus. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(2), e127-e146. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190503-01>

Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization?—A scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research*, 21, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>

Broussard, I. M., & Kahwaji, C. I. (2017). Universal precautions. In *Infection control in the dental office* (pp. 1-5). *National Center for Biotechnology Information. PMID: 29262198*

Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97-113. <https://doi.org/10.1177/1468794106058877>

Buchan, J., & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages: A common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3262-3268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02636.x>

Bujang, M. A., & Baharum, N. (2017). A simplified guide to determination of sample size requirements for estimating the value of intraclass correlation coefficient: A review. *Archives of Orofacial Science*, 12(1), 1-11.

Burgess, J., Frank, B., Marshall, A., Khalil, R. S., Ponirakis, G., Petropoulos, I. N., ... & Alam, U. (2021). Early detection of diabetic peripheral neuropathy: A focus on small nerve fibres. *Diagnostics*, 11(2), 165. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11020165>

Busui, R. P., Boulton, A. J., Feldman, E. L., Bril, V., Freeman, R., Malik, R. A., ... & Ziegler, D. (2017). Diabetic neuropathy: A position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 40(1), 136-154. <https://doi.org/10.2337/dc16-2042>

Butayeva, J., Ratan, Z. A., Downie, S., & Hosseinzadeh, H. (2023). The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Diabetes*, 15(9), 724-735. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13436>

Büyük, S. A., Şener, E., Ketenci, P. G., Erdek, F. Ö., Balcı, Z. A., Öztekin, Ö., ... & Alp, İ. (2020). Kurumsal sağlık okuryazarlığı olgusuna ilişkin bir durum çalışması: Kamu hastaneleri üzerine bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 587-604.

Büyüköztürk, Ş. (2006). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Yayınları: Ankara.

Büyüköztürk, Ş. (2011). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Akademi: Ankara.

Campbell, D. J., Manns, B. J., Weaver, R. G., Hemmelgarn, B. R., King-Shier, K. M., & Sanmartin, C. (2017). Financial barriers and adverse clinical outcomes among patients with cardiovascular-related chronic diseases: A cohort study. *BMC Medicine*, 15, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0788-6>

Canbolat, Ö., Ekenler, Ş., & Polat, Ü. (2022). Diyabet öz yönetiminde engeller ve kolaylaştırıcılar. *Med J SDU*, 29(1), 143-148. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.1008149>

Canbolat, Ö., Ekenler, Ş., & Polat, Ü. (2022). Diyabet özyönetiminde engeller ve kolaylaştırıcılar. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 29(1), 143-148.

Caplin, M., & Saunders, T. (2015). Utilizing teach-back to reinforce patient education: A step-by-step approach. *Orthopaedic Nursing*, 34(6), 365-368. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000197>

Castells, M. (2013). *Communication power*. Oxford University Press.

Cavanaugh, K., Huizinga, M. M., Wallston, K. A., Gebretsadik, T., Shintani, A., Davis, D., ... & Rothman, R. L. (2008). Association of numeracy and diabetes control. *Annals of Internal Medicine*, 148(10), 737-746. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-10-200805200-00006>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1996). Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45(RR-11). Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000039.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). *Healthy People 2010: Final Review*. National Center for Health Statistics. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What Is Health Literacy? Erişim tarihi: 23.12.2024, <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/index.html>

Chan, K. S., Wan, E. Y. F., Chin, W. Y., Cheng, W. H. G., Ho, M. K., Yu, E. Y. T., & Lam, C. L. K. (2021). Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: A systematic review. *BMC Family Practice*, 22(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01493-x>

Chapman, E. N., Kaatz, A., & Carnes, M. (2013). Physicians and implicit bias: How doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 28, 1504-1510. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2441-1>

Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., & Malanda, B. I. D. F. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 138, 271-281. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>

Clayman, M. L., Pandit, A. U., Bergeron, A. R., Cameron, K. A., Ross, E., & Wolf, M. S. (2010). Ask, understand, remember: A brief measure of patient communication self-efficacy within clinical encounters. *Journal of Health Communication*, 15(Suppl 2), 72-79. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.500349>

Cline, R. J., & McKenzie, N. J. (1998). The many cultures of health care: Difference, dominance, and distance in physician-patient communication. In L. D. Jackson & B. K. Duffy (Eds.), *Health communication research: A guide to developments and directions* (pp. 57-74). Westport, CT: Greenwood Press.

Collum, J. L., Marcy, T. R., Stevens, E. L., Burns, C. F., & Miller, M. J. (2013). Exploring patient expectations for pharmacist-provided literacy-sensitive communication. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(5), 626-632. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.05.012>

- Connor, U., Kessler, L., de Groot, M., Mac Neill, R., & Sandy, R. (2019). Implementing person-centered communication in diabetes care: a new tool for diabetes care professionals. *Patient preference and adherence*, 1443-1450. <http://doi.org/10.2147/PPA.S214092>
- COSMIN. (n.d.). COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments. Erişim tarihi: 24 Aralık 2024, <https://www.cosmin.nl/>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Court, J. M. (1989). Diabetes education for the family, patient and paramedical staff. *The Indian Journal of Pediatrics*, 56(Suppl 1), S81–S85. <https://doi.org/10.1007/BF02776470>
- Creswell, J. W. (2013). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (3rd ed.). Sage Publications.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). Designing and conducting mixed methods research. SAGE Publications.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cutilli, C. C., & Bennett, I. M. (2009). Understanding the health literacy of America. Results of the National Assessment of Adult Literacy. *Orthopaedic Nursing*, 28(1), 27-32. <https://doi.org/10.1097/01.NOR.0000345852.22122.d6>
- Çalışkan, D. (2019). Sağlık Okuryazarlığında Geliştirilmiş Materyalleri Kullanma ve Yeni Materyal Geliştirme. *Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 5(1), 72-78.
- Çam, H. H., Güleç, H. Y., Karasu, F., & Öztürk, E. (2021). Sağlık okuryazarlığı ve diabetes mellitus. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 5(1), 68-74.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çatar, R. Ö. (2019). İletişimin boyutları. In N. Gemlik & R. Ö. Çatar (Eds.), *Sağlık çalışanları için genel iletişim* (s. 23-36). Nobel Yayıncılık: Ankara.
- Çelik, H. E., & Yılmaz, V. (2016). LISREL 9.1 ile Yapısal Eşitlik Modellemesi: Temel Kavramlar, Uygulamalar, Programlama. Anı Yayıncılık: Ankara.
- Çelik, S., İdiz, C., Bağdemir, E., Purisa, S., Dinççağ, N., & Satman, İ. (2018). Diyabetlilerde kendi kendine kan şekeri izlemi ile HbA1c ve diyabet komplikasyonlarının karşılaştırılması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46(2), 118-124. <https://doi.org/10.33076/2018.BDD.296>
- Çınarlı, İ. (2004). Sağlıkın geliştirilmesine sağlık iletişimi yöntemleri olarak sosyal pazarlama, medyada savunuculuk ve halkla ilişkilerin etkisi (Doktora tezi). Marmara

Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=_0yo0AhJJNfsytnurWrQnQ&no=ZhROo4xeBHbPQ4E5IxtNhg

Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2019). Association of health literacy and diabetes self-management: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 526-533.

Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395. PMID: 8349060

Değer, T. B., Gönderen Çakmak, H. S., Cihan Erdoğan, B., & Değer, M. Ö. (2024). Effect of insulin pen training using the teach-back method on diabetes self-management, quality of life, and HbA1c levels in older patients with type 2 diabetes: A quasi-experimental study. *Healthcare*, 12(18), 1854. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181854>

Demir, A., Sertbaş, K., & Sivrikaya, K. (2020). Sporda İnovasyon Ölçeği'nin (SiÖ) Türkçeye uyarlama çalışması. *Eurasian Research in Sport Science*, 5(1), 16-25.

Denecke, K., Jolo, P., Sevinc, B., & Nüssli, S. (2019). Creating individualized education material for diabetes patients using the eDiabetes platform. In D. Hayn & G. Schreier (Eds.), *dHealth 2019 – From eHealth to dHealth* (pp. 1–7). IOS Press. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-971-3-1>

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). Sage Publications.

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19, 1228-1239.

Dinh, T. T. H., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 14(1), 210-247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>

Drennan, V. M., & Ross, F. (2019). Global nurse shortages—the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130(1), 25-37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldz014>

Duarte-Diaz, A., Perestelo-Perez, L., Rivero-Santana, A., Penate, W., Alvarez-Perez, Y., Ramos-Garcia, V., ... & Serrano-Aguilar, P. (2023). The relationship between patient empowerment and related constructs, affective symptoms and quality of life in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1118324. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1118324>

Duell, P., Wright, D., Renzaho, A. M., & Bhattacharya, D. (2015). Optimal health literacy measurement for the clinical setting: a systematic review. *Patient education and counseling*, 98(11), 1295-1307. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.003>

Ege, Ş. D., & Hayran, O. (2022). Kurumsal sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için ölçek geliştirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(2), 243-256.

El Berri, H., Gedik, F. G., Belkhadir, J., Catton, H., Hammerich, A., Oweis, A., & Slama, S. (2020). Tackling diabetes: How nurses can make the difference. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(11), 1318-1319. <https://doi.org/10.26719/2020.26.11.1318>

Elafros, M. A., Andersen, H., Bennett, D. L., Savelieff, M. G., Viswanathan, V., Callaghan, B. C., & Feldman, E. L. (2022). Towards prevention of diabetic peripheral neuropathy: Clinical presentation, pathogenesis, and new treatments. *The Lancet Neurology*, 21(10), 922-936. doi: 10.1016/S1474-4422(22)00188-0

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf

Ergezen, F. D., & Kol, E. (2021). Karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(4), 367-372. DOI: 10.5152/jern.2021.16768

Ernstmann, N., Halbach, S., Kowalski, C., Pfaff, H., & Ansmann, L. (2017). Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 121, 58-63.

Ertur, E., Keskinler, M. V., Bozkurt Çakır, İ., Erbakan, A. N., & Oğuz, A. (2020). Tip 2 diyabetli hastalarda diyabetik periferik nöropati sıklığı, ilişkili faktörler ve farkındalık durumunun değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 180-185. <https://doi.org/10.30934/kusbed.669099>

Eskiler, E., Bilir, C., & Altunışık, R. (2023). Determinants of Cancer-Related Online Information-Seeking Intentions of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 8(4), 490-496. doi: 10.26453/otjhs.1327254

Fabbri, M., Murad, M. H., Wennberg, A. M., Turcano, P., Erwin, P. J., Alahdab, F., ... & Roger, V. L. (2020). Health literacy and outcomes among patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Heart Failure*, 8(6), 451-460. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.11.007>

Fábregas, S. M., & Kreps, G. L. (1999). Bioethics Committees: A health communication approach. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 18(1), 1-6. PMID: 10343984

Fan, X., & Sivo, S. A. (2007). Sensitivity of fit indices to model misspecification and model types. *Multivariate Behavioral Research*, 42(3), 509-529. <https://doi.org/10.1080/00273170701382864>

Farahaninia, M., Hoseinabadi, T. S., Raznahan, R., & Haghani, S. (2020). The teach-back effect on self-efficacy in patients with type 2 diabetes. *Review of Diabetic Studies*, 16(1), 46-50.

Farmer, A., Bobrow, K., Leon, N., Williams, N., Phiri, E., Namadingo, H., ... & Levitt, N. (2021). Digital messaging to support control for type 2 diabetes (StAR2D): A multicentre randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 21, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11874-7>

Feldman-Stewart, D., Brundage, M. D., & Tishelman, C. (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(10), 801-809. <https://doi.org/10.1002/pon.950>

Ferreira, P. L., Morais, C., Pimenta, R., Ribeiro, I., Amorim, I., & Alves, S. M. (2023). Empowerment and knowledge as determinants for quality of life: A contribution to a better type 2 diabetes self-management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4544. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054544>

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE.

Fishbein, M., & Yzer, M. C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13(2), 164-183. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2003.tb00287.x>

Fiske, J. (2010). *Introduction to Communication Studies*. Routledge.

FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>

Foluke Bosun-Arije, S., Chibuzor Nwakasi, C., Ekpenyong, M., Serrant, L., Esther Sunday-Abel, T., & Ling, J. (2021). A nurse-led conceptual model to inform patient-centred, type 2 diabetes mellitus management in public clinical settings. *Journal of Research in Nursing*, 26(8), 763-778. <https://doi.org/10.1177/17449871211021137>

Foma, M. A., Saidu, Y., Omoleke, S. A., & Jafali, J. (2013). Awareness of diabetes mellitus among diabetic patients in the Gambia: A strong case for health education and promotion. *BMC Public Health*, 13, 1124. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1124>

Foo, K. M., Sundram, M., & Legido-Quigley, H. (2020). Facilitators and barriers of managing patients with multiple chronic conditions in the community: A qualitative study. *BMC Public Health*, 20, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8375-8>

Fransen, M. P., von Wagner, C., & Essink-Bot, M. L. (2012). Diabetes self-management in patients with low health literacy: Ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 44-53. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.11.015>

Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical diabetes*, 22(3), 123-128. <https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>

Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B., ... & Weiss, M. A. (2007). National standards for diabetes self-management education. *The Diabetes Educator*, 33(4), 599-614. <https://doi.org/10.1177/0145721707305880>

Gencer, H., Sercekus, P., & Özkan, S. (2021). Kanser Hastalarının Bilgi Kaynakları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 568-573.

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 Update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10(2), 486. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>

Giavarina, D. (2015). Understanding Bland-Altman analysis. *Biochemia Medica*, 25(2), 141-151. <https://doi.org/10.11613/BM.2015.015>

Goeman, D., Conway, S., Norman, R., Morley, J., Weerasuriya, R., Osborne, R. H., & Beauchamp, A. (2016). Optimising health literacy and access of service provision to community dwelling older people with diabetes receiving home nursing support. *Journal of Diabetes Research*, 2016(1), 2483263. <https://doi.org/10.1155/2016/2483263>

Goodwin, J. S. (2021). Continuity of care matters in all health care settings. *JAMA Network Open*, 4(3), e213842-e213842. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3842>

Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Görgülü, Ü., Çiftçi, S., & Polat, Ü. (2022). Diyabetik nöropatinin yönetiminde güncel tedavi yaklaşımları ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(3), 560-565. <https://doi.org/10.33631/sabd.1174408>

Gray, D. J. P., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ open*, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>

Greene, J. C. (2007). *Mixed Methods in Social Inquiry*. Jossey-Bass.

Greene, S. M., Tuzzio, L., & Cherkin, D. (2012). A framework for making patient-centered care front and center. *The Permanente Journal*, 16(3), 49-53. <https://doi.org/10.7812/TPP/12-025>

Greenwood, D. A., Gee, P. M., Fatkin, K. J., & Peeples, M. (2017). A systematic review of reviews evaluating technology-enabled diabetes self-management education and support. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 11(5), 1015–1027. <https://doi.org/10.1177/1932296817713506>

Gruss, S. M., Nhim, K., Gregg, E., Bell, M., Luman, E., & Albright, A. (2019). Public health approaches to type 2 diabetes prevention: The US National Diabetes Prevention Program and beyond. *Current Diabetes Reports*, 19(78). <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1200-z>

Guariguata, L., Whiting, D. R., Hambleton, I., Beagley, J., Linnenkamp, U., & Shaw, J. E. (2014). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes research and clinical practice*, 103(2), 137-149. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.11.002>

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage Publications.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Guttman, N. (1996). Values and justifications in health communication interventions: An analytic framework. *Journal of Health Communication*, 1(4), 365-396. <https://doi.org/10.1080/108107396128004>

Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*, 15, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6>

Güler, A., Halıcıoğlu, M. B., & Taşgın, S. (2015). Nitel araştırma yöntemleri: Teorik çerçeve – pratik öneriler, 7 farklı nitel araştırma yaklaşımı – kalite ve etik hususlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Güner, T. A., Kuzu, A., & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223. <https://doi.org/10.25048/tudod.775075>

Güner, T. A., Kuzu, A., & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223.

Hadden, K., Martin, R., Prince, L., & Barnes, C. L. (2019). Patient health literacy and diabetic foot amputations. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*, 58(5), 877-879. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2018.12.038>

Haegdorens, F., Van Bogaert, P., De Meester, K., & Monsieurs, K. G. (2019). The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: An observational multicentre study. *BMC Health Services Research*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4688-7>

Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., et al. (2015). Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 105(12), e60-e76. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903>

Harding, J. L., Pavkov, M. E., Magliano, D. J., Shaw, J. E., & Gregg, E. W. (2018). Global trends in diabetes complications: A review of current evidence. *Diabetologia*, 62, 3-16. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4711-2>

Harwell, M. R. (1988). Choosing between parametric and nonparametric tests. *Journal of Counseling & Development*, 67(1), 35-38. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1988.tb02007.x>

Haskard Zolnierrek, K., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

Hemmatipour, A., Karami, F., Hatami, A., Hemmati, N., Jahangirimehr, A., & Mehri, Z. (2023). The effect of self-care training based on e-learning and teach-back methods on the performance of patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 1, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s40200-023-01214-4>

Hemmingsen, B., Lund, S. S., Gluud, C., Vaag, A., Almdal, T., Hemmingsen, C., & Wetterslev, J. (2011). Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *BMJ*, 343, d6898. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6898>

Hendawi, R., Alian, S., & Li, J. (2024). Breaking down barriers: Empowering diabetes patients with user-friendly medical explanations. 2024 15th International Conference on Information and Communication Systems (ICICS), 1–6. IEEE. <https://doi.org/10.1109/ICICS63486.2024.10638283>

Herdiati, M. F., & Fitriyah, H. (2024). Reducing wait times and enhancing communication boost patient satisfaction in healthcare. *Indonesian Journal of Innovation Studies*, 25(1), 10-21070. <https://doi.org/10.21070/ijins.v25i1.1110>

Hernandez, C. A., Vazquez Gonzalez, A. E., Polianovskaia, A., Amoro Sanchez, R., Muyolema Arce, V., Mustafa, A., Vypritskaya, E., Perez Gutierrez, O., Bashir, M., & Eighaei Sedeh, A. (2023). The future of patient education: AI-driven guide for type 2 diabetes. *Cureus*, 15(11), e48919. <https://doi.org/10.7759/cureus.48919>

Herndon, J. B., Chaney, M., & Carden, D. (2011). Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. *Annals of emergency medicine*, 57(4), 334-345. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.035>

Hersch, D., Klemenhausen, K., & Adam, P. (2024). Measuring continuity in primary care: How it is done and why it matters. *Family Practice*, 41(1), 60-64. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmadv122>

Hills, S., Terry, D., Gazula, S., & Browning, C. (2022). Practice nurses' communication with people living with type 2 diabetes: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 105(3), 2664–2670. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.024>

Ho, E. Y., Tran, H., & Chesla, C. A. (2015). Assessing the cultural in culturally sensitive printed patient-education materials for Chinese Americans with type 2 diabetes. *Health Communication*, 30(1), 39-49. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.835216>

Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008>

Hong, Y. R., Jo, A., Cardel, M., Huo, J., & Mainous III, A. G. (2020). Patient-provider communication with teach-back, patient-centered diabetes care, and diabetes care education. *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2443-2450. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.029>

Hong, Y. R., Jo, A., Huo, J., Cardel, M. I., & Mainous III, A. G. (2022). Pathways of teach-back communication to health outcomes among individuals with diabetes: A pathway modeling. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 21501319211066658. <https://doi.org/10.1177/21501319211066658>

Hong, Y.-R., Huo, J., Jo, A., Cardel, M., & Mainous III, A. G. (2020). Patient-provider teach-back communication with diabetic outcomes: A cohort study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(6), 903–912. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.06.200217>

Hong, Y.-R., Huo, J., Jo, A., Cardel, M., & Mainous, A. G. (2020). Association of patient-provider teach-back communication with diabetic outcomes: A cohort study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(6), 903–912. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.06.200217>

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion (Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A., Eds.). Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>

International Diabetes Federation. (2021). IDF diabetes atlas (10th ed.). International Diabetes Federation. Erişim adresi: <https://diabetesatlas.org>

International Diabetes Federation. (2024). Diabetes facts & figures. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.

Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., ... & Matthews, D. R. (2015). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes care*, 38(1), 140-149. <https://doi.org/10.2337/dc14-2441>

İlhan, N., Telli, S., Temel, B., & Aştı, T. (2021). Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. *Primary care diabetes*, 15(1), 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.06.009>

İnan, Y. S. (2016). Yan Dal Polikliniklerine Randevu Alınması Hakkında Hasta ve Hekim Görüşleri [Uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Antalya.

Jafari, J., Karlgren, K., Moonaghi, H. K., Layegh, P., Bonacina, S., & Masiello, I. (2021). Designing internet-enabled patient education for self-management of T2D diabetes—The case of the Razavi-Khorasan province in Iran. *Plos one*, 16(4), e0250781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250781>

Jesus, L. M., & Valente, A. R. (2016). Cross-cultural adaptation of health assessment instruments. University of Aveiro, Portugal. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/340687641>

- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Ju, H. H. (2022). Improving care coordination of patients with chronic diseases. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18(8), 833-836. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.06.011>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kandula, N. R., Malli, T., Zei, C. P., Larsen, E., & Baker, D. W. (2011). Literacy and retention of information after a multimedia diabetes education program and teach-back. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 89-102. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604382>
- Kandula, N. R., Nsiah-Kumi, P. A., Makoul, G., Sager, J., Zei, C. P., Glass, S., ... & Baker, D. W. (2009). The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient education and counseling*, 75(3), 321-327. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.001>
- Kang, S. J., & Lee, M. S. (2019). Assessing audiovisual patient educational materials on diabetes care with PEMAT. *Public Health Nursing*, 36(3), 379-387. <https://doi.org/10.1111/phn.12577>
- Karaca, A., Yıldırım, N., Ankaralı, H., Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2014). Hemşirelik eğitimi stres ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(2), 29-40.
- Kern, L. M., Bynum, J. P. W., & Pincus, H. A. (2024). Care fragmentation, care continuity, and care coordination—How they differ and why it matters. *JAMA Internal Medicine*, 4(1), e213040. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.7628>
- Kılıç, T., & Topuz, R. (2015). Hastalarla iletişimin, hasta memnuniyetine etkisi: özel, devlet ve üniversite hastanesi karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 9(1), 78-97.
- Kılınç, E. (2018). Nicel verilerde geçerlik ve güvenilirlik. Ş. Aslan (Ed.), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri içinde* (s. 147-160). Konya: Eğitim Yayınevi.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Kim, M. T., Kim, K. B., Ko, J., Murry, N., Xie, B., Radhakrishnan, K., & Han, H. R. (2020). Health literacy and outcomes of a community-based self-help intervention: a case of Korean Americans with type 2 diabetes. *Nursing Research*, 69(3), 210-218. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000409>
- Kim, S. H., & Lee, A. (2016). Health-literacy-sensitive diabetes self-management interventions: a systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(4), 324-333. <https://doi.org/10.1111/wvn.12157>

King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385-393. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>

Kirchhoff, S., Dadaczynski, K., Pelikan, J. M., Zelinka-Roitner, I., Dietscher, C., Bittlingmayer, U. H., & Okan, O. (2022). Organizational health literacy in schools: concept development for health-literate schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8795. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148795>

Kline, R. B. (2016). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (4th ed.). New York: Guilford Press.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>

Kopera-Frye, K. (2017). Health literacy 101. In K. Kopera-Frye (Ed.), Health literacy among older adults (pp. 1–5). Springer Publishing Company.

Korkmaz, M., Yıldırım, Ö. Ö., Eren, D. Ç., & Avcı, İ. A. (2022). Sağlık Çalışanları Kültürel Yeterlilik Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Journal of Nursology*, 25(4), 217-223. <https://doi.org/10.5152/JANHS.2022.999534>

Kottner, J., Audigé, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A., Roberts, C., Shoukri, M., & Streiner, D. L. (2011). Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.002>

Kowalski, C., Lee, S. Y. D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M. A., Pfaff, H., & Ernstmann, N. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation. *BMC Health Services Research*, 15, 47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>

Kreps, G. L., & Thornton, B. C. (1992). Health communication: Theory & practice (2nd ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press

Kreps, G. L., Arora, N. K., & Nelson, D. E. (2003). Consumer/provider communication research: Directions for development. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 3-4. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00070-3)

Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query, J. L. (1998). The history and development of the field of health communication. *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*, 1-15.

Krippendorff, K. (2004). The content analysis. An Introduction to Its Methodology. Sage.

Kruglikov, I. L., Shah, M., & Scherer, P. E. (2020). Obezite ve diyabetin COVID-19 ile komorbiditeleri: Altta yatan mekanizmalar ve viral-bakteriyel etkileşimlerin rolü. *eLife*, 9, e61330. <https://doi.org/10.7554/eLife.61330>

Kurtz, S., Draper, J., & Silverman, J. (2017). Teaching and learning communication skills in medicine. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315378398>

Küçük, S., Uludasdemir, D., Karşıgil, P., & Güven, İ. (2023). Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi ve Diyabet Öz Yeterliliği. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 7(2), 112-121. <https://doi.org/10.25048/tudod.1299744>

Lambrinou, E., Hansen, T. B., & Beulens, J. W. (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(2_suppl), 55-63. <https://doi.org/10.1177/2047487319885455>

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa>

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>

Lee, D. M., Grose, E., & Cross, K. (2022). Internet-based patient education materials regarding diabetic foot ulcers: readability and quality assessment. *JMIR diabetes*, 7(1), e27221. <https://doi.org/10.2196/27221>

Lee, S., Gross, S. E., Pfaff, H., & Dresen, A. (2020). Waiting time, communication quality, and patient satisfaction: An analysis of moderating influences on the relationship between perceived waiting time and the satisfaction of breast cancer patients during their inpatient stay. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 819-825. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.018>

Leiner, M., Handal, G., & Williams, D. (2004). Patient communication: A multidisciplinary approach using animated cartoons. *Health Education Research*, 19(5), 591-595. <https://doi.org/10.1093/her/cyg079>

Li, Y. C. (2019). Continuity of care for newly diagnosed diabetic patients: A population-based study. *PLoS One*, 14(8), e0221327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221327>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1988). Criteria for assessing naturalistic inquiries as reports. In E. G. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 90-115). Sage Publications.

Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Zhang, F., Sharma, M., Lai, W., ... & Zhao, Y. (2018). Assessment tools for health literacy among the general population: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1711.

Liu, K., Xie, Z., & Or, C. K. (2020). Effectiveness of mobile app-assisted self-care interventions for improving patient outcomes in type 2 diabetes and/or hypertension: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(8), e15779. <https://doi.org/10.2196/15779>

Liu, Y., Yao, S., Shan, X., Luo, Y., Yang, L., Dai, W., & Hu, B. (2024). Time trends and advances in the management of global, regional, and national diabetes in adolescents and young adults aged 10–24 years, 1990–2021: Analysis for the global burden of disease study 2021. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 16(252). <https://doi.org/10.1186/s13098-024-01491-w>

Ljungholm, L., Edin-Liljegren, A., Ekstedt, M., & Klinga, C. (2022). What is needed for continuity of care and how can we achieve it?—Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Services Research*, 22(1), 686. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08023-0>

Lu, Y., Xing, P., Cai, X., Luo, D., Li, R., Lloyd, C., ... & Li, M. (2020). Prevalence and risk factors for diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetic patients from 14 countries: Estimates of the INTERPRET-DD study. *Frontiers in Public Health*, 8, 534372. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.534372>

Lubasch, J. S., Voigt-Barbarowicz, M., Ernstmann, N., Kowalski, C., Brütt, A. L., & Ansmann, L. (2021). Organizational Health Literacy in a Hospital—Insights on the Patients' Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12646. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312646>

Lyles, C. R., & Schillinger, D. (2013). Patient-provider communication and diabetes medication adherence: where do we go from here?. *Diabetes Management*, 3(3), 185.

Mabachi, N. M., Cifuentes, M., Barnard, J., Brega, A. G., Albright, K., Weiss, B. D., ... & West, D. (2016). Demonstration of the health literacy universal precautions toolkit: lessons for quality improvement. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 39(3), 199-208. <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000102>

MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>

Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. (2019). The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 34, 1007-1017. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04832-y>

Marsh, H. W., Morin, A. J., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 85-110. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>

Marshall, B., Cardon, P., Poddar, A., & Fontenot, R. (2013). Does sample size matter in qualitative research? A review of qualitative interviews in IS research. *Journal of Computer Information Systems*, 54(1), 11-22. <https://doi.org/10.1080/08874417.2013.11645667>

McBrien, K. A., Ivers, N., Barnieh, L., Bailey, J. J., Lorenzetti, D. L., Nicholas, D., ... & Manns, B. (2018). Patient navigators for people with chronic disease: a systematic review. *PLOS ONE*, 13(2), e0191980. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191980>

McCarthy, G. M. (2000). Universal precautions. *Journal-Canadian Dental Association*, 66(10), 556-557.

McFarland, D. C., Johnson Shen, M., & Holcombe, R. F. (2017). Predictors of satisfaction with doctor and nurse communication: a national study. *Health Communication*, 32(10), 1217-1224. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1215001>

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)

Meidert, U., Dönnges, G., Bucher, T., Wieber, F., & Gerber-Grote, A. (2023). Unconscious bias among health professionals: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(16), 6569. <https://doi.org/10.3390/ijerph20166569>

Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9-S12.

Merriam, S. B. (1998). Qualitative research and case study applications in education. Jossey-Bass, San Francisco.

Mertens, D. M. (2023). Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods. Sage Publications.

Mertkan, Ş. (2015). Karma Araştırma Tasarımı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Messick, S. (1994). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. ETS Research Report Series, 1994(2), i-28. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.50.9.741>

Middel, B., & van Sonderen, E. (2002). Statistical significant change versus relevant or important change in (quasi) experimental design: Some conceptual and methodological problems in estimating magnitude of intervention-related change in health services research. *International Journal of Integrated Care*, 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.65>

Mikhael, E. M., Hassali, M. A., Hussain, S. A., & Shawky, N. (2018). Self-management knowledge and practice of type 2 diabetes mellitus patients in Baghdad, Iraq: a qualitative study. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 1-17. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S183776>. eCollection 2019.

Mokkink, L. B., Boers, M., van der Vleuten, C. P. M., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2020). COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: A Delphi study. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01179-5>

Molinari, J. A. (2003). The evolution of standard precautions. *Journal of the California Dental Association*, 31(4), 343-345. <https://doi.org/10.1080/19424396.2003.12224174>

Mondal, D., Vanbelle, S., Cassese, A., & Candel, M. J. (2024). Review of sample size determination methods for the intraclass correlation coefficient in the one-way analysis of variance model. *Statistical Methods in Medical Research*, 33(3), 532-553. <https://doi.org/10.1177/09622802231224657>

Moretta Tartaglione, A., Cavacece, Y., Cassia, F., & Russo, G. (2018). The excellence of patient-centered healthcare: Investigating the links between empowerment, co-creation and satisfaction. *The TQM Journal*, 30(2), 153-167. <https://doi.org/10.1108/TQM-11-2017-0138>

Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.

Murugesu, L., Damman, O. C., Timmermans, D. R., de Wit, S., Nieuwenhuijze, M., Smets, E. M., & Fransen, M. P. (2023). Health literate-sensitive shared decision-making in maternity care: needs for support among maternity care professionals in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05915-9>

Nas, M. A. (2019). İnsülin tedavisi başlanan Tip 2 diyabet hastalarında teach-back yönteminin klinik parametreler ve hasta bilgi düzeyine etkisi. (Doktora tezi). Atatürk Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=-rnqPRqRWbwoFK4bZ5vJVQ&no=zMbH88eI4nK0WVFW-rb9KA>

Nas, M., Çayır, Y., & Bilen, A. (2021). The impact of teach-back educational method on diabetes knowledge level and clinical parameters in type 2 diabetes patients undergoing insulin therapy. *International Journal of Clinical Practice*, 75(4), e13902. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13921>

Negarandeh, R., Mahmoodi, H., Noktehdan, H., Heshmat, R., & Shakibazadeh, E. (2013). Teach-back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 7(2), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2012.11.001>

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Education and Promotion*, 42(4), 450-455.

Okoye, K., Hosseini, S. (2024). Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis H Test Statistics in R. In: R Programming. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-97-3385-9_11

Olesen, K., Hempler, N. F., Drejer, S., Valeur Baumgarten, S., & Stenov, V. (2020). Impact of patient-centred diabetes self-management education targeting people with type 2 diabetes: an integrative review. *Diabetic Medicine*, 37(6), 909-923. <https://doi.org/10.1111/dme.14284>

Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1638>

Orcan, F. (2020). Parametric or non-parametric: Skewness to test normality for mean comparison. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 7(2), 255-265. <https://doi.org/10.21449/ijate.656077>

Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>

Ölçer, D., & Taşkaya Temizel, T. (2022). Quality assessment of web-based information on type 2 diabetes. *Online Information Review*, 46(4), 715-732. <https://doi.org/10.1108/OIR-02-2021-0089>

Özdemir, E. (2023). Turgut Özal Tıp Merkezi Diyabet Polikliniğine başvuran yetişkin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler [Doktora tezi]. İnönü Üniversitesi, Malatya.

Özkan, Ş. (2019). Hasta odaklı iletişim. In N. Gemlik & R. Ö. Çatar (Eds.), Sağlık çalışanları için genel iletişim (pp. 139-153). Nobel Yayınları.

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S19-S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S1>

Paiva, D., Abreu, L., Azevedo, A., & Silva, S. (2019). Patient-centered communication in type 2 diabetes: The facilitating and constraining factors in clinical encounters. *Health Services Research*, 54(3), 623-635. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13126>

Palumbo, R., & Annarumma, C. (2018). Empowering organizations to empower patients: An organizational health literacy approach. *International Journal of Healthcare Management*, 11(2), 133-142. <https://doi.org/10.1080/20479700.2016.1253254>

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Parker, R. M., & Hernandez, L. M. (2012). What makes an organization health literate? *Journal of Health Communication*, 17(5), 624-627. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.685806>

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>

Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 20-33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>

Parnell, T. A. (2015). Health literacy: History, definitions, and models. In *Health literacy in nursing: Providing person-centered care* (pp. 3-15). Springer Publishing Company.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Sage Publications.

Pavlović, B. (2020). Nurses' role in the multidisciplinary care of the patient with diabetes. *International Journal of Integrated Care*, 21(S1), 243. <https://doi.org/doi.org/10.5334/ijic.ICIC20249>

Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285-296. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>

Peimani, M., Garmaroudi, G., Stewart, A. L., Yekaninejad, M. S., Shakibazadeh, E., & Nasli-Esfahani, E. (2022). Type 2 diabetes burden and diabetes distress: The buffering effect of patient-centred communication. *Canadian Journal of Diabetes*, 46(4), 353-360. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2021.11.007>

Pleasant, A., McKinney, J., & Rickard, R. (2011). Health literacy measurement: A proposed research agenda. *Journal of Health Communication*, 16(Suppl. 3), 11–21. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604392>

Porter, K., Chen, Y., Estabrooks, P., Noel, L., Bailey, A., & Zoellner, J. (2016). Using teach-back to understand participant behavioral self-monitoring skills across health literacy levels. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.08.012>

Pourhabibi, N., Mohebbi, B., Sadeghi, R., Shakibazadeh, E., Sanjari, M., Tol, A., & Yaseri, M. (2022). Determinants of poor treatment adherence among patients with type 2 diabetes and limited health literacy: A scoping review. *Journal of Diabetes Research*, 2022(1), 2980250. <https://doi.org/10.1155/2022/2980250>

Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., ... & Uelman, S. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(6), e1-e18. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.04.018>

Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... & Vivian, E. (2017). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, 43(1), 40-53. <https://doi.org/10.1177/0145721716689694>

Presetiawati, I. I. N., Andrajati, R., & Sauriasari, R. A. N. I. (2017). Effectiveness of a medication booklet and counseling on treatment adherence in type 2 diabetes mellitus patients. *International Journal of Applied Pharmaceutics*, 9(1), 27-31. http://dx.doi.org/10.22159/ijap.2017.v9s1.24_29

Prinsen, C. A., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., De Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of life research*, 27, 1147-1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>

Puddu, P. E., & Menotti, A. (2024). Diabetes Duration and the Reverse Impact Between Cholesterol Levels and Risk Among Individuals With Type 2 Diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 109(12), e2352–e2354. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae217>

Rakel, R. E. (2009). Improving patient acceptance and adherence in diabetes management: a focus on insulin therapy. *Advances in therapy*, 26, 838-846. <https://doi.org/10.1007/s12325-009-0061-2>

Rao, J. K., Anderson, L. A., Inui, T. S., & Frankel, R. M. (2007). Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: A systematic review of the evidence. *Medical Care*, 45(4), 340-349. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5>

Ratanawongsa, N., Karter, A. J., Parker, M. M., Lyles, C. R., Heisler, M., Moffet, H. H., ... & Schillinger, D. (2013). Communication and medication refill adherence: The Diabetes Study of Northern California. *JAMA Internal Medicine*, 173(3), 210-218. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1216>

Raznahan, R., Farahaninia, M., Jafar Jalal, E., & Haghani, H. (2018). The effect of teach-back method on health promoting lifestyle of patients with type 2 diabetes. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 4(2), 88-95.

Ricci, L., Villegente, J., Loyal, D., Ayav, C., Kivits, J., & Rat, A. C. (2022). Tailored patient therapeutic educational interventions: A patient-centred communication model. *Health Expectations*, 25(1), 276-289. <https://doi.org/10.1111/hex.13377>

Rice, R. E., & Atkin, C. K. (2021). Public communication campaigns (5th ed.). Sage Publications.

Riedl, D., & Schüßler, G. (2017). The influence of doctor-patient communication on health outcomes: A systematic review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 131-150. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>

Riordan, F., McHugh, S. M., Murphy, K., Barrett, J., & Kearney, P. M. (2017). The role of nurse specialists in the delivery of integrated diabetes care: A cross-sectional survey of diabetes nurse specialist services. *BMJ Open*, 7(8), e015049. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015049>

RobatSarpoooshi, D., Mahdizadeh, M., Alizadeh Siuki, H., Haddadi, M., Robatsarpoooshi, H., & Peyman, N. (2020). The relationship between health literacy level and self-care behaviors in patients with diabetes. *Patient Related Outcome Measures*, 11, 129-135. <https://doi.org/10.2147/PROM.S243678>

Robinson, M. N., Tansil, K. A., Elder, R. W., Soler, R. E., Labre, M. P., Mercer, S. L., ... & Community Preventive Services Task Force. (2014). Mass media health communication campaigns combined with health-related product distribution: A community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 360-371. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.034>

Rudd, R. E. (2010). Improving Americans' health literacy. *New England Journal of Medicine*, 363(24), 2283-2285. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1008755>

Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9. <https://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000105>

Rudd, R. E., & Anderson, J. E. (2006). The health literacy environment of hospitals and health centers: Partners for action – Making your healthcare facility literacy-friendly. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, Harvard School of Public Health. Erişim adresi: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED508596.pdf>

Saeed, H., Saleem, Z., Naeem, R., Shahzadi, I., & Islam, M. J. P. H. (2018). Impact of health literacy on diabetes outcomes: A cross-sectional study from Lahore, Pakistan. *Public Health*, 156, 8-14 <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.005>

Saint-Pierre, C., Prieto, F., Herskovic, V., & Sepúlveda, M. (2019). Relationship between continuity of care in the multidisciplinary treatment of patients with diabetes and their clinical results. *Applied Sciences*, 9(2), 268. <https://doi.org/10.3390/app9020268>

Saldana, J. (2013). The coding manual for qualitative researchers (2nd ed.). SAGE Publications.

Samarasinghe, Y., McIntosh, C., & Feher, M. D. (2005). Diabetes and HIV: The role of a specialist clinic. *Practical Diabetes International*, 22(4), 131-137. <https://doi.org/10.1002/pdi.783>

Sancar, A. (2021). Sağlıkta Stratejik İletişim: Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığının Diyabet Çıktılarıyla İlişkilendirilmesi (Doktora tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., ... & Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*, 28(2), 169-180. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9771-5>

Satman, I., Yilmaz, T., Sengul, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., ... & TURDEP Group. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*, 25(9), 1551-1556.

Schiavo, R. (2014). Health Communication: From Theory to Practice (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Schillinger, D. (2021). Social determinants, health literacy, and disparities: Intersections and controversies. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(3), e234-e243. <https://doi.org/10.3928/24748307-20210712-01>

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 315-323. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00107-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00107-1)

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>

Schoenthaler, A., Allegrante, J. P., Chaplin, W., & Ogedegbe, G. (2012). The effect of patient-provider communication on medication adherence in hypertensive black patients: Does race concordance matter? *Annals of Behavioral Medicine*, 43(3), 372-382. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9342-5>

Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>

Schwarz, T., Schmidt, A. E., Bobek, J., & Ladurner, J. (2022). Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: A qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1037. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08426-z>

Seçer, İ. (2017). SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi: Analiz ve Raporlaştırma. Ankara: Anı Yayıncılık.

Seçer, İ. (2018). Psikolojik Ölçme Araçları Geliştirme ve Uyarlama Süreci (2nd ed.). Anı Yayıncılık.

Selvan, C., Lathia, T., Chawak, S., Katdare, P., Nayak, R., & Chittem, M. (2021). The weight of words: Indian physicians' perspectives on patient communication to promote diabetes adherence. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 25(5), 395-401. https://doi.org/10.4103/ijem.ijem_313_21

Sentell, T., Foss-Durant, A., Patil, U., Taira, D., Paasche-Orlow, M. K., & Trinacty, C. M. (2021). Organizational health literacy: Opportunities for patient-centered care in the wake of COVID-19. *Quality Management in Healthcare*, 30(1), 49-60. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000279>

Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>

Shaker, N., Fekry, M., Mostafa, A., & Sabry, W. (2020). Translation, cross-cultural adaptation, validation, and reliability of the Arabic version of Diagnostic Infant Preschool Assessment (DIPA) scale. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00064-7>

Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). The mathematical theory of communication. University of Illinois Press.

Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(1), 4-14. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.007>

Siaw, M. Y. L., & Lee, J. Y. C. (2019). Multidisciplinary collaborative care in the management of patients with uncontrolled diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 73(2), e13288. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13288>

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). 2007 guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in health care settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65-S164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>

Simmons, D., Wenzel, H., & Zgibor, J. C. (Eds.). (2017). Integrated diabetes care: A multidisciplinary approach. Springer.

Sivrikaya, S. K., & Ergün, S. (2018). Diyabet eğitimi ve hemşirenin rolü. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 25-36.

Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2021). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research (2nd ed.). Sage Publications

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

Sözbilir, M. (2017). Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş. (Çeviri kitap, ed. Creswell, J. W.: A Concise Introduction to Mixed Methods Research). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Spenceley, S. M., & Williams, B. A. (2006). Self-care from the perspective of people living with diabetes. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(3), 124-145.

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *BMJ*, 322(7284), 444-445. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>

Stewart, M. A., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.

Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>

Sudore, R. L., & Schillinger, D. (2009). Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *Journal of clinical outcomes management: JCOM*, 16(1), 20.

Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., ... & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes

prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes research and clinical practice*, 183, 109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>

Şeker, H., & Gençdoğan, B. (2020). Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı Geliştirme (3rd ed.). Nobel Akademik Yayıncılık.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). Türkiye Diyabet Programı 2023-2027. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1289. ISBN: 978-975-590-908-0.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics. Pearson

Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PloS one*, 15(4), e0231350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>

Tamata, A. T., & Mohammadnezhad, M. (2023). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*, 10(3), 1247-1257. <https://doi.org/10.1002/nop2.1434>

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches. SAGE Publications.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research (2nd ed.). SAGE Publications.

Taşkaya, S. (2014). Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=BiJfodjhMvVsNo_tfUqXJA&no=pMozB5ACfJ7zjT0ghHbbrQ

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

Tavakoli, M., Klingelhöfer, D., Fadavi, H., & Groneberg, D. A. (2023). The landscape of global research on diabetic neuropathy. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1220896. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1220896>

Tavşancıl, E. (2019). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi (6. Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., ... & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

Terwee, C. B., Prinsen, C. A., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., ... & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Quality of Life Research*, 27, 1159-1170. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>

Thomas, R. K. (2006). Traditional approaches to health communication. In *Health Communication Research* (pp. 119-131). Springer US.

Thompson, B. (2004). Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10694-000>

Travaline, J. M., Ruchinskas, R., & D'Alonzo Jr, G. E. (2005). Patient-physician communication: why and how. *Journal of Osteopathic Medicine*, 105(1), 13-18. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2005.105.1.13>

Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Services Research*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>

Tsang, S., Royse, C. F., & Terkawi, A. S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 11(1), 80-89. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_203_17

Türk Diyabet Vakfı. (2023). Diyabet tanı ve tedavi rehberi. Erişim adresi: https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/2023_diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi.pdf

Türkiye Diyabet Vakfı. (2023). Diyabet 2020-2030: Ulusal Diyabet Stratejisi 10. yıl sonuç dökümanı. İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı. ISBN: 978-625-94103-0-2.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). (2022). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. TEMĐ Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. ISBN: 978-605-66410-4-6. <https://www.temd.org.tr>

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu 2022. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Erişim adresi: <https://www.temd.org.tr>

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi (Yayın No. 1070). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. ISBN: 978-975-590-644-7.

Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Erişim tarihi: 01 Ekim 2024, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Gestational diabetes. Erişim tarihi: 15 Ekim 2024, <https://www.cdc.gov/diabetes/about/gestational-diabetes.html>.

Uçar, A., & Tamer, A. (2022). Diyabet polikliniğine başvuran tüm olguların ilk başvuru anındaki demografik, antropometrik, klinik ve laboratuvar verilerinin retrospektif olarak incelenmesi. *IAAOJ Health Sciences*, 8(1), 1-10.

Usta Atmaca, H., Akbaş, F., Şak, T., Uysal Şak, D., Acar, Ş., & Niyazoğlu, M. (2015). Consciousness level and disease awareness among patients with diabetes. *İstanbul Medical Journal*, 16(3), 101-104. <https://doi.org/10.5152/imj.2015.57625>

Uzun Özer, B., & Ejder Apay, S. (2022). Ölçme araçlarının seçimi için uzlaşmaya dayalı standartlar: COSMIN kılavuzu. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(1), 23-32.

Valent, A. M., & Barbour, L. A. (2022). Insulin Management for Gestational and Type 2 Diabetes in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 10-1097. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005640>

Vervloet, M., van Dijk, L., Santen-Reestman, J., van Vlijmen, B., Bouvy, M. L., & de Bakker, D. H. (2011). Improving medication adherence in diabetes type 2 patients through Real Time Medication Monitoring: a randomised controlled trial to evaluate the effect of monitoring patients' medication use combined with short message service (SMS) reminders. *BMC Health Services Research*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-5>

Wallace, A. (2010). Low health literacy: overview, assessment, and steps toward providing high-quality diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 23(4), 220-227. <https://doi.org/10.2337/diaspect.23.4.220>

Walton, G., & Naughton, J. (2023). Health literacy, patient information, and combating misinformation. In *Public Health and Misinformation Research* (pp. 189-204). Routledge.

Wang, X. M., Zhong, S. P., Li, G. F., & Zhuge, F. Y. (2023). Diabetes duration or age at onset and mortality in insulin-dependent diabetics: A systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 15(147). <https://doi.org/10.1186/s13098-023-01113-x>

Weir, J. P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 19(1), 231-240.

Weiss, B. D., Brega, A. G., LeBlanc, W. G., Mabachi, N. M., Barnard, J., Albright, K., ... & West, D. R. (2016). Improving the effectiveness of medication review: guidance from the health literacy universal precautions toolkit. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(1), 18-23. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.01.150163>

White, R. D. (2012). Patient empowerment and optimal glycemic control. *Current Medical Research and Opinion*, 28(6), 979-989. <https://doi.org/10.1185/03007995.2012.677417>

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27(5), 1047-1053. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>

Wilson, H. K., Wieler, C., Bell, D. L., Bhattarai, A. P., Castillo-Hernandez, I. M., Williams, E. R., Evans, E. M., & Berg, A. C. (2023). Implementation of the Diabetes Prevention Program in Georgia Cooperative Extension according to RE-AIM and the Consolidated Framework for Implementation Research. *Prevention Science*, 25(Suppl 1), S34-S45. <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01518-0>

Wolff, K., Chambers, L., Bumol, S., White, R. O., Gregory, B. P., Davis, D., & Rothman, R. L. (2016). The PRIDE (Partnership to Improve Diabetes Education) Toolkit: Development and evaluation of novel literacy and culturally sensitive diabetes education materials. *The Diabetes Educator*, 42(1), 23-33. <https://doi.org/10.1177/0145721715620019>

World Diabetes Foundation. (2024). President supports diabetes peer education in Turkey. Erişim tarihi: 28 Eylül 2024, <https://worlddiabetesfoundation.org/news/president-supports-diabetes-peer-education-in-turkey>

World Health Organization. (1998). Health promotion glossary (WHO/HPR/HEP/98.1). World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/publications/health-promotion-glossary.pdf>

World Health Organization. (2013). Health literacy: The solid facts. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

World Health Organization. (2019). Classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0. Erişim adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325182/9789241515702-eng.pdf>

Xia, J., & He, J. (2021). Impact of dietary management using teach-back method on glucose and lipid metabolism and quality of life in patients with hepatitis B complicated by diabetes. *American Journal of Translational Research*, 13(7), 8496-8503. PMID: 34377347

Yılmaz, M. T., Bayraktaroğlu, T., Kutlutürk, F., Karadeniz, Ş., Sargın, M., & Turkish DEMAND Investigators. (2017). Microalbuminuria prevalence in Turkish type 2 diabetics without known albuminuria: Results of the developing education on microalbuminuria for awareness of renal and cardiovascular risks in diabetes study (DEMAND-Turkey). *Türk Diyabet ve Obezite Dergisi*, 2(2), 77-86. <https://doi.org/10.25048/tjdo.2017.12>

Yurdakoş, K., & Yüzüak, K. (2022). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Ekiplerinde Hekimler ve Hemşireler Arasındaki İş Birliği Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 44-53. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.870441>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(3), 195-203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

Zare, M. H., Nikraftar, F., Madarshahian, F., & Mahmoudirad, G. (2021). Comparing the effect of teach-back and video tape education on self-efficacy and self-care in type 2 diabetes patients. *Modern Care Journal*, 18(2). <https://doi.org/10.5812/modernc.88908>

Zare, M. H., Nikraftar, F., Madarshahian, F., & Mahmoudirad, G. (2021). Comparing the effect of teach-back and video tape education on self-efficacy and self-care in type 2 diabetes patients. *Modern Care Journal*, 18(2), 88-96. <https://doi.org/10.5812/modernc.88908>

Zhou, B., Lu, Y., Hajifathalian, K., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., ... & Gaciong, Z. (2016). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4· 4 million participants. *The Lancet*, 387(10027), 1513-1530. <http://dx.doi.org/10.1016/>

Zhu, J., Hu, Z., Luo, Y., Liu, Y., Luo, W., Du, X., ... & Peng, S. (2024). Diabetic peripheral neuropathy: Pathogenetic mechanisms and treatment. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1265372. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1265372>

Zuhur, Ş., & Yıldırım, N. (2024). Diyabet Hemşiresinin Değişen Rolü: Koçluk. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, 4(1), 34-39. <https://doi.org/10.29228/tjdn.76094>

9. BİLİMSEL FAALİYETLER

Makale

- Dönmez, A. H., & Çatar, R. Ö. (2025). Turkish adaptation of health literacy sensitive communication scale: A validity and reliability study. *Patient Education and Counseling*, 130, 108483.
- Dönmez, A. (2021). Sağlığın geliştirilmesi bağlamında sağlıklı davranış değişikliği oluşturmada mobil sağlık uygulamalarının ve sosyal medya gruplarının etkisi. *Bilgi Yönetimi*, 4(1), 16-24.
- Çetin, M., Hülçen Dönmez, A. & Türkkkan, F. (2020). An investigation on employees' methods of coping with stress in the COVID-19 outbreak process. *Turkish Studies*, 15(6), 323-338.
- Dönmez, A., & Güneş, G. (2020). Bilgi ve belge yönetimi çalışanlarının periyodik sağlık muayenesi takip süreçlerinin değerlendirilmesi. *Bilgi Yönetimi*, 3(1), 50-64.
- Dönmez, A. Bilgi Merkezleri: Sağlık ve Afet Bilgi Yönetimi. *Arşiv Dünyası*, 7(1), 98-101.
- Yalçınkaya, B., Dönmez, A. H., Aydın, F., & Kayalı, N. (2018). A Survey About University Students' perception of Post-Truth On Social Media. *Journal of Awareness*, 3(4), 53-64.

Kitap Bölümü

- Dönmez, A. Sağlık Bilgi Sistemleri ve Destekleyici Teknolojiler (2021), Özlem Yalçınkaya (Ed.), Kübra Zayim Gedik (Ed.) Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik Programı ve Mesleki Uygulamalar (s. 256-289) içinde, Hiperyayın, İstanbul.
- Dönmez, A. Sağlık Bilgi Sistemleri: Halk Sağlığı Uygulamaları ve Teletıp (2020). G. Güneş (Ed.), Sağlıkta Bilgi ve Belge Yönetimi (s.240-272) içinde, Hiperyayın, İstanbul.
- Dönmez, A., Güneş, G. Sağlık İletişimi ve Takip Bilgi Sistemlerinin Periyodik Sağlık Muayeneleri (PSM) Farkındalığına Etkisi ve COVID-19 Salgın Sürecindeki Uygulamalar (2020). A.H. Kuzucuoğlu, Ed. Y. Şeşen (Ed.), Bilgi Merkezleri: Sağlık ve Afet Bilgi Yönetimi (s.147-186) içinde, Hiperyayın, İstanbul

Bildiri (Poster veya Sözel)

Dönmez, A. H., Çatar, R.Ö. (2024). Cross Cultural Validation of Health Literacy Sensitive Communication in Türkiye, 9. International Health Sciences and Management Conference, Istanbul, Türkiye.

Dönmez, A., Güneş, G., (2019). Üniversite Öğrencilerinde Sağlık İletişiminin Periyodik Sağlık Muayeneleri (PSM) Farkındalığına Etkisi, Sağlık İletişimi Sempozyumu, Eskişehir, Türkiye.

Yalçınkaya, B., Dönmez, A. H., Aydın, F., & Kayalı, N. (2018). A Survey About the University Students' Perception of Post – Truth on Social Media, IMCOFE 2018, VI. International Multidisciplinary Congress of Euroasia, Rome, Italy, Young Scholars Union, (Abstract) (ISBN:978-605-68882-1-2)

Yalçınkaya, B., Aydın, F., Dönmez A.H., Kayalı, N., Sönmez, A.R., İlköğretim Çocuklarının Kodlama Algısı Üzerine Empirik Bir Analiz Çalışması ve Çocuk Kütüphanelerinde Uygulanmasının Önemi, 1. Uluslararası Çocuk Kütüphaneleri Sempozyumu Bildiriler ve Posterler 14-17 Kasım 2018, Nevşehir / Türkiye, s. 121-132 (Yayın No: 362)

10. EKLER

Ek-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu doktora tez çalışması hasta perspektifinden sağlık okuryazarlığına duyarlı iletişim ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup reddetme hakkına sahiptir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kimlik bilgileriniz araştırmanın tüm aşamalarında gizli tutulacak ve yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Sizlerin vereceği cevaplar geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirebilmek açısından önem taşımaktadır. Veri toplama amacı ile size verilen anket formundaki her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru cevaplamanız önemli olup ilgi ve yardımınız için teşekkür ederim. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Çalışmanın ikinci aşamasında yer alma durumunuz ilk aşamada elde edilen verilerin sonuçlarına göre oluşturulacaktır. İkinci aşamada yer alacağınız iletirirse sizinle yaklaşık 20-25 dakikalık bir görüşme yapılacak ve sağlık profesyonelinden almış olduğunuz eğitim/bilgilendirme sürecine ilişkin soruları yanıtlamanız istenecektir. Bu süreçte görüşme ses kaydı alınacaktır ve görüşme sonrası sesli bilgiler yazıya dönüştürülecektir. Yazıya dönüştürülen bilgiler katılımcının kimlik bilgileri saklı tutularak bilimsel olarak kullanılacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Aklıma gelen tüm soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma cevap aldım. Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayımlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İsim Soyisim:

Telefon:

E-posta:

Ek- 2 ARAŞTIRMAYA KATKIDA BULUNAN VE GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR VE KURUMLARA İLİŞKİN BİLGİLER

Ölçek uyarlama aşamasında ilk çeviri desteği alınan uzmanlar	
Prof. Dr. Mehmet Şahin	Boğaziçi Üniversitesi Çeviribilimi Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yurttaş	İstinye Üniversitesi Mütercim ve Tercümanlık Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Alper Kumcu	Hacettepe Üniversitesi Mütercim ve Tercümanlık Bölümü
Dr. Ahenk Uzunoglu	Büyükçekmece İlçe Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimi
Uzman Dr. Selçuk Yusuf Şener	Medical Park Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları
Öğretim Görevlisi Gizem Altıntaş	İstinye Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü
Ölçek uyarlama aşamasında çeviri değerlendirme desteği alınan uzmanlar	
Prof. Dr. Aybike Serttaş	İstanbul Aydın Üniversitesi İletişim Fakültesi
Doç. Dr. Ümran Ay Say	Marmara Üniversitesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Rahim Sarı	İstinye Üniversitesi Mütercim Tercümanlık Bölümü
Mustafa Yaşar	Milli Eğitim Bakanlığı Edebiyat Öğretmeni
Ölçek uyarlama aşamasında geri çeviri desteği alınan uzmanlar	
Dr. Mehdi Shahidi	Saint John's Hastanesi Yoğun Bakım Bölümü
Jane Örer	İngiltere Konsoloslugu
Ölçek uyarlama aşamasında kapsam geçerliği desteği alınan uzmanlar	
Prof. Dr. Haydar Sur	Üsküdar Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Prof. Dr. Erkan Yüksel	Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Nermin Olgun	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. İnci Kayın	İstinye Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Doç. Dr. Ömer Topdağı	Medical Park Maltepe Hastanesi İç Hastalıkları
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akif Nas	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri
Dr. Öğr. Üyesi Gökçer Eskikurt	İstinye Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü
Rabia Tülübaş	Medical Park Hasta Bakım Hizmetleri Müdürü
Tülay Aydın	Medical Park Hasta Hizmetleri Direktörü
Filiz Türkkân	Büyükçekmece İlçe Sağlık Müdürlüğü Şube Müdürü
Pelin Ercan	Sinop Atatürk Devlet Hastanesi Sağlık Hizmetleri İletişim Uzmanı
İçerik analizi aşamasında görüş alınan uzmanlar	
Dr. Öğr. Üyesi Murat Dinçer Çekin	Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Filiz Türkkân	Büyükçekmece İlçe Sağlık Müdürlüğü Şube Müdürü
İçerik analizi aşamasında akran değerlendirmesi desteği	
Samira Etesaminia	Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Ek- 3 ARAŞTIRMA SORULARI

1. BÖLÜM: DEMOGRAFİK ve TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. **Diyabet Tipi:**

☐Tip1 ☐Tip2 ☐Gestasyonel Diyabet

2. **Hastaneye geliş nedeniniz:**

☐Poliklinikte muayene ☐Acil ☐Hastane yatış

☐Diğer(Lütfen belirtiniz):.....

3. **Cinsiyetiniz:** ☐Kadın ☐Erkek

4. **Yaşınız:**.....

5. **Boyunuz:**.....

6. **Kilonuz:**.....

7. **Eğitim Durumunuz:** ☐Okuryazar değil ☐İlköğretim
☐Lise

☐Üniversite ve üzeri

8. **Medeni Durumunuz:** ☐Evli ☐Bekar

9. **Çalışma Durumunuz:** ☐Çalışıyor ☐Çalışmıyor ☐Ev

Hanımı ☐Öğrenci ☐Emekli

10. **Yaşadığınız şehir:**

11. **Gelir durumunuz:**

☐Gelirim giderimden az ☐Gelirim giderime eşit

☐Gelirim giderimden fazla

12. **Sağlık güvenceniz var mı?**

☐Yok ☐SGK ☐Özel sigorta ☐Diğer(Lütfen belirtiniz).....

13. **Sigara kullanıyor musunuz?**

☐Evet ☐Hayır

14. **Alkol kullanıyor musunuz?**

☐Evet ☐Hayır

15. **Kiminle yaşıyorsunuz?**

☐Yalnız yaşıyorum ☐Ailemle

☐Diğer(Lütfen belirtiniz).....

16. **Diyabet dışında ek bir hastalığınız var mı?**

☐Ek hastalığım yok

☐Hipertansiyon

☐Kalp damar hastalıkları

☐Obezite

☐Diğer (Lütfen belirtiniz).....

17. **Diyabetiniz kaç yıldır vardır?**

☐0-5 yıl ☐6-10 yıl ☐10 yıl ve üzeri

18. **Ailede diyabet öyküsü var mı?**
☐Evet ☐Hayır
19. **Diyabet için ilaç kullanıyor musunuz?**
☐Hayır kullanmıyorum ☐Sadece bir ilaç kullanıyorum
☐Birden fazla ilaç kullanıyorum
20. **Diyabet ya da komplikasyonları nedeniyle son bir yıl içinde hastaneye yattınız mı?**
☐Evet ☐Hayır
21. **İnsülin kullanıyor musunuz?**
☐Evet ☐Hayır
22. **Düzenli kan şekeri ölçümü yapıyor/yaptırıyor musunuz?**
☐Evet ☐Hayır
23. **En son ölçülen Açlık Kan Şekeri:.....**
24. **En son ölçülen Tokluk Kan Şekeri:**
25. **En son ölçülen Hemogloblin A1c (HbA1c) değerinizi:**
26. **Kronik komplikasyonlardan sizde hangileri vardır?**
☐Retinopati
☐Nefropati
☐Nöropati
☐Ayak Yarası
☐Hiçbiri yok
27. **Diyabet tedavi şekliniz hangisi/hangileri?**
☐Diyet ☐Ağızdan ilaçla ☐İnsülin ☐Diğer(Lütfen belirtiniz).....
28. **Bu gelişinizde hastaneden hizmet aldığınız süre içinde aşağıdaki hangi konularda eğitim/bilgilendirme aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
☐Hiçbir konuda eğitim ya da bilgilendirme almadım
☐Hastalığınız, tedavi ve bakım verenler hakkında bilgi
☐Hastane/servis hakkında bilgi
☐İlaç kullanımı ☐Beslenme/Diyet
☐Egzersiz ☐Enfeksiyonlardan korunma
☐Oda tanıtımı(Hastane yatışı olduysa)
☐Çalışmaya ve sosyal yaşama dönüş
☐Taburculuk
☐Taburculuk sonrası süreç ve kontroller
☐Pansuman ve yara bakımı
☐Diğer (Lütfen belirtiniz).....

29. Eğitim/bilgilendirme kim tarafından yapıldı?

☐ Hemşire ☐ Hekim ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....

30. Eğitim/Bilgilendirme hangi yöntemle yapıldı?

☐ Düz sözel anlatım ☐ Yazılı anlatım ☐ Uygulamalı eğitim
☐ Grup eğitimi ☐ Diğer (Belirtiniz).....

31. Eğitim/bilgilendirme sırasında size anlatılanları tekrar etmeniz istendi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

32. Daha önce diyabet eğitimi almış mıydınız?

☐ Evet ☐ Hayır

Aldı ise sayısı:.....

33. Diyabet ile ilgili genellikle hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?

☐ Özel hastane ☐ Devlet hastanesi ☐ Aile Hekimliği

☐ Diğer (Belirtiniz).....

2. BÖLÜM SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA DUYARLI İLETİŞİM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri diyabet hastalığınız ile ilgili aldığınız hizmeti düşünerek dikkatlice okuyunuz. Verilen ifadeye katılıp katılmadığınızı 1 ile 4 arasında derecelendiriniz. Derecelendirmedeki daha yüksek numara ifadeye daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

(1=Bu ifadeye kesinlikle katılmıyorum 4=Bu ifadeye kesinlikle katılıyorum)

1. Hastalığım ve tedavimle ilgili bilgileri anlamanın benim için önemli olduğu bana anlatıldı.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. Herhangi bir bilgi veya belgeyi anlayıp anlamadığımı bana soruldu.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. Hastalığım ve tedavimle ilgili sözlü bilgiler ayrıca yazılı bilgi olarak da verildi.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4. Terimler ve kısaltmalar bana açıklandı.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

5. Benimle yavaş ve anlaşılır bir şekilde konuşuldu.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

6. Anlamadığım bir şey olduğunda soru sormam konusunda cesaretlendirildim.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

7. Yazılı belgeler bana ayrıca sözel olarak da açıklandı.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Onay formlarını imzalarken, her şeyi anladığımdan emin olmak için özen gösterildi.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

9. Sonuçlarım bana detaylı bir şekilde açıklandı.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Nitel Sorular

1. Sağlık okuryazarlığı, sizin için ne ifade ediyor?
2. Hekiminiz ya da hemşire tarafından diyabet hastalığınız ile ilgili eğitim ya da bilgilendirme sırasında sağlık çalışanı ile olan iletişim tecrübenizi anlatabilir misiniz?
3. İletişimde sorun yaşadıysanız sorunların sebebi sizce neydi?
4. Sağlık çalışanı size aktardığı bilgileri sizin tekrar etmenizi istedi mi? (Öğrendiğini anlat) Evet ise bu size ne hissettirdi? Süreci anlatabilir misiniz? (Size anlatılanları tekrar ederken zorluk yaşadınız mı, sağlık çalışanı bu zorluğu nasıl kolaylaştırdı?)
5. Anlatılanları kendi ifadenizle tekrar etmenin faydalı olduğunu düşünüyor musunuz? Neden?
6. Sağlık çalışanı ile iletişiminiz sırasında anlamadığınız bir sağlık bilgisi/terimi ile karşılaştınız mı? Bu durumda nasıl hissettiniz ve sorunla nasıl başa çıktınız? Sağlık çalışanının bu durumdaki yönlendirmesi nasıl oldu?
7. Sağlık çalışanı ile iletişim sürecinizde bilmediğiniz veya anlamadığınız bir sağlık bilgisi ile karşılaştığınızda sağlık çalışanlarından beklentiniz ne olur?
8. Sağlık çalışanı ile iletişiminizin diyabet hastalığınızı yönetmenizde nasıl bir etkisi olduğunu düşünüyorsunuz?
9. Diyabet hastalığınız ile ilgili sağlık çalışanına soru sormak zorunda kaldığınızda ya da aktarılan bir bilgiyi anlamadığınızda ne yaparsınız ve sağlık çalışanından beklentiniz ne olur?
10. Diyabet hastalığınızla ilgili herhangi bir bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve hayatınızda kullanabilme sürecini kolaylaştırmak için sağlık çalışanı ya da sağlık kurumundan neler beklersiniz?