



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAŞVURU SAYISININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Sezin Özgür
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İzmir 2019



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAŞVURU SAYISININ
KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Sezin Özgür

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Özge Tuncer
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İzmir 2019

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği ihtisasım boyunca benden destek, ilgi ve anlayışını esirgemeyen, tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, sevgili hocam, tez danışmanım Sayın Uzm. Dr. Özge TUNCER'e,

Tıp fakültesi öğrenciliğim sırasında ve tezimin yazım aşamasında beni destekleyen, değerli bilgi birikimi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan, samimiyeti ve sıcaklığıyla bana her zaman bir abla gibi yaklaşan, değerli hocam Sayın Doç. Dr. Başak Bayram'a

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bana bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, her konuda yakın ilgi ve desteğini gördüğüm, Sayın Uzm. Dr. Aslı BAYINDIR, Uzm. Dr. A. Murat IŞIL'a, Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM'a, Doç. Dr. Mehmet ÇALAN'a,

Asistanlığım süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin değerli hemşirelerine ve personellerine,

Diğer klinik branşlarda rotasyon eğitimlerim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma olanağı bulduğum saygıdeğer hocalarıma, uzmanlarıma, birlikte çalışmaktan zevk aldığım asistan arkadaşlarıma,

Bugün olduğum kişi olmama en çok katkıları olan, her daim başaracağıma inanan, karşılaştığım her zorluğun üstesinden gelmem için beni hep yüreklendiren ve bu günlere getiren sevgili annem Meral Dizvay, babam Erdal Dizvay ve ablam Işın Dizvay'a,

Varlığıyla bana güç veren, desteğini bir an olsun benden esirgemeyen, hayattaki duruşunu her zaman takdir ettiğim, en iyi arkadaşım, sevgili eşim Sefer Özgür'e en içten teşekkürlerimle...

Dr. Sezin ÖZGÜR
İzmir,2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	2
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihçesi	2
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	4
2.1.2.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Yakın Faktörler	4
2.1.2.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Uzak Faktörler	6
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	7
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	8
2.1.4.1. Çok Sayıda Bireyi Etkilemesi	9
2.1.4.2. Olumsuz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları	9
2.1.4.3. Kronik Hastalık Oranının Artması	9
2.1.4.4. Sağlık Hizmeti Maliyetlerine Etkisi	10
2.1.4.5. Sağlık Bilgisi Talepleri	10
2.1.4.6. Eşitlikçilik	10
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	11
2.1.6. ABD’de ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	11
2.2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	12
2.2.1. Evde Sağlık Hizmetleri Tarihçesi	13
2.2.2. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamı	15
2.2.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri	16
2.2.4. Hastanemizde Evde Sağlık Hizmetleri	16

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	17
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	17
3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE SEÇİMİ.....	17
3.4.ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ	17
3.5.VERİLERİN TOPLANMASI	18
3.6. VERİ FORMU VE ÖLÇEK.....	18
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	19
3.8. ETİK ONAY	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇLAR	39
7. KAYNAKLAR	40
8. EKLER.....	46
9. ÖZGEÇMİŞ.....	54

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHLS	: Adult Health Literacy Scale
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
DM	: Diabetes mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
HALS	: Health Activities Literacy Scale
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Komisyonu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NAAL	: Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırması
NG	: Nazogastrik Sonda
NVS	: Newest Vital Sign
PEG	: Perkütan Endoskopik Gastrostomi
REALM	: Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
S-TOFHLA	: Short- Test of Functional Health Literacy
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy
WRAT	: Wide Range Achievement Test
YSOÖ	: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirmesinde Sıklıkla Kullanılan Ölçekler	8
Tablo 2 : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	20
Tablo 3 : Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı	22
Tablo 4 : Hastaların Tıbbi Durumları	23
Tablo 5 : Katılımcıların Demografik Özellikleri ile YSOÖ Puanlarının karşılaştırılması.....	25
Tablo 6 : Katılımcıların Bakım Verdikleri Hastaların Özellikleri ile YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması	27

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların Bakım Verdikleri Hastalara Yakınlık Durumları	21
Şekil 2. Katılımcıların Sağlık Hizmetine Ulaşmakta Ne Kadar Zorluk Çektikleri Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılım Grafiği	24
Şekil 3. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması	26
Şekil 4. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması	26
Şekil 5. Katılımcıların Son Bir Yıldaki Başvuru Sayıları İki Gruba Ayrıldığında YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması	28
Şekil 6. Beş Grupta Başvuru Sayıları ile YSOÖ Puanlarının İlişkisi	29
Şekil 7. Katılımcıların ESH'den Memnuniyet Durumlarına Göre YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	30

ÖZET

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNE BAŞVURAN HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAŞVURU SAYISININ KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Çalışmamızda, evde sağlık hizmetleri birimine başvuran hastaların birincil bakım verenlerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyip; son bir yıl içerisindeki toplam başvuru sayıları ile karşılaştırarak aralarındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı anket çalışmasıdır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne 15.04.2019-31.05.2019 tarihleri arasında çeşitli sebeplerle başvuran ve dahil olma kriterlerine sahip olan toplam 292 bakım veren kişi çalışmaya alındı. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için YSOÖ (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) kullanıldı. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 programı kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Yaşlarının ortancası 44,0 olarak saptanan katılımcıların %63'ü kadın ($n=184$), %37'si erkekti ($n=108$). Bakım verenlerin %57,5'inin ($n=168$) en az bir hastalığı olduğu ve katılımcılar arasında en sık hastalığın hipertansiyon olduğu ($n=88$; %30,1) saptandı. Katılımcıların bakım vermekte oldukları hastaların %87,0'sinin ($n=254$) yatağa bağımlı olduğu, %60,3'ünün ($n=176$) normal ev yemeği ile beslenebildiği ve en sık nörolojik hastalığa sahip oldukları (%64,0; $n=187$;) saptandı. YSOÖ puanları değerlendirildiğinde ortancanın toplam 23 puan üzerinden 15,0 (IQR: 11,0-17,0) olduğu görüldü. Katılımcıların özellikleri ile YSOÖ puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu arttıkça puanların yükseldiği, yaş ve meslek grupları ile sosyal güvenceler açısından fark olduğu, gelir durumu daha iyi kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca katılımcıların ölçek puanı düştükçe başvuru sayılarının arttığı saptandı.

Sonuçlar: Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim durumları, gelir düzeyleri, meslek grupları ve sosyal güvencelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği; düşük/yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin de başvuru sayısında artışa neden olduğu saptandı. Evde sağlık hizmetlerinin daha işlevsel hizmet verebilmesi için gereksiz başvuruların önüne geçilmesi gerekmektedir. Bunun için de hastalara bakım veren bireyler başta olmak üzere toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sayede başvuru sayılarında ve sağlık harcamalarında düşüş sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren, Evde sağlık hizmetleri, Sağlık okuryazarlığı.



ABSTRACT

COMPARISON THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY OF THE PRIMARY CAREGIVERS OF THE PATIENTS WHO APPLIED TO HOMECARE SERVICES AND THE NUMBER OF THE APPLICATION

Objective: The aim of this study is to analyze the relationship between the level of the health literacy of the primary caregiver of the patients which applied to the homecare services and the number of the overall admission in the last year.

Materials and Methods: One center participated this sectional, descriptive survey study. Overall 292 caregiver had participated to this study which applied to Homecare Services Unit of İzmir Bozyaka Education and Research Hospital at the University of Health Sciences between the dates of 15.04.2019-31.05.2019 for various reasons and who were selected according to inclusion criteria. Adult Health Literacy Scale (AHLS) had been used to determine the level of the health literacy of the participants. Data obtained were analyzed statistically using SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) software. Statistical significance level accepted was accepted to be $p < 0.05$.

Results: The median of the age of the participants was 44,0 and %63 of the applicants were female (n=184), %37 of the applicants was male (n=108). %57,5 of the caregivers had at least one chronic disease and hypertension was the most seen disease among the participants (n=88; %30,1). %87 of the patients are immobile (n=254), %60,3 of the patients can tolerate standard diet (n=176) and neurological conditions were the most seen ones (%64,0; n=187) among them. The median was 15,0 over 23 on AHLS (IQR: 11,0-17,0). A positive relationship was seen between the educational status of the caregivers and AHLS scores, statistically significance between age and profession subgroups among social insurance, high financial status results high AHLS scores. Also application rate was higher among the participants who have lower AHLS scores.

Conclusion: Our study indicates that educational status, financial status, profession groups and social insurance affect the health literacy level; lower/inadequate health literacy level creates a higher application level. To serve more functional service it is essential to prevent the unnecessary admissions to homecare services. Studies are still needed to develop the health literacy primarily caregivers, then the whole society. That way application levels and health care costs can be reduced.

Keywords: Caregiver, Homecare services, Health literacy.



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya üzerindeki diğer tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfusun artmasıyla yaşlı sağlığı ve bakımı gün geçtikçe önem kazanmıştır. Ayrıca maddi kısıtlılıklar, kadınların çalışma hayatına daha aktif katılması, toplumumuzun aile yapısının giderek çekirdek aile haline gelmesi sebebiyle sağlık merkezlerine başvuramayacak durumda olan hastalar için ESH (Evde Sağlık Hizmetleri)’ye duyulan ihtiyaç artmıştır. Tüm bu saydığımız nedenlerden ötürü ESH birimlerine yapılan başvurular ve buna bağlı olarak da sağlık harcamaları gün geçtikçe artış göstermektedir. Ancak hastanemizin ESH birimi sadece bu hizmete gerçekten ihtiyaç duyan hastalardan değil hastaneye ayaktan başvurabilecek durumda olan veya farklı birimler tarafından takibi ve tedavisi yürütülebilecek hastalardan da başvurular almaktadır. Bu da evde sağlık hizmetlerine gerçekten ihtiyaç duyan hastaların hizmet almak için beklmelerine ya da takip ve tedavilerinin aksamasına yol açmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, doğru ve bilinçli bir şekilde uygulanıp, hasta ve hasta yakınlarının bu hizmetlere hızlı ve kolayca ulaşabilmesi sağlanırsa ESH birimlerine yapılan başvuru sayısı azalabilir ve sağlık maliyetlerinde düşüş sağlanabilir.

Bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için temel sağlık bilgilerine ulaşmasına, bu bilgileri anlamasına, değerlendirmesine ve uygulamasına yönelik becerileri “sağlık okuryazarlığı” olarak tanımlanmaktadır. Yani bireylerin sağlık hizmetlerini doğru kullanması sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenmektedir.

Birimimize gelen başvuruların çoğu hastaların birincil bakım verenleri tarafından yapıldığı için bu çalışmada ESH birimine başvuran hastaların birincil bakım verenlerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyip, son bir yıl içerisindeki başvuru sayıları ile karşılaştırarak aralarındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

Sağlık okuryazarlığı ve okuryazarlık modern bir toplumda bireylerin yaşamak için gerek duyduğu temel becerilerdendir (1). Kavramsal olarak incelendiğinde sağlık okuryazarlığının kökeninin genel okuryazarlığa dayandığı görülmektedir (2). Genel anlamda okuryazarlık, bireyin toplumda üzerine düşen görevlerini yerine getirebilmesi, hedeflerine ulaşabilmesi, var olan bilgi birikimini ve potansiyelini geliştirebilmesi için, yazılı ve basılı bilgileri kullanabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (3). Temel insan haklarından biri olan okuryazarlık, yaşam boyunca öğrenmenin temelini oluşturur. Bireyleri, aileleri ve toplumları güçlendirerek yaşam kalitesini yükseltir (4).

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.1.1.Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihçesi

Tarihe bakıldığında 1950-1970 yılları arasında üçüncü dünya ülkelerinde, öncelikle toplum sağlığını etkileyen konular, gebelik eğitimi ile ilgili ve toplumun eğitim düzeyi düşüklüğünün nedenlerini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Ardından 1970-1980 yılları arasında ise eğitim düzeyi ile sağlıklı olma arasındaki ilişkinin irdelendiği; ayrıca bireylerin sosyo-ekonomik düzeylerinin sağlık durumlarını nasıl etkilediğine yönelik çalışmaların yapıldığı görülmektedir (5). Sağlık okuryazarlığı kavramının daha önceki yıllarda ortaya çıkmasına karşın, kavramın 1990'lı yıllarda akademik araştırmalarda yer almaya başlamasıyla gelişimi ve önemi gün geçtikçe artmıştır (6).

Sağlık okuryazarlığı kavramını en basit şekilde tanımlamamız gerekirse; bir hastaya tıbbi bir bilgi vermek istediğimizde, kişinin verdiğimiz bu bilgiyi anlaması, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi denebilir. Sağlık okuryazarlığı, kişinin sadece önüne konulmuş olan bir broşürü okuması ve anlaması ile sınırlı değildir; kişinin kendi sağlık durumunu tanımlayabilmesi, hastalığının ne olduğunu bilmesi, sağlık durumu ile ilgili uygun ya da doğru kararlar alabilmesi, sağlık

sistemini nasıl kullanabileceğini ve bu sistemden nasıl hizmet alabileceğini bilmesini gerektiren geniş bir alan olarak görülmektedir (7).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez Simonds S. tarafından Health Education as Social Policy adlı bir makalede tanımlanmıştır. Bu makalede, sağlık okuryazarlığının yaygınlaştırılması için yapılması gereken girişimler ve bazı minimum standartlar belirtilmiştir (8).

Sağlık okuryazarlığını 1993 yılında "Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" şeklinde tanımlayarak bilgiye ulaşma, anlamlandırma ve davranış üzerinde duran Nutbeam ve Wise bugünkü tanımlamaların temelini atmışlardır (7). Daha sonra 1998 yılında Nutbeam yazdığı makalesinde tanımı "Kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek bireyin ve halkın sağlığını iyileştirmek için bir dizi bilgi ve güven kazanılması" olarak değiştirmiş bu sayede sağlık okuryazarlığının tanımı günümüzdeki tanımlara en yakın halini almıştır (9).

Zarcadoolas ve ark.'ları 2005 yılında sağlık okuryazarlığını; bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık durumları ile ilgili riskleri azaltmak için doğru kararlar vermesini sağlayacak olan bilgi ve kavramları arayıp bulma, anlama, değerlendirme ve kullanma eylemlerini bünyesinde barındıran, geniş yetkinlik ve becerilerin bütünü olarak ifade etmişlerdir (10).

HLS-EU'nun (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Komisyonu) tanımına göre, "Sağlık okuryazarlığı; genel okur yazarlık ile ilişkilidir ve tüm hayat boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararların alınmasının yanı sıra; yargılara varılması için sağlık bilgisine erişme, onu anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu, yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir (11,12).

Sorensen ve ark.'ları, 2012 yılında, o güne kadar yapılan tüm tanımları analiz ederek "Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli

sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir" şeklinde tanımlanmıştır (3).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından ise sağlık okuryazarlığı "Bireylerin iyi sağlık hallerini sürdürmek ve geliştirmek amacıyla bilgilere erişme, bilgileri anlama ve kullanmalarını teşvik eden, bu konularda yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler bütünü" olarak ifade edilmiştir (13).

Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayınlamış olduğu Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde "Bireyleri sağlıklı olmaya ve bu davranışı sürdürmeye teşvik edecek şekilde bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi için gerekli sosyal ve bilişsel becerilerin tamamı" ifadesiyle sağlık okuryazarlığı tanımlanmıştır (5).

2.1.2.Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, yakın (proksimal) faktörler ve uzak (distal) faktörler olarak iki grupta incelenebilir (3)

2.1.2.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Yakın Faktörler

Bu faktörler daha çok kişisel ve duruma özgü özellikleri kapsamaktadır. Sağlık okuryazarlığını etkileyen kişisel özelliklere yaş, cinsiyet, ırk, okuryazarlık, eğitim, meslek, sosyoekonomik durum ve istihdam örnek verilebilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı kişisel özellikler bakımından verilen bu örneklerin haricinde; görme, duyma, konuşma, muhakeme etme ve hafızada tutma gibi sosyal ve fiziksel yetilere; okuma, anlama ve hesap yapabilme gibi bilişsel becerilere göre de tahmin edilebilir (3).

Günümüzde sağlık okuryazarı olmak için gerekli olan becerileri kullanmayı zorlaştıran bazı bireysel özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler düşük eğitim seviyesi, kültür ve dil bakımından farklı geçmişlerden gelme, yaşlanmayla birlikte gelen kayıplar, sakatlıklarla yaşama, alkol veya ilaç bağımlılığı, sağlık hakkında bilgi ve becerilerin yetersiz olması, kronik veya karmaşık hastalık deneyimi, evsiz olma,

sosyal ve/veya coğrafi olarak soyutlanma gibi farklı durumlar olarak sayılabilir (14). Abrams ve ark.larına göre de sağlık okuryazarlığı seviyesi yaşlı bireyler, yoksullar, daha az eğitim görmüş kişiler, azınlık grupları ve göçmenler arasında görece daha düşük olmaya eğilimlidir (15).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden genel okuryazarlığa özellikle vurgu yapmak gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının kişinin genel okuryazarlık seviyesine bağlı ve bilişsel gelişimiyle alakalı olduğuna şüphe yoktur. Ancak bu ifade, genel okuryazarlık seviyesi yüksek olan her bireyin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olacağı anlamına gelmemektedir (6,16,17). Ayrıca düşük genel okuryazarlık seviyesine sahip kişiler, sağlık ile ilgili bilgileri anlama ya da kronik sağlık sorunlarını yönetme konusunda yüksek genel okuryazarlık seviyesine sahip kişilere göre daha çok zorlanmaktadır. (18).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen durumsal faktörlere örnek vermemiz gerekirse; bireyin ailesinin ve akranlarının etkileri, sosyal destek, medyanın nasıl kullanıldığı ve çevrenin fiziksel özellikleri sayılabilir (3). Sorensen ve ark.larına göre ergen bir bireyin ebeveynleri ve akranları bu bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyebilmektedir (3).

Günümüzde medyanın sağlık bilgisini aynı anda birçok farklı yoldan ve ne kadar hızla yaydığı göz önüne alınırsa; medyanın sağlık bilgisini nasıl ilettiğinin bilinmesi ve medyaya yapılan eleştirel yaklaşım sağlık okuryazarlığı için oldukça önemlidir (19).

“Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı”na (U.S. Department of Healthand Human Services) göre çevrenin fiziki açıdan kolay ulaşılabilir hale getirilmesi (sağlık kuruluşlarında anlaşılır tabelalar ve evrensel yer yön belirteçleri kullanılması vb.) sağlık okuryazarlığını oluşturabilmek için sağlık kuruluşlarına önerilen stratejilerden bir tanesidir (20).

2.1.2.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Uzak Faktörler

Sağlık okuryazarlığını etkileyen uzak faktörler; dil, kültür, toplumsal sistem ve politik güç gibi çevresel ve sosyal belirleyiciler olarak sayılabilir.

Bireyin ana dili, bu bireyin bir sağlık bilgisini; ne zaman, nerede, nasıl araştırdığını ve bu bilgiyi yorumlama şeklini etkiler (21). Konuşulan dilin birey açısından kısıtlılıkları, sağlık hizmeti alırken hastaların kendilerini ifade etme konusunda problem yaşamasına sebep olabilmekte ve bu da doğrudan bireyin aldığı sağlık hizmetinin kalitesini etkilemektedir. Yaşamakta olduğu ülkenin dilini sınırlı ölçüde konuşabilen bireylerin ve yakın dönemde gelmiş olan göçmenlerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri görece düşük olma eğilimindedir. Konuşulan dilin birey açısından kısıtlılıkları ve kültürel farklılıklar bir araya geldiğinde uyum problemlerine, yanlış anlamalara, kötü ve zararlı sonuçlara sebep verebilmektedir (15). Sağlık okuryazarlığı ile çevresel faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde, hastalar ile sağlık personelleri arasındaki dilsel ve kültürel mesafenin iletişimi engellediği gözle çarpılmaktadır (22).

Lee ve ark.larına göre kültürel inançlar, sağlık okuryazarlığını şekillendiren faktörlerden bir diğeridir. Göçmenlerin sağlık personelinin talimatlarını nasıl anladıkları ve ne kadar uyguladıkları, bu bireylerin sahip olduğu kültürel inançlardan etkilenmektedir (23).

Kültür, kişisel ve toplumsal değerlerin tümü şeklinde basitçe tanımlanabilir ve bireylerin sağlık okuryazarlığı kültürden etkilenmektedir. Ayrıca kültürel faktörler kişilerin herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında; bu durumu nasıl tanımladıklarını, ne hissettiklerini, sağlık sorunları ile ilgili kendilerini nasıl ifade ettiklerini, nasıl bir sağlık hizmetini kimden ve ne zaman alabileceği ile ilgili nasıl karar verdiklerini ve tedaviye ne kadar uyum sağladıklarını etkiler (18).

Tüm bunlara ek olarak toplumsal sistem ve politik güç asla göz ardı edilmemesi gereken diğer faktörlerdendir (24). Sağlık okuryazarlığını etkileyen toplumsal sistematik faktörler; sağlık bilgisi ve iletişimi, toplumun yapısı, sağlık çalışanları vb. olarak sayılabilir. Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin giderek daha karmaşık hale gelmesi üzerine sağlık hizmetleri; sağlık tüketicilerinde okuma,

yazma, problem çözüme ve hesap yapma becerilerine yoğunlaşmıştır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması, bireyin mevcut hastalıkları ile ilgili doğru karar vermesine engel olmaktadır (14).

Muayene sürelerindeki kısalma, kendi kendine bakım taleplerindeki artış, çok sayıda doldurulması gereken evrak ile sigorta işlemleri, ilaçların kullanımındaki karmaşıklık ve sağlık hizmetinin birçok bileşenden meydana gelmesiyle; zaten var olan sağlık hizmetlerinin kısıtlılığı daha da artmaktadır. Ayrıca, okuryazarlık seviyesi yüksek olan kişiler için dahi, sağlık hizmeti ve sigorta sistemleri bazen kafa karıştırıcı hale gelmektedir (24,25). Şu anki mevcut sağlık sistemlerinde, hastalara kendi bakımlarını yönetme konusunda her geçen gün daha fazla sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluğun artmasıyla da hastaların tedavi için karar vermesi daha da zorlaşmıştır (24). Sağlık sistemleri, farklı düzeylerde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin bilgi ve hizmet edinmesini bir yandan desteklerken diğer yandan engel de oluşturabilmektedir (25). Ayrıca sağlık okuryazarlığını bireysel açıdan değerlendirebilecek çok sayıda bilgi varken, sağlık hizmeti sunan kurumlar için böyle bir değerlendirme yöntemi mevcut değildir (26).

2.1.3.Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir. Ölçekler; sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerini ölçen farklı sayılarda ve uzunluklarda sorulardan oluşmaktadır. En sık kullanılan 6 ölçeğin temel özellikleri Tablo 1' de özetlenmiştir (27-29).

Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirmesinde Sıklıkla Kullanılan Ölçekler (29)

REALM	WRAT	TOFHLA	NVS	TOFHLA-S	REALM-R
(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	(Wide Range Achievement Test)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)	(The Newest Vital Sign)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)-S	(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)-R
Kelime tanıma ve telaffuz okuma yeteneği	Kelime tanıma ve telaffuz okuma yeteneği	Boşluk doldurma anlama yeteneği	Problem çözme anlama yeteneği	Kısaltılmış-boşluk doldurma	Kelime tanıma ve telaffuz okuma yeteneği
66 Tıbbi kelime	42 Tıbbi olmayan terimler	17 numerik öğeli soru-50 boşluk doldurma	Numerik ve okuma yazma	Boşluk doldurma- 2 okuma anlama parçası	66 kelime 10 kelimeye indirgenmiş
Kavrama testi değil 2-3 dk.	Kavrama testi değil 5 dk.	Kavrama testi 20-30 dk.	Kavrama testi 3 dk.	Kavrama testi 5-7 dk.	Kavrama testi değil
İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizce ve İspanyolcası mevcut	İngilizcesi mevcut. Diğer dillerde uygun değildir.
Daha az hassas	Daha hassas				
Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Yetersiz/Orta /Yeterli	Doğru sayısı	Yetersiz/Orta /Yeterli	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)

2.1.4.Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık çalışanları, sağlık tüketicileri, kanun koyanlar ve yöneticiler için sağlık okuryazarlığı büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı, toplumun genel sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunmasına; buna bağlı olarak toplumun üretim gücünün artmasında payı olması sebebiyle de önemlidir (30). Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığının önemi altı başlık altında sınıflandırılmıştır (31).

2.1.4.1. Çok Sayıda Bireyi Etkilemesi

Dünya üzerindeki yetişkin insan popülasyonunun yaklaşık %16'sının temel okuryazarlık becerisi bulunmamaktadır. Bu grubun üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır (31). Ulusal Tüketici Konseyi (National Consumer Council), Birleşik Krallık'ta 2000 yetişkin birey üzerinde yaptığı sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmada; bireylerin sağlıklı olabilmek için verilen basit bilgileri dahi anlamada zorlanma oranının %20 olduğunu göstermiştir (31,32).

2.1.4.2. Olumsuz Sağlık Sonuçları

Literatüre bakıldığında, yapılmış birçok çalışma sınırlı okuryazarlık seviyesinin; hastalıkların ve tedavilerinin doğru anlaşılabilmesi, ilaç kullanımına ilişkin hatalar ve kötü sağlık sonuçları vb. için bağımsız bir risk faktörü olduğu ortaya koymaktadır (33,34). Kanj ve Mitic'in yapmış oldukları çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi ile yüksek mortalite oranları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer yandan düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip bireylerin hastane başvuru ve yatış oranlarının daha fazla iken; koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları görece daha düşük olma eğilimindedir (31).

2.1.4.3. Kronik Hastalık Oranının Artması

DSÖ tüm yaş grupları için ölüm sebeplerinin çoğunun kanser ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklardan köken aldığını ifade etmektedir (35). Kronik hastalıkların doğru yönetilebilmesi için; bireylerin kendilerine sunulan sağlık bilgisini anlaması, hastalığı ile ilgili uygun kararlar vermesi, gerektiğinde daha sağlıklı olmak için yaşam şeklini değiştirebilmesi ve mevcut sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi gerekmektedir. Bireylerin bu konulardaki bilgi ve becerilerinin eksikliği, hastaların birçoğunun hastalığını etkili bir şekilde yönetmesine engel olmaktadır (31).

2.1.4.4. Sağlık Hizmeti Maliyetlerine Etkisi

Toplumsal ve bireysel açıdan birçok olumsuz sonuca neden olan sınırlı sağlık okuryazarlığının ekonomik etkileri de bulunmaktadır. Kanada’da yapılmış olan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının toplam yıllık sağlık hizmeti gider harcamalarının %3-%5’i oranında ek maliyete sebep olduğu tespit edilmiştir (36). ABD (Amerika Birleşik Devletleri)’de yapılmış olan bir çalışmaya göre de düşük sağlık okuryazarlığının ülke ekonomisine maliyetinin yıllık 73 milyar dolar civarında olduğu düşünülmektedir (32).

2.1.4.5. Sağlık Bilgisi Talepleri

Son yıllarda yapılan sağlıkla ilgili ilaç prospektüsleri, bilgilendirilmiş onam formları vb. materyalleri değerlendiren çalışmalarda, hedef kitlenin okuma becerileriyle materyalleri okuma düzeyleri arasında belirgin bir uyumsuzluk olduğu görülmektedir. Bu durumun temel sebebi ise çoğunlukla teknik ve mesleki dilin (jargon) kullanılması olarak görülmektedir (31).

Sağlıkla ilgili materyallerin olduğu kadar sağlık personelinin kullandığı dil de büyük önem taşımaktadır. Sağlık personellerinin kısıtlı okuryazarlık düzeyine sahip bireylerle iletişim kurarken yeterli beceriye sahip olmamasının yanı sıra; birçok sağlık çalışanı da hastaların materyalleri okuma-anlama becerilerini önemsememektedir (37).

2.1.4.6. Eşitlikçilik

Okuryazarlığı etkileyen faktörler her birey için farklı olduğundan, bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri de farklılık göstermektedir (31). Yetersiz sağlık okuryazarlığının kötü sağlık sonuçlarına ve sağlık yönünden bireyler arası eşitsizliğe yol açan bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (31,32). Bireylerin maruz kaldıkları bu eşitsizliğin düzeltilmesi için, en kötü sağlık sonuçları olan bireylerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekmektedir (31).

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Bugüne kadar yapılmış birçok çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu, davranışları ve sağlık sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olan kişilerin, olumsuz sonuçları yaşama ihtimallerinin yaklaşık 1,5-3 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu olumsuz sağlık sonuçları; kişilerin sağlık durumlarıyla ilgili daha az bilgiye sahip olması, genel sağlık durumunun daha kötü olması, tıbbi yönergeleri uygulamada ve sağlık mesajlarını yorumlamada eksiklik, daha düşük mamografi kullanma oranı ile daha az grip aşısı yaptırılması, daha yüksek hastaneye yatış oranı ve daha fazla acil servis kullanımı ile ölüm riskinin görece yüksek olması şeklinde özetlenebilir (6).

Sağlık okuryazarlığının kişilerin kendisine ve çevresine olan etkilerine ek olarak ekonomiye ve sağlık sektörüne de etkileri vardır. Bilindiği üzere koruyucu sağlık hizmetleri harcamaları, tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyetine göre çok daha düşüktür. Ayrıca bulaşıcı hastalıklar sağlık okuryazarlığı düşük toplumlarda daha sık görülmektedir. Sonuç olarak düşük sağlık okuryazarlığının bireye, aileye ve topluma büyük çapta olumsuz etkileri vardır (38).

2.1.6. ABD’de ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

NAAL (Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırması), 2003 yılında ABD’de 19.000’den fazla kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiş olup; katılımcıların yalnızca %12’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ‘yeterli’ olduğu saptanmıştır (39). Bu sonuç ABD’de yaşamakta olan her 10 kişiden yaklaşık 9 tanesinin sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olmadığını göstermektedir. Paasche-Orlow ve arkadaşları 2005 yılında ABD’de REALM ve TOFHLA ölçeklerini kullanarak toplam 31.129 kişi üzerinde yapılmış olan 85 araştırmayı birleştirip bir inceleme yapmışlardır. Ortaya çıkan sonuca göre katılımcıların yaklaşık yarısının düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir (34). Yine ABD’de yapılmış olan başka bir çalışmada ise HALS ölçeği kullanmış; katılımcıların yaklaşık %19’unun sağlık okuryazarlığı becerilerinden tamamen yoksun olduğu, %27’lik bir

grubun ise sağlıkla ilgili talimatları yerine getirirken ciddi sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir (40).

Ülkemizde NVS ve REALM kullanılarak Uludağ Üniversitesi'nde yapılmış olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin değerlendirildiği bir araştırma sonucuna göre; NVS ile katılımcıların yalnızca %28'inin, REALM ile ise katılımcıların %59'unun sağlık okuryazarlığı yeterli seviyededir (41).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması; ülkemiz geneli 23 ilde toplam 4924 katılımcı ile gerçekleştirilmiş olan, bu alanda yapılmış ilk saha araştırmasıdır. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı seviyesi, toplamı 50 puan olan HLS-EU (European Health Literacy Scale) üzerinden 30,4 olarak sonuçlanmıştır. Avrupa'da aynı ölçek kullanılarak yapılmış olan çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesi 50 üzerinden 33,8 çıkmış olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Ayrıca ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ve sorunlu olan kişilerin toplam oranı %64,6 (yaklaşık 35 milyon kişi) olarak hesaplanmıştır. Aynı oran Avrupa çalışmasında %47,5 olarak bulunmuştur (42).

2.2.EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Evde sağlık ve bakım hizmetleri, temel sağlık hizmetinin ayrılmaz bir kolu olup, tıbben kontrol altında olmak üzere; başta hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortam içerisinde gerekli sağlık hizmetinin verilmesidir. Bu uygulamanın amacı, hastanın ve ailenin yaşam koşullarını minimum düzeyde etkileyerek mümkün olan en etkili tedaviyi sunmak; bu sayede hastalığın vermiş olduğu kısıtlılıkları en aza indirmek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (43,44).

Literatür ve günlük uygulamalar incelendiğinde, evde sağlık ile evde bakım hizmetleri uygulamalarının birbirinden farklı kavramlar olarak kullanıldığı gözlenmektedir (45-50). Bu kavram kargaşası ülkemizde de var olup çeşitli kamu kuruluşları tarafından farklı şekillerde ifade edilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ilk tanımlamada “evde bakım” terimi kullanılırken (51,52), ilerleyen dönemlerde bu uygulama “evde sağlık” olarak ifade edilmiştir.

Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) ise bu uygulamayı “evde bakım” olarak ifade etmeyi tercih etmiştir (53-57).

ESH (Evde Sağlık Hizmetleri)’nin en önemli avantajları; hastaların kendi ortamlarından ayrılmadan sağlık hizmeti alabilmeleri ve sağlık harcamalarının azalması olarak özetlenebilir. Ayrıca ESH, bireylerin devamlı standart ve kaliteli hizmet alabilmelerine, bireye özel bakım verilmesine, zaman tasarrufuna, yaşam kalitesinin artmasına, iyileşme sürecinin hızlanmasına, hasta ve hasta yakınlarının eğitimine ve son dönem hastaların palyatif bakımına imkan tanır (58).

2.2.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım/sağlık hizmetlerinin tarihçesine bakıldığında 20. yy.da hastayı ya da hizmet alması gereken aileyi tespit etmek ve gerekli hizmeti vermek amacıyla ev ziyaretçiliği kavramı olarak ortaya çıkmış ve zaman içerisinde hemşirelik hizmetlerinin önüne geçmiştir (59). Gebe olan kadınların vücudundan gelen kan sebebiyle doğum sırasında orada bulunan kişilerin de kirli hale geldiği inancına dayanarak doğum eylemi başlayan kadınların tecrit edilip doğum yapabilecekleri başka yerlere götürülmeleri gerektiği savunulmuştur (60,61). Ayrıca Soronas’ın ‘‘Gynaegology’’ adlı eserinde Roma’da doğumların genellikle gebelerin evinde yaptırıldığından ve doğum eylemi başladığında ebelerin kullanacakları alet ve malzemeleri yanlarına alıp gebenin evine gittiğinden bahsedilmektedir (60).

17. yy’da Avrupa’da Toscana Grandükü II. Ferdinand veba salgını sırasında halkın desteğini almak ve halka moral vermek amacıyla ev ziyaretlerinde bulunmuş, bu dönemde hastaların evden çıkması yasaklandığı için temel ihtiyaçları ‘‘ev ziyaretçileri’’ tarafından karşılanmıştır (62).

İngiliz antropolog William Rathbone hasta olan eşine bir hemşire tarafından evlerinde verilen bakım hizmetinden etkilenerken yoksul insanlara gerçek anlamda ziyaretçi hemşirelik hizmeti veren gönüllü ziyaretçi hemşire servisini kurmuştur. Evde hastalara bakım veren ilk ziyaretçi hemşire olan Mary Robinson ziyaretleri sırasında hasta bakımının yanı sıra aileye genel hijyen kuralları ve evde hasta bakımını da öğretmiştir (63,64).

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinin en önemlilerinden biri olan Florance Nightingale, hastaların evde bakımı için görevlendirilen kadınların özel eğitim görmesini önermiştir. Bu öneri üzerine Liverpool'da 1862 yılında ev ziyareti gerçekleştirip hasta bakımı yapacak olan hemşirelerin yetiştirilmesi için eğitim veren ilk okul açılmıştır (65,66).

ABD'de evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin sayısındaki hızlı artış sebebiyle, 1966 yılında 65 yaş üzeri ve fiziksel veya maddi kısıtlılığı olan bireyler için yürürlüğe konulmuş olan Medicare isimli federal sağlık sigortası, evde sağlık hizmetlerinin gelişiminde oldukça etkili olmuştur (65,66).

Tarihimize bakıldığında Anadolu Selçukluları döneminde hekimlerin halka evlerde, pazarlarda ve çarşılarında sağlık hizmeti verdiği bilinmektedir (67).

Türkiye'de 1961'de çıkarılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasası ve 1978'de Alma-Ata Bildirisinin ardından "Temel Sağlık Hizmetleri Felsefesi" benimsenmeye başlamıştır. Bireylerin eşit şartlar ve geniş imkanlar ile sağlığını korumayı, mevcut sağlık düzeyini yükseltmeyi, sonradan ortaya çıkan eksiklikleri ortadan kaldırmayı ve mevcut sağlık durumunu aynı seviyede sürdürmeyi amaçlayan bu yasanın "devamlı hizmet ilkesi" ESH'nin önemini ve gerekliliğini göstermektedir. Herkese, her yerde, her zaman yerleşik planda ve programda sağlık politikası sunulacağını anlatan bu ilke ülkemizin ulusal sağlık politikasını belirlemektedir (68,69).

Ülkemizde 10.03.2005'te 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 'Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik' ile ilk yasal düzenleme yapılmıştır (51,52). Daha sonra 01.02.2010'da ESH'nin Sağlık Bakanlığına bağlı olan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilmesine dair "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yürürlüğe girmiştir.

Ülkemizde ESH üç yolla uygulanmaktadır. Bunlardan ilki aile hekimleri tarafından, ikincisi hastanelerin bünyesinde kurulmuş olan evde sağlık hizmet birimlerince ve periferdeki hastalara sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulmuş mobil ekipler aracılığıyla verilen evde sağlık hizmetleridir. Öncelikle yatağa bağımlı

hastalara hizmet verilmesi amaçlanmış olsa da KOAH gibi kronik solunum sistemi hastalıkları, son dönem palyatif bakım hastaları, ileri dercede kas hastalığı olanlar ve yenidoğanlara fototerapi uygulamaları hizmet grubu içerisinde yer almaktadır (70).

2.2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

ESH, çoğu hastalık ve hasta grubu için uygulanabilir olsa da temel ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumdaki yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, kanser hastaları, son dönem hastalar, psikiyatri hastaları, enteral ve parenteral beslenme ihtiyacı olan hasta grupları çoğunluğu oluşturmaktadır (71).

Hastane destekli ve kapsamlı ESH'nin sunulabilmesi için çoğunlukla Haddad tarafından 1987 yılında tanımlanmış olan bazı koşullar aranmaktadır. Bu koşullar hastanın uygun bir ev ortamına sahip olması, tıbbi olarak stabil olması, ailenin ESH verilmesi için istekli olması ve yeterli finansal kaynağın bulunması olarak özetlenebilir (72,73).

Görev tanımı yönerge ile konulmuş olup; hastaların kendi ev ortamında muayenelerinin, tıbbi bakımının, tetkiklerinin, tedavilerinin ve rehabilitasyonunun yapılması; kullanmakta olduğu tıbbi cihaz ve malzemelerin raporlarının çıkarılması için yardımcı olunması, hasta ve hasta yakınlarına hastanın tıbbi durum ve bakımıyla ilgili bilgi verilmesi, hastanın kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanımıyla ilgili hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi ve gereken durumlarda hastanın hastaneye nakillerinin sağlanmasını kapsamaktadır (58).

Özellikle kronik hastalığı olan bireylere evde sağlık hizmeti sağlanırken hastanın ve yakınlarının bakıma katılması beklenmektedir. Hastanın ailesinin verilmek istenen bakıma katılması sağlık personeli ile hasta yakınlarının uyumunu sağladığı gibi verilmek istenen hizmetin amacına ulaşmayı da kolaylaştırmaktadır (58).

2.2.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de ESH sağlık bakanlığına bağlı olarak hizmet veren genel ya da dal hastaneleri, ağız-diş sağlığı merkezleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin bünyelerinde bulunan ESH birimleri tarafından sunulmaktadır. Birimler arası iletişim ve koordinasyon ile hizmetin nasıl yönetileceği koordinasyon merkezi (444 38 33) tarafından sağlanmaktadır (74). Hastanın başvurusu koordinasyon merkezine kimlik ve adres bilgileri bildirilerek yapılmaktadır. Başvurunun ardından hekim veya hemşire tarafından görüşme sağlanarak hastanın durumu ve verilecek hizmetler belirlenir. Hasta evinde hekim ve hemşire tarafından ziyaret edilerek kişinin evinin şartları, tıbbi durumu, alacağı tedaviler ve bakım ihtiyaçları belirlenir. Ardından hekim hastanın önceki mevcut tanı ve tedavilerini planlayan hekimleri ile iletişime geçerek evde bakım ve tedavi planını oluşturur. Gerekli durumlarda hastanın durumu ilgili branşın uzman hekimlerine konsülte edilebilir.

Uygulanmak istenen tedavinin sağlık personeline ihtiyaç duyulmadan hastanın kendisi ya da yakınları tarafından yapılabilecek olması, hastanın iyileşip tedavi gereğinin ortadan kalkması, hasta veya yakınlarının uygulanması planlanan tedaviye direnç göstermesi veya hizmeti sonlandırmayı talep etmesi gibi durumlarda verilen hizmet sonlandırılabilir (58).

2.2.4. Hastanemizde Evde Sağlık Hizmetleri

İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Birimi 2012 yılında hastane bünyesine eklenmiş olup 1 uzman hekim, 3 asistan hekim, 3 hemşire, 2 personel, 1 sekreter ve 3 şöforden oluşmaktadır. Birer hekim, hemşire ve şöforden oluşan iki ekip mobil olarak sahada hizmet verirken, 1 hekim, 1 hemşire, 1 sekreter tarafından da mesai saatleri içerisinde poliklinik hizmeti verilmektedir. Hastanemiz bünyesinde bulunan hasta nakil aracıyla hastaneye nakli gereken hastalar da görevli personeller yardımıyla ilgili sağlık birimine ulaştırılmaktadır. Hizmetten yararlanabilmek için hasta veya hasta yakınlarının koordinasyon merkezinden başvuru yapması, ayrıca ESH’ye uygun olduğunu belirten koşulları yerine getiriyor olmak gereklidir. 2019 yılı Haziran ayı itibariyle Evde Sağlık Hizmetleri birimizin toplam 6612 kayıtlı hastası bulunmaktadır. Aylık ortalama 1080 ev ziyareti gerçekleştirilmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı anket çalışması olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, veri toplama sürecinde İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Birimi'ne kayıtlı hastaların birime başvuran birincil bakım verenlerinden oluşmaktadır.

3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi

Tanrıöver ve ark.'nın Türkiye genelinde yaptıkları çalışmalarında toplumun %24,5'inde sağlık okur yazarlığının yetersiz olduğu belirlenmişti (42). Hastanemiz tarafından evde bakım hizmeti verilen hasta sayısı 6612 olarak belirlendi. Bu hasta sayısı üzerinden %5 alfa hata payı ile %95 güven aralığında 273 bakım veren kişiye ulaşılması gerektiği belirlendi (www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm). Veri kaybı göz önünde bulundurularak bu sayının %10 fazlasına ulaşılması hedeflendi. Çalışmamızda 15.04.2019-31.05.2019 tarihleri arasında, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Birimine çeşitli sebeplerle başvuran ve dahil olma kriterlerine sahip olan toplam 292 bakım veren kişiye ulaşıldı.

3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Birimi'ne kayıtlı olan bir hastanın birincil bakım vereni olmak
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- 18 yaş üzeri olmak

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak ESH birimine başvuran bakım verenler tarafından doldurulmak üzere hazırlanan sosyo-demografik veri formu (EK 1) ile YSOÖ (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) kullanıldı (EK 2). 15.04.2019-31.05.2019 tarihleri arasında, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Birimine çeşitli sebeplerle başvuran ve hastanemiz tarafından takibi sürdürülen hastaların bakım verenleri arasından çalışmamıza katılmayı kabul eden kişilere anket formları verilerek kendilerinin doldurmaları talep edildi. Okuryazar olmayan kişilere anket soruları çalışma ekibinden bir kişi tarafından okunarak soruların yanıtları çalışma ekibince işaretlendi. Tüm katılımcıların anket öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okumaları sağlanarak yazılı onayları alındı. Okuryazar olmayan altı kişiye form çalışma ekibince okunarak onamları alındı.

3.6. Veri formu ve Ölçek

a. Sosyo-demografik Veri Formu

Sosyo-demografik veri formu araştırmacı tarafından literatür taranarak bireylerin sosyal ve demografik özelliklerini ile bakım verdikleri hastanın sağlık durumunu belirlemeye yönelik hazırlanmış, açık uçlu toplam 20 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

b. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

YSOÖ yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini belirlemeye yönelik sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili toplam 22 madde ve 1 adet vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekil içermektedir (EK 2). Ölçekte yer alan soruların 10 tanesi evet/hayır, 2 tanesi boşluk doldurma, 8 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirme ve 1 şekilde gösterilen organların adını yazma tipindedir. Her soru bir puan değerinde olup toplam ölçek puanı verilen cevaplara göre 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır.

Kullandığımız ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenilirlik analizi Sezer ve ark. Tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada YSOÖ'nün cronbach alfa katsayısı 0.77, tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bildirilmiştir (75).

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığından ortanca ve çeyrekler açıklığı (%25-%75; IQR) olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Pearson'ın Ki kare testi Fisherexact testi sonuçlarıyla birlikte kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin karşılaştırmasında Mann Withney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Tüm değerlendirmeler %95 güven aralığında yapılmış olup %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Etik Onay

Çalışmamız 08.05.2019 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda alınan (Karar no:02) onay ile başlatılmıştır (EK 3).

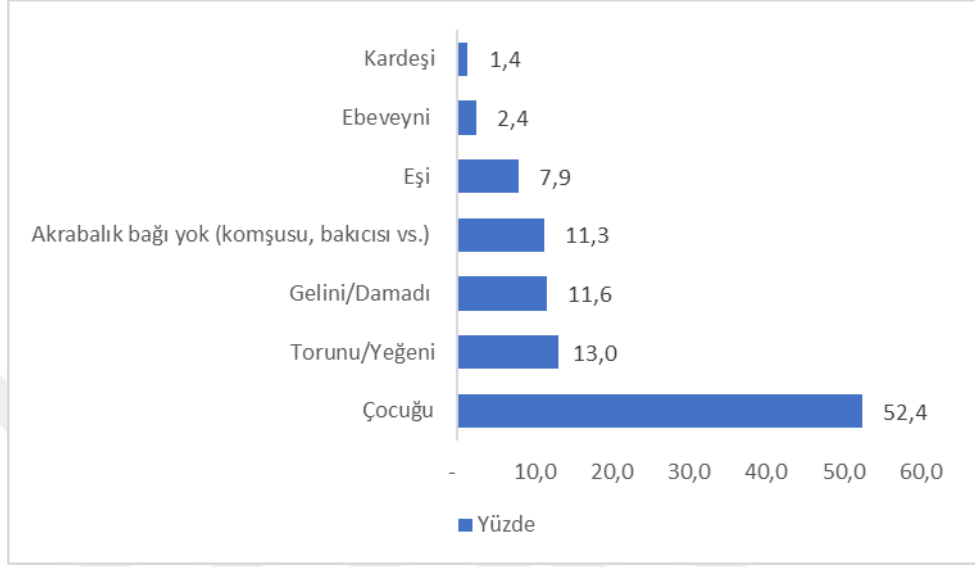
4.BULGULAR

Çalışmaya Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Birimi'ne kayıtlı hastaların bakım verenlerinden toplam 292 kişi katıldı. Katılımcıların %63'ü kadındı (n=184). Katılımcıların yaşlarının ortancası 44,0 (IQR: 37,0-53,0) olarak saptandı. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Soru	Özellik	Sayı(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	184	63,0
	Erkek	108	37,0
Yaş	30 yaş altı	34	11,6
	30-49	159	54,5
	50-64	83	28,4
	65 ve üstü	16	5,5
Eğitim durumu	Okuryazar değil	6	2,1
	İlkokul	70	24,0
	Ortaokul	83	28,4
	Lise	87	29,8
	Üniversite	44	15,1
	Yüksek lisans	1	0,3
	Doktora	1	0,3
Medeni durum	Evli	171	58,5
	Bekar	58	19,9
	Boşanmış	47	16,1
	Dul	16	5,5
Çocuğu var mı?	Evet	220	75,3
	Hayır	72	24,7
Mesleği	Ev Hanımı	99	33,9
	İşçi	29	9,9
	Memur	59	20,2
	Akademisyen	7	2,4
	Emekli	24	8,2
	Diğer	74	25,3
Gelir Durumu	Yüksek	3	1,0
	İyi	75	25,7
	Orta	122	41,8
	Kötü	92	31,5
Sosyal Güvencesi	SSK	197	67,5
	Bağkur/Emekli Sandığı	48	16,4
	Yeşil kart	16	5,5
	Sosyal güvencem yok	29	9,9
	Diğer	2	0,7
	TOPLAM	292	100

Katılımcıların %52,4'ü (n=153) bakım verdikleri hastanın çocuğu olduklarını, %11,3'ü (n=33) ise hasta ile herhangi bir akrabalık bağı olmadığını bildirdi. Katılımcıların bakım verdikleri hastalara yakınlık durumları Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların Bakım Verdikleri Hastalara Yakınlık Durumları

Bakım verenlerin kendilerinin %57,5'inin (n=168) en az bir hastalığı olduğu ve katılımcılar arasında en sık hastalığın hipertansiyon olduğu (n=88; %30,1) görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı

Hastalık*	Sayı(n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	88	30,1
Kardiyovasküler hastalıklar	58	19,9
Diabetes Mellitus	49	16,8
Romatizmal hastalık	34	11,6
DM dışında endokrin hastalık	29	9,9
Hematolojik hastalık	23	7,9
Diğer	12	4,1
Solunum sistemi hastalıkları	6	2,1
Psikiyatrik	3	1,0
Nörolojik	2	0,7
Nefrolojik	1	0,3

*Birden fazla şık işaretlenebilir

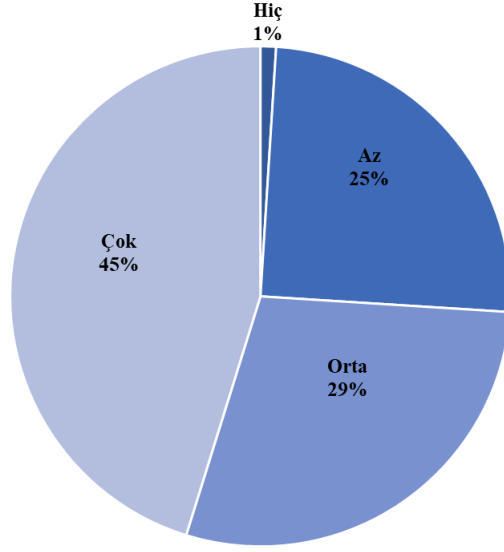
Katılımcıların bakımını üstlendikleri hastaların; yaşlarının ortancasının 82,0 (IQR= 75,0-87,0) olduğu görüldü. Ayrıca %69,2'sinin (n=202) bası yarasının olmadığı, %87,0'sinin (n=254) yatağa bağımlı olduğu, %60,3'ünün (n=176) normal ev yemeği ile beslenebildiği ve en sık nörolojik hastalığa sahip oldukları (%64,0; n=187) görüldü. Hastaların tıbbi durumları tablo 4'de özetlenmiştir.

Tablo 4. Hastaların Tıbbi Durumları

Hastaya ait özellik	Sayı(n)	Yüzde (%)		
Hastalık*	Nörolojik	187	64,0	
	Kardiyak	137	46,9	
	DM	62	21,2	
	Diğer	39	13,4	
	Solunum yolları	37	12,7	
	Düşme sonucu fraktür	34	11,6	
	Psikiyatrik	21	7,2	
	Romatolojik	20	6,8	
	Kanser	14	4,8	
	Nefrolojik	13	4,5	
	DM dışında endokrin	8	2,7	
	Hematolojik	3	1,0	
	Bası yarası var mı?	Var	90	30,8
		Yok	202	69,2
Yatağa bağımlı mı?	Evet	254	87,0	
	Hayır	38	13,0	
Beslenme durumu	Normal Ev Yemeği Yiyebiliyor	176	60,3	
	Yalnızca çorba/püre kıvamındaki yiyecekleri yiyebiliyor	51	17,5	
	Yalnızca mama yiyebiliyor	34	11,6	
	Hastanın yutma fonksiyonu yok; burundan besleniyor	7	2,4	
	Hastanın yutma fonksiyonu yok; mide tüpünden besleniyor	24	8,2	

*Birden fazla şık işaretlenebilir

Katılımcıların %35,6'sı (n=104) sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşadığını bildirdi. Bunların %45'i (n=47) çok zorluk çektiğini ifade etti. Katılımcıların sağlık hizmetine ulaşırken ne derce zorluk çektikleri sorusuna yanıtlarının dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir. Ayrıca katılımcıların %80,5'i (n=235) ESH'den memnun olduğunu bildirdi.



Şekil 2. Katılımcıların Sağlık Hizmetine Ulaşmakta Ne Kadar Zorluk Çektikleri Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılım Grafiği

YSOÖ puanları değerlendirildiğinde ortancanın 15,0 (IQR: 11,0-17,0) olduğu görüldü. Yaş gruplarına göre YSOÖ puanları incelendiğinde; 30 yaş altı katılımcıların ölçek puanı ortalaması 16,0 (IQR: 13,0-19,0) ve 50-64 yaş arası katılımcıların ölçek puanı ortalaması 15,0 (IQR: 13,0-18,0) olup istatistiksel olarak yaş grupları arasında anlamlı fark vardı ($p=0,003$). Eğitim düzeylerine göre YSOÖ puanları incelendiğinde üniversite mezunu ve üzeri olarak sınıflandırılan katılımcıların ölçek puanı ortalaması 18,0 (IQR: 14,5-20,0) ve lise mezunu katılımcıların ölçek puanı ortalaması 16,0 (IQR: 12,0-18,0) olup istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p=0,001$). Meslek gruplarına bakıldığında akademisyen olan katılımcıların ölçek puanı ortancası 19,0 (min-max: 16,0-21,0) olup istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p=0,001$). Katılımcıların demografik özellikleri ile YSOÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.

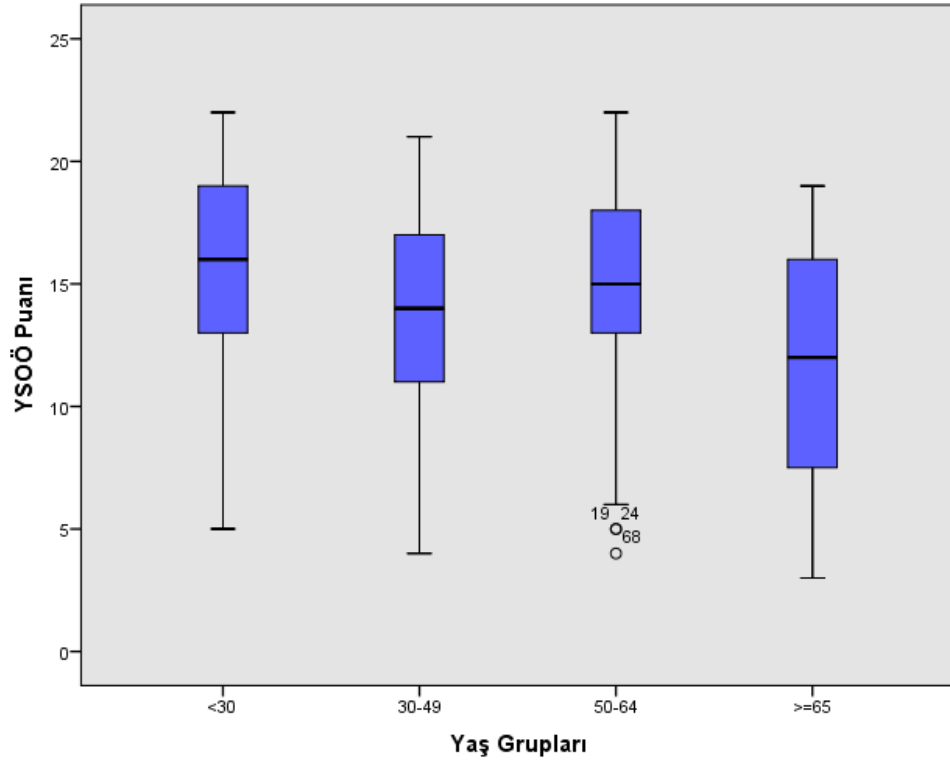
Katılımcıların özellikleri ile YSOÖ puanları karşılaştırıldığında eğitim durumu arttıkça puanların yükseldiği, yaş ve meslek grupları ile sosyal güvenceler açısından fark olduğu, gelir durumu daha iyi olan kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Katılımcıların cinsiyetlerinin, medeni durumlarının ve çocuk sahibi

olup olmadıklarının YSOÖ puanlarını etkilemediği görüldü. Katılımcıların yaş gruplarına göre YSOÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 3'te, katılımcıların eğitim düzeylerine göre YSOÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 4'te gösterilmiştir.

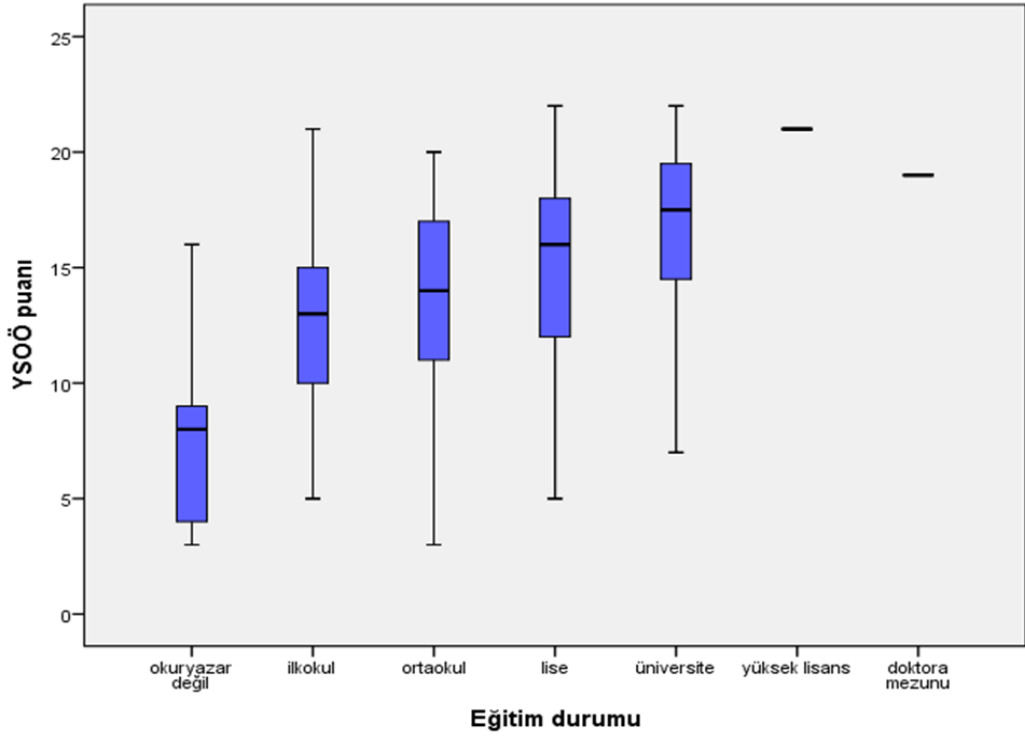
Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Özellik	Parametre	YSOÖ puanı		P değeri
		Ortanca	IQR	
Yaş	30 yaş altı	16,0	13,0-19,0	0,003
	30-49	14,0	11,0-17,0	
	50-64	15,0	13,0-18,0	
	65 ve üstü	12,0	7,3-16,0	
Cinsiyet	Kadın	15,0	11,0-17,0	0,794
	Erkek	15,0	11,0-17,0	
Medeni durum	Evli	15,0	11,0-17,0	0,277
	Bekar	14,5	11,8-18,0	
	Boşanmış	15,0	11,0-18,0	
	Dul	14,0	8,3-14,8	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	8,0	3,8-10,8	<0,001
	İlkokul	13,0	10,0-15,0	
	Ortaokul	14,0	11,0-17,0	
	Lise	16,0	12,0-18,0	
	Üniversite ve üstü	18,0	14,5-20,0	
Çocuğu var mı?	Evet	14,0	11,0-17,0	0,152
	Hayır	15,0	12,0-18,0	
Mesleği	Ev Hanımı	14,0	10,0-17,0	0,001
	İşçi	11,0	10,0-17,0	
	Memur	15,0	12,0-18,0	
	Akademisyen	19,0	16,0-21,0	
	Emekli	14,0	8,5-17,8	
	Diğer	16,0	13,0-17,3	
Gelir Durumu	Yüksek	19,0	19,0-20,0*	0,001
	İyi	15,0	10,0-19,0	
	Orta	16,0	12,0-17,0	
	Kötü	13,0	10,3-16,0	
Sosyal Güvencesi	SSK	16,0	12,0-18,0	0,006
	Bağkur/Emekli Sandığı	14,0	11,3-17,0	
	Yeşil kart	13,0	9,5-16,5	
	Yok	11,0	7,5-15,5	
	Diğer	14,0	10,0-18,0*	

*ortanca (minimum-maksimum)



Şekil 3. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması



Şekil 4. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması

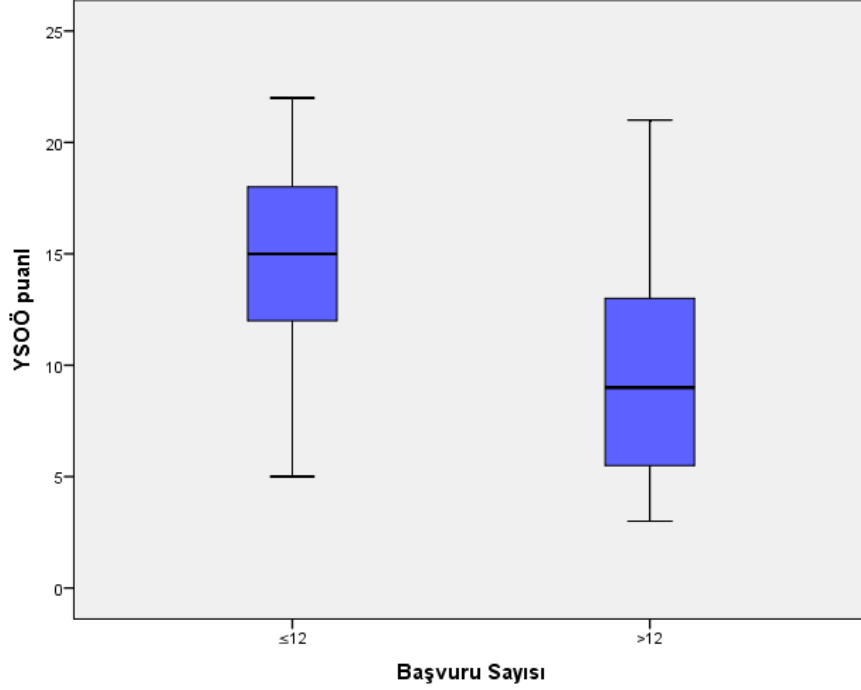
Katılımcılar, bakım vermekte oldukları hastaların özelliklerine göre incelendiğinde hastanın bası yarası olup olmasının ve beslenme durumunun ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan fark yaratmadığı görüldü. Hastaların yatağa bağımlılık durumlarına bakıldığında; bağımlı olmayan grubun bakım verenlerinin ölçek puanı ortalaması 16,0 (IQR: 13,0-18,3) olup iki grup arasında istatistiksel olarak zayıf da olsa anlamlı fark vardı (p=0,037). Katılımcıların bakım verdikleri hastaların özellikleri ile YSOÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Bakım Verdikleri Hastaların Özellikleri ile YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaya ait özellik	Parametre	YSOÖ Puanı		P değeri
		Ortanca	Çeyrekler açıklığı (IQR)	
Bası yarası var mı?	Var	14,0	11,0-17,0	0,953
	Yok	15,0	11,0-17,3	
Yatağa bağımlı mı?	Evet	14,0	11,0-17,0	0,037
	Hayır	16,0	13,0-18,3	
Beslenme durumu	Normal ev yemeği yiyebiliyor	14,5	11,0-17,0	0,345
	Yalnızca çorba/püre kıvamındaki yiyecekleri yiyebiliyor	15,0	13,0-19,0	
	Yalnızca mama yiyebiliyor	15,0	11,0-18,0	
	Hastanın NG ile besleniyor	16,0	12,0-19,0	
	Hastanın PEG ile besleniyor	14,0	9,3-17,0	

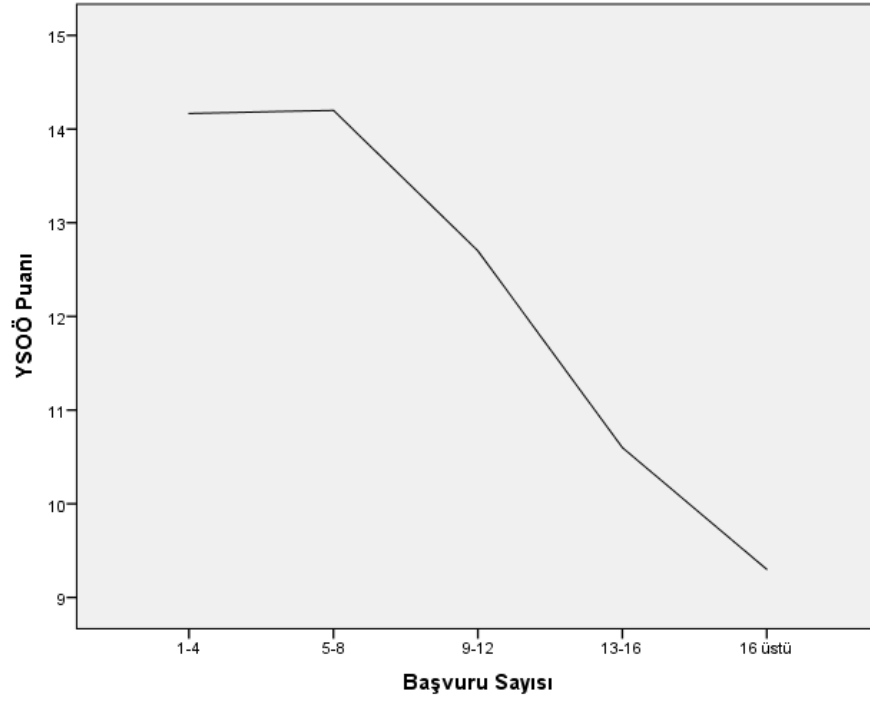
Yıllık başvuru sayıları ≤ 12 olanlar az başvuru ve >12 olanlar çok başvuru sayısı olarak sınıflandırıldı. Başvuru sayısı >12 olanların YSOÖ puanlarının ortancası 9,0 (IQR:5,0-13,0); ≤ 12 başvuranların ortancası 15,0 (IQR:12,0-18,0) olarak belirlendi, her iki grup arasında anlamlı fark vardı (p<0,001). Katılımcıların

son bir yıldaki başvuru sayıları iki gruba ayrıldığında YSOÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 5'te gösterilmiştir.



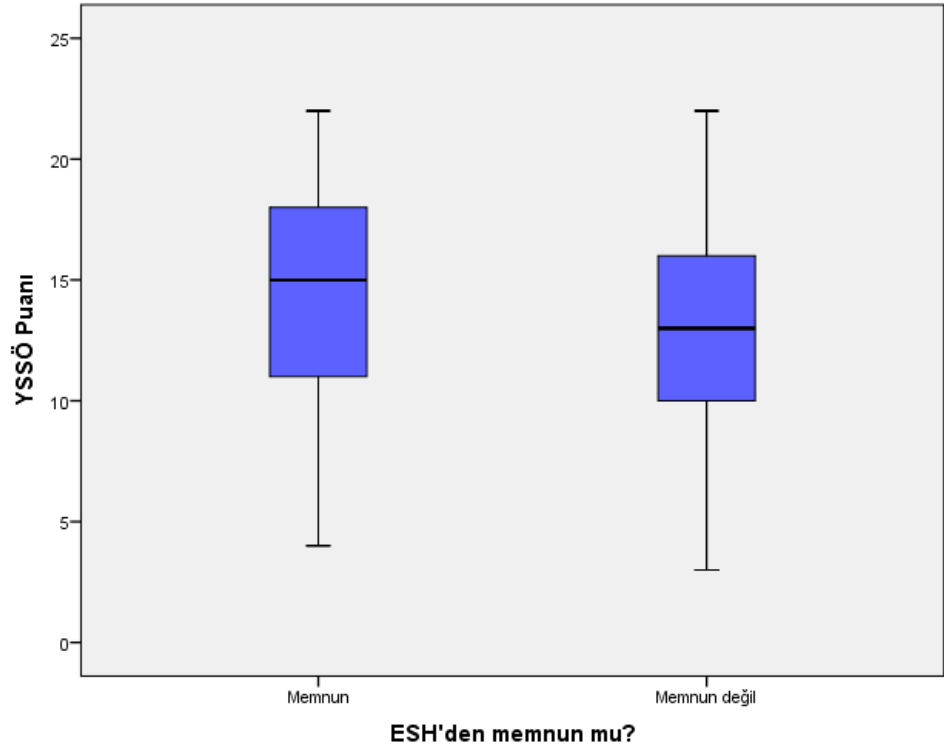
Şekil 5. Katılımcıların Son Bir Yıldaki Başvuru Sayıları İki Gruba Ayrıldığında YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Başvuru sayıları 5 kategori olarak sınıflandırıldığında başvuru sayısı arttıkça YSOÖ'den aldıkları puanların azaldığı belirlendi ($p < 0,001$). Katılımcıların başvuru sayıları beş gruba ayrıldığında; başvuru sayıları ile YSOÖ puanlarının ilişkisi Şekil 6'da gösterilmektedir.



Şekil 6. Beş Grupta Başvuru Sayıları ile YSOÖ Puanlarının İlişkisi

Sağlık hizmetlerinde ulaşmakta zorluk yaşadığını ifade eden katılımcıların YSOÖ puanları ortancası 13,5 (IQR: 10,0-16,0) iken zorluk yaşamadığını ifade edenlerin 16,0 (IQR: 12,0-18,0) olarak belirlendi ve her iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p=0,001$). Sağlık hizmetlerinde ulaşmakta zorluk yaşadığını ifade eden katılımcıların yaşadıkları zorlukların derecesi ile YSOÖ puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,341$). Katılımcıların ESH'den memnuniyeti ile YSOÖ puanları karşılaştırıldığında; memnuniyet bildirenlerin YSOÖ puanları daha yüksekti ($p<0,024$). Katılımcıların ESH'den memnuniyet durumlarına göre YSOÖ puanlarının karşılaştırılması Şekil 7'de gösterilmiştir.



Şekil 7. Katılımcıların ESH'den Memnuniyet Durumlarına Göre YSOÖ Puanlarının Karşılaştırılması

YSOÖ soruları ayrı ayrı olarak incelendiğinde ev ortamında ateşli durumda neler yapabilecekleri (birden fazla şık işaretleyebildikleri) sorulan katılımcıların %49,0'ı (n:143) sirkeli bez kullanacaklarını, %41,4'ü (n:121) acil servise başvuracağını, %16,1'i (n:47) hastanın terletmek için üzerini örteceğini bildirdi. Katılımcıların sadece %29,8'i (n:87) ateş yüksekliği olması için gereken vücut sıcaklığını doğru bildi.

Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili sorular değerlendirildiğinde, katılımcıların %49,0'ı (n:143) güvenilir doğum kontrol yöntemlerini soran soruya yanlış cevap verdi. Bunların 100'ü (%34,2) geri çekmenin güvenilir bir yöntem olduğunu düşündüğünü bildirdi.

Katılımcıların ilaç kullanma özelliklerini değerlendiren sorularda ilaç saatlerinin (günde iki defa kullanılması önerilen) hesaplanması ile ilişki soruya %15,1'i (n:44) yanlış yanıt verdi. Katılımcıların %18,8'i (n:55) iki güne bir ilaç

hesabını yanlış yaptı. Ayrıca 159'u (%54,5) aç karnına önerilen ilacı ne zaman alacağı sorusunu yanlış yanıtladı.

Cinsiyete ve yaşa göre taramaların ne zaman yapıldığını soran eşleştirme sorusundan katılımcıların %47,3'ü puan alamadı.

Katılımcıların yarısından fazlası (n:149; %51) hasta haklarının neler olduğunu bilmediğini bildirdi. Kırk dördü (%15,1) hastaneden nasıl randevu alacağını bilmiyordu.

Sağlık çalışanları ile iletişimi sorgulayan sorularda katılımcıların %28,4'ü (n:83) doktor veya hemşireye sağlık durumunu anlatmakta zorlanacağını, %28,1'i (n:82) sağlık durumu hakkında rahatça soru soramayacağını belirtti.

5.TARTIŞMA

Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren kişilerin sağlık okuryazarlığını değerlendirdiğimiz bu çalışmada bakım verenlerin eğitim ve gelir durumları yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha iyi olduğunu, sağlık okuryazarlığının bakım verdikleri hastanın sağlık durumu ile anlamlı ilişkisi olmadığını ancak bakım verenin sağlık okuryazarlığı düzeyi kötüleştikçe evde sağlık hizmetleri biriminin takibinde olan hastaların hastaneye başvuru sayılarının belirgin olarak arttığını saptadık.

Çalışmamızda katılımcıların YSOÖ puanlarının ortalaması 23 puan üzerinden 14,2'dir. Kullandığımız ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliğinin araştırıldığı Sezer ve ark.larının çalışmasında ise YSOÖ puanlarının ortalaması 13,1'dir. Puan ortalamasının bizim popülasyonumuzda daha yüksek çıkmasının nedeni örneklemimizi oluşturan bireylerin evde çoğunlukla yatağa bağımlı hastalara bakım vermeleri dolayısıyla normal popülasyona kıyasla sağlık ile ilgili bilgilerinin daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir (75).

Cinsiyet, medeni durum, ocuk sahibi olma, hastalık sahibi olma ile YSOÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu faktörler ile YSOÖ puanı arasında Sezer ve ark.larının çalışmasında da anlamlı fark bulunamamıştır (75).

Malatyalı ve ark. alışmasında kadınların sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarını erkeklerle kıyaslandığında daha yüksek bulmalarına karşın; bizim alışmamızda Sezer ve ark. alışmasında olduğu gibi cinsiyetler arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı fark saptanamamıştır (76). Bu durumun nedeni çalışmamıza katılan kadınların eğitim durumlarının (%3,2'si okuryazar değil, %28,8'i ilkokul mezunu) erkeklerden (%15,7'si ilkokul mezunu) daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş gruplarına göre YSOÖ puanları incelendiğinde, '30 yaş altı' ile '50-64 yaş arası' olan iki grubun YSOÖ puanları, diğer yaş gruplarına göre daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak

anlamlydı. ABD’de 2003 yılında yapılmış olan çalışmada yař arttıka sağlık okuryazarlığı seviyesinin dūřtūęunden, özellikle 65 yař ve üzeri bireylerde bu dūřūřün daha belirgin olduğundan bahsedilmektedir (77). Çalışmamızda 65 yař stū katılımcıların diğer gruplara göre daha dūřuk puan alması, örnek olarak verilmiş çalışmayla uyumludur. Dięer üç yař grubunun arasında fark olmasının nedeni ise; bizim örneklemimizde 30 yař altı katılımcıların yarısından fazlasının lise veya niversite mezunu olması; 30-49 yař grubunun mesleklerine bakıldığında yarısından fazlasının ev hanımı, dörtte birinin de iřçi olması ya da 50-64 yař grubunun yarısından fazlasının emekli olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların YSOÖ puanı ortancası ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre katılımcıların eğitim seviyeleri arttıka YSOÖ puanı ortalamaları yükselmekte olup bu konuda yapılmış olan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (76,78,79-81). Bu durum dünyada bu konuda yapılmış diğer çalışmalarda olduğu gibi sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktörlerden birinin eğitim durumu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, Sezer ve ark.larının çalışmasında olduğu gibi meslek gruplarına göre YSOÖ puanları incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (75). En yüksek puan alan meslek grubu akademisyen, ardından ‘diğer’ olarak belirtilmiş (işaretleyen katılımcıların çoğunun kendi özel işini yaptığını ifade ettikleri) meslekler, devamında da memurlar gelmekteydi. Bu durum eğitim seviyesi daha iyi olan meslek gruplarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek oluşundan kaynaklanmış olabilir.

Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığını etkileyen bir başka faktörün ise gelir durumu olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılmış olan çalışmalarda gelir düzeyi arttıka sağlık okuryazarlığının da ekonomik duruma paralel arttığı gösterilmiştir (82,83). Çalışmamızda da katılımcıların gelir düzeyi yükseldikçe YSOÖ puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır. Bu da bireylerin günlük yaşam içerisinde ekonomik açıdan daha rahat hale geldikçe sağlık ile ilgili konulara daha ilgili olup bilgi ve yeterlilik düzeylerinin arttığını göstermektedir.

Meksika’da yapılmış olan bir çalışmada gelir durumu, meslek ve sosyal güvencenin sağlık hizmeti kullanımını etkilediği saptanmıştır (84). NAAL’a göre, Amerika’da yetişkinlerin %14’ü (30 milyon kişi) temel sağlık okuryazarlığının altındadır. Ayrıca bunların %28’si sağlık sigortası olmayan bireylerden oluşmaktadır. Bahsedilen durumdaki düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık hizmeti kullanım azlığıyla ilişkilendirilmiştir (85). Bizim çalışmamızda katılımcılar sahip oldukları sosyal güvenceler açısından incelendiğinde; SSK ve Bağkur/Emekli Sandığı işaretleyenlerin YSOÖ puanı ortancaları belirgin olarak yüksekti ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu da bireylerin sosyal güvencelerinin olup olmasının ve mevcut sosyal güvencenin türünün; direkt olarak sağlık hizmeti kullanımını; buna bağlı olarak da bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.

Arpacı ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada evdeki yaşlıya bakım veren kadınların yarısının gelini, 1/3’ünün de kızı olduğunu saptamıştır (86). Çalışmamızda da katılımcıların bakım verdikleri hastaya yakınlık durumları cinsiyetlere göre incelendiğinde %33’ü bakım verdikleri hastanın kızı, %7,8’i gelini, %7,8’i torunu/yeğeni başta olmak üzere bakım verenlerin toplam %63’ü kadın cinsiyetteydi. Bu durum ülkemizin genelinde olduğu gibi çalışmamızın yapıldığı çevrede genelde geniş bir ailenin aynı evin içinde yaşaması ve kadına toplum tarafından yüklenmiş olan çalışma hayatı yerine ‘evdeki işleri yapma, çocuklara ve evdeki yaşlıya bakma görevi’ algısından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin bakım verdikleri hastaların sağlık durumları ile sağlık okuryazarlıkları incelendiğinde, yatağa bağımlı hastaların bakım verenlerinin YSOÖ puanı ortancası 14.0 iken; yatağa bağımlı olmayan hastaların bakım verenlerinin YSOÖ puanı ortancası 16.0’dı ve istatistiksel olarak gruplar arasında zayıf da olsa anlamlı fark vardı. Normalde yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin YSOÖ puanı ortalamalarının daha yüksek olmasını beklerken böyle bir sonucun ortaya çıkması çalışmanın yapıldığı bölgenin düşük eğitim ve sosyokültürel düzeyinden kaynaklanmış olabilir.

Bakım almakta olan hastaların beslenme durumları ile bakım verenlerinin YSOÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Özellikle PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi) ve NG (Nazogastrik Sonda) ile beslenen hastaların bakım verenlerine, hastaneden taburculuk öncesi servis doktoru/hemşiresi ve/veya eve taburcu olduğunda ESH ekipleri tarafından eğitim verildiği düşünülecek olursa, bu bakım verenlerin YSOÖ puanlarının daha yüksek olmasını beklerdik. Ancak katılımcılar bakım verdikleri hastaların beslenme durumuna göre gruplandırıldığında normal ev yemeği yiyebilenler ile çorba/püre kıvamındaki yiyecekleri yiyebilenlerin toplamı %77,8'lik bir kısmı oluşturmaktadır. Çalışmamızda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamasına; hastanın beslenme durumuyla ilgili eğitim almamış olduğunu düşündüğümüz bu grubun, katılımcıların büyük kesimini oluşturuyor olması neden olmuş olabilir. Özel bakım gerektirecek şekilde beslenen bu hastaların bakım verenlerine özellikli eğitim programların verilmesi düşünülmelidir.

Teleş ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin almakta oldukları sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri daha yüksek saptanmıştır (87). Çalışmamızda katılımcılara sorulmuş olan 'ESH'den memnun musunuz?' sorusuna memnun olduklarını bildiren grubun YSOÖ puanları, memnun olmayan gruba göre belirgin şekilde daha yüksekti. Bu duruma başka bir açıdan bakıldığında evde sağlık hizmetlerinden memnun olmayan grubun YSOÖ puanları daha düşüktü. Bu; memnun olmayan grubun, ESH'nin kapsamını bilmemesinden ve hastanın evdeki bakım ihtiyaçlarının (banyo, tıraş, tırnak kesilmesi vb.) da karşılanmasını beklemesinden kaynaklanmış olabilir.

Ölçeğimizin dikkat çeken sorularından olan yüksek vücut sıcaklığının alt sınırına katılımcıların yalnızca 1/3'i doğru yanıt verebildi. Katılımcılarımız evde sağlık hizmetlerinin hasta grubuna bakım vermekte olan kişilerden oluştuğu için bu soruya daha fazla kişinin doğru yanıt vermesini beklerdik. Bu durum ve ev ortamında ateşli durumlarda neler yapabileceklerini soran soruya katılımcılarımızın yaklaşık yarısının sirkeli bez kullanırım seçeneğini işaretlemesi, çalışmanın yapıldığı bölgenin düşük sosyoekonomik seviyesinden ve kültürel bazı alışkanlıklardan kaynaklanmış olabilir.

Ölçeğimizin güvenilir korunma yöntemlerini sorduğu soruya katılımcıların yarısı yanlış cevap verdi. Yanlış cevap verenlerin üçte biri geri çekme yönteminin güvenilir korunma yöntemi olduğunu düşünüyordu. Liseden itibaren biyoloji derslerinde anlatılan bu konunun bizim katılımcılarımızda düşük oranda biliniyor olmasının sebebi katılımcıların yaklaşık yarısının lise ve üstü diğer yarısının ortaokul ve altı eğitim seviyesinde olduğundan, bölgenin düşük sosyokültürel yapısından ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin çalışmanın yapıldığı bölgede yeterince efektif uygulanmamasından kaynaklanmış olabilir.

Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile ilaç kullanım alışkanlıkları/doğru ilaç kullanma ile ilişkili bulunmuş ve bu konuda yapılmış ilk çalışmalardan biri olan Williams ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığının yanlış ilaç kullanımıyla olan güçlü ilişkisi ortaya konmuştur (88). Bizim çalışmamızda da ilaç kullanım alışkanlıklarını sorgulayan sorulardan günde iki kez alınması gereken antibiyotikğin sonraki dozunun saatini katılımcıların %15'inin, iki günde bir alınması gereken vitaminin alınacağı bir sonraki günü soran soruya beşte birinin ve aç karnına alınması gereken bir ilacın ne zaman içileceği sorusuna yarısından fazlasının yanlış cevap vermesi sağlık okuryazarlığı eğitiminde en büyük eksik noktalardan birinin ilaç kullanım alışkanlıkları olduğunu bize göstermektedir. ESH birimlerinin hasta popülasyonu göz önüne alındığında çoğunun yaşlı, yatağa bağımlı, birden fazla kronik hastalığı olan ve çoklu ilaç kullanan bireylerden oluştuğu düşünülürse bakım verenlerin doğru ilaç kullanımını bilmesi hayati önem taşımaktadır.

Tanrıöver ve ark.nın yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda katılımcılar arasında cinsiyete ve yaşa özgü olarak irdelenmiş koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlığının oldukça düşük olduğu saptanmıştır (42). Bahsedilen çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da cinsiyete ve yaşa özgü olarak taramaların ne zaman yapılacağına sorgulandığı eşleştirme sorusuna katılımcıların neredeyse yarısının doğru yanıt verememiş olması, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmeti verme bakımından yetersizliğinden ve bölgedeki halkın düşük eğitim seviyesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası hasta haklarının neler olduğunu ve %15'i de hastaneden nasıl randevu alacağını bilmediğini belirtti. Kendi hasta haklarının neler olduğunu bilmeyen bireylerin bir yandan da bakım veren olduğu düşünülürse aslında bu kişilerin bakım verdikleri hastaların hasta haklarının da bilincinde olmaları beklenmektedir. Ayrıca katılımcılar, bakım vermekte oldukları hasta adına sıklıkla hastane ile temas halinde bulunduğu halde az bir kısmının da olsa hastaneden nasıl randevu alacağını bilmemesi, bize çalışmanın yapıldığı bölgede sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gereken, bir diğer eksik yönünü işaret etmektedir.

Çalışmamızda sağlık çalışanları ile iletişimin sorgulandığı sorulara; katılımcıların %28,4'ü doktor veya hemşireye sağlık durumunu anlatmakta zorlanacağı, %28,1'i sağlık durumu ile ilgili rahatça soru soramayacağı cevabını verdi. Literatüre bakıldığında hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanı arasında doğru şekilde iletişim kurulmamasının sağlık okuryazarlığını olumsuz yönde etkilediğinden bahsedilmektedir. Bu durumun sebepleri; sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına bilgi verirken çok fazla mesleki terim kullanması, hasta/hasta yakını ile iletişim sırasında göz teması kurulmaması, sağlık çalışanlarının hastanın sağlık durumu ile ilgili soru sorarken açık uçlu, genel ifadeler yerine; yargılayıcı, kapalı uçlu sorular sorması ve sağlık sistemlerinin yeni uygulamalarında hastaya ayrılan zaman ve hizmet kalitesindeki azalma olabilir.

Tanrıöver ve ark. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda sağlık okuryazarlığı düzeyinin, kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini ve hizmetleri kullanma özelliklerini de etkilediği bildirilmiştir. Sağlık sistemi içerisinde kişinin geçirdiği zamanın artmasının aslında aldığı hizmetin kalitesini düşürdüğü; her ne kadar hizmet hacmi büyük ve hizmete erişim kolay olsa da kişilerin değer anlamında daha düşük kaliteli bir hizmet almakta olduğu ve bu nedenle çözülemeyen sorunlar, komplikasyonlar gibi sebeplerle sistem içerisinde daha çok zaman geçirdiklerini bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada ülkemizde doktor ve hastane hizmetlerinden yararlanma sıklığının Avrupa ile kıyaslandığında ülkemizde daha yüksek olduğu saptanmıştır (42). Çalışmamızda ESH'nin işleyişinde hedeflenmiş ziyaret sıklığının ayda bir olması sebebiyle katılımcılar bakım verdikleri hastanın son bir yıl

içerisindeki toplam başvuru sayısı ≤ 12 olanlar ve >12 (aşırı kullanıcılar) olanlar şeklinde iki gruba ayrılarak incelendi. Başvuru sayısı 12'nin altında olan grubun ölçek puanları, başvuru sayısı 12'nin üstünde olan gruba göre belirgin olarak daha yüksekti. Ayrıca katılımcılar başvuru sayısına göre 5 gruba ayrıldığında başvuru sayısı arttıkça YSOÖ puanının düştüğünü saptadık. Bu duruma katılımcılarımızın yaşamakta olduğu bölgenin düşük eğitim ve sosyokültürel düzeyin yanında bireylerin ziyaret sıklığı arttıkça daha iyi hizmet aldığını düşüncülerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin özelliklerini genel olarak özetlemek gerekirse; ateş yüksekliğinin ne olduğunu, güvenilir doğum kontrol yöntemlerini, doğru ilaç kullanmayı, koruyucu sağlık hizmetlerini, kendi hasta haklarını bilmeyen kişilerden oluşmaktadır. ESH birimlerinin takipli hastalarına bakım verenlerin sağlık konusunda normal popülasyona göre çok daha bilgili, acil durumlarda ne yapılması gerektiğini bilen, sağlık hizmeti alırken hizmetin her aşamasında aktif olup sağlık çalışanıyla birlikte karar verme sürecine dahil olabilen ve sağlık hizmetlerini doğru şekilde kullanabilecek kişiler olması gerekir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyinin özellikle bakım verenlerde artırılması için çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren kişilerin sağlık okuryazarlığını değerlendirdiğimiz bu çalışmada katılımcıların YSOÖ puanlarının ortalaması 23 puan üzerinden 14,2'dir. Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ile YSOÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaş gruplarına ayrıldığında 30 yaş altı ve 50-64 yaş arasında bireylerin ölçek puanları, diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça, gelir durumu iyileştikçe sağlık okuryazarlığı düzeyleri yükselmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi farklı meslek gruplarına göre değişmektedir. Sağlık güvencesi SSK ve Bağkur/Emekli Sandığı olanların YSOÖ puanları daha yüksektir. Bakım verenin bir hastalığının olup olmamasıyla YSOÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tanılı bir hastalığı olan bakım verenlerin mevcut hastalıkları YSOÖ puanlarını etkilememektedir. Bakım verilen hastanın sağlık durumuna göre YSOÖ puanları incelenecek olursa; yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin ölçek puanı daha düşüktü ancak hastanın bası yarasının olması, beslenme durumu ve mevcut hastalıkları ile değişmemekteydi. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinden memnun olan katılımcıların YSOÖ puanları daha yüksekti. Katılımcıların başvuru sayısı ile YSOÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup; başvuru sayısı arttığında ölçek puanları düşmekteydi. Katılımcılar başvuru sayılarına göre iki gruba ayrıldığında, başvuru sayısı düşük olan grubun ölçek puanları daha yüksekti. Bu da bize sağlık okuryazarlığı ile başvuru sayısı arasında ters orantılı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde yaşlı nüfusu ve ESH birimlerine kayıtlı hasta sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bakım verenlerin yetersiz/düşük sağlık okuryazarlığı, ESH birimlerine gereksiz başvurular yapılmasına neden olmaktadır. Bu gereksiz başvurular, işleyişin yavaşlamasına ve bu hizmeti alması gereken hastaların beklemesine; haliyle hizmet kalitesinde düşüşe ve sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Gereksiz başvuruların azalması için ESH birimlerinin hastalarına bakım veren kişilere eğitim verilerek sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması hedeflenmelidir. Bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili yeni çalışmalar yapılmasına ve eksik noktaların belirlenip bunlara göre eğitim programları oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. WHO (2013) Health Literacy. The Solid Facts, World Health Organization, Copenhagen, Denmark. (<http://publichealthwell.ie/node/534072> Erişim tarihi: 29.07.2019).
2. Çınarlı İ. Sağlık enformasyonu ve sağlık okuryazarlığı. Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi, 2014; 7(19): 20-25.
3. Sørensen K, Broucke S Van den, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet] .2012;12(80):7-10. (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80> Erişim tarihi 29 July 2019)
4. UNESCO (2013) Türkiye millî komisyonu 2012-2013 faaliyet raporları, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, (http://www.unesco.org.tr/Content_Files/Content/Yayinlar/faaliyet_raporu_2014.pdf Erişim tarihi 29.07.19)
5. Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı (2012) Sağlık Okuryazarlığı: Nedir? Neden Önemlidir? (<http://saglikekonomisi.omegacro.com/saglik-okuryazarligi-nedir-neden-onemlidir> Erişim tarihi:29/072019)
6. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Health literacy: Taking action to improve safety and quality. Sydney, Australia 2014 :10-14.
7. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International 1998;13(4):349-64.
8. Simonds SK. Health Education as Social Policy. Health, Education & Behavior 1974; 2(1):1-10.
9. World Health Organization. Health Promotion Glossary Geneva, Switzerland 1998: (<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> s:10 Erişim tarihi 29.072019)
10. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model, Health Promot International 2005; 20(2):195-203.
11. Health literacy program. (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/amafoundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page> Erişim tarihi 29.05.2019)
12. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? Journal of Health Communication, 2010;15(2): 9-19
13. World Health Organization. Health literacy and health behaviour, 7th Global Conference on Health Promotion: track 2, Nairobi 2009 (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/> Erişim tarihi:29.07.2019)
14. Canadian Public Health Association. A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy, Canada 2008:24-27.

15. Abrams MA, Kurtz-Rossi S, Riffenburgh A, Savage BA. Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change. 2014. Available at: <http://www.HealthLiterateOrganization.org>. Erişim tarihi 29.07.2019.
16. Onotai LO. A Review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes., The Nigerian Health Journal 2008; 8(3-4): 32-38.
17. Ploeg, W.V.D. Health literacy and healthcare system navigation for people who have had, or are at risk of, a cardiac event. Doctoral dissertation, University of Tasmania, Tasmania, 2012.
18. North Carolina Institute of Medicine. Just What Did the Doctor Order? Addressing Low Health Literacy in North Carolina. NC IOM Task Force on Health Literacy. Durham, NC. August 2007: 25-27.
19. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2014; 73-92.
20. Rudd RE, Renzulli D, Pereira A, Daltroy L. Literacy Demands in Health Care Settings: The Patient Perspective. In *Understanding Health Literacy*. Schwartzberg JG, VanGeest JB, Wang CC, Editors. AMA Press, 27.
21. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/> doi: 10.17226/10883)
22. Vass, A, Mitchell A. and Dhurrkay Y. Health literacy and Australian Indigenous peoples: An analysis of the role of language and worldview. Health Promotion Journal of Australia, 2011; 22(1):33-37
23. Lee HY, Rhee TG, Kim NK, Ahluwalia JS. Health Literacy as a Social Determinant of Health in Asian American Immigrants: Findings from a Population-Based Survey in California. J Gen Intern Med. 2015; 30(8):1118–1124.
24. Medibank 2011. Health literacy implications for Australia, Final Report, Australia. s.17
25. IOM (Institute of Medicine), (2011). Promoting Health Literacy To Encourage Prevention And Wellness: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.
26. IOM (Institute of Medicine), (2009a). Toward Health Equity and Patient-Centeredness: Integrating Health Literacy, Disparities Reduction, and Quality Improvement: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.
27. Parker RM, Baker DW, Williams MV and Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills. Journal of General Internal Medicine, 1995; 10(10):537-541.
28. Davis TC, Long S, Jackson RH, Mayaux EJ, George RB, Murphy PW and Crouch MA. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: a Shortened Screening Instrument. Family Medicine, 1993; 25(6):391-395.
29. Sönmez BF. Sağlık Okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 25-27 Nisan 2011, Ankara.

30. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Health Literacy: Taking Action to Improve the Safety and Quality, Sydney 2014.
31. Kanj M, Mitic W. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, 7th Global Conference on Health Promotion 2009, Nairobi, Kenya 2009:16-24.
32. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating Health: The Role of Health Literacy. Alliance for Health and the Future International Longevity Centre. London. United Kingdom 2005.
33. Baker D.W, Parker R.M, Williams M., Clark W.S. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. Journal of General Internal Medicine, 1998/b; 13(12):791-798.
34. Paasche-Orlow M.K, Parker R.M, Gazmararian, Nielsen-Bohlman, L.T, Rudd R.R. Prevalence of Limited Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 2005; 20(2): 175-184.
35. World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, Switzerland 2018.
36. World Health Organization. Health Literacy. The Solid Facts. Geneva, Switzerland 2013.
37. Parker R. Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Healthcare Providers. Health Promot. Int. 2000; 15 (4):277-283.
38. Örnek, M. Sağlık Okuryazarlığı. Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış, 2014;7(19):26-31
39. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006) The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
40. Kickbusch I, Maag D. Health Literacy "International Encyclopedia of Public Health, First Edition" Academic Press 2008; 204-211.
41. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. Health Education Research, 2010; 25(3):464-77.
42. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
(<http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf> , Erişim tarihi 29.07.2019)
43. Tanlı S. "Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi", Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996 s.10.
44. Karamercan E, Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgu, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2001:935-944.
45. World Health Organization, Drug Acceptability in Domiciliary Tuberculosis Control Programs. Bulletin of the World Health Organization, 1963; 29(5):627-639
46. Ryder CF, Stitt PG., Elkin WF. Home health services-Past, present, future. American Journal of Public Health 1969;59(9): 1720-29.
47. World Health Organization, Popov GA. Principles of Health Planning in the USSR. Geneva 1971

48. Thome B, Dykes AK, Hallberg RI. Home care with regard to definition, care, recipient, care, content, and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12:860-872.
49. Bentur N. Hospital at home: what is its place in the health system. *Health Policy* 2001; 55: 71-79.
50. World Health Organization. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe, Current structure and future challenges, (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), The European Observatory on Health Systems, Copenhagen, Denmark 2012.
51. RG. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10 Mart 2005 Sayı:25751.
52. RG. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ. 13.09.2005; Sayı: 25935.
53. RG. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 30.07.2006, Sayı:26244
54. Mulga SHCEK Genel Müdürlüğü'nün "Bireysel Bakım Planı" konulu 31.12.2007 tarihli görüşü
55. RG. Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. 03.08.2008; Sayı: 26940
56. Mulga SHCEK Genel Müdürlüğü'nün "Özürlü Evde Bakım" konulu 18.01.2008 tarihli görüşü
57. ASPB, ASPB'liğinin Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2012/24 no.lu Evde Bakım Hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli Genelgesi
58. Evde bakım hizmetlerinin avantajları
(http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/evdeBak/evBak_avantaj.pdf Erişim tarihi: 29.07.2019)
59. Dawson, P. "Home Visiting in Europe", Conference Exploring the Use of Home Visitors to Improve the Delivery of Preventive Services to Mothers with Young Children, American Academy of Pediatrics, Washington 1980:272-274.
60. Erginöz ŞG. İlk çağlarda Akdeniz havzasında ve Anadolu'da doğum ve doğum yardımı, *Düşünen Siyaset*, 2002;16:148-160
61. Gilgil E. Asklepieion'dan Nosokomeion'a Antikçağ'da tedavi kurumlarının gelişimi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2002;10(4):279-84.
62. Sobel D. Galileo'nun Kızı, Çev: Bahadır Sina Şener, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.
63. Öztekin, Z. Kubilay, G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Sağlık Meslek Liseleri Ders Kitabı, Ankara, Somgür Yayıncılık, 1993.
64. Gallagher, M.B. 1985 "Nursing Role in Home Health Care", In: JARVIS, L.L. (ed), *Community Health Nursing: Keeping The Publicly Healthy*, Davis Company, USA.
65. Aksakoğlu, G. 1990 "Evde Sağlık Hizmeti". II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İ.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, İstanbul.

66. Tahmiscioğlu, B. Osteoporozlu Hastalara Sunulan Evde Bakım Hizmetleri/Yaklaşımları, Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1994.
67. Yasa AA. 13. Yüzyıl Selçuklu Konya'sında Eğitim Kurumları, Düşünen Siyaset, 2002;1:118-131.
68. Tuncel, N., Şanlı N ve Perk N. 1993 Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, Ekim.
69. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyallestirilmesi Kanunu.
70. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2010.
71. Çoban M. Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2003.
72. Como, N.D. 1990 "Nursing Roles in the Community: Home Health Care Nursing." In: BULLOUGH, B.V. (ed), Nursing in the Community, C.V.Mosby Company, 26-33.
73. Spratt, John S., R.L. Hawley ve R.E. Hoyer 1997 Home Health Care: Principles and Practices, GR/St. Lucie Press (68).
74. T.C Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri İletişim Merkezi (<https://bozyakaeah.saglik.gov.tr/TR,109750/444-38-33---444-evde.html> Erişim tarihi:29.07.2019).
75. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 17(3). (<http://dergipark.org.tr/ataunihem/issue/2666/34550> Erişim tarihi:29.07.2019)
76. Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2018;17(2):1-15.
77. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. Orthop Nurs. 2009;28(1):27-34.
78. Paasche-Orlow M.K, Parker R.M, Gazmararian, Nielsen-Bohlman, L.T, Rudd R.R. Prevalence of Limited Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 2005;20(2): 175-184.
79. Bhor M, Plake KS, Chen JT. Relationship between health literacy, outcome expectations, efficacy expectations and medication adherence. Value in Health, 2009; 12(3):155.
80. Pan FC, Su CL, Chen CH. Development of a health literacy scale for Chinese speaking adults in Taiwan world academy of science. Engineering and Technology, 2010; 61:1151-57.
81. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. Int J Public Health. 2011;56(2):201-7.
82. Üçpunar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılama Çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2014.

83. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*. 2016; 120(9):1087-94
84. Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decision-making process of health care utilization in Mexico. *Health Policy*. 2005;72(1):81-91
85. Kirsch IS, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A. 1993. *Adult Literacy in America: A First Look at the Results of the National Adult Literacy Survey (NALS)*. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education
86. Arpacı F. Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2009; 2(1):61-72.
87. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerine Bir Araştırma, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 2018.
88. Williams MV, Baker DW, Parker RM and Nurss JR. Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 1998; 158(2): 166-172.

8. EKLER

EK-1 SOSYO-DEMOGRAFİK SORU FORMU

Sayın katılımcı, aşağıda bakım verdiğiniz hasta ile sizi tanımak ve sağlık okuryazarlığı düzeyinizi ölçmek amacıyla bazı sorular sorulmuştur. Sizden gelecek cevapların yönlendirmesiyle sağlık okuryazarlığı düzeyiniz belirlenecek, sosyo-demografik özellikleriniz ve başvuru sayınız ile arasında bir bağlantı kurulmaya çalışılacaktır. Çalışmamızın sonunda evde sağlık hizmetleri birimine başvuran hastaların bakım verenlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ne seviyededir, başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki nasıl etkilenmektedir gibi soruların cevaplanması planlanmaktadır. Bu anket tamamen bilimsel amaçlarla planlanmış olup verdiğiniz bilgiler bilimsel amaçların dışında kullanılmayacaktır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederiz.

Ast.Dr.Sezin ÖZGÜR, Uzm.Dr.Özge TUNCER

ANKET KATILIMCISI ONAY FORMU

SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine başvuran hastaların bakım verenlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile başvuru sayısının karşılaştırılması konulu çalışma hakkında bilgilendirilerek katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katıldığım taktirde bana ait bilgilerin araştırma sırasında ve veriler toplandıktan sonra bilimsel amaçla kullanılacağına, kişisel bilgilerimin gizliliğinin korunacağına ve özenle yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırmada bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve finansal sorumluluk almıyorum. Yapılan tüm açıklamaları anladım. Kendi isteğim ile ankete katılımcı olmayı kabul ediyorum.

İMZA

Anket No:

SOSYO DEMOGRAFİK SORU FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Kadın() Erkek()

3.Eğitim Durumunuz:

0()Okuryazar değilim 1()İlkokul mezunu 2()Ortaokul mezunu 3()Lise mezunu
4()Üniversite mezunu 5()Yüksek lisans mezunu 6()Doktora mezunu

4.Medeni Durumunuz: 1()Evliyim 2()Bekarım 3()Boşandım 4()Dulum

5.Çocuğunuz var mı? 1()Var 2()Yok

Cevabınız 'Var' ise kaç çocuğunuz var?

6.Mesleğiniz: 1()Ev hanımı 2()İşçi 3()Memur
4()Akademisyen 5()Emekli 6()Diğer

7.Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1()Yüksek (gelir giderden oldukça fazla) 2()İyi (gelir giderden fazla)
3()Orta (gelir gidere eşit) 4()Kötü (gelir giderden az)

8.Sosyal güvenceniz:

1()SSK 2()Bağkur/Emekli Sandığı 3()Yeşil Kart 4()Sosyal güvence yok
5()Diğer

9.Mevcut herhangi bir hastalığınız var mı? 1()Var 2()Yok

Cevabınız 'Var' ise hangi hastalığa/hastalıklara sahipsiniz?

1()Diyabet (kan şekerinin yüksekliği)
2()Hipertansiyon (tansiyon yüksekliği)
3()Kolesterol (kandaki yağların yüksekliği)
4() Osteoporoz (kemik erimesi)
5()Diğer.....

10.Bakım verdiğiniz hastanıza yakınlık dereceniz:

1()Eşiyim 2()Oğluyum/Kızıyım 3()Annesiyim/Babasıyım 4()Kardeşiyim
5()Torunuyum/Yeğeniyim 6()Bakıcısıyım 7()Komşusuyum 8()Diğer

11.Bakım verdiğiniz hastanın adı-soyadı:

12.Bakım verdiğiniz hastanın yaşı:

13.Bakım verdiğiniz hastanın hastalığı/hastalıkları:

.....

14.Bakım verdiğiniz hastanın dekübitüs ülseri (bası yarası) var mı? 1()Var 2()Yok

15.Bakım verdiğiniz hastanın yatağa bağımlılık durumu:

1()Yatağa bağımlı 2()Yatağa bağımlı değil

16.Bakım verdiğiniz hastanın beslenme durumu:

- 1()Normal ev yemeği yiyebiliyor
2()Yalnızca orba/püre kıvamındaki yiyecekleri yiyebiliyor
3()Yalnızca mama yiyebiliyor
4()Hastanın yutma fonksiyonu yok; burundan besleniyor
5() Hastanın yutma fonksiyonu yok; mide tüpünden besleniyor
6()Diğer:

17.Bakım verdiğiniz hastayı son 1 yılda kaç kez acil servise götürdünüz?

18. Bakım verdiğiniz hasta için son 1 yılda evde bakım hizmetlerine kaç kez başvuru yaptınız?

19.Sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanıyor musunuz? 1()Evet 2()Hayır

Cevabınız ‘Evet’ ise ne derecede zorluk yaşıyorsunuz?

- 1()Hiç zorluk çekmiyorum
2()Az zorluk çekiyorum
3()Orta derece zorluk çekiyorum
4()ok zorluk çekiyorum

20.Evde sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?

- 1()Memnunum 2()Memnun değilim

EK-2 YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (YSOÖ)

Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgiler gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederim.

Ast.Dr.Sezin ÖZGÜR

1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir?

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6) Bilmiyorum

2. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6) Bilmiyorum

3. Düzenli olarak tartılır mısınız?

- 1.Evet; tartılırım 2.Hayır; tartılmam

4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?

- 1.Evet biliyorum 2.Hayır bilmiyorum

5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısısı kaç derece olmalıdır?

- 1) 36 C⁰ üstü 2) 36.5 C⁰ üstü 3)37 C⁰ 4)37.5 C⁰ üstü 5)Bilmiyorum

6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir?

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Ilık duş almak/aldırmak
- 2)Soğuk suya tutmak
- 3)Başına sirkeli bez koymak
- 4)Acile başvurmak
- 5)Terletmek için üzerini örtmek
- 6)Kıyafetlerini çıkarmak
- 7)Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk uygulama yapmak
- 8)Bilmiyorum

7. Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir?

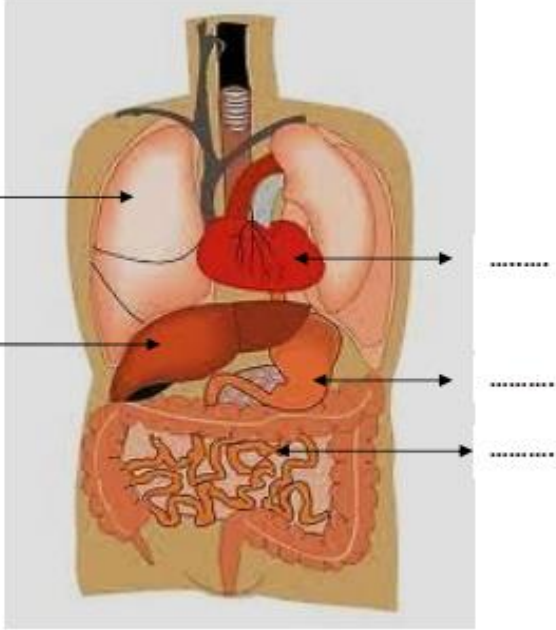
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Eşin korunması (geri çekme)
- 2)Kondom (prezervatif)
- 3)RİA (spiral)
- 4)Doğum kontrol hapları
- 5)Bilmiyorum

8. Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?

.....

9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?	
10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız? 1)Yemekten hemen önce 2)Yemekten 1 saat önce 3)Yemekle beraber 4)Bilmiyorum	
11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
12. Tualete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil Servis 6)Bilmiyorum	
13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. (Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır) Kendi Kendine Meme Muayenesi () a.50 yaş üstü bireyler için her yıl Mamografi Tarama Testi () b.18 yaşından itibaren her ay Pap Smear Testi () c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir Bağırsak Kanseri Taraması () d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir	
Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. (Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır) Kendi Kendine Testis Muayenesi() a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay Prostat Kanseri Testi () b.50 yaş üstü bireyler için her yıl Bağırsak Kanseri Taraması () c.50 yaş üstü erkekler için her yıl	
14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. Dahiliye () a. İdrar Yolu Hastalıkları Radyoloji () b. Ruh Sağlığı Psikiyatri () c. Görüntüleme Teknikleri Kardiyoloji () d. Kalp Damar Hastalıkları Üroloji () e. İç Hastalıkları	
15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz? 1)Evet; biliyorum 2)Hayır; bilmiyorum	
16. Sağlık kurumuna başvurduğunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız? 1)Evet; zorlanırım 2)Hayır; zorlanmam	
17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz? 1)Evet; biliyorum 2)Hayır; bilmiyorum	

18. Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşarmısınız? 1)Evet; zorluk yaşarım 2)Hayır; zorluk yaşamam
19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz? 1)Evet; sorabilirim 2)Hayır; soramam
20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz? 1)Evet; takip ederim 2)Hayır; takip etmem
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi vs okur musunuz? 1)Evet; okurum 2)Hayır; okumam
22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız? 1)Evet; zorlanırım 2)Hayır; zorlanmam
23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.


EK-3 ETİK ONAY

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde Sağlık Birimine Başvuran Hastaların Bakım Verenlerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Başvuru Sayısının Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Bahar Mh. Saim Çıkrıkçı Cad. No:59 Bozyaka/İZMİR
	TELEFON	0232 250 50 50 – 1368
	FAKS	0232 261 44 44
	E-POSTA	etikkurulbozyaka@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Başasistan Uzm. Dr. Özge TUNCER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	Yok			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alırlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİL CİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözetimsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diger ise belirtiniz	Tanımlayıcı Anket Çalışması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	08.05.2019	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.03.2019	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	BLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:02	Tarih: 08.05.2019					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yöntemi ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.							

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Mehmet Yıldırım	Genel Cerrahi	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Enver Vardar	Patoloji	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Taciser Kaya	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Taşkın Altay	Ortopedi	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Ferda Ulviye Hoşgörler	Fizyoloji	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selma Tosun	Hukukçu	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Müeyesser Keskiner	Eczacı	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Abdullah Murat Mete	Sivil Kütüphane Müdürü	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Arif Yüksel	Dahiliye	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İsmail Yılmaz	Farmakoloji	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sezin Özgür

Doğum yeri ve tarihi:04.01.1991/Seyhan

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: szn_dzvy@hotmail.com

Bölümü: Aile Hekimliği

Yabancı dili: İngilizce

Eğitimi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi-
Aile Hekimliği ABD / 2016-2019

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi / 2009-2015

Adana Anadolu Lisesi / 2006-2009

Mesleki Deneyimi

Adana İmamoğlu İlçe Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim 2015

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi-
Aile Hekimliği ABD / 2016-2019

Eğitim programı haricinde katıldığı kurslar

14. Ege Diyabet günleri Kursu 12.11.2016

Rahim İçi Araç Uygulama Kursu 21.11.2016-30.11.2016

2. Bozyaka Mide Kanseri Cerrahisinde Güncel Durum Sempozyumu
09.12.2016

4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi 07.02.19-09.02.19
Erişkin Aşı Sempozyumu IV 26.04.2019