



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı

SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞI: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ ÖRNEĞİ

Leila HASHEMPOUR

Doktora Tezi

Ankara, 2018

SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞI: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ ÖRNEĞİ

Leila HASHEMPOUR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2018

KABUL VE ONAY

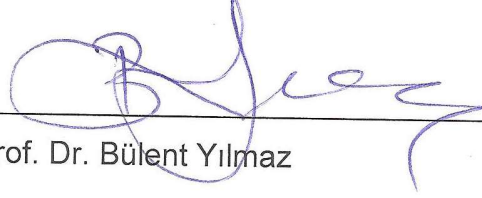
Leila Hashempour tarafından hazırlanan “Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği” başlıklı bu çalışma, 27.12.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.



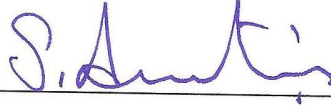
Prof. Dr. Nazan Uçak (Başkan)



Prof. Dr. H. İnci Önal (Danışman)



Prof. Dr. Bülent Yılmaz



Prof. Dr. Sacit Arslantekin



Doç. Dr. Gülten Alır

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğu onaylanmıştır.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

■ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

☐ Tezimin/Raporumun bir yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunsa uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

27.12.2017

Leila Hashempour

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını ve herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

● **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

○ **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

○ **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin aşınmasını onaylıyorum.**

○ **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

27.12.2017



Leila HASHEMPOUR

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. H. İnci Önal danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazma Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

27.12.2017



Leila HASHEMPOUR

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanması ve tamamlanması uzun, dikkatli, önemli ve beni mutlu eden birçok çalışmaları gerçekleştirmeyi gerektirdi. İlgili süreçte beni destekleyen çok kişi olmakla birlikte öncelikle tez danışmanım Prof. Dr. H. İnci ÖNAL'ın katkıları başta geliyor. Doktora tezimin gerçekleşmesi sırasında danışmanlığımı üstlenen bilgi birikimi, özeni, sabrı, tecrübesi ve hoşgörüsü ile bana yol gösteren, desteklerini ve yardımlarını sürekli olarak esirgemeyen Prof. Dr. H. İnci ÖNAL'a gönülden teşekkür ederim. Tez izleme komitesinde yer alarak değerli önerileriyle birlikte eleştirilerini yönelten Prof. Dr. Nazan ÖZENÇ UÇAK'a ve Doç. Dr. Gülten ALIR'a, tez savunma sınavımda yer almayı kabul ederek olumlu görüşlerini yönelten Prof. Dr. Bülent YILMAZ ve Prof. Dr. Sacit ARSLANTEKİN'e teşekkür ederim.

Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu'na (TÜBİTAK) 2215-Uluslararası Öğrenciler İçin Lisansüstü Burs Programı kapsamında 2015-2016 eğitim yılı desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürler ederim. Araştırmamın yapılanmasında ve verilerin toplanmasında yardımlarını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji Bölümü başkanına, öğretim üyelerine, uzman doktorlarına ve hemşirelerine teşekkürü borç bilirim. Ayrıca araştırmaya katımayı kabul eden diyabet hastalarının tamamına teşekkür ederken onlara sağlık dolu günler diliyorum.

Varlıkları her zaman desteğim olan, hayatımın her anında sonsuz sevgileriyle yanımda hissettiğim annem Golnesa ve babam Behboud Hashempour'a, Türkiye'de doktora eğitimimin başlamasını sağlayan ve yol gösteren ağabeyim Behrouz'a ve kardeşim Hamid Hashempour'a teşekkür ederim. En başından beri desteğini eksik etmeyen, beni yüreklendiren ve her zaman anlayışlı olan sevgili eşim Abbas K. Pirsoltan'a teşekkür ederken ona "Hayatıma iyi ki seninle devam ediyorum" diyorum.

ÖZET

HASHEMPOUR, Leila. Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği, Doktora Tezi, Ankara, 2018.

Günümüzde sağlık okuryazarlığı ve diyabet hastalığına özgü diyabet okuryazarlığı ilgili hizmetlere ve kararlara yönelik temel bilgilere erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneklerine sahip olma anlamına gelmektedir. Bu alanda, yeterli sağlık ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri kişiler için bireysel ve toplumsal sorunların çözümünde ve önlenmesinde yardımcı olacaktır.

Dünya genelinde bu konuda çok sayıda araştırmaya rastlarken Türkiye’de bu tür çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışmada diyabet hastalarının demografik özellikleri, sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri, sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat ettikleri özellikler, sağlık ile ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar saptanmıştır. Ayrıca, hastaların diyabetle ilgili tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim gereksinimleri, diyabet okuryazarlığı düzeyleri, bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumları, sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişkiler ortaya çıkarılmıştır.

Araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji bölümüne kayıt yaptıran bir sene ve üzeri tedavi görmekte olan 40 yaş ve üzeri toplam 105 tip 2 diyabet hastası katılmıştır. Bu çalışmada betimleme yöntemi kullanılmış, veri toplama tekniği olarak anketten yararlanılmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların sağlık ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri yeterli ve mükemmel olarak görünmektedir. Araştırmaya katılan diyabet hastaları arasında sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihi açısından ilk sırada “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)”, ikinci sırada “görsel-işitsel bilgi kaynakları” ve üçüncü sırada “internet-web ortamı” yer almaktadır.

Diyabet hastaları için sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat edilen özellikler arasında ilk sırada bilginin “erişilebilir olması”, ikinci sırada bilginin “güncelliği”, üçüncü sırada ise bilginin “doğruluğu” önemlidir.

Araştırmaya katılanların bilgiye erişimde karşılaştıkları en önemli üç sorun “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” ve “bilgi sunan kaynaklar hakkındaki bilgisizlik” olarak saptanmıştır.

Diyabete dayalı tıbbi bilgiye erişim konusunda diyabet hastalarının büyük bir çoğunluğunun sürekli eğitim ihtiyacının varlığı ortaya çıkarılmıştır.

Ayrıca katılımcıların sağlık veya hastalık ile ilgili “yüz yüze olan hizmetleri” ve “gereksinim anında birebir eğitim hizmetlerini” tercih ettikleri saptanmıştır. Araştırmamızda bu gereksinimi anında karşılayacak “sağlık ve diyabet okuryazarlığına yönelik model” önerilmiştir. Model kapsamında “Diyabetle Yaşam” portalı geliştirilmiştir. Bu portal içinde ana sayfa, konular, bilgilendirme ve duyuru, videolar, hakkımızda ve iletişim bölümleri yer almaktadır. Geliştirdiğimiz portalın sağlık ve diyabet okuryazarlığı çerçevesinde aktif bilgi hizmetleri vermesi hedeflenmektedir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık okuryazarlığı, Diyabet okuryazarlığı, Türkiye’de diyabet, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık bilgileri portalı.

ABSTRACT

HASHEMPOUR, Leila. Health and Diabetes Literacy: The Case of Hacettepe University Hospitals, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2018.

Health literacy and diabetes literacy which is related to diabetes mellitus mean the ability to have access, understand, evaluate and use basic information related to services and decisions. Adequate levels of health and diabetes literacy will help people in the resolution and prevention of individual and social problems.

While there are several researches in this respect in the world, it is seen that such researches are inadequate in Turkey. In this study, demographic characteristics of diabetic patients, levels of health literacy, health information source preferences, features related to health information, problems with access to health information, educational needs for access to medical information about diabetes, diabetes literacy levels, attitudes, and the relationship between health literacy and diabetes literacy were determined.

A total of 105 type 2 diabetics aged 40 years and over who are being treated for one year and over in Hacettepe University Adult Hospital Department of Endocrinology have participated in the research. The descriptive method was used in this study and the printed questionnaire was used as the data collection technique.

As a result of the study participants' health and diabetes literacy levels seem to be adequate and excellent. Among the participants, "Specialists (doctors, pharmacists, nurses, etc.)", "audiovisual information sources" and "internet-web" are in the order of preference for the health information source.

The most preferred health information sources' features among participants are accessibility, up-to-dateness and correctness.

The three most important problems faced by research participants in access to information are "inadequate skill in order to use electronic media", "Difficulty in selecting the right information" and "inadequate information about the sources".

A large majority of diabetic patients are in need of training in diabetic medical information access.

It was also determined that participants preferred "face to face services" and "one-on-one training services". A "model for health and diabetes literacy" was proposed in our research. After describing the model, the "Diyabetle Yaşam" portal was developed. Main sections of the portal are home page, topics, information and announcements, videos, about us and contact us. The portal we developed aim to provide active information services within the framework of health and diabetes literacy.

Key Words

Health literacy, Diabetes literacy, Diabetes in Turkey, Hacettepe University, Health information portal.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLolar DİZİNİ	xvi
KISATMALAR DİZİNİ.....	xviii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xix
1. BÖLÜM: GİRİŞ.....	1
1.1. KONUNUN ÖNEMİ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI VE AMAÇLARI.....	5
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	6
1.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI.....	7
1.5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA TEKNİKLERİ.....	7
1.6. ARAŞTIRMANIN DÜZENİ.....	11
1.7. KAYNAKLAR.....	12
2. BÖLÜM: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	13
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TANIMI.....	13
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLEŞENLERİ.....	17
2.2.1. Yazılı Sağlık Okuryazarlığı.....	17

2.2.2. Sözlü Sağlık Okuryazarlığı.....	17
2.2.3. Sayısal Sağlık Okuryazarlığı	18
2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMSAL MODELLERİ.....	18
2.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEKLERİ.....	23
2.4.1. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı	
Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA).....	23
2.4.2. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini	
(Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine, REALM).....	24
2.4.3. En Yeni Hayati İşaret (Newest Vital Sign, NVS).....	25
2.4.4. Geniş Kapsamlı Başarı Testi (Wide Range Achievement	
Test, WRAT).....	25
2.4.5. Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması	
(Single Item Literacy Screen, SILS).....	26
2.4.6. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	
(E-Health Literacy Scale)	26
2.4.7. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması Kavramsal Modeli	
(Conceptual Model of European Health Literacy Survey).....	27
2.4.8. Diyabet Sayısal Testi (Diabetes Numeracy Test, DNT).....	29
2.4.9. Diyabet Bilgi Testi (Diabetes Knowledge Test, DKT).....	30
2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	30
2.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ.....	34
3. BÖLÜM: DİYABET OKURYAZARLIĞI.....	36
3.1. KRONİK HASTALIKLAR VE OKURYAZARLIK.....	36
3.2. DİYABET.....	36
3.3. DİYABET OKURYAZARLIĞI.....	37

3.3.1. Diyabette Öz-Etkililik.....	38
3.3.2. Diyabette Öz-Bakım.....	39
3.3.3. Diyabette Sağlık Okuryazarlığı.....	40
3.3.4. Diyabette Öz-Etkililik, Öz-Bakım ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkiler	43
3.4. DİYABETTE SAYISAL BECERİLER.....	45
3.5. SAĞLIK BİLGİLERİ.....	45
3.5.1. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynakları.....	47
3.5.1.1. Basılı Kaynaklar.....	49
3.5.1.2. İnternet	49
3.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE BAĞLANTISI.....	50
4. BÖLÜM: SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞININ TÜRKİYE UYGULAMALARI.....	54
4.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ UYGULAMASI.....	54
4.1.1. Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) Bölgesi'nde Halka Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Projesi.....	55
4.1.2. Romanların Yoğun Olarak Yaşadığı Yerlerde Sosyal İçermenin Desteklenmesi Operasyonu - SİROMA Projesi Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi.....	56
4.1.3. Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Eğitici Eğitimi.....	57
4.2. TÜRKİYE'DE DİYABET OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK UYGULAMALAR.....	58
4.2.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji Bölümü Diyabet Eğitimi.....	61
5. BÖLÜM: BULGULAR VE DEĞERLENDİRME.....	64

5.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	64
5.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	67
5.2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Demografik Özellikler.....	71
5.3. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ KAYNAĞI TERCİHLERİ.....	73
5.3.1. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı Tercihleri ve Demografik Özellikler Arasındaki İlişkiler.....	75
5.3.2. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı Tercihleri ve Sağlık Okuryazarlığı.....	78
5.3.3. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı Tercihleri ve Diyabet Okuryazarlığı.....	79
5.4. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİLERİ ARARKEN DİKKAT EDİLEN ÖZELLİKLER.....	81
5.4.1. Sağlıkla İlgili Bilgileri Ararken Dikkate Edilen Özelliklerle Demografik Özellikler Arasındaki İlişkiler.....	81
5.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sağlıkla İlgili Bilgileri Ararken Dikkat Edilen Özellikler.....	85
5.4.3. Diyabet Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sağlıkla İlgili Bilgileri Ararken Dikkat Edilen Özellikler.....	86
5.5. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİYE ERİŞİMDE KARŞILAŞAN SORUNLAR.....	88
5.5.1. Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Karşılaşan Sorunların Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	90
5.5.2. Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Karşılaşan Sorunların Sağlık Okuryazarlığıyla İlişkisi.....	96
5.5.3. Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Karşılaşan Sorunların Diyabet Okuryazarlığıyla İlişkisi.....	98

5.6. DİYABETLE İLGİLİ TIBBİ BİLGİYE ERİŞİM KONUSUNDA EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ.....	100
5.7. DİYABET OKURYAZARLIĞI.....	100
5.7.1. Diyabet İle İlgili Bilgiler.....	100
5.7.2. Diyabet İle İlgili Sayısal Bilgiler.....	101
5.7.3. Diyabet Okuryazarlığı ve Demografik Özellikler.....	104
5.8. BİLGİ SAĞLAYAN ORTAMLARA YÖNELİK TUTUMLAR.....	106
5.9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE DİYABET OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	108
6. BÖLÜM: SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ.....	110
6.1. DİYABET HASTALARINA YÖNELİK SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞI MODEL ÖNERİSİ.....	110
6.1.1. Demografik Özellikler.....	112
6.1.2. Sağlıkla İlgili Tercih Edilen Bilgi Kaynakları.....	112
6.1.3. Sağlık Bilgilerini Ararken Dikkat Edilen Özellikler	113
6.1.4. Bilgi Sağlayan Ortamlar	113
6.1.5. Sorunlar.....	114
6.1.6. Eğitim.....	114
6.1.7. Sağlık Sonuçları	114
6.2. WEB SİTELERİNİN KALİTE DEĞERLENDİRME BOYUTLARI VE GÖSTERGELERİ.....	115
6.3. DİYABET HASTALARINA YÖNELİK SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞI İÇİN EĞİTİM AMAÇLI PORTAL TANITIMI.....	116
6.3.1. Ana Sayfa.....	118
6.3.2. Konular.....	119

6.3.3. Bilgilendirme ve Duyuru.....	120
6.3.4. Videolar.....	123
6.3.5. Hakkımızda.....	124
6.3.6. İletişim.....	125

**6.4. SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK MODEL
ÖNERİSİ KAPSAMINDA GELİŞTİRİLEN DİYABETLE YAŞAM
PORTALININ GELİŞİMİ VE GELECEĞİ.....126**

7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	127
KAYNAKÇA.....	136
EK 1: ANKET.....	157
EK 2: ETİK KURUL İZNİ.....	165
EK 3: ORJİNALLİK RAPORU.....	166

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Anket bölümleri ve soru numaraları.....	10
Tablo 2: Sağlık okuryazarlığı tanımları.....	16
Tablo 3: Sağlık okuryazarlığı kavramsal modelleri.....	22
Tablo 4: Sağlık okuryazarlığı matrisi.....	29
Tablo 5: Türkiye kapsamında diyabet hastalığına yönelik veriler.....	59
Tablo 6: Diyabet ile ilgili vakıf ve dernekler.....	61
Tablo 7: Hastaların demografik özellikleri.....	66
Tablo 8: Sağlık okuryazarlığı cevaplarına ait yüzde dağılımı.....	68
Tablo 9: Sağlık okuryazarlığı puanlarına ait yüzde dağılımı.....	69
Tablo 10: Sağlık okuryazarlığı ortalama puanı ve yüzdesi.....	70
Tablo 11: Sağlık okuryazarlığı ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler.....	73
Tablo 12: Tercih edilen bilgi kaynakları.....	74
Tablo 13: Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler.....	77
Tablo 14: Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki	78
Tablo 15: Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişki.....	80
Tablo 16: Sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler.....	81
Tablo 17: Sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler	84
Tablo 18: Sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler	85
Tablo 19: Diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler.....	87

Tablo 20: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar	89
Tablo 21: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler	94
Tablo 22: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların sağlık okuryazarlığıyla ilişkisi.....	97
Tablo 23: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların diyabet okuryazarlığıyla ilişkisi.....	99
Tablo 24: Diyabet hastalığı ile ilgili bilgiyi ölçen sorular ve verilen yanıtlar....	101
Tablo 25: Diyabet hastalığı ile ilgili sayısal bilgiyi ölçen sorular ve verilen yanıtlar.....	102
Tablo 26: Diyabet okuryazarlığı puanlarının yüzde dağılımı.....	103
Tablo 27: Diyabet okuryazarlığı ortalama puanı ve yüzdesi.....	104
Tablo 28: Diyabet okuryazarlığı ve demografik özellik arasındaki ilişkiler.....	106
Tablo 29: Hastaların hizmet tercihleri.....	107
Tablo 30: Sağlık ya da hastalık ile ilgili bilgi sağlayan ortamların yapacağı bilgilendirmeler ve eğitim tercihleri.....	107
Tablo 31: Bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumlar.....	108

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ADA	American Diabetes Association
AMA	American Medical Association
DKT	Diabetes Knowledge Test
DNT	Diabetes Numeracy Test
GAP	Güneydoğu Anadolu Projesi
HLS-EU	Health Literacy Survey-European
IDF	International Diabetes Federation
MDRC	Michigan Diabetes Research Training Center
NVS	Newest Vital Sign
REALM	Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine
REALM-R	Revised Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine
S-TOFHLA	Short Test of Functional Health Literacy in Adults
SILS	Single Item Literacy Screen
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WRAT	Wide Range Achievement Test
WRAT-R	Wide Range Achievement Test-Revised
WHO	World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Avrupa sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli.....	28
Şekil 2: Türkiye genel sağlık okuryazarlığı indeksi kategorileri.....	32
Şekil 3: Okuryazarlık bileşenleri.....	33
Şekil 4: Sağlık okuryazarlığının etkilediği alanlar.....	34
Şekil 5: Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına yönelik kavramsal modeli..	42
Şekil 6: Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki.....	79
Şekil 7: Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişki.....	80
Şekil 8: Sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler.....	86
Şekil 9: Diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler.....	87
Şekil 10: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların sağlık okuryazarlığıyla ilişkisi.....	97
Şekil 11: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların diyabet okuryazarlığıyla ilişkisi.....	99
Şekil 12: Sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişki.....	109
Şekil 13: Sağlık ve diyabet okuryazarlığına yönelik model.....	111
Şekil 14: Web sitelerinin kalite boyutları ve göstergeleri.....	115
Şekil 15: Diyabet hastalarına yönelik sağlık ve diyabet okuryazarlığı portalı yapılıncası: Diyabetle Yaşam Portalı.....	117
Şekil 16: Ana Sayfa.....	118
Şekil 17: Konular.....	119
Şekil 18: Konular.....	120

Şekil 19: Haberler ve Duyurular.....	121
Şekil 20: Kaynaklar.....	122
Şekil 21: Önemli Bağlantılar.....	123
Şekil 22: Videolar.....	124
Şekil 23: Hakkımızda.....	125
Şekil 24: İletişim.....	126



1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. KONUNUN ÖNEMİ

Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık kavramı ile yakından ilgilidir. Bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürülmeleri için sahip olmaları gereken bilgilere ve yeteneklere odaklanmakla kalmaz okuma, yazma ve sayısal becerilere sahip olmaları anlamına gelmektedir (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO, 2003).

Sağlık okuryazarlığı tanımı ilk olarak 1974 yılında “Sağlık Eğitimi Konferansı” sırasında ortaya çıkmıştır (Ratzan, 2001, s. 210). Ancak yaklaşık 25 sene sonra araştırmacılar tarafından bu tanım üzerinde tekrar çalışmalar yapılmaya başlanmış ve zamanla geliştirilmiştir (Mancuso, 2009, s. 77).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerini analiz etmekle kalmayıp, sağlığın yaşamsal, politik ve ekonomik boyutlarını anlamak için geliştirilmiş bilişsel ve sosyal becerileri kapsamaktadır (Kickbusch ve Ratzan, 2001). Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık ile ilgili etkin ve uygun kararlara yönelebilmesi için sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve uygulama kabiliyetidir (Health Literacy Survey-European, HLS-EU Consortium, 2012, s. 7). Ayrıca, bireyin sağlık sistemleri ve sağlık hizmetleri arasında bağlantılar kurabilmesini de ifade etmektedir.

Karmaşık bir kavram olarak bilinen sağlık okuryazarlığı birçok faktöre bağlıdır; bu faktörler arasında “bireyin iletişim kurma becerisi”, “toplum tarafından bireylere dayatılan kurallar” ve “sağlık sisteminin yapısı” yer almaktadır (Baker, 2006, s. 878). Amerikan Tıp Derneği Bilimsel İşler Konseyi (Council on Scientific Affairs American Medical Association) tarafından yürütülen araştırmaya göre, sağlık okuryazarlığı yetersiz bulunan hastalar, hastalıklarını etkileyecek düzeyde iletişim kurma sorunları yaşamaktadırlar (American Medical Association, AMA,

1999, s. 555). İletişim sorunlarının yanı sıra düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık sistemlerini de etkilemektedir.

Williams ve diğerlerine (1995, s. 1679) göre, sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek olan hastaların hastaneye yatış oranı %15 iken, sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük olan hastaların hastaneye yatış oranı %30'dur. Ayrıca, sağlık okuryazarı olmayan bireyler büyük ölçüde ülkelerin sağlık harcamalarını artırmaktadırlar (s. 1679). Weiss'in (2003, s. 5) tahminlerine göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük okuryazarlık becerileri yıllık 50-73 milyar dolara mal olmaktadır. Benzer şekilde, Howard, Gazmararian ve Parker (2005, s. 376) çalışmalarında, düşük sağlık okuryazarlığının sağlık durumlarında düşüşe ve sağlık hizmeti ile ilgili harcamalarında artışa neden olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler yoğun sağlık sorunlarıyla karşılaşmakla kalmayıp, koruyucu hizmetlerden de çok az yararlanmak suretiyle sağlık bilgilerini geliştirmekte büyük güçlükler yaşamaktadırlar. Sağlık okuryazarlığı becerileri bireylerin sağlık hizmetlerinden akıllıca yararlanmalarını ve yaşam kalitelerini arttırmalarını doğrudan etkilemektedir.

Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014, ss. 25-26) sınırlı, yetersiz veya düşük sağlık okuryazarlığının birey, toplum ve sağlık sistemi üzerindeki birçok olumsuz etkiyi şöyle belirtmişlerdir:

- Daha sağlıksız yaşam;
- Kronik veya bulaşıcı olmayan hastalıklarla (yüksek tansiyon, diyabet vb.) ilgili bilgi eksikliği nedeniyle bu hastalıklar kapsamında verilen eğitimleri anlamada güçlük;
- Koruyucu sağlık hizmetleriyle hakkında bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanma sırasında sorunların ortaya çıkması;
- Acil servis kullanımı ve hastaneye yatışta artma;
- Verilen tedaviye uymada karşılaşılan güçlükler ve zorluklar;
- İlaç uygulama hatalarının sıklığı;
- Sağlık harcamalarında artma;
- Ölüm oranında yükselme eğilimi.

Kronik hastalıklarda durumu izlemek, olumsuz sağlık sonuçlarını önlemek ve öz-bakım becerilerini kazandırmak hastanın sağlık okuryazarlığı ile yakından ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı kapsamında, bireyler sağlık konusunda doğru karar vermeyi sağlayacak temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve uygulama becerileri kazanmalıdır (Parker, Ratzan ve Lurie, 2003). Yüksek sağlık okuryazarı olan bireyler, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olanlara göre hastalıkların önlenmesinde ve yönetiminde daha çok başarılı olmaktadır (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, ss. 83-87).

Dünyaya paralel olarak Türkiye’de kronik hastalıklar ölüm nedenleri ve hastalık yükü açısından ilk sıradadır. Türkiye’de ölüm nedenleri istatistiklerine göre, 2013 yılında ölümler %40,4 oranında dolaşım sistemi iskemik kalp, serebro-vasküler vb. hastalıklarından kaynaklanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK, 2013). Kalp hastalıklarının dışında kalan diğer kronik hastalıkların %75’i tüm ölüm nedenlerini oluşturmaktadır (Ünal ve diğerleri, 2013, s. 3).

Yapılan araştırmalar dünyada olduğu gibi Türkiye’de de diyabet hastalığı sıklığının giderek arttığını göstermektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation, IDF) istatistiklerine göre, 2015 yılında dünyada 415 milyon diyabet hastası var iken, tahminlere göre 2040 yılında bu sayı 642 milyona kadar yükselecektir. 2015 yılında dünyada 5 milyon kişinin ölüm nedeni diyabet hastalığından kaynaklanmaktadır (IDF, 2015, s.50). IDF Diyabet Atlasına göre, 2015 yılında Türkiye’nin yetişkin (20-79 yaş) nüfusunda diyabet yaygınlığı %12,5 oranındadır. Türkiye’de 2015 yılında 52,094 kişi diyabet hastalığı nedeni ile hayatını kaybetmiştir (IDF, 2015, ss.118-119).

Literatürde düşük sağlık okuryazarlığının, kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin yaşadıkları engelleri aşmak için yetersiz oldukları gerçeği gözler önüne serilmiştir (Knight, 2011). Bu yüzden, sağlık bilgi materyalleri ve kaynakları daha dikkatle seçilmelidir. Artık hastalığa yakalanmakta temel sorumlu sadece hasta değil, bununla birlikte sağlık bilgileri sağlayıcıları, sağlık kuruluşları, dernekler ve sağlık bakım sistemleri de sorumluluk taşımaktadır düşüncesi ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda toplum sağlığı konuları büyük ilgi ile karşılanmaktadır. Sağlık

okuryazarlığının geliştirilmesi konusunda bireysel çabalar yeterli değildir. Hastaya düşen görevler kadar gerek ulusal, gerekse uluslararası düzeyde sağlık hizmetleri sunan çeşitli düzeyde kurum, kuruluş ve örgütlerin bireylerin sağlık okuryazarlıklarını geliştirme konusunda önemli görevler yüklenmesi gerekmektedir.

Sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşmak, sağlık politikalarının temel amacı olarak görülmektedir (Durusu-Tanrıverdi ve diğerleri, 2014, s. 26). Sağlıklı topluma ulaşmak için tüm sağlık alanları ister hastalıklarla, isterse de hastalar ile ilgili olsun, sağlık araştırmalarının düzenlenmesine ve geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Mevcut bilgi ve deneyimlerin yanı sıra gelecekte elde edilen bilgiler ve sonuçlar sayesinde bireyden başlayarak topluma yönelik girişimlerle hastalıkların ve ölümlerin büyük oranda azalması mümkün olacaktır (Durusu-Tanrıverdi ve diğerleri, 2014, s. 14).

Türkiye’de Bilgi ve Belge Yönetimi alanında okuryazarlıklar, özellikle bilgi okuryazarlığı alanında (Kurbanoğlu 2013; Kurbanoğlu 2012; Kurbanoğlu 2010; Polat, 2005; Gürdal, 2000) araştırmalar ve çalışmalar yapılmaktadır. Bilgi ve Belge Yönetimi alanında sağlık okuryazarlığı konusunda Önal (2014) tarafından yapılan araştırma bulunmaktadır. Önal (2014, s. 2) sağlık okuryazarlığı ile ilgili gerekli bilgileri verdikten sonra Türkiye genelinde sağlık okuryazarlığı çalışmalarının 2000 yılından itibaren yapıldığını belirtmektedir. Adı geçen araştırmada, 2014 yılına kadar Türkiye’de yapılan 25 araştırma gruplandırılmıştır ve tanıtılmıştır (Önal, 2014, s. 4-8). Bu araştırmada, Türkiye’de sağlık okuryazarlığı alanında kütüphanelere düşen görev ve sorumluluklar da tartışılmıştır (Önal, 2014, s. 9).

Günümüze kadar, Türkiye’de diyabet hastalarına yönelik sağlık okuryazarlığı çalışmalarının yapılmaması bilimsel literatürde bir boşluk yaratmaktadır. Bundan yola çıkarak çalışmamız, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji bölümüne kayıtlı olup tedavi görmekte olan tip 2 diyabet hastalarının demografik özellikleri, sağlık okuryazarlıkları, diyabet okuryazarlığı ile ilgili sayısal becerileri ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, diyabet hastalarının sağlığa yönelik

kullanılan bilgi kaynaklarının biçimi, sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat edilen özellikler, bilgi erişim konusunda karşılaşılan sorunların ne olduğu, diyabete dayalı tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim gereksinimleri, bilgi sağlayan ortamlara yönelik hastaların tutumlarını ve düşüncelerini değerlendiren çalışmalara duyulan gereksinim araştırmamızın temel dayanağını oluşturmuştur.

1.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI VE AMAÇLARI

Araştırmamızda yanıt aranan sorular şunlardır:

1. Diyabet hastalarının mevcut sağlık okuryazarlığı durumu nedir?
2. Diyabet hastalarının mevcut diyabet okuryazarlığı durumu nedir?
3. Diyabet hastalarının bilgi kaynaklarına yönelik tercihleri nedir?
4. Diyabet hastalarının sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler nedir?
5. Diyabet hastalarının bilgi erişim konusunda karşılaştıkları sorunlar nedir?
6. Diyabet hastalarının bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumları nedir?
7. Diyabet hastaları tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitime ihtiyaç duyuyorlar mı?

Bu araştırmanın amaçları:

- Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeylerini saptamak;
- Hastaların demografik özelliklerinin sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeyleriyle ilişkili olup olmadığını bulmak;
- Hastaların sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını saptamak;
- Hastaların sağlığa yönelik bilgi ararken dikkat ettikleri özellikleri ve bilgi kaynağı biçimlerini ortaya çıkartmak;
- Hastaların bilgi erişim konusunda karşılaştıkları sorunları belirlemek;
- Hastaların bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumlarını ve diyabetle ilgili tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim gereksinimlerini incelemek;

- Elde edilen bulgular çerçevesinde hastaların diyabet okuryazarlığı ve diyabete yönelik sağlık okuryazarlığı düzeylerine uygun olarak gelişimlerini sağlayacak bilgi hizmetleri vermek üzere yapılandırılan model önermek, önerilen model üzerinden sunulacak portal hazırlamaktadır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmamızın amaçlarına yönelik hipotezleri beş gruba ayırmak mümkündür:

1. Demografik özelliklerin etkisi:

- 1.1. Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
- 1.2. Diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeyleri demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
- 1.3. Diyabet hastalarının tercih ettikleri bilgi kaynakları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
- 1.4. Diyabet hastalarının bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.
- 1.5. Diyabet hastalarının bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

2. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri:

- 2.1. Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre kullandıkları bilgi kaynağı tercihleri farklılık göstermektedir.
- 2.2. Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir.
- 2.3. Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar farklılık göstermektedir.

3. Diyabet okuryazarlığı düzeyleri:

- 3.1. Diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre kullandıkları bilgi kaynağı tercihleri farklılık göstermektedir.

- 3.2. Diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir.
- 3.3. Diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar farklılık göstermektedir.
4. Diyabet hastaları tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim ihtiyacı vardır.
5. Diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasında pozitif ilişki vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Araştırmamızın kapsamını Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji Bölümü'ne kayıtlı olup, burada en az bir sene tedavi görmekte olan 40 yaş ve üzeri tip 2 diyabet hastaları oluşturmaktadır.

1.5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA TEKNİKLERİ

Araştırmamızda betimleme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Anketin uygulanması için Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Kuruluna dilekçe ile başvuru yapılmıştır. Alınan izin ile 3 Kasım 2016 - 3 Şubat 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji bölümüne kayıtlı olup tedavi görmekte olan diyabet hastalarına anket uygulanmıştır (EK 1'ye bakınız).

Araştırmada kullanılan anket sorularının anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 26-27 Ekim 2016 tarihlerinde 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Aksayan yönler doğrultusunda anket soruları tekrar gözden geçirilmiş, son düzenlemeler yapılmıştır. Araştırma kapsamında 131 hastaya ulaşılmıştır. Ancak bunlardan 13'ü çalışmaya katılmayı kabul etmediğini, 7'si bir seneden az tedavi gördüğünü ve 6'sı 40 yaş altında olduğunu açıklayarak çalışmaya toplam 105 hasta katılmıştır. Katılım yüzdesi %80,15'dir.

Diyabet hastalarının anketi doldurması için 30-45 dakika gerektiği düşünülmüştür. Bu çerçevede öngörümüz doğru çıkarak hastaların her birinin anket doldurması süresi ortalama 30-45 dakika olmuştur.

Araştırma kapsamında katılımcıların demografik özellikleri, sağlık okuryazarlığı düzeyleri, diyabet okuryazarlığı düzeyleri, kullanılan bilgi kaynaklarının biçimine yönelik tercihleri, sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler, bilgi erişim konusunda karşılaştıkları sorunlar, tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim gereksinimleri ve bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumlarının değerlendirilmesine odaklanmıştır. Basılı formatta hazırlanan ve toplam 48 sorudan oluşan anket 8 bölüme ayrılmıştır. Tablo 1 hastalara uygulanan anketin genel bölümlerini ve soru numaralarını göstermektedir. Ankette son soru olarak katılımcıların konu ile ilgili katılımcıların görüş ve önerilerini elde etmek amacıyla açık uçlu bir soru da sorulmuştur. Anketin özellikleri şöyle açıklanabilir:

1. Demografik özellikler: Bu bölüm yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, medeni durum, hastalığın başlangıç zamanı ve aldığı diyabet eğitimi süresi olarak 7 sorudan oluşmaktadır.
2. Sağlık okuryazarlığı: Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık ile ilgili uygun ve etkin kararları verebilmesi için sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve uygulama kabiliyetidir (HLS-EU Consortium, 2012, s. 7). Yapılan bu tanım çalışmanın sağlık okuryazarlığı bölümünü yönlendiren tanım olmuştur. Bu tanım kapsamında araştırmada uygulanan anketin “sağlık okuryazarlığı soruları” bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama aşamalarını saptamıştır. Sağlık okuryazarlığına yönelik 13 sorunun her biri 0 ile 4 arasında puanlanan bir ölçekte aşağıdaki gibi değerlendirilmiştir:
 - 0= bilmiyorum;
 - 1= çok zor;
 - 2= zor;
 - 3= kolay;
 - 4= çok kolay.

Sorulara yönelik verilen yanıtlar hastanın kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılmıştır. Her katılımcının sağlık okuryazarlığı, soruların toplam değerine dayanarak puanlandırılmıştır. Her soru “0x13=0” ile “4x13=52” arasında bir ölçekte 0 en düşük sağlık

okuryazarlığı, 52 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde puanlandırılmıştır. Araştırmada elde edilen puanlandırma değerlerine göre sağlık okuryazarlığı dört kategoride değerlendirilmiştir:

- “0- 13” puan- yetersiz sağlık okuryazarlığı;
 - “14- 26” puan- sorunlu sağlık okuryazarlığı;
 - “27- 39” puan- yeterli sağlık okuryazarlığı;
 - “40-52” puan- mükemmel sağlık okuryazarlığı.
3. Kullanılan bilgi kaynaklarının biçimine yönelik tercihleri ve bilgi ararken dikkat edilen özellikler 2 soruyla saptanmıştır.
 4. Bilgi erişim konusunda hastaların karşılaştıkları sorunlar tek bir soru kapsamında incelenmiştir.
 5. Hastaların diyabete dayalı tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim gereksinimleri yöneltile bir soru kapsamında değerlendirilmiştir.
 6. Diyabet okuryazarlığı: Kronik hastalıklarda özellikle de diyabet hastalığına özgü bilgi edinme ve öz-bakım etkinliğinin geliştirilmesi sağlık sonuçlarını etkileyebilir. Öz-bakım etkinliği diyabet hastalığında başarı faktörlerinden birisidir. Öz-bakım kapasitesini artırmak için eğitim programları daha da iyi bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Ayrıca, hastalığın kontrolü ve tedavisi için önemli rol oynamaktadır. Diyabet hastalığında öz-bakım ve öz-etkililiğe yönelik sayısal beceriler ve hastalık ile ilgili bilgi düzeyi önemli faktörler arasında yer almaktadır. Çalışmada diyabet okuryazarlığı kapsamında hastalık ile ilgili bilgiler ve sayısal beceriler uluslararası araştırmalarda kullanılan anketlerden yararlanarak incelenmiştir. Bu nedenle, araştırmada hastalık ile ilgili bilgiler ve sayısal beceriler diyabet okuryazarlığı başlığı altında incelenmiştir. Hastalık ile ilgili bilgiler bölümü Diyabet Bilgi Testinden (Diabetes Knowledge Test, DKT) yararlanarak hazırlanan 9 sorudan oluşmaktadır. Sayısal beceriler ise Diyabet Sayısal Testinden (Diabetes Numeracy Test, DNT) yararlanarak sorulan 7 soruyu kapsamaktadır. Çalışmada diyabet okuryazarlığı toplam 16 soru kapsamında incelenmiştir. Araştırmada katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeylerini ölçen 16 soruda her bir sorunun doğru cevaplandırılmasına

1'er puan, yanlış cevaplandırılmasına ise 0 puan verilmiştir. Buna göre, tüm soruların doğru yanıtlanması durumunda maksimum 16 puan, tüm soruların yanlış yanıtlanması durumunda minimum 0 puan alınacaktır. Katılımcıların ankete verdiği yanıtlar hem sayısal olarak 0 ila 16 arasında olacak şekilde, hem de kategorik olarak aşağıda belirtilen şekilde puanlandırılmıştır:

- “0-4” puan- yetersiz diyabet okuryazarlığı;
 - “5- 8” puan- sorunlu diyabet okuryazarlığı;
 - “9-12” puan- yeterli diyabet okuryazarlığı;
 - “13-16” puan- mükemmel diyabet okuryazarlığı.
7. Bilgi sağlayan ortamlara yönelik hastaların tutumları: Bu bölümde hastaların tercih ettikleri hizmet türleri, eğitim şekilleri, personelin bilgi ve beceri düzeyleri 7 soru yardımı ile ortaya çıkarılmıştır.
8. Katılımcıların konuyla ilgili olarak ayrıca belirtmek istedikleri açık uçlu soruya verilen yanıtlar doğrultusunda saptanmıştır.

Tablo 1: Anket bölümleri ve soru numaraları

Bölümler	Soru numaraları
Demografik özellikler	1-7
Sağlık okuryazarlığı	8-20
• Bilgiye erişim	8-10
• Bilgiyi anlama	11-14
• Bilgiyi değerlendirme	15-16
• Bilgiyi uygulama	17-20
Bilgi kaynakları ve özellikleri	21-22
Sorunlar	23
Bilgi erişim eğitimi	24
Diyabet okuryazarlığı	25-40
• Diyabet bilgileri	25-33
• Sayısal bilgiler	34-40
Bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumlar	41-47
Konuyla ilgili belirtilenler	48

Araştırmada farklılıkları incelemek için Mann-Whitney testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Mann-Whitney U testi iki bağımsız olan ortalama arasındaki farkın anlamlı olup veya olmadığını test etmek için kullanılır (İslamoğlu, Alınışık, 2013, s. 418). Kruskal-Wallis testi ikiden fazla örnek ortalaması arasındaki farkın anlamlı olup veya olmadığını test etmek için kullanılır. Her iki test için P değeri

önemlidir. P değeri 0,05'ten küçükse incelenen farkın anlamlı olduğu ve P değeri 0,05'ten büyükse incelenen farkın anlamsız olduğunu göstermektedir (İslamoğlu, Alınışık, 2013, s. 424-428). Tüm İstatistiksel analizler SPSS 22 paket programı ve Excel 2013 programını kullanılarak yapılmıştır.

1.6. ARAŞTIRMANIN DÜZENİ

Araştırma yedi bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde, konunun önemi, araştırmanın soruları ve amaçları, araştırmanın hipotezleri, araştırmanın kapsamı, yöntemi ve veri toplama ile ilgili teknikleri, araştırmanın düzeni ile kaynaklar yer almaktadır.

İkinci bölümde, sağlık okuryazarlığı tanımı, düzeyleri, kavramsal modelleri, ölçekleri, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, sağlık okuryazarlığı bileşenleri sağlık okuryazarlığı ve demografik özellikler arasındaki ilişkilere yer verilmektedir.

Üçüncü bölümde, kronik hastalıklar ve okuryazarlık, diyabet, diyabet okuryazarlığı, diyabette sayısal beceriler ve sağlık bilgileri hakkında bilgiler sunulmaktadır.

Dördüncü bölümde, ülke genelinde sağlık ve diyabet okuryazarlığının olanakları ve eğitim hizmetleri hakkında bilgilere yer verilmektedir.

Beşinci bölümde, araştırmada kullanılan yöntemi ve veri toplama teknikleri ile araştırmanın amacına yönelik elde edilen bulgulara ve onun ışığında değerlendirmeler ile ilgili bilgilere yer verilmektedir.

Altıncı bölümde, diyabet okuryazarlığına ve diyabete yönelik sağlık okuryazarlığı konularında bilgi hizmetleri vermek üzere yapılandırılan model önerisi sunulmaktadır. Önerilen model üzerinde verilen portal ayrıntılı hizmetleriyle tanımlanmaktadır.

Yedinci bölümde, araştırma ile ulaşılan sonuçlara ve önerilere yer verilmektedir.

1.7. KAYNAKLAR

Konuyla ilgili bilgiye erişmek için ve kaynakların elde edilebilmesi için elektronik veri tabanları, kurumsal web siteleri, kurumsal açık arşivler, basılı ve elektronik dergi koleksiyonları, kütüphane katalogları ve arama motorları incelenmiştir. Bu kaynaklar aşağıda sunulmaktadır:

AMA (American Medicine Association) (1995-)
Article First-OCCLC (1990-)
Clinical Key (2010-)
Cochrane Library (1999-)
DOAJ (2000-)
EBSCOhost Research Databases: Academic Search Complete (1980-)
Google Scholar (scholar.google.com)
LISA (1969-)
LISTA (1990-)
MEDLINE +Ebsco (1990-)
ProQuest Health & Medical Collection (2017-)
PubMed (1980-)
Science Direct (1997-)
Scopus (1966-)
Springer LINK (1990-)
Taylor and Francis Online Journals (1990-)
UMI ProQuest Dissertations and Theses (1980-)
Web of Science (1940-)
Wiley Interscience (1946-)
YÖK Tez Kataloğu (1965-)

Tez düzeninin oluşturulmasında, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün (2004) Tez ve Rapor Yazım Yönergesi temel alınmıştır. Tez içinde yapılan gönderme ve kaynakça düzeninde Kaynak Gösterme El Kitabı (Kurbanoglu, 2004) başlıklı kaynaktan yararlanılmıştır.

2. BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TANIMI

Sağlık okuryazarlığı ilk olarak 1974 yılında tanımlanmıştır (National Library of Medicine, 2000; Ratzan, 2001, s. 210; Oldfield ve Dreher, 2010). Diyabet ve yüksek tansiyon gibi kronik hastalıkların tedavisi daha yaygınlaşınca sağlık okuryazarlığı konusunun önemi artmıştır (Pleasant, 2008). İlk başlarda sağlık okuryazarlığı; sadece bireyin sağlıkla ilgili bilgileri okuma, anlama ve tıbbi talimatlara uyma becerisi olarak ifade edilmiştir (Ratzan, 2001). Daha sonra 1990'lı yıllarda sağlık okuryazarlığıyla ilgili yeniden ve daha da kapsamlı tanımlamalar yapılmıştır (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004).

1980'li ve 1990'lı yıllarında, hastalara yönelik sağlık ile ilgili eğitim programlarının düzenlenmesi gereği ortaya çıkmıştır. Hastaların sağlığı koruma ve bakım konusunda kullandıkları materyalleri anlayabilmeleri ile ilgili sorun yaşadıklarının ortaya çıkması, ilk olarak Doak ve Root'un çalışmasında saptanmıştır (Mancuso, 2008, s. 252).

Okuryazarlık kavramı araştırmalar sayesinde daha da yaygın haldeyken, sağlık okuryazarlığı kavramı henüz yeterince tanımlanmamıştır ve 1990'lara kadar kavram hakkında yeterince araştırma yapılmamıştır. 1992 yılında Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Araştırması (National Adult Literacy Survey) ve 2003 yılında Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy) başlıklı araştırma sonuçlarının yayımlanmasının ardından, sağlık okuryazarlığı ile ilgili hakemli dergi makalelerinin sayısı artmaya başlamıştır (Ishikawa ve Yano, 2008, s. 117).

Sağlık okuryazarlığının anlaşılabilirliği için öncelikle okuryazarlığın ne anlama geldiğinin bilinmesi önemlidir. Okuryazarlık kavramına yönelik günümüze kadar çeşitli tanımlar geliştirilmiştir. Genel olarak, okuryazarlık kavramı toplum tarafından anlam verilen iletişim ile ilgili simgelerin etkili ve uygun bir biçimde

kullanılabilmesi becerisidir (Kellner, 2001, s. 5). Çoğu sözlükte bulunan bu tanım, dar anlamda söz konusu olup, kavramın sadece çatısına yönelik bilgi verilmektedir. Geniş anlamda, okuryazarlık kişinin okuma, yazma ve sayıları kullanma, bilgiyi elde etme, fikir ve düşüncelerini ortaya koyma, karar verme ve sorun çözme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Young ve diğerleri, 2011, s. 7). UNESCO'ya (2004, s. 13) göre de okuryazarlık; farklı türdeki basılı ve yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve işleme becerisidir ve bu beceri bireylerin topluma tamamen katılımını sağlamakta, gücünü ve bilgisini geliştirerek kişisel amaçlarına ulaşmasına olanak vermekte olup devamlı öğrenmeyi içermektedir. Okuryazarlık, sadece okuma yazma yeteneği değil, okuduğuna anlama, işleme ve hayata geçirme becerisini de kapsayan karmaşık kavramdır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Araştırmalarda sağlık okuryazarlığı kavramının çeşitli tanımları bulunmaktadır, ancak yapılan çalışmalar henüz ortak bir tanımda birleşmemektedir (Baker, 2006, s. 878). 1990'larda en çok kabul edilen tanıma göre, "sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararları verebilmek için gerekli sağlık bilgilerini ve hizmetlerini anlama, edinme ve işleme kapasitesinin derecesidir" (AMA, 1999, s. 552).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (World Health Organisation, WHO) göre, sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığının korunması ve sürdürülmesi amacıyla sağlık ile ilgili bilgileri elde etme, anlama ve kullanma için gerekli sağlayan bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanabilir (WHO, 1998, s. 10). Sadece Dünya Sağlık Örgütü tanımında, gerekli sağlık okuryazarlığı bileşenleri arasında yeteneğin yanı sıra sosyal beceri ve motivasyon da söz konusu olmaktadır (Ishikawa ve Yano, 2008, s. 115).

Sağlık alanında özel olarak okuma ve yazma sorununa odaklanan sağlık okuryazarlığı, sayısal, sözel okuryazarlık, yazılı okuryazarlık, kültür ve kavramsal bilgiyi içeren birçok bileşene sahip bir kavramdır (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, s. 5). Healthy People 2010 tanımında, sağlık açısından okuryazar olan birey sağlık kararlarını verebilmek için gerekli bilgi ve hizmetleri anlama ve

kullanma becerilerine sahiptir (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Çeşitli araştırmacılar, kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan sağlık okuryazarlığı tanımları tablo 2’de yer almaktadır. Tüm bu tanımların ortak özelliği, sağlıkla ilgili kararları verebilmesi için bireylerin sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etmesi, yönlendirmesi ve anlamasıdır. Sağlık okuryazarlığı bireyin becerileri ve sağlık sistemleri arasındaki iletişim ve etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Bir başka deyişle, sağlık okuryazarlığı sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir işlevidir (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, s. 4).

Tablo 2: Sağlık okuryazarlığı tanımları

Yazar/lar	Tanım
WHO (1998)	Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığının desteklenmesi ve sürdürülmesi amacıyla sağlık ile ilgili bilgileri elde etmeyi, anlamayı ve kullanmayı sağlayan bilişsel ve sosyal becerilerdir (WHO, 1998, s. 10).
AMA (1999)	Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetleri ortamında temel okuma ve sayısal görevleri gerçekleştirmek için gereken beceriler kümesidir (AMA, 1999, s. 553).
Nutbeam (2000)	Sağlık okuryazarlığı, sağlığı korumak ve kaliteli yaşamak amacıyla sağlık bilgilerinin elde edilmesine, anlaşılmasına ve kullanılmasına yönelik kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerdir (Nutbeam, 2000, s. 264).
Kickbusch ve Ratzan (2001)	Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerini analiz etmekle kalmayıp, sağlığın yaşamsal, politik ve ekonomik boyutlarını anlamak için geliştirilmiş bilişsel ve sosyal becerileri kapsamaktadır (Kickbusch ve Ratzan, 2001, s. 87).
Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2003)	Sağlık okuryazarlığı bireyin bilinçli tercihlerde bulunabilmesi, sağlıkla ilgili riskleri azaltabilmesi ve yaşam kalitesini artırabilmesine yönelik sağlık bilgilerini ve kavramlarını arama, kavrama, değerlendirme ve kullanma için geniş kapsamlı yetenekler ve becerilerdir (Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, 2003, s. 119)
Institute of Medicine (2004)	Sağlık okuryazarlığı uygun sağlık kararları için gerekli sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etmek, anlamak ve yönlendirmek üzere sahip olunan bireysel kapasitedir (Institute of Medicine, 2004, s. 31).
Kickbusch, Wait ve Maag (2006)	Sağlık Okuryazarlığı, evde, toplulukta, iş yerinde, sağlık sisteminde, ekonomide ve siyasi alanda her güne ait yaşama bağlı uygun sağlık kararları verme becerisidir (Kickbusch, Wait ve Maag, 2006, s. 8)
European Commission (2007)	Sağlık okuryazarlığı sağlam yargılarda bulunabilmek için sağlık bilgilerini okuma, filtreleme ve anlama yeteneğidir (European Commission, 2007).
Ishikawa ve Yano (2008)	Sağlık okuryazarlığı sağlığı koruyucu sistemler ile etkileşimleri kapsayan bilgi, beceri ve yeteneklerdir (Ishikawa ve Yano, 2008, s. 115)
Adams ve diğerleri (2009)	Sağlık okuryazarlığı yazılı, sözlü veya dijital biçiminde sağlık bilgilerini anlamak ve yorumlamak yeteneğidir (Adams ve diğerleri, 2009, s. 144)
HLS-EU Consortium (2012)	Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık ile ilgili etkin ve uygun kararları verebilmesi için sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve uygulama kabiliyetidir (HLS-EU Consortium, 2012, s. 7).

İlk tanımlar okuma, yazma ve sayısal becerilere odaklanırken, daha sonraki tanımlar sosyal becerilere ve iletişim becerilerine önem vererek bireylerin sağlıklı yaşamaları ve sağlık ile ilgili uygun kararlar verebilmeleri için sağlık bilgilerine erişim, anlama ve kullanma becerilerine de yer vermektedir.

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLEŞENLERİ

Sağlık okuryazarlığı sağlık sistemi ile bağlantı kurmak ve sağlıkla ilgili kararlar almak için gerekli becerilerden oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı üç bileşeni içerir (Ishikawa ve Yano, 2008):

1. Yazılı sağlık okuryazarlığı (yazma ve okuma);
2. Sözel sağlık okuryazarlığı (dinleme ve konuşma);
3. Sayısal sağlık okuryazarlığı (sayıları kullanma ve anlama).

Bireylerden tanı, tıbbi danışmanlık ve tedavi ile ilgili sözel bilgileri anlama ve uygulama becerileri beklenmektedir. Ayrıca, bilgisayar, internet, cep telefonları ve diğer akıllı cihazlara erişim ve kullanım olanağı beklenerek, sayısal, grafik ve görsel bilgileri yorumlamak gerekmektedir.

2.2.1. Yazılı Sağlık Okuryazarlığı

Yazılı sağlık okuryazarlığı, okuma, yazma ve yazı dilini anlama yeteneğidir. Bu tür okuryazarlık sağlık okuryazarlığının en çok araştırılmış boyutudur (Squiers ve diğerleri, 2012). Yeterli yazılı okuryazarlığa sahip olan bireylerin daha iyi sağlık sonuçlarını elde ettikleri saptanmıştır (Chin ve diğerleri, 2011).

Düşük yazılı sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler basılı sağlık bilgilerinden örneğin broşürlerde yer alan bilgilerden daha az faydalanmak eğilimindedirler (Boxell ve diğerleri, 2012, s. 277). Bu grup insanlar karmaşık tıbbi bilgileri yönlendirmede zorluk yaşamaktadırlar. Yazılı sağlık okuryazarlığı özellikle kronik hastalıklara sahip olan kişiler için önemlidir (s. 278).

2.2.2. Sözlü Sağlık Okuryazarlığı

Sözlü sağlık okuryazarlığı ya da literatürde işitsel sağlık okuryazarlığı olarak da anılan, sözlü sağlık bilgilerini kavrayabilme yeteneğidir (Baker, 2006). Sağlık okuryazarlığının önemli etki alanı olan sözlü okuryazarlık yüz yüze konuşma fırsatı yarattığı için basılı kaynaklara göre daha çok tercih edilmektedir. Sağlık

davranışları ve sözlü sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmaktadır. Düşük sözlü sağlık okuryazarlığına sahip olanlarda, sağlık bakımı yöntemi açısından hatalı tercih ve kullanım yüksek oranda görülmektedir (Giuse ve diğerleri, 2012, s. 134). Rubin ve diğerlerine (2011, s. 197) göre, bireylerin sözlü sağlık mesajlarını anlamak bilgiye yönelik davranışlarını etkileyebilir.

2.2.3. Sayısal Sağlık Okuryazarlığı

Sayısal okuryazarlık sayısal, nicel, grafiksel, biyoistatistiksel ve olasılıksal sağlık bilgilerini etkili sağlık kararları için değerlendirme, yorumlama, iletme ve yönlendirme derecesidir. Sayısal okuryazarlık, hastaların sayısal bilgileri sağlık hizmetleri bağlamında kullanmaları ve yorumlamaları için gerekli olan becerileri kapsayan karmaşık bir yapıdır (Schapria ve diğerleri, 2008, s. 509). Lipkus ve Peters (2009, s. 1072), altı temel sayısal işlevden oluşan kavramsal bir çerçeve önermektedirler. Bu çerçeve, hesaplamayı kolaylaştırır, daha fazla bilgi aramayı destekler, sağlanan sayıları yorumlamayı sağlar, değerlendirme yaptırır ve davranış değişikliğini destekler.

Sayısal okuryazarlık kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi için önemlidir. Bu tür hastalıklarda sağlık ile ilgili çeşitli faaliyetler örneğin, risk veya yarar bilgilerini, gıda etiketlerini, ağırlık yönetimini, kan şekerini ve kan basıncı düzeylerini yorumlama sayısal becerilere bağlıdır (Huizinga ve diğerleri, 2009).

2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMSAL MODELLERİ

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmacılar tarafından kavramsal modeller oluşturulmuştur. Literatürde bulunan sağlık okuryazarlığı kavramsal modelleri tablo 3'de yer almaktadır. Lee, Arozullah ve Choc (2004, s. 1312) sağlık okuryazarlığında birbiriyle ilişkili dört faktör belirlemektedirler:

1. Hastalık ve öz-bakım bilgisi;
2. Riskli sağlık davranışları;
3. Önleyici bakım ve doktor ziyaretleri;
4. İlaç uyumu.

Institute of Medicine (2004) sağlık okuryazarlığı kavrmsal modelinde, kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, sayısal, yazma ve okuma becerilerini sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri olarak kabul etmektedir. Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2005, s. 197) dört tür okuryazarlık belirlemiştir. Bu dört alandaki okuryazarlık becerileri başka yetkinlikler gerektiren diğer okuryazarlıklarla etkileşim içindedir. Bu okuryazarlıklar şunlardır:

1. Genel okuryazarlıklar: Okuma, yazma, konuşma, sayısal becerilere ve stratejilere sahip olma;
2. Bilim okuryazarlığı: Bilim ve teknoloji ile bağlantı kurma;
3. Vatandaşlık okuryazarlığı: Vatandaşlık bilincini kazanma;
4. Kültürel okuryazarlık: Toplu inançları, gelenekleri, dünya görüşünü ve sosyal kimliği tanımak ve kullanmak için sağlık bilgilerini yorumlama yeteneklerini içermektedir.

Speros (2005, s. 636) sağlık okuryazarlığı temel bileşenleri arasına sağlık ile ilgili karar verme aşamasında sağlık bilgilerini kullanma ve başarılı sağlık hizmetlerinin sunumunda tüketicinin rolü üzerinde durmaktadır.

Birçok değişkenden etkilenen ve sağlık okuryazarlığının kapsamına giren temel kavramları Baker'in geliştirdiği modelde görmek mümkündür. Baker (2006, s. 878) sağlık okuryazarlığını sağlık ile ilgili yazılı okuryazarlık ve sağlık ile ilgili sözlü okuryazarlık olarak iki kategoriye ayırmıştır. Manganello (2008, s. 843) modelinde işlevsel, iletişimsel ve eleştirel okuryazarlığın yanı sıra, medya mesajlarını eleştirel değerlendirmek için medya okuryazarlığına da yer vermiştir.

İnsanlar yaşadıkları toplumdaki ilişki ağlarına yönelik bilgi sahibi ise yurttaşlık okuryazarlığı yüksek olacaktır. Benzer bir şekilde, Freedman ve diğerleri (2009)  boyutlu halk sağlığı okuryazarlığını tanımlamaktadırlar. Her bir boyut aşağıdaki yeterlikleri içermektedir:

1. Kavramsal temeller: Halk sağlığı ile ilgili işlemleri anlamak için gerekli temel bilgileri içerir. Bireyler veya gruplar temel halk sağlığı kavramları, halk sağlığı yapıları ve evrebilimi ile ilgili düşünceleri değerlendirme bakış açıları hakkında tartışma yeteneğine sahip olmalıdırlar.

2. Eleştirel beceriler: Kamu yararına yönelik sağlıklı kararlar için gerekli sağlık bilgilerini elde etmek ve değerlendirmek yeteneğidir. Her bir birey veya grup bu tür yeteneklere sahip olmalıdır.
3. Sivil ve toplumsal katılım: Toplumu halk sağlığı okuryazarlığının merkezinde kalmasını sağlar. Ayrıca sivil ve toplumsal katılım yoluyla sağlık endişelerini gidermek için gerekli olan becerileri ve kaynakları sağlar.

Sağlık okuryazarlığı çok boyutlu kavramdır ve farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Kavramsal modeller sadece sağlık okuryazarlığının temel bileşenlerini içermemektedir; belki aynı zamanda bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen bireysel ve sistem odaklı faktörlerin yanı sıra sağlık okuryazarlığını sağlık sonuçlarına bağlayan yolları içermektedir (Sorensen, 2013). Tablo 3'de sağlık okuryazarlığı boyutlarının yanı sıra literatürde belirtilen temel öncüller de yer almaktadır. Öncüller için çoğu yazarlar demografik psikososyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra, genel okuryazarlık, bireysel özellikler ve sağlık sistemi ile ilgili geçmiş tecrübeler gibi faktörlere yer vermektedirler. Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik ve sosyal faktörler arasında sosyoekonomik durum, çalışma ve istihdam, gelir, sosyal destek, kültür ve dil, çevre, siyasi güçler ve medya kullanımı görünmektedir (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007; Freedman ve diğerleri, 2009; Manganello, 2008). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaş, ırk, cinsiyet ve kültürel geçmiş gibi kişisel özelliklerin incelenmesiyle ilişkilendirilmektedir (Manganello, 2008). Nutbeam (2000, s. 265) sağlık okuryazarlığını daima her ortamda sağlık sorunlarını çözümlmeye yönelik beceriler kazanımı olarak ifade etmiştir.

Araştırmacılara göre, sağlık okuryazarlığı sağlık durumu ile ilgili bireysel raporların anlaşılmasına, sağlık bakım maliyetlerinin düşmesine, artan sağlık bilgilerine, hastaneye yatış süresinin kılmasına ve sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına neden olmaktadır (Mancuso, 2008, s. 253; Manganello, 2008; Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, s. 82; Speros, 2005, s. 637).

Ratzan (2001, s. 213) sağlık okuryazarlığı ve sosyal sermaye kavramı arasında bağlantı kurmaktadır; sağlık okuryazarı olan kişiler daha uzun yaşamayı başarıp kendilerinin ve çocuklarının bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi için önemli derecede çaba göstermektedirler. Sağlıklı insanların daha az sağlık sistemini

kullanıp daha az sağlık hizmetleri talebinde bulunacakları düşünölmektedir (Sorensen, 2013).



Tablo 3: Sağlık okuryazarlığı kavramsal modelleri

Yazar/lar	Boyutlar	Öncüller
Nutbeam (2000)	-İşlevsel okuryazarlık -İletişimsel okuryazarlık -Eleştirel okuryazarlık	-Sağlığı geliştirme eylemleri (eğitim, sosyal mobilizasyon ve yandaşlık)
Lee, Arozullah ve Choc (2004)	-Hastalık ve öz-bakım bilgisi -Riskli sağlık davranışları -Önleyici bakım ve doktor ziyaretleri -İlaç uyumu	-Sosyoekonomik durum -Cinsiyet -İrk -Sağlık sigortaları kapsamı -Hastalık düzeyi -Gelir tutarsızlığı -Toplumsal etnik bileşimi
Institute of Medicine (2004)	-Kültürel ve kavramsal bilgi -Dinleme -Konuşma -Sayısal beceriler -Yazma becerileri -Okuma becerileri	-Eğitim, dil ve kültür -İletişim ve değerlendirme becerileri -Uygun bir şekilde sağlık bilgileri sağlamak için ortamları kullanma
Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2005)	-Temel okuryazarlık -Bilim okuryazarlığı -Vatandaşlık okuryazarlığı -Kültürel okuryazarlık	-Sağlık durumu -Psikososyal, demografik siyasi, sosyal ve kültürel faktörler
Speros (2005)	-Okuma ve sayısal beceriler -Anlama -Sağlık ile ilgili karar verme aşamasında sağlık bilgilerini kullanma -Başarılı olan sağlık hizmetlerinde tüketicinin rolü	-Okuryazarlık türleri -Sağlıkla ilgili deneyimler
Baker (2006)	-Yazılı okuryazarlıklar -Sözlü okuryazarlıklar	-Sağlıkla ilgili metinleri akıcı okuma -Sağlıkla ilgili kelime bilgisi -Sağlık kavramları ile aşinalık -Sağlığa bakım ortamında basılı ve sözlü mesajların karmaşıklığı ve zorluğu
Paasche-Orlow ve Wolf (2007)	-Dinleme -Sözel akıcılık -Hafıza açıklığı -Navigasyon	-Sosyoekonomik durum -Çalışma -İstihdam -Gelir -Sosyal destek -Kültür -Dil -Çevre -Siyasi güçler -Medya kullanımı
Mancuso (2008)	-Kapasite -Anlama -İletişim	-İşlevsel yeterlik -Etkileşimli yeterlik -Bireysel yeterlik -Bilgilendirici yeterlik -İçeriğe dayalı yeterlik -Kültürel yeterlik
Manganello (2008)	-İşlevsel okuryazarlık -İletişimsel okuryazarlık -Eleştirel okuryazarlık -Medya okuryazarlığı	-Bireysel özellikler (yaş, ırk, cinsiyet, kültürel geçmiş, bilişsel ve fiziksel yetenekler, sosyal beceriler) -Medya kullanımı -Meslektaşların ve ebeveyn etkileri -Kitle iletişim araçları, eğitim sistemi ve sağlık sistemi
Freedman ve diğerleri (2009)	-Kavramsal temeller -Eleştirel beceriler -Halkı yönlendirme	-Sosyal, çevresel ve politik güçler

(kaynak: Sorensen, 2013)

Sağlık okuryazarlığı sağlık ile ilgili bilgileri okuma ve anlama becerilerinin yanı sıra çok boyutlu özelliklere sahiptir. Ayrıca, bu çok boyutluluk konunun derinliğini ve önemini ortaya koyarken, ölçülmesini, incelenmesini ve değerlendirilmesini güç bir hale getirmektedir.

2.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEKLERİ

Sağlık okuryazarlığı soyut bir kavram olarak ölçme ve değerlendirmeye uygundur. Bireyin sağlık okuryazarlığı becerilerini değerlendirmek için sağlık okuryazarlığını ölçen çeşitli ölçekler 1990'larda geliştirilmiştir. Mevcut ölçekler daha çok işlevsel/ temel sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir. Ancak, bunlardan en yaygın olarak kullanılan ölçümler Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine, REALM) ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA) ölçekleridir. REALM ve TOFHLA gibi ölçeklerin yanı sıra araştırmacılar tarafından geliştirilen başlıca ölçeklerden olan "Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised (REALM-R), Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA), Wide Range Achievement Test (WRAT), Newest Vital Sign (NVS), Single Item Literacy Screen (SILS), eHealth Literacy Scale (eHEALS)" burada tanıtılmaktadır.

2.4.1. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA)

TOFHLA bireyin sağlık sistemini anlayıp sistemin içerisinde ne denli düzgün ve uygun iletişim kurduyuyla ilişkilidir ve olağan okuryazarlık becerisini hedef almamaktadır (Akalin, 2012). Bu test özellikle sözel ve sayısal anlama becerileri üzerine yönelmektedir. Bir başka deyişle, nesnel ölçüt olarak kelime algılama, temel sayısal ve okuma anlayışı becerilerini ölçmektedir (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, S. 304). 50 sorudan oluşan sözel test bölümüyle hastanın, sağlık sisteminde var olan doğru materyallerle kısa yazıları okuması sağlanmakta, ayrıca bunların sonucun da hastanın okuduğu metni hangi ölçüde

anlayabildiği ortaya koymaktadır (Smith ve McCaffery, 2010, ss. 20-21). Metinler, sağlıkla ilgili bazı temel yönergelerden; hasta hakları ve yükümlülüklerini kapsayan bilgilerden; standart ve tıbbi hastanelere ait bilgi formlarından oluşmaktadır.

TOFHLA'nın 17 sorudan oluşan sayısal test bölümüyle, hastanın doktoru tarafından kendisine verilen sayısal verileri ne düzeyde anladığı ve uyguladığı belirlenecektir. İngilizce, İspanyolca ve İbranice versiyonları mevcuttur. Diğer diller için uygun değildir ve uygulama süresi 22 dakikadır. TOFHLA puanlamasına göre, okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır (Parker ve diğerleri, 1995):

1. Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan);
2. Düşük düzey sağlık okuryazarlığı (60-74 puan);
3. Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan).

Testin uzun zaman alması sebebiyle kısaltılmış şekli olarak Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (The Short Test of Functional Health Literacy in Adults, S-TOFHLA) 1998 yılında geliştirilmiştir. S-TOFHLA da aynı yetenekleri ölçer, toplam 7 dakika sürmektedir. S-TOFHLA puanlaması ise aşağıdaki gibidir (Parker ve diğerleri, 1995):

1. Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-16 puan);
2. Düşük düzey sağlık okuryazarlığı (17-22 puan);
3. Yeterli sağlık okuryazarlığı (23-36 puan).

2.4.2. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine, REALM)

REALM, bireylerin sağlıkla ilgili terimleri tanıma ve söyleme kabiliyetini ölçer (Berkman ve diğerleri, 2011, s. 3). Bireylerin sağlık eğitim materyallerini okuyup anlamayla ilgili durumlarını ortaya koymak için tasarlanmış en yaygın ve eski kullanılan testtir. 66 maddelik bir sözcük tanıma ve telaffuz testidir. 66 tıbbi kelimeyi yüksek sesle okumayı kapsar. Bireyler verilen 66 kelimelik tıbbi terimlerin listesi yüksek sesle okunur (Baker, 2006, s.880) Basit kelimelerden

başlar ve giderek zorlaşır. İngilizce dışında diğer diller için uygun değildir. Test sırasında anlamını bilmediği kelimeler için kişilere müdahalede bulunulmaz. Anlama ve sayısal becerileri ölçmez. Uygulama süresi 2-3 dakika arasında değişmektedir. REALM puanlamasına göre, okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır (Davis ve diğerleri, 1990):

1. Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-44 puan);
2. Düşük sağlık okuryazarlığı (45-60 puan);
3. Yeterli sağlık okuryazarlığı (61-66 puan).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini - Gözden Geçirilmiş (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised REALM-R) ise, REALM testinin daha kısa uyarlanmış versiyonudur. Kısa bir zamanda gerçekleştirilebilmesi olumlu yönü olarak kabul edilirken, anlamayı ölçmemesi, sadece kelimeleri tanıma üzerine odaklanması dezavantajlı yön olarak belirtilmektedir (DeWalt ve diğerleri, 2004, s. 1229). 8 kelimedenden oluşan testin uygulama süresi 2 dakikadır.

2.4.3. En Yeni Hayati İşaret (Newest Vital Sign, NVS)

En Yeni Hayati İşaret (Newest Vital Sign, NVS) testinin İngilizcesi ve İspanyolcası mevcuttur. NVS'nin tamamlanması yaklaşık 3 dakika sürmektedir. 6 sorudan oluşan ölçek bireyin bir besin üzerinde bulunan etiketini okuma ve anlamasını ölçer. İlk 4 soru belge becerileri ve yüzde hesabı yeterliğinin yanı sıra sayısal becerileri de gerektirmektedir. NVS sınırlı okuma kapasitelerine sahip bireyleri teşhis etmek için demografik bilgileri kullanan bir testtir (Baker, 2006, s. 881). En Yeni Hayati İşaret testinin TOFHLA ile korelasyonu vardır.

Testin puanlamasına göre, düşük sağlık okuryazarlığı: 0-4 soru doğru cevaplamayı kapsamaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı ihtimali az olanlar: 5-6 doğru soru cevaplamış olanlardır (Weiss ve diğerleri, 2005).

2.4.4. Geniş Kapsamlı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test, WRAT)

Geniş Kapsamlı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test) sayısal yetenek, okuduğunu anlama ve telaffuz düzeyini ölçer. Test toplam 20-30 dakika

sürmektedir, ancak sağlıkla ilgili çalışmalarda, araştırmacılar genel olarak testin 5 dakika süren okuduğuna anlama bölümünü kullanmaktadırlar. Tıbbi terimler sorulmaz. Kavrama testi değildir. Sadece İngilizcesi mevcuttur (Dewalt ve diğerleri, 2004, s. 1229).

Kelimeleri okuma-telaffuz etme testi olan (Wide Range Achievement Test-Revised, WRAT-R), kelimeleri anlamayla ilgilenmemektedir. Test basit kelimelerle başlar, giderek daha da zor kelimeler kullanılır. 5-75 yaş arasındaki bireyler için kullanılmaktadır. Puanlar ve yüzdelik değerlendirme aynı yaş aralığındaki bireylerin performanslarının karşılaştırılması ile sağlanır. Test 10 dakika sürmektedir. Daha kısa olması testin olumlu yönü olarak ifade edilirken; kelimeleri anlamayı ölçmemesi ve kelimeler arasında sağlık bakımıyla ilgili kelimelerin olmaması dezavantajlı yönü olarak ifade edilmektedir (Dewalt ve diğerleri, 2004, s. 1229; Baker, 2006, s. 881).

2.4.5. Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması (Single Item Literacy Screen, SILS)

Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması (Single Item Literacy Screen, SILS) kişilerin basılı sağlık okuryazarlığı ihtiyacını ölçmeye yönelik tek maddelik bir sorudur. SILS testi Kısa olduğu için klinikte hemen uygulanabilir. Beceriye ölçmekten çok direkt olarak ihtiyacı ölçer ve demografik özelliklere dayanarak yapılan tahminlerden daha basittir (Morris ve diğerleri, 2006).

2.4.6. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (E-Health Literacy Scale)

E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (E-Health Literacy Scale) 8 sorudan oluşmaktadır. Geleneksel ve sağlık ile ilgili okuryazarlık, bilimsel araştırma, bilgi alma, medya ve bilgisayar okuryazarlığını birleştirir (Norman ve Skinner, 2006).

Sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek ve değerlendirmeye yönelik kullanılan araçlar ve ölçekler gelişim, kapsam, yapı ve ölçüm özellikleri hakkında farklılıklar göstermektedir (Al Sayah ve Williams, 2012). Bu farklılıklar dikkate alındığında

tüm bu ölçüm araçları; kelimeleri tanıma, okuduğunu anlama, işlevsel sağlık okuryazarlığı testleri olmak üzere üç ana boyutta değerlendirilmektedir. Bu boyutlar şunlardır (Egbert ve Nanna, 2009):

1. Kelime Tanıma Testleri: REALM ve WRAT gibi bu tür testlerde, bireylere sağlık ve hastalıkla ilgili bir takım kelimeler verilerek, bireylerin bu kelimeleri bilip veya bilmediğine ve okuma seviyesine bakılır.
2. Okuduğunu Anlama Testleri: TOFHLA örneği, sağlık eğitime yönelik kullanılan ölçüm araçları ile bireylerin okuduğu kısmı anlayıp veya anlamadığı kontrol edilerek, sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmektedir.
3. İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testleri: TOFHLA ve NVS işlevsel sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere geliştirilmiştir.

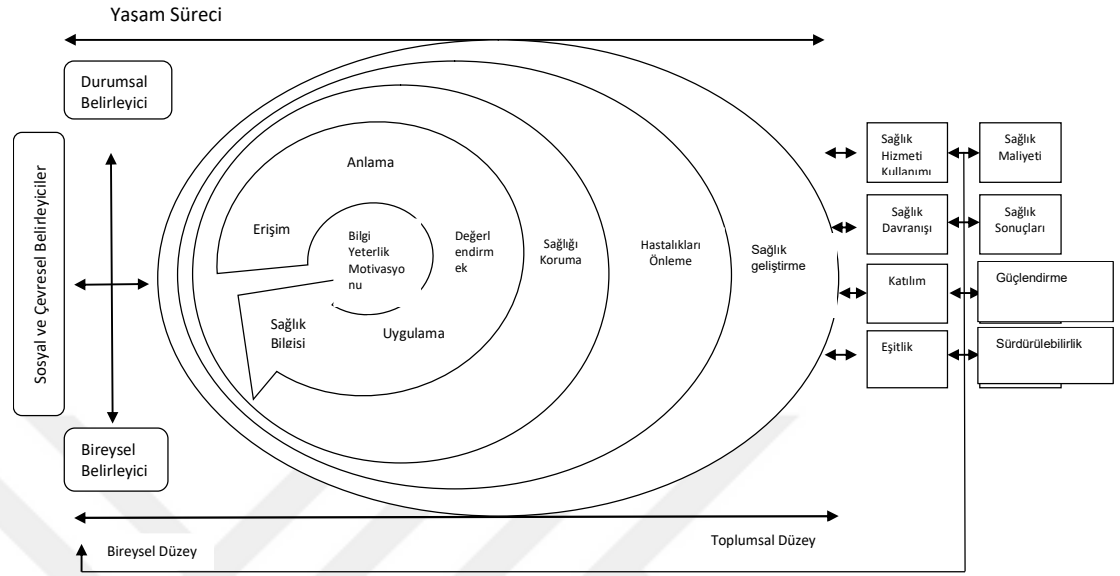
2.4.7. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması Kavramsal Modeli (Conceptual Model of European Health Literacy Survey)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması Kavramsal Modeli (Conceptual Model of European Health Literacy Survey) sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla 12 alt başlık şeklinde hazırlanmış olan 47 sorudan oluşmaktadır. Kavramsal model üç sağlık alanını bütünleştirmektedir:

- Sağlık hizmetleri;
- Hastalıkların önlenmesi;
- Sorunlara çözüm getirme suretiyle sağlığın iyileştirilmesine yönelik önlemler alınması.

Ayrıca bu model dört bilgi işlem aşamasını bütünleştirir:

- Erişim;
- Değerlendirme;
- Anlama;
- Uygulama.



Şekil 1: Avrupa sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli

(Kaynak: Sorensen ve diğerleri, 2012, s. 9)

Bu alanlar ve aşamalar 12 alt boyutları ile sağlık okuryazarlığını ölçen bir matris oluşturmuştur (Sorensen ve diğerleri, 2012, s. 8-10). 12 alt boyut kapsamında sorular sorularak bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmektedir.

Avrupa sağlık okuryazarlığı modelinin ana teması, sağlık ile ilgili bilgileri elde etmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak suretiyle kazanılan yeteneklerdir.

Buna ulaşmak için bireylerde dört tür yetkinlik gerekmektedir:

1. Erişim, arama, bulma ve sağlık bilgilerini elde etme yeteneklerini ifade eder;
2. Anlamak ve erişilen sağlık bilgilerini kavrayabilmek için sahip olunan yetenekleri ifade eder;
3. Değerlendirmek, erişilen sağlık bilgileri, filtre etmek, yargılamak, yorumlamak ve değerlendirmek için gereken yetenekleri ifade eder;
4. Uygulamak, sağlığı geliştirmek ve korumak amacıyla uygun kararlar alabilmek için bilgi kullanma ve olumlu iletişim kurma yeteneklerini ifade eder.

Tablo 4: Sağlık okuryazarlığı matrisi

Sağlık okuryazarlığı	Sağlık bilgilerine erişim	Sağlık bilgilerini anlamak	Sağlık bilgilerini değerlendirmek	Sağlık bilgilerini uygulamak
Sağlık hizmetleri	1) Tıbbi ve klinik konularda bilgi erişim yeteneği	2) Tıbbi bilgileri anlamak ve anlam türetme yeteneği	3) tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	4) Tıbbi konularda bilinçli kararlar alabilme yeteneği
Hastalıkların önlenmesi	5) Risk faktörleri ile ilgili bilgi erişim yeteneği	6) Risk faktörleri ile ilgili bilgileri anlama ve anlam türetme yeteneği	7) Risk faktörleri ile ilgili bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	8) Risk faktörleri ile ilgili bilgileri yargılama yeteneği
Sağlığın geliştirilmesi	9) Sağlık konularında bilgi güncelleme yeteneği	10) Sağlık ile ilgili bilgileri anlama ve anlam türetme yeteneği	11) Sağlık sorunlarıyla ilgili bilgileri yorumlama ve değerlendirebilme yeteneği	12) Sağlık konularında fikir oluşturma yeteneği

(Kaynak: Sorensen ve diğerleri, 2012, s. 10)

Bu testler haricinde, araştırma konumuz olan “diyabet okuryazarlığı” ile ilgili Diyabette Okuryazarlık Değerlendirmesi (Literacy Assessment in Diabetes, LAD), Diyabet Sayısal Testi (DNT), Diyabet Bilgi Testi (DKT) gibi kronik hastalıklara özgü ölçüm araçları da bulunmaktadır.

2.4.8. Diyabet Sayısal Testi (Diabetes Numeracy Test, DNT)

Diyabet Sayısal Testi (DNT) ile karakterize edilen sayısal beceriler geleneksel matematik işlemleri (toplama, çıkarma, çarpma ve bölme), sayısal hiyerarşi, kesirler, yüzdeler ve çok adımlı hesaplamaları içerir.

DNT diyabet hastalarının sayısal becerilerini değerlendirmek için tasarlanmış bir ölçektir. Sayısal beceri günlük yaşamda sayıları ve matematik becerileri anlama ve kullanma yeteneği olarak tanımlanabilir. Sayısal beceriler diyabet hastaları için özellikle önemlidir; çünkü bu hastalar diyabet öz-bakımı için sayısal faaliyetlerde bulunmak zorunda kalmaktadırlar. Örneğin glikoz izlenmesi, karbonhidrat sayımı ve insülin ayarlaması için sayısal bilgiler ve beceriler gerekmektedir. Soru gelişimi, geçerliliği kabul edilmiş matematik ve okuryazarlık testlerini inceledikten

sonra yöneltmiştir. Soruları yanıtlamak sadece toplama, çıkarma, çarpma gibi çeşitli matematik becerilerini gerektirmemektedir. Günlük yaşamda bu becerilerin uygulanması için gereken bilgiye sahip olmayı gerektirir.

DNT yazılı veya sözlü olarak uygulanabilir. Ölçek 5 alanda 43 sorudan oluşmaktadır. Bunlar beslenme, egzersiz, kan şekeri izleme, ağızdan alınan ilaçlar ve insülin konularını kapsamaktadır. Ayrıca, bu ölçek toplama, çıkarma, çarpma, bölme, kesirler, çok adımlı matematik, zaman ve numaralama/ sayımı/ sayı hiyerarşisi gibi konularda bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir. Testin uygulama süresi yaklaşık 30 dakikadır (Huizinga ve diğerleri, 2009).

2.4.9. Diyabet Bilgi Testi (Diabetes Knowledge Test, DKT)

Diyabet Bilgi Testi (DKT) Michigan Diyabet Araştırma Eğitim Merkezi (Michigan Diabetes Research Training Center, MDRC) tarafından geliştirilmiş 23 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek diyabet hastalığı ile ilgili genel bir bilgi testi olarak görülmektedir. İlk 14 soru insülin kullanmayan hastalar için uygundur. Ancak soruların hepsi insülin kullanan hastalar için uygulanabilir. Soruları yanıtlamak için 15 dakikalık bir süreç yeterli olabilir (MDRC, 2015).

Sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin değerlendirilmesine göre bu tür ölçekler önemlidir, ancak seçici etkileri ölçmede yeterli değildirler. Kullanılan ölçeklerin her biri ölçüm kapsamı, özellikleri, uygulanabilirliği ve gerçekleştirilebilirlikleri sınırlıdır (Al Sayah, Williams ve Johnson, 2013, s. 50).

2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ulusal Sağlık Enstitülerine göre, sağlık okuryazarlığı ile ilişkili alanlar şunlardır:

- Hasta-hekim iletişimi;
- İlaç etiketleme, tıbbi yönergeler ve tıbbi uyum;
- Sağlık bilgileri yayınları ve diğer kaynaklar;
- Bilgilendirilmiş onay;
- Tıbbi ve sigorta formlarına yanıt;

- Hastanın geçmişini verme yeteneği;
- Halk sağlığı alanında eğitim almak;
- Ortak profesyonel programları değerlendirmeleri, örneğin sosyal çalışma ve konuşma-dil patolojisi (National Institutes of Health, 2013).

Sağlık okuryazarlığı karmaşık bir kavram olarak birçok faktöre bağlıdır; bu faktörler arasında “bireyin iletişim kurma becerisi”, “toplum tarafından bireylere dayatılan talepler” ve “sağlık sistemleri tasarımı” yer almaktadır (Baker, 2006, s. 878). ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (U.S. Department of Health and Human Services) açısından, sağlık okuryazarlığı hem bireysel hem de sistematik faktörlere bağlıdır. Bu faktörler arasında şunlar yer almaktadır:

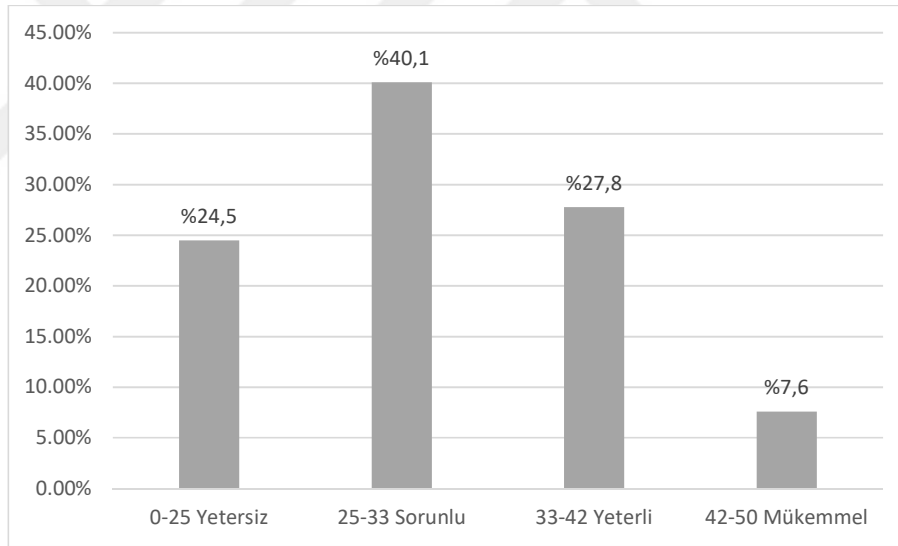
- Sıradan vatandaşların ve profesyonellerin iletişim becerileri;
- Sıradan vatandaşların ve profesyonellerin sağlık ile ilgili konularda bilgileri;
- Kültür;
- Sağlık talepleri ve halk sağlığı sistemleri;
- Durum / bağlam talepleri (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Literatürde yetersiz sağlık okuryazarlığının yüksek sağlık bakım maliyetlerine neden olduğu görünmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı sonucunda, sağlıkla ilgili verilen talimatları anlamakta zorlanmak, önemli bir sağlık sorunuyla ilgili dönemi yönetmekte zorlanmak, ilaçları önerilen şekilde kullanmamak ve kişinin kendi sağlığına zarar verebilmesi gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (Williams ve diğerleri, 2002; Amalraj ve diğerleri, 2009; Chin ve diğerleri, 2011; Knight, 2011).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) yapılan araştırma sonucunda, genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır. Genel gelir ve eğitim seviyesi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olan kişilerde, genel sağlık düzeyi düşük olan bireylerde, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlı olanlarda sağlık

okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (HLS-EU Consortium, 2012).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarına göre, sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının sebepleri olarak ön plana çıkmaktadır. Yaş düzeyi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir, ancak değiştirilemeyen faktör olup, sınırlı sağlık okuryazarlığı riski yüksek düzeyde olan topluluğun tanımlanması, eğitim ve sağlıkla ilgili hizmetlerin sunumundaki stratejilerin ve politikaların belirlenmesinde dikkate alınmalıdır (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014).



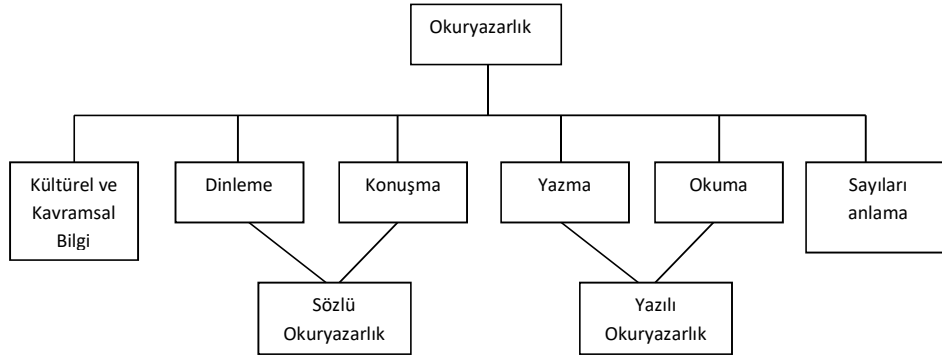
Şekil 2: Türkiye genel sağlık okuryazarlığı indeksi kategorileri

(Kaynak: Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014, s. 43)

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık kavramı ile ilgili bileşen parçaları da içermektedir. UNESCO'nun (2008) tanımına göre okuryazarlık; farklı biçimdeki yazılı kayıtları ve kaynakları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma becerisidir. Okuryazarlık okuma-yazma yeteneği olarak, yazılı ve sözlü yeteneklerden oluşmaktadır. Konuşma ve konuşma anlayışı sözlü okuryazarlık iken, okuma ve yazma yazılı okuryazarlık olarak tanımlanmıştır. Kültürel ve kavramsal bilgi sağlık ve hastalığı anlamayı,

risklerin ve yararların kavramsallaşmasını içerir. Dinleme ve konuşma becerileri kamu sağlık iletişimi, ticari sektörün reklamcılık amaçları ve uygulayıcı-hasta etkileşimleri için gereklidir. Yazma ve okuma becerileri basılı kelimelerin ister etiketler üzerinde olsun, ister ise sağlık eğitim broşürleri veya ilaç şişeleri üzerinde olsun bütün kullanımlar için önemlidir. Sayısal beceriler ise, beslenme, hesaplama, sıcaklık ayarlarını belirleme, yardım paketlerini karşılaştırma ve ilaçların uygun doz ve zamanlamalarını belirleme için gereklidir (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig 2004, s. 38). Tüm bu yetenekler sağlık okuryazarlığı için gerekli ve önemlidir.

Avrupa kavramsal modeline göre, meslek, iş, sosyo-ekonomik durum, aylık gelir, dil, sosyal destek, kültür, politik ve çevresel ortam, aile ve medya kullanımı gibi çevresel ve sosyal faktörlerle sağlık okuryazarlığı arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır (Sorensen ve diğerleri, 2012). Şekil 3'te görüldüğü gibi, sağlık okuryazarlığı temel okuma yeteneğinin ötesine uzanan çeşitli faktörler tarafından etkilenmektedir. Yazılı okuryazarlık, sözlü/işitsel okuryazarlık, sayısal sağlık, kültürel ve kavramsal bilgi bireyin sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, s. 38). Çalışmalara göre, bireyin okuryazarlık becerileri demografik özelliklerine göre (örneğin yaş ve eğitim düzeyi) sağlık durumunu daha da iyi tahmin edebilmektedir (Kirsch ve diğerler, 2002).



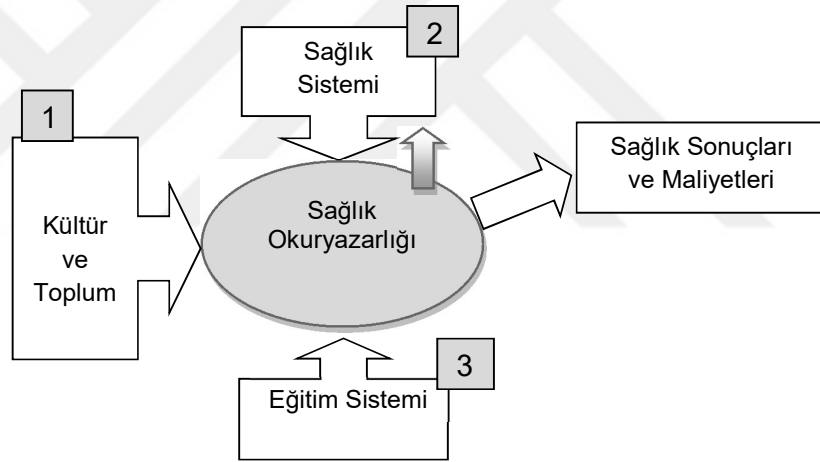
Şekil 3: Okuryazarlık bileşenleri

(Kaynak: Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, s. 38)

Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyokültürel faktörlerin yanı sıra, gelir düzeyi, çalışma durumu gibi sosyoekonomik faktörler, ayrıca yaş, genel bilgi düzeyi, bilginin veriliş yöntemi ve sağlık sunumu ile olan deneyim gibi faktörler de vardır

(Akalin, 2012). Tüm bu faktörlerin içinde eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet ve hastalarda tedavi süresi de yer almaktadır.

Bireylerin yüz yüze geldikleri eğitim sistemi, toplumsal faktörler, kültürel faktörler ve sağlık sistemi potansiyel anlamda sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve şekillendirmekte, bu faktörler ise sonunda sağlık maliyetlerini ve sonuçlarını etkilemektedir. Başka bir deyişle, sağlık okuryazarlığı; kişilerin bireysel becerilerinin sağlık ortamları ve sistemi, aile, eğitim sistemi, iş ve toplumdaki kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşmesi ile şekillenmektedir (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, ss. 4-5).



Şekil 4: Sağlık okuryazarlığının etkilediği alanları
(Kaynak: Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, s. 34)

2.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ

Sağlık okuryazarlığı bireysel yetenekleri geliştiren kazanımlar olarak kurgulanmıştır. Temelde bireyin okuma, sayısal ve bilişsel becerilerini geliştirmeyi hedefler. Sağlık okuryazarlığının kapsadığı bireysel yetenekler şunları içermektedir:

- Okuma, akıcı okuma ve metin anlama yeteneği (düzyazı okuryazarlığı)
- Belgelerdeki bilgileri bulma ve kullanma yeteneği (belge okuryazarlığı)

- Sayısal işlem uygulaması ve basılı materyallerde sayısal bilgi kullanma yeteneği (nicel okuryazarlığı) (Kirsch ve diğerleri, 2002, s. 3).

Daha kapsamlı bir tanıma göre, sağlık okuryazarlığında üç düzey bulunmaktadır (Nutbeam, 2000, ss. 263-264):

1. Temel/İşlevsel okuryazarlık: Temel okuma ve yazma becerileri olarak bireyin günlük işlerini yapmasını sağlayacak okuryazarlık düzeyidir. Bireyler için bilinen içerikteki bilgi kaynaklarını ve materyalleri anlamak kolay olsa da yabancı kelime ve kavramlar içeren tıbbi metinlerin anlaşılması zor olmaktadır (Gazmararian ve diğerleri, 1999, s. 545).
2. İletişimsel ya da etkileşimli okuryazarlık: Diğer kişilerle kurulan iletişim ve etkileşim aracılığıyla sözlü iletilen bilgileri anlamak, gerekenleri ayıklamak ve yeni durumlara bu bilgileri uygulamak üzere kazanılan yetenekleri belirleyen okuryazarlık türüdür.
3. Eleştirel okuryazarlık: Yaşamdaki olayları ve durumları daha iyi kontrol etmek için bilgiler üzerine eleştirel analizler yapma yeteneğini kapsayan okuryazarlık türüdür.

3. BÖLÜM

DİYABET OKURYAZARLIĞI

3.1. KRONİK HASTALIKLAR VE OKURYAZARLIK

Kronik hastalıklar ile yaşamak hasta, sağlık sistemi ve hizmet verenler arasında işbirliğini bir dizi öz-bakım becerilerini gerektirir. Diyabet gibi kronik hastalıkları olan kişilerden, metabolik kontrolü sağlamak, ciddi ve müzmin olumsuzlukları önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için kendi öz-bakımlarını yönetmeleri beklenmektedir. Hastalar bakım konusunda aktif rol almakla birlikte bakım sağlayıcıları ile etkileşimli ortaklıklar geliştirmektedir. Hastalık boyunca olumlu sonuçları almak büyük oranda hastalığın tedavisiyle bağlantılı etkili iletişimle gerçekleşmektedir (Schillinger ve diğerleri, 2002).

3.2. DİYABET

Diyabet (ya da tıptaki Latince adıyla Diabetes Mellitus) pankreastan salgılanan insülin hormonunun tam veya kısmı yetersizliği sonucu protein, yağ ve karbonhidrat metabolizmasında bozukluklar ile tanımlanmış ömür boyu süren kronik hastalıktır. Bu hastalık vücutta insülin hormonunun bulunmaması ya da azlığından kaynaklanmaktadır. Normal metabolizma da besinler, glukoz (şeker) dönüşmek için bağırsaklarda parçalanırlar. Daha sonra bu glukoz bağırsaklardan kana geçince kandaki şeker seviyesi yükselir. Sağlıklı kişilerde kanda bulunan glukoz pankreastan salgılanan insülin hormonu yardımıyla hücrelere taşınır. İnsülin hormonunun vücutta eksikliği ya da bozulmuş etkisi olursa şeker hücreye taşınamayacağı için, glukoz kanda artarak şeker hastalığı adlandırılan kan şekeri yükselmesi (Hiperglisemi) gelişir. Bu kan şekeri yüksekliği devam edecek olursa organlarda (göz, sinir, böbrek, kalp ve diğer organlar) zaman içerisinde önemli bozukluklara sebep olur (Türkiye Diyabet Vakfı, 2013, s. 17).

Türkiye Diyabet Vakfı'na göre, hastalık tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve prediyabet (gizli şeker) olmak üzere başlıca dört tipte görünmektedir (2013, s. 20):

Tip 1 Diyabet: Geçmişte “insüline bağımlı diyabet”, “juvenil diyabet”, “çocukluk döneminde başlayan diyabet” veya “tip I diyabet” olarak da isimlendirilen bu hastalıkta kişilerde yeterli insülin üretimi yoktur ya da çok azdır. Ayrıca, insülin yaşam için önemli olan, vazgeçilmez bir ilaçtır. Diyabet hastalarının %5-10'u bu tip diyabetlidir.

Tip 2 Diyabet: Geçmişte “insüline bağımlı olmayan diyabet”, “erişkin diyabet” veya “tip 2 diyabet” olarak da adlandırılan hastalık, en yaygın görülen diyabet tipidir. Tip 2 diyabetli bireyler insülin üretir, ancak bu insülin hedef dokularda etkili olarak kullanılmazlar. Tip 2 diyabeti, tip 1 diyabete kıyasla daha yaygın görülür; diyabet hastalarının %90'ı tip 2 diyabetlidir.

Gestasyonel Diyabet: İlk kez gebelik sırasında ortaya çıkan diyabet türüdür. Gebeliklerin %2-4'ünde gestasyonel diyabet ortaya çıkar.

Prediyabet (gizli şeker): Normal glukoz toleransı üst sınırıyla aşikâr diyabet arasındaki süreç “prediyabetik dönem” olarak isimlendirilir. Bir başka deyişle, bireyin kan şekeri seviyesi normalden yüksek olmasına karşın diyabet tanısı koymaya yeterli yükseklikte değilse bu durumda birey prediyabetik (gizli şeker hastası) olarak tanımlanır.

3.3. DİYABET OKURYAZARLIĞI

Diyabetin önlenmesi ve kontrolü acil bir halk sağlığı önceliği olarak kabul edilmektedir. Hastalığın saldırgan yapısı, sağlık planlaması ve halk sağlığı müdahaleleri için kaygı kaynağıdır. Diyabet, kalp krizine, körlüğe, böbrek rahatsızlığına, ekstremiteler amputasyona ve diğer kronik durumlara neden olmaktadır (American Diabetes Association, ADA, 2013). Nurss ve diğerlerine (1997) göre, yeni tanı konulmuş diyabet hastalarının %47'si düşük işlevsel sağlık okuryazarlığına sahip iken uzun süre diyabeti yaşayan hastalarda bu oran %25'dir. Öz-bakım becerilerini geliştirmek için sağlık okuryazarlığı değerlendirmeleri ve sağlık bilgilerine erişim iki temel unsurdur (Levin-Zamir ve Peterburg, 2001, s. 89).

Sağlık okuryazarlığı genellikle tartışmalı bir kavram iken, Zarcadoolas, Pleasant ve Greer'nin (2005, ss.196–197) sağlık okuryazarlığı tanımını temel alarak, diyabet okuryazarlığı tanımı Black (2012) tarafından yeni bir kavram olarak belirlenmiştir. Black'e göre diyabette bilgiyi kavrayabilme, değerlendirme ve kullanma önemlidir. Diyabet hastalarına yönelik eğitim programları hastalığın yönetimi ile ilgili olup genelde düşük diyabet okuryazarlığına ve sayısal becerilere sahip olan bireyler için düzenlenmeler yapmak gerekmektedir (Wolff ve diğerleri, 2009).

Düşük okuryazarlık becerileri bakım hizmetlerine erişimi doğrudan etkileyebilir. Baker ve diğerlerinin (1996) çalışmalarına göre, düşük okuryazarlık becerilerine sahip olan bireyler sağlık bakım ortamlarını dolaşmakta, bakım için gerekli formları doldurmakta, ilaç yönergelerini takip etmekte ve doktor tarafından iletilen bilgileri anlamakta zorluklar yaşamaktadırlar. Ayrıca, düşük okuryazarlık becerileri olan bireylerin bakım planının temel bileşenleri konusunda bilinçli olmadıkları görülmektedir. Schillinger ve diğerleri (2004, s. 320) diyabet hastalarına yönelik sağlık okuryazarlığı ile hasta-doktor arasında iletişimi incelemişlerdir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler durumları hakkında doktorların açıklamalarını, bakım süreçlerine ilişkin açıklamaları, tedavi plan uyumları konusunda zorluklar yaşamaktadırlar.

3.3.1. Diyabette Öz-Etkililik

Öz-etkililik bir başka deyişle öz-yeterlilik okul başarısı, psikolojik bozukluklar, ruhsal ve fiziksel sağlık gibi pek çok farklı alanda kullanılabilmektedir. Yeterlilik kişiye bağlı inançları, bireylerin düşünmeye yönelik biçimlerini, sorun çözme becerilerini ve duygusal davranışlarını etkiler (Kaptan ve Korkmaz, 2002). Coffman, Shellman ve Bernal'a (2004) göre, düşük öz-etkililik duygusu depresyon, çaresizlik ve anksiyete duygusuyla birlikte ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu bireyler yetersiz öz-güvene sahip olup, bireysel gelişimleri ve başarıları hakkında olumlu olmayan düşüncelere sahiptir. Yüksek öz-etkililik algısı olan bireyler, daha riskli ve zor işlere girişmeye eğilimlidirler, hedefleri yüksektir ve bu hedeflere ulaşmak için azimle çalışırlar. Öz-etkililik seviyesinin yüksek olması

kişisel diyabet yönetiminin iyi olduğunun bir göstergesi iken, düşük olması ise etkili ve uygun diyabet yönetiminin sağlanmasında engel olarak görülmektedir (Glasgow, Toobert ve Gillette, 2001, s. 40).

Diyabet hastalarının karmaşık diyabet bakım ve tedavisi ile etkili bir şekilde baş edebilmeleri için yeterli seviyede öz-etkililiğe sahip olmaları beklenmektedir. Diyabet hastalarının öz-etkililik düzeyleri artırılarak öz-bakıma yönelik davranışlarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi sağlanabilir (Van Der Ven ve diğerleri, 2003, s. 717).

Araştırmalara göre, diyabet hastalarında öz-etkililik ve öz-bakım arasında ilişki bulunmaktadır. Bernal ve diğerlerinin (2000) diyabet hastalarında öz-etkililik ile öz-bakım arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmada, diyabet ile ilgili eğitim programlarına katılan bireylerin ve ev ortamında bakım hemşiresi tarafından ziyaret edilen hastaların, insülin tedavisi ve beslenme ile ilgili öz-etkililik algılarının arttığı saptanmıştır.

3.3.2. Diyabette Öz-Bakım

Genel olarak öz-bakıma yönelik yedi davranış türü bulunmaktadır: sağlıklı beslenme, aktif olma, izleme, ilaç alma, problem çözme, riskleri azaltma ve sorunları yenme (ADA, 2013). Sağlıklı gıda seçenekleri yapmak, porsiyon boyutlarını anlamak ve yemek için en iyi zamanları öğrenmek diyabet yönetimi için önemli konulardır. Genel fitnes, kilo yönetimi ve kan şekeri kontrolü düzenli etkinlikler için önemlidir. Diyabet ilerleyen yapıdadır. Diyabet türüne bağlı olarak bu alandaki sağlık uzmanları uygun tedavi yöntemlerini ve ilaçlarını belirleyerek hastalara büyük yardımlarda bulunabilirler. Diyabetli bireyler problem çözme konusunda yüksek düzeyli becerilere sahip olmaları gerekmektedir; çünkü fiziksel değişiklikler ve hastalık türü gıda, aktiviteler ve ilaçlara yönelik hızlı ve bilinçli kararlar vermek gerekmektedir. Etkili risk azaltma davranışları, örneğin sigarayı bırakma ve düzenli göz, ayak ve diş muayenesi diyabet komplikasyonlarını azaltabilir ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarabilir. Sağlık durumu ve yaşam kalitesi, sosyal ve psikolojik faktörler tarafından etkilenir. Psikolojik sorun sağlığı

ve bireyin motivasyonunu doğrudan etkileyebilir (American Association of Diabetes Educators, 2010).

Diyabette öz-bakım glikoz önlemlerinin yorumlanması, ilaçların ayarlanması ve diyet önerileri gibi sayısal görevlere dayanır. Bu nedenle, sayısal becerileri yüksek olan hastalar öz-bakım görevlerini daha da yüksek bir öz-güven ile yapmaktadırlar. Kalp hastalıkları gibi birçok kronik hastalıkların tıbbi tedavide okuryazarlıklar önemli faktörler olarak belirlenmiştir (Kripalani, Gatti ve Jacobson, 2010, s. 180), ancak diyabetli hastalarda bu ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Kronik hastalıklar dünya genelinde en önemli sağlığa yönelik sorun olarak ele alınmaktadır. Bu tür hastalıklar bireyi ruhsal, fiziksel, ekonomik ve sosyal olarak çok yönlü etkilemektedir. Hastalık sürecinde bireyin karşılaştığı değişimler ve kayıplar öz-bakımını sürdürmesini zorlaştırarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastaların öz-bakım güçlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi için hastalığı kendi ortamlarında kontrol edebilmeleri, hastalık döneminin belirsizliklerinden ve olumsuzluklarından uzak kalmaları için sağlık personelinin yanı sıra, konu ile ilgili bilgi sağlayanların ve sağlık eğitmenlerinin desteğine büyük gereksinim duyulmaktadır.

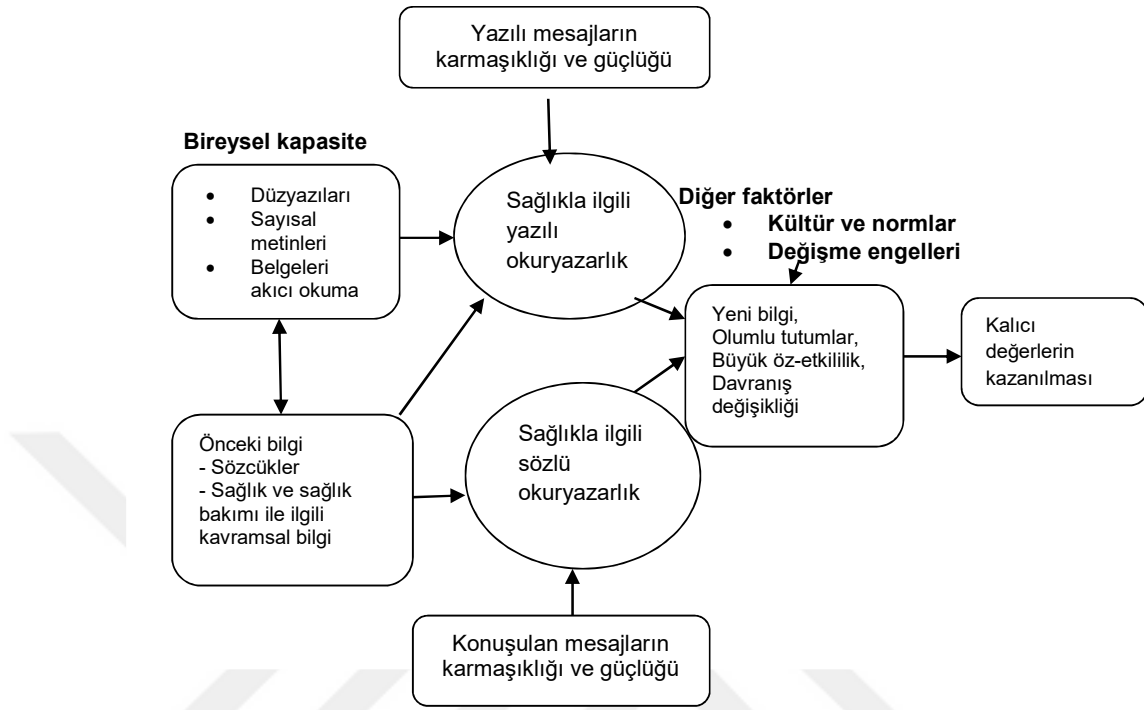
3.3.3. Diyabette Sağlık Okuryazarlığı

Diyabet hastalığına yönelik bilimsel tedavi yöntemleri ve yaşam tarzındaki hızlı değişimler sonucunda gelişmiş veya gelişmekte olan toplumların tamamında özellikle tip 2 diyabet yaygınlığı hızla yükselmektedir. Diyabeti en uygun biçimde yönetmek için çok disiplinli sağlık bakım hizmetleri, sağlık konusunda bilgi sağlayıcıları ve hastalar arasında işbirliği gerekmektedir.

Kronik hastalıkların bakımına katkıda bulunan birçok belirleyici olsa da, geçtiğimiz 20 yıl içinde diyabete yönelik etkili faktör rolü oynayan sağlık okuryazarlığı kavramı hakkında çalışmalar artmaktadır (Cavanaugh, 2011, s. 191). UNESCO'nun 2012 yılı verilerine göre, Türkiye'de genel okuma ve yazma oranı 15 yaş ve üstü erkeklerde %98.26, kadınlarda %91.60 olmak üzere

toplamda %94.92'dir (UNESCO, 2012). Gelişmiş ülke ortalaması %99.66'dır. Benzer biçimde 2012 yılı verilerine göre, Türkiye'de 25 yaş ve üstü nüfusta ortalama okullaşma süresi kadınlarda 6,7 yıl, erkeklerde 8,5 yıl ve toplamda ise 7,6 yıldır. Amerika Birleşik Devletleri'nde okullaşma süresi 12,0 yıldır. Görüldüğü gibi okullaşma süresi ve genel okuryazarlık oranı açısından Türkiye gelişmiş olan ülkelerin gerisinde bulunmaktadır. Ancak, Amerika Birleşik Devletleri örneğine baktığımızda 90 milyon Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı, temel okuryazarlık becerilerine ve 110 milyondan fazla kişi düşük sayısal becerilere sahiptir (Kutner, Greenberg ve Baer, 2005). Diyabet hastaları arasında ise düşük sağlık okuryazarlığı söz konusudur. Tahminlere göre sağlık okuryazarlığı oranı bu kitle arasında %15 ile %40 arasında değişmektedir (Cavanaugh ve diğerleri, 2008; Rothman ve diğerleri, 2005; Schillinger ve diğerleri, 2002).

Hastalığa özgü bilgi edinimi, öz-bakım ve öz-etkililiği geliştirmek yoluyla sağlık okuryazarlığı önemli sağlık sonuçlarını etkileyebilir. Baker'in kavramsal modeline göre, okuryazarlık becerileri, yazılı ve sözlü sağlık bilgileri ve diğer faktörler, örneğin kültürel davranışlar başarılı öz-bakıma neden olmaktadır (Baker, 2006, s. 879). Literatürde derinliği sınırlı olmasına rağmen, bu yolların kan şekeri kontrolü gibi önemli sonuçları da dâhil olmak üzere, diyabet hastalarında incelenmiştir.



Şekil 5: Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına rolü kavramsal modeli
(Kaynak: Baker, 2006, s. 879)

Diyabet hastalarında hipoglisemi, hiperglisemi ve düzgün öz-bakım kontrolleri hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir. Yapılan araştırmalar sağlık okuryazarlığı ile sayısal beceriler arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Cavanaugh ve diğerleri, 2008; Rothman ve diğerleri, 2005; Schillinger ve diğerleri, 2002). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan diyabet hastaları yetersiz hastalık bilgilerine (Rothman ve diğerleri, 2005; Williams, Baker, Parker ve Nurss, 1998), kan şekeri kontrolü yapamama (Cavanaugh ve diğerleri, 2008; Rothman ve diğerleri, 2005; Schillinger ve diğerleri, 2002), gıda etiket yorumlamasını bilmeme (Huizinga ve diğerleri, 2009; Rothman ve diğerleri, 2005), diyabet yönetiminde düşük öz-güvene, zayıf öz-bakım davranışlarına (Cavanaugh ve diğerleri, 2008; Rothman ve diğerleri, 2005; Schillinger ve diğerleri, 2002) ve düşük iletişim becerilerine (Arthur ve diğerleri, 2009) sahip oldukları saptanmaktadır. Örneğin, diyabet eğitimine katılmalarına rağmen sadece %50 oranında yetersiz okuryazarlık becerilerine sahip diyabet hastaları yaygın hipoglisemi belirtilerini ayırt etmişlerdir (Williams, Baker, Parker ve Nurss, 1998). Diyabet ile ilgili bilgileri geliştirmek için

mevcut çalışmalar bilgisayar tabanlı teknolojileri içermektedir. Samal ve diğerklerine (2010, s. 9) göre, diyabet hastalarının %83' diyabet bakımı konusunda öğrenme isteğinde bulunup, bilgisayar odaklı temel bilgileri elde etme abasinda bulunmaktadırlar. Ancak, düşük okuryazarlığa sahip hastalar yüksek okuryazarlığa sahip hastalara göre çoklu ortam ve teknoloji tabanlı bilgileri geliştirmek konusunda geride kalmaktadırlar; bu yüzden bu grup insanlar için diğerk destekleyici stratejiler gerekmektedir (Kandula ve diğerkleri, 2009, s. 322).

3.3.4. Diyabette z- Etkililik, z-Bakım ve Sağlık Okuryazarlığık Arasındaki İlişkiler

nceki araştırmalar sağık okuryazarlığının kronik hastalıkların öz-bakımına yönelik önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Astım ve hipertansiyon gibi hastalıklarda, düşük sağık okuryazarlığık düşük öz-bakım bağılılığı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Dewalt ve diğerkleri, 2007, s. 6; Evangelista ve diğerkleri, 2010, s. 9). Sağık okuryazarlığık ihtiyaçlarına yönelik uygun öğrenim koşulları okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesine büyük katkıda bulunmaktadır (Wallace ve diğerkleri, 2009, s. 5), ancak bu durum artirit hastalığında söz konusu olmamaktadır. Çoğu hastalıklar için sağık okuryazarlığık ve öz-bakım arasındaki ilişki saptanmamıştır. Bu konuda daha fazla araştırma gerekmektedir (Berkman ve diğerkleri, 2011).

Orem'in (2003) geliştirdiğı öz-bakım kavramı, kişinin yaşamını, sağık korumak için gerekenleri yapmasını içerir. Bu beceri, eğıtim, iletişim, kültür ve etkileşimle gelişir. Bireyin bakımını gerçekleştirme becerisi ise öz-bakım gücü/becerisi olarak tanımlanır. Başka bir deyişle, öz-bakım gücü, kişinin yaşamını, bakım gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenleme ve geliştirme yeteneğidir.

Diyabette z-bakım, kan şekeri düzeyini izlemekten diyeti düzenlemeye ve ayak bakımına kadar pek çok etkinliğı içerir; hastalar bu bileşenlerden bazılarını yerine getirirken diğerklerini aksattıklarını bildirmektedirler (Glasgow ve Anderson, 1999).

Sınırlı sağık okuryazarlığık hastalık yönetimi için bir engel veya düşük glisemik kontrolü ile ilişkili olsa da, sağık okuryazarlığık ve diyabet durumu arasındaki

ilişkilerin temelini oluşturan mekanizma bilinmemektedir. Bazı çalışmalar sınırlı sağlık okuryazarlığını yetersiz kan şekeri kontrolü ile ilişkili bulmuştur (Schillinger ve diğerleri, 2002; Powell, Hill ve Clancy, 2007). Oysa diğerleri sınırlı sağlık okuryazarlığını yetersiz hastalık ile ilgili bilgilerle ilişkili bulunmaktadır (Morris ve diğerleri, 2006; Mancuso, 2009).

Özçakar, Kartal ve Kuruoğlu (2009, s. 17) tarafından yapılan çalışmalara göre, diyabet ile ilgili temel zorluk ve müdahaleler konusundaki bilgi eksikliği öz-bakım puanını olumsuz yönde etkilemektedir.

Diyabet eğitimi önemlidir, ancak hastaya öz-bakım faaliyetlerinin aktarılması gerekmektedir. Öz-etkililik, kişinin öz-bakım ve yönetim davranışlarını devam etmede etkin olma gücüdür. Örneğin egzersize yönelik öz-etkililiğin, kilo kontrolünün veya vermenin belirtisi olduğu belirlenmiştir. Diyabet hastasının günlük egzersiz programını devam etmesi ancak bunu yapabileceğine ilişkin inancı varsa mümkün olur. Öz-etkililiğin eğitim ile hedeflenen olumlu davranış değişikliğini yaratmada ve devam etmede önemli rolünün olduğu belirtilmektedir (Özcan, 2001, s. 42).

Gleeson-Kreig (2006, s. 73)'ne göre, öz-etkililik düzeyinin yükselmesi ve elzem davranış değişikliklerinin sağlanabilmesi için diyabet hastalarına bireysel sorumluluk verilmelidir. Öz-etkililiğe dayanarak insan nasıl hissettiğini, düşündüğünü, kendini motive ettiğini ve zaman içinde davrandığını belirleyebilir. Bohanny ve diğerlerine (2013, s. 500) göre, yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler yüksek derecede öz-etkililiğe sahiptirler. Daha yüksek öz-etkililiğe sahip olan diyabet hastaları daha da iyi öz-bakım becerilerine sahiptirler. Öz-etkililiğin tip 2 diyabetli hastalarda öz-bakım davranışlarının önemli bir belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir. Tip 2 diyabette öz-etkililik ve öz-bakım davranışları arasındaki ilişki Wu ve diğerlerinin (2007, s. 251); Xu ve diğerlerinin (2008, s. 618) çalışmalarında $r=0,44$ ($p < 0.01$) ve $r=0,50$ ($p < 0.01$) olarak belirlenmiştir.

Diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığına yönelik öz-bakım ve öz-etkililik faaliyetleri, kan şekeri düzeylerinin kontrolü, doğru diyabet ilaçlarını almak, aşırı

hipoglisemiye izlemek ve diyabetik beslenme planını takip etmek çok önemlidir. Sayılan bu kazanımların eğitimle sağlanacağı bir gerçektir.

3.4. DİYABETTE SAYISAL BECERİLER

Sayısal ya da günlük hayatta sayıları kullanma becerisi, okuryazarlığın önemli ancak yedek bileşenidir (Rothman ve diğerleri, 2005, s. 220). Sağlık ile ilgili sayısal beceriler ölçüm, tahmin, zaman anlama, risk yorumlama, çok adımlı işlemler ve problem çözmek için uygun matematiksel becerilerin kullanımı hakkında karar verme yeteneklerini kapsamaktadır. Sayısal beceriler diyabet bakımına yönelik en kritik bileşenlerden birisidir ve başarılı bir diyabet öz-bakımı için önemli rol oynamaktadır. Genellikle sayısal beceriler kan şekeri izlemesi, karbonhidrat sayımı ve ilaç uygulanması için gerekli olan beceriler arasında yer almaktadır (Cavanaugh ve diğerleri, 2008, s. 741). Düşük sayısal becerilere sahip olan diyabet hastaları hastalık ile ilgili daha az bilgiye sahip olup öz-bakım faaliyetlerine daha az katılmaktadırlar. Ayrıca, düşük sayısal becerilere sahip olanlar öz-etkililik, Vücut Kitle İndeksi (Body Mass Index, BMI) hesaplaması ve glisemik kontrolü gibi bazı alanlarda sorunlar ile karşı karşıya gelebilirler (Cavanaugh ve diğerleri, 2008). Diyabet hastalığına özgü “sayısal” terim diyabet bakımı kapsamında hastaların uyguladıkları sayısal becerileri yansıtmaktadır.

3.5. SAĞLIK BİLGİLERİ

Sağlık okuryazarlığı kişinin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici biçimde temel sağlık hizmetlerini ve bilgilerini edinebilme, anlayabilme ve yorumlayabilme kapasitesi olarak ele alınabilir. Sağlıkla ilgili bilgileri anlamak ve alacağı sağlık hizmetinin karar verme sürecinde aktif rol ve sorumluluk almak her bir insanın hakkıdır. Bireyin sağlık bilgilerinin sağlık kurallarına uyumunu, sağlık hizmetleri kullanımını, sağlık bakım katılımını, bilinçli karar vermelerini, dolayısıyla sağlık sonuçları üzerine açık bir etkiye sahip olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için önemli rol oynadığı gösterilmiştir (Lambert ve Loiselle, 2007, s. 1012; Wathen ve Harris, 2006).

Sağlık okuryazarlığı ve sağlıkla ilgili bilgilerin iletişimi günümüzde eskiye göre çok daha önem kazanmıştır. Diğer yandan, sağlık bilgilerini iletmek ise bugün zor bir hale gelmiştir. Bunun nedenleri arasında

- Tanı koyma ile ilgili sürecinin karmaşıklığı;
- Sınırlı genel okuryazarlık seviyesi;
- Yaşa bağlı olan fiziksel ve bilişsel değişiklikler;
- Devamlı yenilenen ve artan araştırma bulguları;
- Kültürel farklılıklar;
- Dinleme, öğrenme ayrıca hatırlamayı etkileyen duygusal ve ruhsal durumlar sayılabilir (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014, s. 17).

İnsanlar bireysel gereksinimlere ve koşullara bağlı olarak sağlık bilgi arama davranışlarında bulunmaktadır, ancak bilgi aramada en önemli nedenler arasında sağlıklı yaşamı sağlama, hastalıkları tedavi etme, ilaç kullanma, karar verme ve başkalarına yardım etme isteği yer almaktadır (Warner ve Procaccino, 2004, s. 721).

Dahlen (1993, s. 153) iki tür sağlık bilgisi belirlemiştir. Bunlardan ilki hastalığın süresi ve gelişimi ile ilgili bilinçli karar vermek için kullanılan bilgi, ikincisi ise tüketici sağlık bilgisi olarak adlandırılan sağlık ve tıbbi konular ile ilgili bilgilerin kullanılmasıdır (NLM, 1996). Bu tür bilgiler kendi özgü amaçlarına göre üç kategoriye ayrılabilir:

1. Kişisel sağlık;
2. Tıbbi tedavi;
3. Halk sağlığı.

Kişisel sağlığın amacı sağlıklı yaşam ve öz-bakımdır. Tıbbi tedavinin amacı tedavi etmek ya da bir sağlık sorununun yönetilmesidir. Halk sağlığının amacı ise, bireysel ya da kurumsal davranışı değiştirmek için hastalığı hafifletmek ya da sağlıklı uygulamaları desteklemektir (Deering ve Harris, 1996. S. 211).

Huber, Boorkman ve Blackwell (2008) tüketici sağlık bilgileri ve geleneksel sağlık/tıbbi bilgiler arasındaki farklılıkları belirlemişlerdir. Tüketici sağlık bilgileri

genel halk için hazırlanırken, dağıtım yöntemi ise informal (gayri resmi) ya da formal (resmi) olabilir, geleneksel sağlık bilgileri sağlık profesyonelleri (örneğin doktorlar, hemşireler, sağlık bilimleri fakülteleri) tarafından kullanılan ve genellikle daha resmi ortamlarda (örneğin hastaneler, sağlık bilimleri kütüphaneleri) sunulan bilgidir.

Sağlıkla ilgili bilgilerin değerlendirilmesinde temel kriterler şunlardır:

1. Doğruluk;
2. Bütünlük;
3. Otorite;
4. Kullanışlılık;
5. Erişebilirlik (Eysenbach ve diğerleri, 2002; Stivilia ve diğerleri, 2007).

Çok sayıda faktör hastaların sağlığa yönelik bilgiye gereksinim miktarını, türünü ve zamanlamasını etkilemektedir. Faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kültür, hastalık, hastalık aşamaları, duygusal durum ve motivasyon yer almaktadır (Stvilia, Mon ve Yi, 2009, s. 1787).

3.5.1. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynakları

Çok çeşitli sağlık bilgi kaynakları arasında aktif iletişim kanalları (kişilerarası iletişim, yazılı basın, internet) ve pasif iletişim kanalları (televizyon ve radyo) bulunmaktadır (Pasco ve diğerleri, 2005, s. 2049).

Birçok çalışmaya göre, bireyin sağlıkla ilgili bilgi kaynağı kullanım yöntemi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir (Shieh ve Halstead, 2009, s. 607; Institute of Medicine, 2004; Ishikawa ve Yano, 2008, s. 117). Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarının çoğunluğu internet üzerinde tüketici sağlık bilgilerini aramalarına rağmen, birçok insan hala bu tür bilgileri geleneksel basılı kitaplar ve dergiler gibi kaynaklardan bulmaktadır (Tu ve Hargraves, 2003). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan kişiler bilgi kaynağı olarak yazılı materyallerden ziyade kendi doktorlarına sorma veya televizyondan bilgi alma eğilimindedirler (Ishikawa, Yano, 2008, s. 117). 2003 yılında yayınlanan Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal

Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy) raporuna göre, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan yetişkinler sağlık bilgilerini radyo ya da televizyondan elde etmektedirler (Kutner ve diğerleri, 2006, s. 21). Bu çalışmada kütüphaneler sağlık bilgilerinin potansiyel kaynağı olarak yer almamaktadır.

Britigan (2009, s. 71)'ın çalışmasında sağlık bilgi kaynakları 5 kategoriye ayrılmıştır:

1. Tıbbi: Hastane, klinik, doktor, hemşire ve tıbbi broşür;
2. Medya: Televizyon, radyo, internet, dergiler, kitaplar, kütüphane ve e-mail;
3. Halk: Topluluk merkezleri, akrabalar, arkadaşlar, komşular, sağlık eğitimcileri, kilise;
4. Öz-yardım: Dualar, çaylar, doğal ilaçlar, halk şifacıları;
5. Diğer

Sağlık okuryazarlığına yönelik sağlıkla ilgili bilgi kaynakları üzerine çeşitli stratejiler kullanarak daha kolay ve daha fazla bilgi kullanma imkânları sağlanmaktadır. Basitleştirilmiş yazılı malzemelerin sağlanması, yazılı içerikler yerine görsel materyallerin kullanılması, hastanın kültürü veya diline uygun materyallerin sağlanması ve eğitim destek programlarının sunulması sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının hızlı ve kolay kullanımlarını mümkün kılacaktır (Institute of Medicine 2004; Kandula ve diğerleri, 2009, s. 324). Bu stratejiler kültürün ve sağlık bakım sisteminin sağlık okuryazarlığına olan etkilerini göstermektedir. Araştırmacılara göre düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler sağlık okuryazarlığı düzeylerine uygun talimatları tercih etmektedirler (Institute of Medicine 2004). Ancak, bu eğitim girişimleri sağlık okuryazarlığı düzeyini değiştirmek için tasarlanmamıştır. Uygun sağlık bilgileri ve bu bilgilerin anlaşılması sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için esastır. Bireyler kendi sağlıkları üzerine kontrol kapasitesine sahip olmak için bireysel ihtiyaçları, kültürel ve sosyal geçmişlerine uygun ve erişilebilir sağlık bilgilerine gereksinim duymaktadırlar. Bazen sağlık profesyonelleri veya ek bilgi kaynakları, örneğin internet yararlı olabilir.

3.5.1.1. Basılı Kaynaklar

Çoğu tıp ve halk sağlığı literatürü sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalarında sağlık ortamlarında ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla kullanılan basılı materyallerin okunabilirlik seviyelerini incelemektedirler. Bazı çalışmalar kalp hastalıkları, kanser ve diyabet gibi belirli hastalıkları hedef alarak bu hastalıklar ile ilgili materyallerin türlerini inceleyerek daha geniş bir yaklaşım sunmaktadırlar (Safeer ve Keenan, 2005, s. 465). Sağlıkla ilgili çeşitli kaynakların okunabilirliğine yönelik literatürden belirgin bir eğilim ortaya çıkmaktadır. Buna göre toplumun okuryazarlık becerileri ve bilgi kaynağı kullanma talepleri arasında çok büyük bir uyumsuzluk vardır. Davis ve diğerlerinin (1990, s. 536) çalışmasında hastaların okuduğunu anlama ve hasta eğitim materyallerini okuma düzeyleri incelenmiştir. Yapılan çalışmaya göre, katılımcıların %60'nın okuma düzeyi katıldıkları program düzeyinin üç seviye altında yer almıştır. İncelenen 160 eğitim materyali arasında sadece dokuzu materyal 9. sınıf seviyesine kadar hazırlanmıştır. Diğer araştırmacılara göre, yüksek okuma düzeyine sahip olanlar genellikle eğitim materyallerinin bir alt sınıf düzeyde hazırlanmasını ve sade bir dille sunulmasını tercih ederler (Koo, Krass ve Aslani, 2003, s. 260; Safeer ve Keenan, 2005, s. 464). Az sayıda çalışma basit eğitim materyallerinin bilgi düzeyi yükselmesine neden olduğunu gösterse bile, hiçbir çalışma basit olan materyallerin sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermemektedir (AMA, 1999). Yazılı materyaller çok sayıda gözden geçirilse de, hastalar için en iyi bilgi iletişim yöntemi hala belirlenmemektedir. Literatürde basılı kaynakların oluşumu ve düzeni hakkında eksik bilgi olduğu görünmektedir. Değerlendirmede kullanılan güncel belgeleri sağlamadan neyin ölçüleceğini tam olarak ortaya koymak zordur.

3.5.1.2. İnternet

Basılı materyallerin yanı sıra, insanlar giderek sağlık bilgilerini elde etmek için elektronik ortama yönelmektedirler. İnternet kullanımı büyümeye devam etmektedir ve sağlığın geliştirilmesi için büyük bir potansiyele sahiptir. Türkiye'de 2014 yılında internet kullanım oranları 16-74 yaş grubundaki bireylerde %53,8 olmuştur. Bu oranlar erkeklerde %63,5 iken, kadınlarda %44,1'dir (TÜİK, 2014).

İnternet günün 24 saati, haftanın 7 günü kullanılabilir. İnternet zaman tasarrufu açısından aynı anda bireyin uygun zamanda bilgi erişimi için önemli rol oynamaktadır. Ayrıca, bireyler anonim bir şekilde arama yapabilirler. İnternet bireylerin tedavi konusunda kararlarına yönelik yardımcı olabilmektedir, ayrıca tıbbi bakım ve sosyal destek aramalarının yanı sıra aktif bakım programlarına katılmalarını da sağlamaktadır. Pew internet sonuçlarına göre, tıbbi amaçlara yönelik hastalığa özel bilgi arama bireylerin internet teknolojilerini kullanmak için temel nedenlerinden biridir (Madden ve Rainie, 2004). İnternet aynı zamanda sağlıkla ilgili davranışları etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık ile ilgili internet sitelerini ziyaret etmek olumlu davranışlar arasında düşünülmektedir. Bu eylemler arasında: tedavi hakkında doktorla konuşmak (%54), tedavi ile ilgili kararlar almak (%45) ve değiştirilmiş egzersiz / beslenme alışkanlıkları (%46) yer almaktadır (CyberCitizen, 2001).

İnternetin giderek artan kullanımının yanı sıra olumsuz yönler ve kullanıcının karşılaştığı engeller de bulunmaktadır. İnternet sitelerinde çoğu zaman arama yapmak zordur, yanlış bilgi çoktur ve bir konu hakkında çok sayıda bilgi bulunmaktadır. Hastalar internet kullanımında bir kaç engelle ile karşılaşmaktadırlar. Çalışmalarda belirlenen engeller şunlardır (Birru ve diğerleri, 2004):

- Erişim sıkıntısı;
- İnterneti etkin bir şekilde nasıl kullanılacağına ilişkin bilgi eksikliği;
- Güvenilir kaynak seçimine ilişkin bilgi eksikliği;
- Bilgi kavrama konusunda yetersizlik.

3.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE BAĞLANTISI

Demografik özellikler nüfus bilminde demografik görüntüyü geliştirmek için kullanılan yaş ve cinsiyet gibi nüfus özellikleridir. Sosyal bilimciler genellikle insanları demografik değişkenlere dayanarak gruplandırmaktadırlar. En sık kullanılan demografik değişkenler şunlardır:

- Adres

- Yaş
- Eğitim düzeyi
- Çalışma durumu
- Aile büyüklüğü
- Ana Dili
- Medeni durum
- Milliyet
- Meslek
- Mesleki durum
- Ebeveynlik durumu
- Irk / Etnik / Göçmenlik durumu
- Din
- Cinsiyet
- Sosyoekonomik Statü (SES)

Literatüre bakıldığında farklı araştırmalarda farklı demografik özellikler incelenmiştir. Genel olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, yaşam kalitesi ve tarzı, mali durum, ırk ve dil gibi özellikler sağlık okuryazarlığı çalışmalarında ele alınmıştır (HoTang ve diğerleri, 2008; Ozdemir ve diğerleri, 2010; McCleary-Jones, 2011; Yi, 2012; Bohanny ve diğerleri, 2013; Morris, Maclean ve Littenberg, 2013; Nguyen ve diğerleri, 2013, Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014; Hamzah, Suandi ve Ishak, 2016; Estacio, Whittle ve Protheroe, 2017).

Demografik özellik olarak yaşa baktığımızda, diyabet hastalarına yönelik sağlık okuryazarlığı çalışmalarında yaş ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ya hiç bir ilişki bulunmamaktadır ya da tamamen negatif bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaşlı bireylerde düşük seviyede olmaktadır (HoTang ve diğerleri, 2008, s. 81; Ozdemir ve diğerleri, 2010, s. 470; Sakar ve diğerleri, 2010, s. 965; Bohanny ve diğerlerine, 2013, s. 499; Morris, Maclean ve Littenberg, 2013, s. 641; Nguyen ve diğerleri, 2013, s. 143; Hamzah, Suandi ve Ishak, 2016; Estacio, Whittle ve Protheroe, 2017, s. 2).

Cinsiyet özelliği ve sağlık okuryazarlığı ilişkileri çoğu çalışmada incelenmemiştir. Bohanny ve diğerleri (2013, s. 499) tarafından yapılan çalışmalara göre, kadın ya da erkek olma durumu sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili değildir. Ancak Hamzah, Suandi ve Ishak'ın (2016) çalışmalarında kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yi'nin (2012, s. 67) çalışmasında yine aynı sonuç ortaya çıkmıştır. Başka bir çalışmada, yine erkeklerin kadınlara göre daha da düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları görülmüştür (Nguyen ve diğerleri, 2013, s. 143).

Sağlık okuryazarlığı bireyin okuma ve yazma yeteneğinden daha fazlasını içerir. Okuma ve yazma becerilerinin yanı sıra eğitim düzeyi de sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı ile ilişkili en önemli demografik özellik olduğu görünmektedir (Ozdemir ve diğerleri, 2010, s. 474). Üniversite düzeyinde eğitilmiş hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha da yüksek olmaktadır (Institute of Medicine, 2004). İlkokul mezunlarının veya sadece bir kaç yıl eğitim alan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz ve düşük seviyede olmaktadır (HoTang ve diğerleri, 2008, s. 81; Estacio, Whittle ve Protheroe, 2017). Diyabet hastalarına yönelik sağlık okuryazarlığı çalışmalarında eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çoğu incelemelere göre, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında doğrudan ilişki bulunmaktadır. Okuma ve yazma bilmeyen bireyler ilk ve ortaokul mezunları ya da bir başka deyişle eğitim düzeyleri düşük olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi de düşük ya da yetersiz olduğu saptanmıştır (HoTang ve diğerleri, 2008, s. 81; McCleary-Jones, 2011, s. 30; Yi, 2012, s. 69; Morris, Maclean ve Littenberg, 2013, s. 644; Nguyen ve diğerleri, 2013, s. 143). Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişkinin olmayışı bazı çalışmalarda vurgulanmıştır (Bohanny ve diğerleri, 2013, s. 499).

Aylık gelir ya da ekonomik durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olup, olmadığı bazı çalışmalarda incelenmiştir. Yüksek ya da iyi gelir düzeyine sahip olan bireylerde genellikle sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksektir (Ozdemir ve diğerleri, 2010, s. 470; Hamzah, Suandi ve Ishak, 2016; Estacio, Whittle ve Protheroe, 2017).

Medeni durum ile sağlık okuryazarlığı düzeyi çoğu çalışmalarda incelenmemiştir. İncelenen alışmalar arasında Bohanny ve diğerlerine (2013, s. 499) göre, diyabet hastaları arasında medeni durum ve sağlık okuryazarlığı arasında hiçbir ilişki bulunmamaktadır. İstatistiksel olarak medeni durum ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bağlantı yoktur (HoTang ve diğerleri, 2008, s. 80).

Diyabet eğitimi hastalığın yaşam üzerindeki etkilerini kavrayabilme yeteneğine yardımcı olmaktadır. Diyabetli bireyler bu tür eğitimler sayesinde hastalığın her açıdan yaşamları üzerindeki etkilerini anlamalarını sağlar. Ancak, sadece bir seferlik eğitim kursu diyabet hastalığını yaşam boyu takip etmeye yetecek beceriyi ve bilgiyi kazandırmaz. Kronik hastalıklarda, özellikle diyabette eğitimin srekliiliği ve bilginin güncelliği gerekmektedir.

4. BÖLÜM

SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞININ TÜRKİYE UYGULAMALARI

Türkiye’de kronik hastalıkların görülme sıklığı giderek artmaktadır. Toplum ya da bireye yönelik yapılacak uygun girişimlerle mevcut bilgi ve deneyimler sayesinde önemli sayıda hastalıkların ve ölümün önlenileceği söylenilebilir. Ülkede, sağlıklı yaşam tarzı ile ilgili davranış değişiklikleri oluşmasını sağlayarak verimli şekilde hizmet yaklaşımını yürütmeye koyarak erken tanı koyabilme, etkili tedavi ve izlem ile hastalıkların görülme oranlarının azaltılması aynı anda tedavi ve bakım ile ilgili maliyetlerin azaltılmasına yol açacaktır.

4.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ UYGULAMASI

Sağlık okuryazarlığı insanın yaşam tarzını ve şartlarını değiştirerek onun hem bireysel hem de toplumsal sağlığını iyileştirecek olan davranışlara sevk edecek olan bilgi, beceri ve özgüven düzeylerini elde etmesini sağlar (Kanj ve Mitic, 2009, s. 5).

Dünya genelinde sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan çalışmalar arasında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması, konu ile ilgili geniş toplulukları gösteren ilk çalışmadır. Bu araştırmayı izleyen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Türkiye’deki sağlık okuryazarlığı düzeylerini incelemek amacıyla yapılan ilk saha çalışmasıdır. Türkiye’de 2014 yılında yapılan çalışmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınmıştır. Türkiye ile ilgili sağlık okuryazarlığı indeksi 30,4 olarak saptanmıştır. Kategorik değerlendirmede toplumun %24,5’inin “yetersiz” ve %40,1’inin “sorunlu” sağlık okuryazarlığı kategorilerinde yer aldığı saptanmıştır. Bu bulguya göre, yaklaşık 35 milyon bireyin “yetersiz” ve “sorunlu” sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görünmektedir. Sonuç olarak, Türkiye’de toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu görünmektedir. Değiştirilemeyen bir faktör olarak yaşla birlikte, eğitim ve sosyoekonomik seviyesi iyileştirilebilecek

faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının sebepleri olarak ön plana çıkmaktadır (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014, s. 64). Türkiye genelinde, sağlık okuryazarlığı 65 yaş üstünde ve kadınlarda anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi düştükçe ve yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının doğrusal olarak azaldığı görülmüştür (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014, s. 93).

Türkiye genelinde sağlık okuryazarlığını yükseltmek için Sur (2017) tarafından beş önemli adım önerilmiştir. Bu adımlar şöyledir:

1. Sunulan hizmetlerin misyon, planlama ve değerlendirme faaliyetlerinde sağlık okuryazarlığına yer vermek;
2. Sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan çalışmaları, eğitimleri ve uygulamaları desteklemek;
3. Bulunan materyalleri ve kaynakları değerlendirmek üzere resmi olarak süreç değerlendirmesi yaptırmak;
4. Sağlık çalışanlarına, sağlık profesyonellerine ve topluma düzenli biçimde güvenli, geçerli ve uygun sağlık bilgisi yaymak;
5. Sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıracak sağlık okuryazarlığı geliştirme programları hazırlamak ve bu programları halk sağlığı uygulamalarına yerleştirmek.

Türkiye’de şimdiye kadar çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından toplumun sağlık okuryazarlığını yükseltmek ve iyileştirmek amacıyla yapılan önemli çalışmalar, araştırmalar ve uygulamalar hakkında bilgiler bu bölümde yer almaktadır.

4.1.1 Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) Bölgesi’nde Halka Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Projesi

GAP Bölgesi’nde yapılan projesi 2014 yılı itibariyle yatırım programında desteklenen ve aynı yıl başlayan “Halka Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Projesi” halen devam etmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, erken ölümlerin ve hastalıkların sebeplerini ortadan kaldırmak için basit sağlık önlemlerini içeren,

görsel ve yazılı modül geliştirmektir. Bölge'nin tamamını içeren bu proje çocuk, kadın, erkek ve yaşlıları kapsamakta ve GAP Bölgesi'nde hastalıkların erken ölümlerin önlenmesine katkı sağlamayı hedeflemektedir. Bu nedenle, bölgede sık görünen sağlık ve hastalık sorunlarını ve bunları ortadan kaldırmayı öğretecek; okul, Kur'an kursu, cami ve evde kolaylıkla uygulanabilecek, gerçek yaşam hikayeleri ve görsel materyal ile zenginleşmiş bir modül geliştirmek ve modülü toplum merkezi, okul ve cami gibi farklı ortamda uygulamak öngörülmüştür. Proje kapsamında şu faaliyetler yapılmaktadır:

- Bölge üniversitelerinde bulunan halk sağlığı, sosyoloji, eğitim bilimleri, grafik ve tasarım, radyo ve televizyon bölümleri, Milli Eğitim Bakanlığı, sağlık alanında uzman kişilerden oluşan bir çalışma ekibinin oluşturulması;
- Bölge'de sık sık görünen sağlık sorunlarının sebepleri ve önleme yöntemleri kapsamında özet bilgi notlarının hazırlanması,
- Okuma materyallerinin hazırlanması için bölgede rastlanan hastalıklara karşı kazanılan başarı öykülerinin toplanması,
- Hazırlanan materyalleri sağlık okuryazarlığı modülü biçimine getirilecek elektronik ve basılı ortamda toplanmakla birlikte gereğinde çoğaltılması,
- Halkın toplandığı 10 farklı toplum merkezinde (okul, park, cami, Kur'an kursu vb.) sağlık okuryazarlığı modülünün uygulanması,
- Ön uygulama çalışmaları sonucu sağlık okuryazarlığı modülünün yeniden gözden geçirilmesi, basımı ve dağıtımı (T.C. Kalkınma Bakanlığı, GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı, 2017).

4.1.2. Romanların Yoğun Olarak Yaşadığı Yerlerde Sosyal İçermenin Desteklenmesi Operasyonu - SİROMA Projesi Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi

“Roman Açılımı” çerçevesindeki uyum çalışmalarını destekleyen, “Romanların Yoğun Olarak Yaşadığı Yerlerde Sosyal İçermenin Desteklenmesi Operasyonu - SİROMA” Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından mali olarak yürütülmektedir.

AB'nin Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı çerçevesinde 11,5 milyon Avro kaynak sağladığı operasyon kapsamında yürütülen teknik destek projesi Adana, Ankara, Balıkesir, Edirne, Eskişehir, Hatay, Kırklareli, Manisa, Mersin, İstanbul, İzmir, Tekirdağ olmak üzere 12 pilot ilde uygulanmaya başlamıştır (SİROMA, 2017). SİROMA projesi kapsamında, sağlık okuryazarlığı farkındalığını artırmak amacıyla oluşturulan saha ziyaret ekiplerinin oryantasyon eğitimi 2017 yılına değin şimdiye kadar Kırklareli, İstanbul, Tekirdağ, Edirne, İzmir illerinde gerçekleşmiştir.

Bu eğitimler çerçevesinde, katılımcılara kişisel bakımın önemi, çocuk hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar ve kanser gibi pek çok hastalık ve önleyici yöntemleri, erken teşhis ve tedavi yolları ve üreme sağlığı hakkında bilgi verilmiştir.

4.1.3. Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Eğitici Eğitimi

Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan eğitim, aile hekimleri ve aile sağlığına yönelik çalışanların "Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi Programı" kapsamında 81 ilin halk sağlığı müdürlüklerinde görev yapan 400 hekime yönelik iki ay süren eğitimler Ankara'da yapılmıştır. 2016 yılından itibaren yaklaşık 45 bin aile sağlığı merkezi çalışanları yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, farklı ana dili ve engellik gibi parametrelerde dezavantajlı hasta gruplarına yaklaşım konusunda eğitilmesi planlanmaktadır. Programın şu amaçlara yönelik çalışılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016):

- Engelli, yaşlı ve göçmenlerin sağlık konusundaki bilgiye ulaşımını kolaylaştırmak;
- Eğitim seviyeleri düşük hastalara yönelik özel eğitim yöntemleri kullanmak;
- Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti arttırmak.

Yukarıda sözü geçen programların yanı sıra ülke genelinde, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından okullarda sağlık okuryazarlığı eğitimleri verilmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen program kapsamında, lise öğrencilerine ve öğretmenlerine yönelik sağlık okuryazarlığı konulu eğitimler verilmektedir. Verilen eğitimlerin amaçları arasında şunlar yer almaktadır:

- Bireyin ve toplumun sağlığı ile ilgili bilgi, kontrol ve farkındalık becerilerini artırmak;
- Kişilerin sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını sağlamak;
- Bireyi ve toplumu sağlığa yönelik risklerden korumak;
- Sağlıklı yaşam tarzına teşvik etmektir.

Eğitim kapsamında hemşireler, uzman doktorlar, diyetisyenler ve psikologlar katılımlarıyla lise öğrencileriyle meslek ve koruyucu sağlık sistemi hakkında soru cevap şeklinde gereken bilgileri aktarmaktadırlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Türkiye'nin "Sağlık Okuryazarlığı Haritası" Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşların sağlık ile ilgili bilgiyi doğru anlaması, etkin yorumlaması ve davranışa dönüştürebilmesi için bu proje sürdürülmektedir (Anadolu Ajansı, 2017).

4.2. TÜRKİYE'DE DİYABET OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK UYGULAMALAR

Günümüzde, diyabet ve onunla birlikte aynı risk faktörlerini paylaşan diğer kronik hastalıklar çok önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Yaşam tarzı ve ona bağlı olan hızlı değişimle birlikte dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tamamında özellikle tip 2 diyabet yaygınlığı hızla artmaktadır. IDF istatistiklerine göre, 2015 yılında dünyada 415 milyon diyabet hastası var iken, tahminlere göre 2040 yılında bu sayı 642 milyona kadar yükselecektir (IDF, 2015, s. 50). Sağlık Bakanlığı Genel Sağlık İstatistiklerine göre, ülke genelinde toplam 1,514 hastane bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Son Diyabet Atlasına

göre, IDF Türkiye’de 2015 yılında diyabet ile ilgili Tablo 5’te yer alan verileri saptamaktadır (IDF, 2015, s. 118-119).

Tablo 5: Türkiye Kapsamında Diyabet Hastalığına Yönelik Veriler

Özellikler	Sayılar
Erişkin Nüfus (20-79 yaş)	48,294,330
Diyabetli Vakalar (20-79 yaş)	7,043,290
Diyabet Prevalansı (%)	14,85
Diyabetli Birey Sayısı (20-39 yaş)	1,143,290
Diyabetli Birey Sayısı (40-59 yaş)	3,383,370
Diyabetli Birey Sayısı (60-79 yaş)	2,516,630
Diyabete Bağlı Ölümler (20-79 yaş)	59,786

Diyabet hastalarına, onların aile fertlerine ve diğer gereken kişilere hastalığın bakımı, tedavisi ve kontrolü konusunda verilen eğitim diyabet okuryazarlığının temel parçasıdır. Diyabet eğitimi yetkili kişiler tarafından bireysel ve toplu olarak yapılmaktadır. Bu tür eğitimler doktor, diyetisyen ve hemşire gibi değişik disiplin üyeleri tarafından verilmektedir.

Diyabet eğitiminin hedefleri arasında “diyabet nedir?”, “hiper/hipoglisemi belirtileri ve bulguları ve onu yönetme”, “kan şekeri düzeyi ölçümü”, “insülin tedavisi ve uygulaması”, “egzersiz planlaması”, “beslenme ve programlarının düzenlemesi” gibi çeşitli konular yer almaktadır (Erdoğan, 2002, s. 164).

Türkiye genelinde hastanelerin Endokrinoloji ve Metabolizma Bölümlerinde, diyabet ile ilgili dernekler ve kuruluşlarda diyabet okuryazarlığı konusunda çeşitli eğitimler düzenli olarak yetkili kişiler tarafından verilmektedir. Bu eğitimler genel olarak bireysel ya da toplu olarak yüz yüze olan eğitimler çerçevesinde yapılmaktadır. Eğitim kapsamında basılı materyaller örneğin broşürler, posterler, kitaplar ve dergiler katılımcılara dağıtılmaktadır. Ayrıca, eğitim amaçlı görsel ve işitsel bilgi kaynakları hazırlanıp toplantılarda sunulmaktadır. İnternet ve web ortamında eğitici yayınların yanı sıra videolar da yer almaktadır. Ülke genelinde

yüz yüze ya da web ortamında en çok eğitim hizmetleri veren kurum ve kuruluşlar arasında şunlar yer almaktadır:

- Devlet ve özel hastanelerde bulunan Endokrinoloji ve Metabolizma Bölümleri;
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu - Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı;
- Türkiye Diyabet Vakfı;
- Türkiye Diyabet Cemiyeti;
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği;
- Ankara Diyabet Derneği;
- Diyabetle Yaşam Derneği;
- Diyabet Hemşireliği Derneği.

Eğitim materyallerinin yanı sıra belirli kurum veya kuruluş tarafından “diyabet kampları” hizmeti sunulmaktadır. Bu kamplar çerçevesinde diyabetli çocuklar, gençler ve erişkinler birbirleri ile iletişime geçmekte, arkadaşlık kurmakta ve deneyimlerini karşılaştırıp yalnızlık duygusunu azaltmaktadırlar. Ayrıca, öz-bakım konusunda hastaları daha sorumlu, güvenli ve becerikli hale getirmek, hastaların kaygılarını azaltmak, geleceğe yönelik daha pozitif düşüncelerini sağlamak, ruhsal sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak ve diyabetle hayatın zorluklarını yakından tanımak bu tür yaz ve kış kamplarının temel amaçları olarak görünmektedir. Ülke genelinde, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu - Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Türkiye Diyabet Vakfı ve Türkiye Diyabet Cemiyeti diyabet kampları hazırlığında önderlik etmektedirler.

Ülke genelinde diyabet hastalığına yönelik önemli vakıf ve dernekler ile ilgili bilgiler Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6: Diyabet ile ilgili vakıf ve dernekler

Vakıf ve Dernek adı	Kuruluş yılı	Yapılan faaliyetler ve etkinlikler	Web adresi
Türkiye Diyabet Vakfı	1996	• Diyabet okulları • Diyabet kampları • Yayınlar • Projeler	www.turkdiab.org
Türkiye Diyabet Cemiyeti	1955	• Eğitim merkezleri • Diyabet kampları • Yayınlar	www.diabetcemiyeti.org
Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği	1964	• Çalışma grupları • Yayınlar • Kongreler	www.turkendokrin.org
Ankara Diyabet Derneği	1969	• Eğitim toplantıları • Halk konferansları • Yayınlar	www.ankaradiyabet.org.tr
Diyabetle Yaşam Derneği	1997	• Eğitim toplantıları • Yayınlar • Yürüyüşler	www.diyabetleyasamderneqi.com
Diyabet Hemşireliği Derneği	1995	• Eğitim programları • Mesleki ve bilimsel araştırmalar • Medya programları • Konferanslar • Sergiler	www.tdhd.org

4.2.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji Bölümü Diyabet Eğitimi

Araştırmamızın bu bölümünde, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji bölümünde diyabet hastalarına sunulan eğitimler ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Eğitim diyabet hastalığı tedavisinde en önemli basamaktır. Sözü geçen bölümde, verilen eğitimler hastalık ile ilgili bilgilendirme, hastalığa bağlı olarak hemen ortaya çıkan bozukluklara (yüksek şeker düzeylerine bağlı komalar veya kan şekeri düşmesi) veya gelecekte ortaya çıkabilecek diyabetin böbrek ve göz gibi bozukluklarına, diyabet hastasının ayak bakımı hakkında çeşitli konularda yapılmaktadır.

Tüm diyabet hastalarına hasta yakınlarına açık olan diyabet eğitimi ve obeziteyle ilgili eğitim programları uygulanmaktadır. Belirtilen eğitim toplantıları her gün bireysel olarak ya da 2 haftada bir toplu olarak yapılmaktadır. Toplantılara endokrinoloji uzmanı, eğitim ve diyetisyen hemşiresi, göz ve diş hekimi, fizik tedavi ve beslenme davranışları bozukluğu ile ilgilenen eğitilmiş ve deneyimli bir psikolog katılmaktadır. Program akışı bölümdeki duvar afişlerinden ve bilim dalı sekreterliğinden öğrenilebilmektedir. Toplantılara katılım ücretsizdir.

Bireysel ve toplu yapılan eğitimlerde sözlü eğitimlerin yanı sıra ilgili bilim dalının hazırladığı yayınlar, özel şirketler tarafından hazırlanan yayınlar, hastalığın öz-bakımı ile ilgili kontrol defterleri hastalara dağıtılmaktadır. Dağıtılan yayınlar ve defterler arasında şunlar yer almaktadır:

- İnsülin tedavisi kullanan diyabet hastasının eğitim kitapçığı;
- Diyabetik bireylerde ayak sağlığı ve bakımı;
- Kan şekeri ölçüm defteri;
- Diyabet ve yaşam kalitesi;
- Diyabette beslenme ve egzersiz;
- Diyabetin hasarları (komplikasyonları);
- Diyabet nedir? Diyabetin tanısı, tipleri ve belirtileri;
- Diyabet tedavisi;
- Diyabet cildinizi nasıl etkiler?;
- İnsülin kalemi nasıl kullanılır?;
- Diyabetik nöropati hastası mısınız?

Bireysel eğitim diyabetli bireyin o andaki gereksinimlerine ve ihtiyaçlarına yönelik uygun bilgileri içermektedir. Toplu eğitimde hastalar problemlerini ve deneyimlerini paylaşma olanağı bulunmaktadır. İki haftada bir düzenlenen toplu eğitimler en fazla iki saat süren bir program şeklinde yapılmaktadır. Araştırma süresince katıldığımız toplu eğitimin her bir toplantısının içeriği şu şekilde düzenlenmiştir:

1. Uzman doktor ve eğitim hemşiresinin sunduğu programın içeriği:

- Diyabet ile ilgili genel bilgiler;
- Hipo ve hiperglisemi yönetimi;
- İlaç uygulama ve ilaç yönetimi;
- Ayak bakımı;
- Hastalık süreci;
- Fiziksel faaliyetler ve egzersiz;
- İnsülin kullanımı ve doz ayarları;
- Gereken sağlık kontrolleri.

2. Diyetisyenin sunduğu programın içeriği:

- Diyet ve hastalık;
- Öğünler ile ilgili bilgiler;
- Kilo kontrolleri;
- Fiziksel faaliyetler ve egzersiz;
- Beslenme yönetimi.

Uzman doktor, eğitim hemşiresi ve diyetisyenden oluşan uzmanlar grubu birlikte çalışarak yukarıdaki programı uygulamaktadırlar.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığına ve diyabet okuryazarlığına yönelik gelişmeler bu bölümde verilmiştir. Araştırma konusunun temelini oluşturan diyabet eğitim programının ayrıntılı içeriği de yukarıda (4.2.1.’de) açıklanmıştır. Sayılan çalışmaların Hacettepe Üniversitesinde nasıl uygulandığı, diyabet okuryazarlığının nasıl kazandırıldığı ve diyabet okuryazarlığı yeterlilik düzeyleri “Bölüm 5” kapsamında ortaya çıkarılacaktır.

5. BÖLÜM

BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde, 3 Kasım 2016 - 3 Şubat 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji bölümüne kayıt yaptırıp tedavi görmekte olan tip 2 diyabet hastalarına yönelik yaptığımız araştırmanın bulguları ortaya çıkarılmıştır. Araştırmamızda tip 2 diyabet hastalarının demografik özellikleri, sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri, sağlık bilgilerini ararken dikkat ettikleri özellikler, sağlık ile ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar, diyabetle ilgili tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitim gereksinimleri, diyabet okuryazarlığı düzeyleri, bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumları, sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişkiler saptanmıştır. Araştırma kapsamında 131 hastaya ulaşılmıştır. Ancak bunlardan 13'ü çalışmaya katılmayı kabul etmediğini, 7'si bir seneden az tedavi gördüğünü ve 6'sı 40 yaş altında olduğunu açıklayarak çalışmaya toplam 105 hasta katılmıştır. Katılım yüzdesi %80,15'dir.

5.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerine ilişkin dağılım Tablo 7'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %25,7'si (27) 40-50 yaş, %29,5'si (31) 51-60 yaş, %27,6'sı (29) 61-70 yaş, %16,2'si (17) 71-80 yaş ve %1'i (1) 81 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların %60'ı (63) kadın ve %40,ı (42) erkektir. Katılımcıların eğitim durumunu gösteren dağılıma bakıldığında %21,9'u (23) ilkokul mezunu, %15,2'si (16) ortaokul mezunu, %40'ı (42) lise mezunu, %18,1'i (19) üniversite mezunu, %1,9'u (2) yüksek lisans ve %2,9'u (3) diğer seçeneği kapsamında ön lisans mezunu olduğunu bildirmiştir.

Hastaların %22,9'u (24) 1000 TL ve daha az, %38,1'i (40) 1001-2000 TL, %23,8'i (25) 2001-4000 TL ve %15,2'si (16) 4001 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduklarını açıklamışlardır. Medeni duruma göre, araştırmaya katılan hastaların %10,5'i (11) bekar, %62,9'u (66) evli ve %26,7'si (28) ise dul grubunda yer almaktadırlar.

Katılımcılara diyabet hastalığına yönelik teşhis tarihi sorulmuştur. Diyabetin başladığı tarihe bakınca %1'i (1) 1980-1990, %17,1'i (18) 1991-2000, %26,7'si (28) 2001-2010 ve %55,2'sinin (58) hastalığı 2011-2016 yılları arasında başlamıştır. Alınan diyabet eğitimi süresi sorulduğunda hastaların %61,9'u (65) 5 yıl ve daha az, %12,4'ü (13) 6-10 yıl, %14,3'ü (15) 11-15 yıl, %9,5'i (10) 16-20 yıl, %1'i (1) 21 yıl ve üzeri eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Bir kişi (%1) ise bu soruya yanıt vermemiştir.



Tablo 7: Hastaların demografik özellikleri (n=105)

Özellik	Kişi Sayısı	%
Yaş		
40-50 yaş	27	25,7
51-60 yaş	31	29,5
61-70 yaş	29	27,6
71-80 yaş	17	16,2
81 yaş ve üzeri	1	1
Cinsiyet		
Kadın	63	60
Erkek	42	40
Eğitim durumu		
İlkokul mezunu	23	21,9
Ortaokul mezunu	16	15,2
Lise mezunu	42	40
Üniversite mezunu	19	18,1
Yüksek lisans	2	1,9
Doktora	0	0
Diğer	3	2,9
Aylık gelir		
1000 TL ve daha az	24	22,9
1001-2000 TL	40	38,1
2001-4000 TL	25	23,8
4001 TL ve üzeri	16	15,2
Medeni durum		
Bekar	11	10,5
Evli	66	62,9
Dul	28	26,7
Hastalığın başlangıç tarihi		
1980-1990	1	1
1991-2000	18	17,1
2001-2010	28	26,7
2011-2016	58	55,2
Alınan eğitim süresi		
5 yıl ve daha az	65	61,9
6-10 yıl	13	12,4
11-15 yıl	15	14,3
16-20 yıl	10	9,5
21 yıl ve üzeri	1	1

Demografik özellikler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, medeni durum, hastalığın başlangıç tarihi ve hastalık ile ilgili alınan eğitim süreci olarak ele alınmıştır.

- Yaş: Demografik özellikler kapsamında ilk soru katılımcıların yaşlarıyla ilgilidir. Bu özellik 5 kategoride incelenmiştir. En yüksek katılım oranı 51-60 yaş grubuna ait iken en düşük oran 81 yaş ve üzeri gruba aittir.
- Cinsiyet: Katılımcıların %60'ı kadın ve %40'ı erkek olarak saptanmıştır.
- Eğitim durumu: 7 grupta incelenen eğitim durumunda lise mezunları en yüksek, yüksek lisans mezunları ise en düşük katılım yüzdesine sahiplerdir. Katılımcılardan %2,9'u "diğer" seçeneğini seçerek "ön lisans mezunu" olduklarını açıklamışlardır.
- Aylık gelir: Araştırmaya katılan diyabet hastalarının aylık gelir durumlarına bakıldığında büyük çoğunluğun 1001-2000 TL gelir grubunda yer aldığı ve geliri 4001 TL ve üzeri olanlar ise en düşük yüzdede kaldığı saptanmıştır.
- Medeni durum: Katılımcıların medeni durumları 3 grupta incelenerek evli olanların sayısı en yüksek iken bekar olanların sayısı en düşük olarak ortaya çıkmıştır.
- Diyabet hastalığının başlangıç tarihi: Hastalığın başlangıç tarihi 1980 yılından başlayarak 2016 yılına kadar uzayan 4 grupta ele alınmıştır. 1980-1990 yılları arasında başlayan hastalık grubunda sadece 1 kişi yer alırken 2011-2016 grubunda 58 kişi yer almaktadır.
- Eğitim süresi: Hastalık ile ilgili alınan eğitim süresi kapsamında en yüksek katılım oranı 5 yıl ve daha az, en düşük katılım oranı ise 21 yıl ve üzeri grubuna aittir.

5.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini saptamak için dört alan üzerinde durulmuştur. Bu dört alan bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulamadır. Tablo 8'de yer alan sağlık okuryazarlığı soruları arasında soru 8-10 bilgiye erişim, soru 11-14 bilgiyi anlama, soru 15-16 bilgiyi değerlendirme ve soru 17-20 bilgiyi uygulama ile ilgilidir.

Tablo 8: Sağlık okuryazarlığı cevaplarına ait yüzde dağılımı

Soru No.	Aşağıdaki söylemlerin kolaylık veya zorluk derecesini belirtiniz.	Bilmiyorum (0) %	Çok zor (1) %	Zor (2) %	Kolay (3) %	Çok kolay (4) %
Bilgiye Erişim						
8	Hastalandığınızda bilgi alacağınız yeri bilmek	0	1	7,6	43,8	47,6
9	Fazla kilo, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol hakkında bilgiye erişmek	0	1	17,1	41,9	40
10	Sağlık politikasıyla ilgili bilgiye ulaşmak	1,9	21,9	32,4	29,5	14,3
Bilgiyi Anlama						
11	Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	1,9	23,8	43,8	29,5
12	Acil durumlarda ne yapacağınızı bilmek	3,8	15,2	29,5	32,4	19
13	Sağlık taraması yaptırmak	1,9	1	13,3	35,2	48,6
14	Kişilerin sağlığınıza ilgili tavsiyelerini anlamak	5,7	2,9	19	34,3	38,1
Bilgiyi Değerlendirme						
15	Tedavinizle ilgili yöntemleri değerlendirmek	1	28,6	27,6	23,8	19
16	Çevrenin sağlığa etkilerini değerlendirmek	3,8	13	26,7	31,4	25,7
Bilgiyi Uygulama						
17	İlaçlarınızı ve tıbbi cihazlarınızı kullanmak	0	14,3	32,9	27,1	25,7
18	Sağlığınıza yönelik medya kaynaklarını kullanmak	1,9	28,6	9,5	32,4	27,6
19	Günlük yaşamla sağlık bağlantısını kurmak	1	1,9	19	43,8	34,3
20	Sağlığı iyileştiren faaliyetlere yönelmek	2,9	1,9	15,2	48,6	31,4

Sağlık okuryazarlığına yönelik 13 sorunun her biri 0 ile 4 arasında puanlanan bir ölçekte aşağıdaki gibi değerlendirilmiştir:

- 0= bilmiyorum;
- 1= çok zor;
- 2= zor;
- 3= kolay;
- 4= çok kolay.

Sorulara verilen yanıtlar hastaların kendilerini değerlendirmeleri ilkesine dayandırılmıştır. Her katılımcının sağlık okuryazarlığı, soruların toplam değerine

dayanarak puanlandırılmıştır. Her soru “0x13=0” ile “4x13=52” arasında bir ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 52 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde puanlandırılmıştır. Araştırmada elde edilen puanlandırma değerlerine göre sağlık okuryazarlığı dört kategoride değerlendirilmiştir:

- “0-13” puan- yetersiz sağlık okuryazarlığı;
- “14-26” puan- sorunlu sağlık okuryazarlığı;
- “27-39” puan- yeterli sağlık okuryazarlığı;
- “40-52” puan- mükemmel sağlık okuryazarlığı.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili puanlama yüzdesi Tablo 9’da sunulmuştur. Tablo 9’da olduğu gibi katılımcıların %41,9’u sağlık okuryazarlığı açısından “mükemmel” düzeyde yer almaktadırlar. Bir başka deyişle, araştırmaya katılan diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyi mükemmel olarak görünmektedir. Hastaların %22,9’unun sağlık okuryazarlığı “yetersiz” ve “sorunlu” düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Sağlık okuryazarlığı puanlarına ait yüzde dağılımı

Kategori	Sayı	Yüzde	Geçerli yüzde	Birikimli yüzde
Yetersiz (0-13)	2	1,9	1,9	1,9
Sorunlu (14-26)	22	21	21	22,9
Yeterli (27-39)	37	35,2	35,2	58,1
Mükemmel (40-52)	44	41,9	41,9	100
Toplam	105	100	100	

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı genel düzeyi ve bu kapsamda incelenen dört alt süreç olan bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama konularında elde ettiğimiz ortalama puan ve yüzde dağılımı Tablo 10’da sunulmuştur.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının aldıkları en yüksek puana (52 puan) göre sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 36,82 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %41,9’unun “mükemmel”, %35,2’sinin “yeterli”,

%21'inin "sorunlu" ve %1,9'unun "yetersiz" sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu saptanmıştır.

Dört alt sürecin her birisinde soru sayılarına dayanarak alınan en yüksek puana göre ortalama puanlara bakıldığında bilgiye erişimin ortalama puanı (3 soruya göre en yüksek puan 12'dir) 8,91 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %43,81'inin "mükemmel", %40'ının "yeterli", %15,24'ünün "sorunlu" ve %0,95'inin "yetersiz" kategoride olduğu saptanmıştır.

Bilgiyi anlamanın ortalama puanı (4 soruya göre en yüksek puan 16'dır) 11,7 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %48,57'sinin "mükemmel", %33,33'ünün "yeterli", %15,24'ünün "sorunlu" ve %2,86'sinin "yetersiz" kategoride yer aldığı saptanmıştır.

Bilgiyi değerlendirmenin ortalama puanı (2 soruya göre en yüksek puan 8'dir) 4,94 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %25,71'inin "mükemmel", %31,43'ünün "yeterli", %29,52'sinin "sorunlu" ve %13,33'ünün "yetersiz" kategoride olduğu saptanmıştır.

Bilgiyi uygulamanın ortalama puanı (4 soruya göre en yüksek puan 16'dır) 11,27 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %36,19'unun "mükemmel", %38,1'inin "yeterli", %21,9'unun "sorunlu" ve %3,81'inin "yetersiz" kategoride yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 10: Sağlık okuryazarlığı ortalama puanı ve yüzdesi

	Ortalama puanı	Yetersiz (%)	Sorunlu (%)	Yeterli (%)	Mükemmel (%)
Sağlık okuryazarlığı genel düzeyi	36,82	1,9	21	35,2	41,9
Bilgiye erişim	8,91	0,95	15,24	40	43,81
Bilgiyi anlama	11,7	2,86	15,24	33,33	48,57
Bilgiyi değerlendirme	4,94	13,33	29,52	31,43	25,71
Bilgiyi uygulama	11,27	3,81	21,9	38,1	36,19

5.2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Demografik Özellikler

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde bu alanda farklılıklar olduğu saptanmıştır. Tablo 11 sağlık okuryazarlığı ve demografik özellikler arasındaki ilişkilerin varlığını göstermektedir. Tablo 11, sağlık okuryazarlığı ve yaş arasındaki ilişkiyi kullanılan Kruskal-Wallis testi yardımıyla Ki-Kare değerini ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı ve yaş için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görünmektedir (sig.<0,000). Bu da, diyabet hastalarının yaş grubuna göre, sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıları sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinsiyet arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Tablo 11 bu konuya ait Mann-Whitney testinin sonuçlarını içermektedir. Cinsiyet için testin anlamlı olmadığı görünmektedir. (sig.>0,445). Bu da, kadın ve erkek hastaların sağlık okuryazarlığı puanlarının arasında bir fark olmadığı anlamına gelmektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının sağlık okuryazarlıkları ve eğitim durumları arasında ilişki olup olmadığı Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 11 sağlık okuryazarlığı ve eğitim durumu arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı ve eğitim durumu için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görünmektedir (sig.<0,000). Bu da, diyabet hastalarının eğitim durumu grubuna göre, sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlıkları ve aylık gelirleri arasında ilişki olup olmadığı Kruskal-Wallis testi kullanarak incelenmiştir. Tablo 11 sağlık okuryazarlığı ve aylık gelir arasındaki kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı ve aylık gelir için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görünmektedir (sig.<0,000). Bu da,

diyabet hastalarının aylık gelir grubuna göre, sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının sağlık okuryazarlıkları ve medeni durumları arasında ilişki olup olmadığı Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 11 sağlık okuryazarlığı ve medeni durum arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değerini ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının medeni durum ilişkisinin anlamlı olduğu görünmektedir (sig.<0,000). Bu da, diyabet hastalarının medeni duruma göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve hastalığın başlangıç zamanı arasında ilişki olup olmadığı Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 11 sağlık okuryazarlığı ve hastalığın başlangıç zamanı arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı ve hastalığın başlangıç zamanı için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görünmektedir (sig.<0,002). Bu da, diyabet hastalarının hastalıklarının başlangıç zamanı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı ve aldıkları diyabet eğitimi süresi arasında ilişki olup olmadığı Kruskal-Wallis testi kullanarak incelenmiştir. Tablo 11 sağlık okuryazarlığı ve eğitim süresi arasındaki kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının ve eğitim süresi ile bağlantısı Ki-Kare değeri doğrultusunda ilişkinin anlamlı olduğu görünmektedir (sig.<0,001). Bu da, diyabet hastalarının aldıkları eğitim süresi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Tablo 11: Sağlık okuryazarlığı ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler

Demografik özellik	Kruskal-Wallis Ki-Kare (df)	P değeri	Farklılık durumu
Yaş	41,353 (4)	0,000	Var
Eğitim durumu	85,685 (5)	0,000	Var
Aylık gelir	62,195 (3)	0,000	Var
Medeni durum	25,043 (2)	0,000	Var
Hastalığın başlangıç zamanı	14,886 (3)	0,002	Var
Diyabet eğitimi süresi	18,986 (4)	0,001	Var
Mann-Whitney U		P değeri	
Cinsiyet	1206,500	0,445	Yok

5.3. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ KAYNAĞI TERCİHLERİ

Diyabet hastalarına tercih ettikleri sağlıkla ilgili bilgi kaynakları ve kaynak türleri seçenekler halinde verilerek ilk üç tercihlerini önem sırasına göre işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcıların tercihlerine ilişkin araştırma verileri tablo 12'de sunulmuştur.

Elde edilen verilere göre, hastaların sağlıkla ilgili tercih ettikleri ilk üç bilgi kaynağı sırasıyla uzman kişiler (doktorlar, hemşireler, eczacılar vb.) (%93,3) en önemli olmak üzere birinci sırada, görsel- işitsel bilgi kaynakları (%54,3) ikinci sırada ve internet- web ortamı (%30,5) üçüncü sırada yer almaktadır.

Tablo 12: Tercih edilen bilgi kaynakları

	Broşürler		Posterler		Basılı kitaplar		Basılı dergiler		Görsel-işitsel bilgi kaynakları		İnternet-web ortamı		Akıllı telefon		Uzman kişiler		Aile ve yakın kişiler	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Tercih	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	4	3,7	0	0	98	93,3	0	0
2. Tercih	5	4,8	0	0	0	0	0	0	57	54,3	18	17,1	4	3,8	4	3,8	17	16,2
3. Tercih	24	22,8	3	2,9	0	0	3	2,9	17	16,1	32	30,5	6	5,7	3	2,9	17	16,2

5.3.1. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı Tercihleri ve Demografik Özellikler Arasındaki İlişkiler

Elde edilen bulgularda katılımcıların demografik özelliklerine göre kaynak tercihlerinde bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Ancak birden çok seçeneğin önem sırasına göre işaretlendiği bu tip sorularda verilerin dağılımından ötürü istatistiksel olarak anlamlılığı ölçen testlerin güvenilirliği düşük çıkmaktadır (Vaughan, 2001). Bu nedenle bu soru ve diğer iki sorunun bulgularında sadece yüzde değerleri verilmiştir. Elde edilen bulgulardan katılımcıların birinci tercihinin demografik özelliklere göre “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)” olarak görünmektedir. Bu nedenle farklılık açısından sadece ikinci ve üçüncü tercihler ele alınmıştır.

Tablo 13’e göre, incelenen demografik özellikler arasında sadece cinsiyet açısından kaynak tercihinde anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Diğer özelliklere göre, katılımcıların kaynak tercihleri anlamlı farklılıklar göstermektedir. Ayrıca katılımcıların aldıkları diyabet eğitim sürecine göre sadece üçüncü tercihte farklılık bulunmaktadır.

İlk demografik özelliği olarak ele alınan yaş gruplarına göre, “görsel-işitsel bilgi kaynakları” tüm yaş gruplarında ikinci tercih olarak işaretlenmiştir. Sadece “81 yaş ve üzeri” grubunda “aile ve yakın kişiler” ikinci tercih olarak görünmektedir. İlk iki yaş grubunda “internet-web ortamı” üçüncü tercih iken “61-70 yaş” ve “71-80 yaş” gruplarında “aile ve yakın kişiler” üçüncü tercih olarak görünmektedir. “81 yaş ve üzeri” grupta ise “görsel-işitsel bilgi kaynakları” üçüncü tercih olarak işaretlenmiştir. Bu kaynakların kullanım öncelikleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Cinsiyet açısından sağlıkla ilgili kaynak tercihinde anlamlı farklılık görünmemektedir. Tercih sıralarının her iki grupta yaklaşık olarak aynı değerler taşıdığı anlaşılmaktadır.

Katılımcıların eğitim durumuna göre kaynak tercihleri anlamlı farklılık göstermektedir. İlkokul, ortaokul ve lise mezunlarında “görsel-işitsel bilgi

kaynakları” ikinci tercihte iken lisans ve yüksek lisans mezunlarında “internet-web ortamı” ikinci tercihte yer almıştır. “Diğer” grubunda ise “broşürler” ikinci tercih olarak ortaya çıkmıştır. İlkokul ve ortaokul mezunlarında “aile ve yakın kişiler”, lise mezunlarında “broşürler”, lisans ve yüksek lisans mezunlarında “akıllı telefon”, diğer grubunda ise “görsel-işitsel bilgi kaynakları” üçüncü tercih olarak sıralandığı elde edilen verilerden anlaşılmaktadır.

Araştırmada diyabet hastalarının aylık gelirine göre kaynak tercihlerine bakıldığında sadece “4001 TL ve üzeri” grupta “internet-web ortamı” ikinci tercih olarak işaretlenmiştir. Diğer gruplarda “görsel-işitsel bilgi kaynakları” ikinci sırada yer almaktadır. 1000 TL ve daha az ve 1001-2000 TL geliri olanlarda “aile ve yakın kişiler”, 2001-4000 TL grubunda “internet-web ortamı”, 4001 TL ve üzeri grubunda ise “görsel-işitsel bilgi kaynakları” üçüncü tercih sırasında görünmektedir.

Katılımcıların medeni durumuna bakınca bekar olan hastalarda “internet-web ortamı”, evli ve dul olan hastalarda ise “görsel-işitsel bilgi kaynakları” sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihinde ikinci tercih sırasında bulunmaktadır. Bekar olan katılımcılarda “görsel-işitsel bilgi kaynakları”, evli olanlarda “internet-web ortamı”, dul olan hastalarda ise “aile ve yakın kişiler” üçüncü tercih olarak görünmektedir.

Hastalığın başlangıç tarihine göre katılımcıların kaynak tercihi farklılık göstermektedir. 1980-1990 yılları arasında hastalığı başlayan kişilerin sağlıkla ilgili tercih ettikleri ikinci sıradaki kaynak “aile ve yakın kişiler” olduğu elde edilen verilerden anlaşılmaktadır. Diğer gruplarda ise “görsel-işitsel bilgi kaynakları” ikinci sırada yer almaktadır. 1980-1990 yılları grubunda “görsel-işitsel bilgi kaynakları” 1991-2000 yılları grubunda “aile ve yakın kişiler”, diğer iki grupta ise “internet-web ortamı” üçüncü tercih olarak işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların diyabet eğitim sürecine göre kaynak tercihleri sadece üçüncü tercihte farklılık göstermektedir. 5 yıl ve daha az grubu ile 6-10 yıl grubunda “internet-web ortamı”, diğer üç grupta ise “aile ve yakın kişiler” üçüncü tercih olarak işaretlenmiştir.

Tablo 13: Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler

Özellik	1. Tercih ¹ (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yaş	40-50	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (19,8)	İnternet-web ortamı (17,9)
	51-60	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (22,6)	İnternet-web ortamı (14)
	61-70	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (27,6)	Aile ve yakın kişiler (9,2)
	71-80	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (25,5)	Aile ve yakın kişiler (21,6)
	81 ve üzeri	Aile ve yakın kişiler (33,3)	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (16,7)
Cinsiyet	Kadın	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (21,7)	İnternet-web ortamı (10,1)
	Erkek	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (26,6)	İnternet-web ortamı (10,7)
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (26,9)	Aile ve yakın kişiler (20,9)
	Ortaokul mezunu	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (26)	Aile ve yakın kişiler (11,5)
	Lise mezunu	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (30,2)	Broşürler (8,7)
	Lisans mezunu	İnternet-web ortamı (31,6)	Akıllı telefon (10,5)
	Yüksek lisans mezunu	İnternet-web ortamı (33,3)	Akıllı telefon (16,7)
	Diğer	Broşürler (22,2)	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (16,7)
Aylık gelir	1000 TL ve daha az	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (22,2)	Aile ve yakın kişiler (21,5)
	1001-2000 TL	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (28,3)	Aile ve yakın kişiler (7,5)
	2001-4000 TL	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (24)	İnternet-web ortamı (14,7)
	4001 TL ve üzeri	İnternet-web ortamı (25)	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (13,5)
Medeni durum	Bekar	İnternet-web ortamı (24,2)	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (18,2)
	Evli	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (24)	İnternet-web ortamı (10,9)
	Dul	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (25)	Aile ve yakın kişiler (17,3)
Hastalığın başlangıç tarihi	1980-1990	Aile ve yakın kişiler (33,3)	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (16,7)
	1991-2000	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (25,9)	Aile ve yakın kişiler (15,7)
	2001-2010	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (23,2)	İnternet-web ortamı (10,1)
	2011-2016	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (23,3)	İnternet-web ortamı (12,6)
Alınan eğitim süresi	5 yıl ve daha az	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (24,1)	İnternet-web ortamı (12,3)
	6-10 yıl	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (20,5)	İnternet-web ortamı (14,1)
	11-15 yıl	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (20)	Aile ve yakın kişiler (16,7)
	16-20 yıl	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (28,3)	Aile ve yakın kişiler (16,7)
	21 yıl ve üzeri	Görsel-işitsel bilgi kaynakları (33,3)	Aile ve yakın kişiler (16,7)

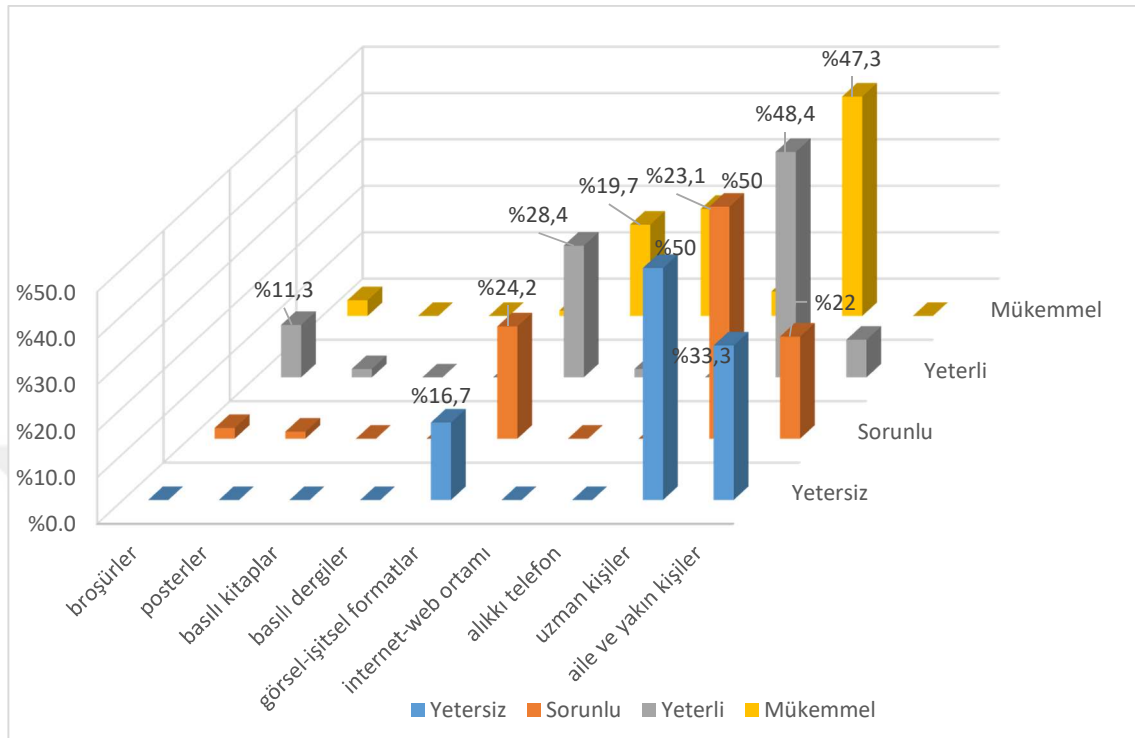
¹ Katılımcıların birinci tercihleri tüm demografik özelliklere göre “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.) olarak görünmektedir.

5.3.2. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı Tercihleri ve Sağlık Okuryazarlığı

Araştırmada diyabet hastalarının tercih ettikleri sağlıkla ilgili bilgi kaynakları önem sırasına göre incelenmiştir. Elde edilen bulgularda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre kaynak tercihlerinde bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Tablo 14’de yer aldığı üzere, araştırmaya katılan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre kaynak tercihleri ikinci ve üçüncü tercih sırası açısından anlamlı farklılık göstermektedir. Ele alınan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre tüm katılımcıların bilgi kaynağı açısından birinci tercihi “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)” olarak görünmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan kişilerin ikinci tercihi “aile ve yakın kişiler” iken sorunlu ve yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde “görsel-işitsel bilgi kaynakları” ve sağlık okuryazarlığı mükemmel düzeyde olan kişilerde “internet-web ortamı” bilgi kaynağı açısından ikinci sırada yer almaktadır. “Görsel-işitsel bilgi kaynakları” yetersiz ve mükemmel, “aile ve yakın kişiler” sorunlu, “broşürler” yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde kaynak tercihi açısından üçüncü sırada olduğu görünmektedir (Şekil 6).

Tablo 14: Sağlıkla ilgili bilgi kaynakları tercihleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yetersiz	Uzman kişiler (50)	Aile ve yakın kişiler (33,3)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları(16,7)
Sorunlu	Uzman kişiler (50)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları (24,2)	Aile ve yakın kişiler (22)
Yeterli	Uzman kişiler (48,4)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları (28,4)	Broşürler (11,3)
Mükemmel	Uzman kişiler (47,3)	İnternet-web ortamı (23,1)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları (19,7)



Şekil 6: Sağlıkla ilgili bilgi kaynakları tercihleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki

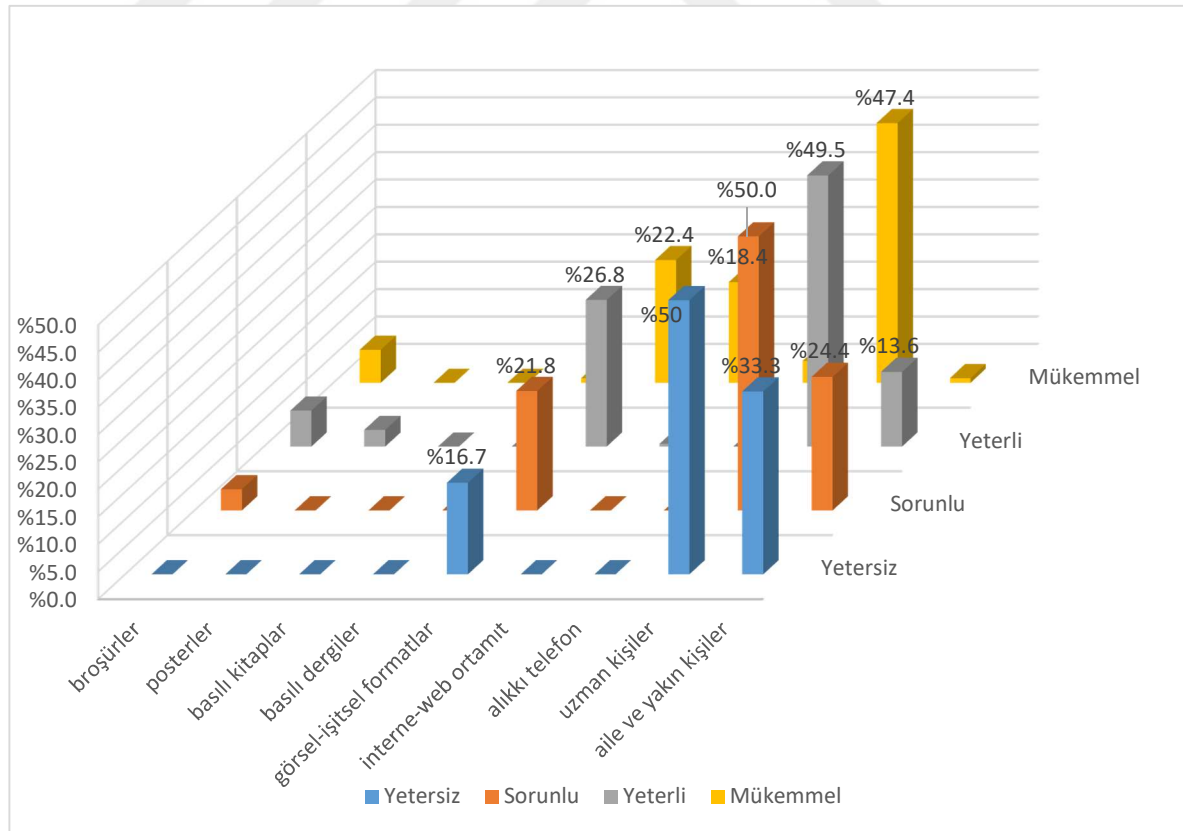
5.3.3. Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı Tercihleri ve Diyabet Okuryazarlığı

Araştırmada katılımcıların sağlıkla ilgili tercih ettikleri bilgi kaynakları incelenmiştir. Elde edilen bulgulara katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre kaynak tercihlerinde bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre kaynak tercihlerinin ikinci ve üçüncü sıra açısından anlamlı farklılık gösterdiği Tablo 15'den anlaşılmaktadır. Ele alınan diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre tüm katılımcıların bilgi kaynağı açısından birinci tercihi “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)” olarak görülmektedir. Diyabet okuryazarlığı yetersiz ve sorunlu düzeyde olan kişilerin ikinci tercihi “aile ve yakın kişiler” iken yeterli ve mükemmel diyabet okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde “görsel-işitsel bilgi kaynakları” bilgi kaynağı açısından ikinci sırada yer almaktadır. “Görsel-işitsel bilgi kaynakları” yetersiz ve sorunlu, “aile ve

yakın kişiler” yeterli, “internet-web ortamı” mükemmel diyabet okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde kaynak tercihi açısından üçüncü sırada olduğu görülmektedir (Şekil 7).

Tablo 15: Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişki

Diyabet okuryazarlığı düzeyi	1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yetersiz	Uzman kişiler (50)	Aile ve yakın kişiler (33,3)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları (16,7)
Sorunlu	Uzman kişiler (50)	Aile ve yakın kişiler (24,4)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları (21,8)
Yeterli	Uzman kişiler (49,5)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları (26,8)	Aile ve yakın kişiler (13,6)
Mükemmel	Uzman kişiler (47,4)	Görsel--işitsel bilgi kaynakları (22,4)	İnternet-web ortamı (18,4)



Şekil 7: Sağlıkla ilgili bilgi kaynakları tercihleri ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişki

5.4. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİLERİ ARARKEN DİKKAT EDİLEN ÖZELLİKLER

Diyabet hastalarına sağlıkla ilgili bilgileri ararken nelere dikkat ettikleri sorulmuş ve verilen seçeneklerden en önemli buldukları ilk üç tercihi önem sırasına göre belirtmeleri istenmiştir. Bu soruyla ilişkin veriler Tablo 16’da verilmiştir.

Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili bilgileri ararken en çok dikkat ettikleri özellikler sırasıyla bilgilerin erişilebilir olması (%50,5), güncelliği (%36,2) ve doğruluğu (%37,1) olarak sıralanmaktadır. Ayrıca bazı hastalar (%1,9) diğer seçeneğini seçerek sağlık bilgilerini ararken kolay olma, basit ve anlaşılabilir olma özelliklerini yazarak eklemişlerdir.

Tablo 16: Sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler

	Erişilebilir olmasına		Güncelliğine		Doğruluğuna		Kapsamına		Diline		Diğer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Tercih	53	50,5	11	10,5	21	20	4	3,8	14	13,3	2	1,9
2. Tercih	16	15,2	38	36,2	25	23,8	21	20	5	4,8	0	0
3. Tercih	17	16,2	18	17,1	39	37,1	15	14,3	16	15,3	0	0

5.4.1. Sağlıkla İlgili Bilgileri Ararken Dikkat Edilen Özelliklerle Demografik Özellikler Arasındaki İlişkiler

İncelenen demografik özelliklere göre diyabet hastalarının sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler arasındaki ilişkiler saptanmıştır.

Tablo 17’ye göre, ilk demografik özellik olarak ele alınan yaş gruplarında 40-50 ve 51-60 yaş grubunda “erişilebilirlik”, 61-70 ve 71-80 yaş grubunda “doğruluk”, 81 yaş ve üzeri grupta ise “dil” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. 40-50 ve 51-60 yaş grubunda “doğruluk”, 61-70 ve 81 yaş ve üzeri yaş gruplarında “güncellik”, 71-80 yaş grubunda ise “dil” ikinci tercih sırasında yer almaktadır. 40-50, 51-60 ve 71-80 yaş grubunda “güncellik”, 61-70 yaş grubunda “kapsam”, 81 yaş ve üzeri grubunda ise

“doğruluk” üçüncü tercih olarak belirtilmiştir. Araştırmaya katılan diyabet hastalarının yaş gruplarına göre sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir.

Cinsiyet açısından katılımcıların dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir. Kadınların ilk tercihi “erişilebilirlik” iken erkeklerde “güncellik” ilk tercih olmaktadır. İkinci tercih kadınlarda ve erkeklerde “doğruluk” olarak görünmektedir. Kadınlarda üçüncü tercih “güncellik” iken erkeklerde “erişilebilirlik” üçüncü tercih sırasında yer almaktadır.

Diyabet hastalarının eğitim durumlarına göre tercih ettikleri ilk üç özellik farklılık göstermektedir. İlkokul ve lisans mezunlarında “doğruluk”, ortaokul, lise ve mezunlarında ve diğer seçeneğini seçen hastalarda “erişilebilirlik”, yüksek lisans mezunlarında ise “güncellik” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. İlkokul mezunlarında “dil”, ortaokul, lise ve yüksek lisans mezunlarında “doğruluk”, lisans mezunlarında ve diğer seçeneğini seçenlerde ise “güncellik” ikinci tercih olduğu elde edilen verilerden anlaşılmaktadır. İlkokul ve lise mezunlarında “güncellik”, ortaokul mezunlarında “kapsam”, lisans mezunlarında “erişilebilirlik”, yüksek lisans mezunlarında “dil” ve diğer seçeneğini seçen hastalarda “doğruluk” üçüncü tercih sırasında yer almaktadır.

Araştırmada incelenen aylık gelir özelliğine göre hastaların sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir. 1000 TL ve daha az aylık gelir grubunda “doğruluk”, 1001-2000 ve 2001-4000 TL aylık gelir grubunda “erişilebilirlik”, 4001 ve üzeri grupta ise “güncellik” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. 1000 TL ve daha az gelire sahip olana bireylerde “dil”, diğer tüm gruplarda ise “doğruluk” ikinci tercih olarak elde edilen verilerden anlaşılmaktadır. 1001-2000 ve 2001-4000 TL gelir grubunda “güncellik” üçüncü tercih sırasında yer alırken 1001-2000 TL grubunda “kapsam”, 4001 ve üzeri grupta ise “erişilebilirlik” üçüncü sırada yer almaktadır.

Katılımcıların medeni durumuna bakınca bekar ve evli olan hastalarda “erişilebilirlik”, ve dul olan hastalarda ise “doğruluk” birinci tercih olarak elde edilen verilerden anlaşılmaktadır. Bekar ve dul olan katılımcılarda “güncellik” ikinci sırada iken dul olanlarda “doğruluk” ikinci sırada yer almaktadır. “Doğruluk” bekar olan bireylerde, “güncellik” evli olanlarda ve “dil” dul olan hastalarda üçüncü tercih sırasında yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir.

Hastalığın başlangıç tarihine göre katılımcıların dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir. 1980-1990 yılları arasında hastalığı başlayan kişilerde “kapsam” birinci tercihi iken 1991-2000 yılları arasında hastalığı başlayan kişilerde “doğruluk”, diğer iki grupta ise “erişilebilirlik” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. 1980-1990 yılları grubunda “dil”, 1991-2000 ve 2001-2010 yılları grubunda “güncellik” ve 2011-2016 yılları grubunda “doğruluk” ikinci tercih olduğu elde edilen verilerden anlaşılmaktadır. Üçüncü tercih sırası açısından 1980-1990 yılları grubunda “erişilebilirlik”, 1991-2000 yılları grubunda “dil” 2001-2010 yılları grubunda “doğruluk” ve 2011-2016 yılları grubunda ise “güncellik” olmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların diyabet eğitimi sürecine göre sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir. Elde edilen verilere göre, sadece 11-15 yıl grubunda “doğruluk” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. Diğer tüm gruplarda “erişilebilirlik” birinci sırada yer almaktadır. 5 yıl ve daha az grubu ile 6-10 yıl grubunda “doğruluk”, 11-15 yılı ile 21 ve üzeri gruplarında “güncellik”, 16-20 yıl grubunda ise “dil” ikinci tercih olarak görünmektedir. Üçüncü tercih açısından ise, 5 yıl ve daha az grubu ve 16-20 yıl grubunda “güncellik”, 6-11 yıl grubunda “kapsam”, 11-15 yıl grubunda “dil”, 21 yıl ve üzeri grubunda “doğruluk” üçüncü tercih sırasında yer almaktadır.

Tablo 17: Sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler

Özellik		1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yaş	40-50	Erişilebilirlik (30,9)	Doğruluk (26,5)	Güncellik (21,6)
	51-60	Erişilebilirlik (29)	Doğruluk (25,8)	Güncellik (23,7)
	61-70	Doğruluk (29,3)	Güncellik (20,7)	Kapsam (20,1)
	71-80	Doğruluk (31,1)	Dil (22,3)	Güncellik (19,4)
	81 ve üzeri	Dil (50)	Güncellik (33,3)	Doğruluk (16,7)
Cinsiyet	Kadın	Erişilebilirlik (31,4)	Doğruluk (22,2)	Güncellik (17,9)
	Erkek	Güncellik (29)	Doğruluk (27,4)	Erişilebilirlik (20,6)
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	Doğruluk (36)	Dil (24,5)	Güncellik (15,8)
	Ortaokul mezunu	Erişilebilirlik (28,1)	Doğruluk (25)	Kapsam (24)
	Lise mezunu	Erişilebilirlik (27,8)	Doğruluk (27)	Güncellik (23)
	Lisans mezunu	Doğruluk (32,5)	Güncellik (28,1)	Erişilebilirlik (21,9)
	Yüksek lisans mezunu	Güncellik (41,7)	Doğruluk (30,7)	Dil (19,3)
	Diğer	Erişilebilirlik (50)	Güncellik (33,3)	Doğruluk (16,7)
Aylık gelir	1000 TL ve daha az	Doğruluk (33,8)	Dil (20)	Güncellik (17,2)
	1001-2000 TL	Erişilebilirlik (27,5)	Doğruluk (25,4)	Kapsam (22,1)
	2001-4000 TL	Erişilebilirlik (30)	Doğruluk (24,7)	Güncellik (19,3)
	4001 TL ve üzeri	Güncellik (35,4)	Doğruluk (29,2)	Erişilebilirlik (21,9)
Medeni durum	Bekar	Erişilebilirlik (40,9)	Güncellik (30,3)	Doğruluk (21,2)
	Evli	Erişilebilirlik (30,8)	Doğruluk (22,7)	Güncellik (19,2)
	Dul	Doğruluk (30,8)	Güncellik (22,5)	Dil (18,9)
Hastalığın başlangıç tarihi	1980-1990	Kapsam (50)	Dil (33,3)	Erişilebilirlik (16,7)
	1991-2000	Doğruluk (31,2)	Güncellik (23,9)	Dil (19,3)
	2001-2010	Erişilebilirlik (31,5)	Güncellik (21,4)	Doğruluk (20,2)
	2011-2016	Erişilebilirlik (29)	Doğruluk (23,9)	Güncellik (22,7)
Alınan eğitim süresi	5 yıl ve daha az	Erişilebilirlik (29)	Doğruluk (22,6)	Güncellik (21)
	6-10 yıl	Erişilebilirlik (30,8)	Doğruluk (29,8)	Kapsam (29,2)
	11-15 yıl	Doğruluk (28,6)	Güncellik (23,1)	Dil (19,8)
	16-20 yıl	Erişilebilirlik (31,7)	Dil (23,3)	Güncellik (20)
	21 yıl ve üzeri	Erişilebilirlik (50)	Güncellik (33,3)	Doğruluk (16,7)

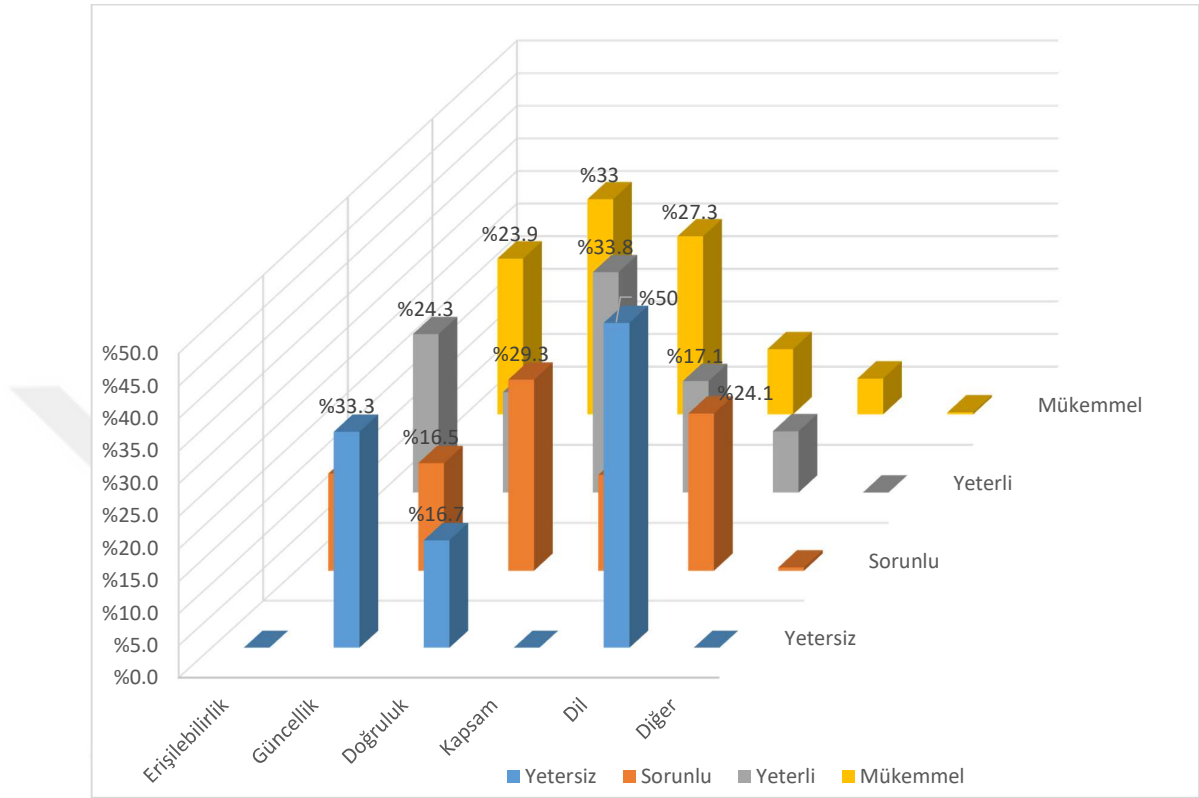
5.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sağlıkla İlgili Bilgileri Ararken Dikkat Edilen Özellikler

Araştırmaya katılan hastaların sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat ettikleri özellikler kapsamında incelenmiştir. Bu soruyla katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını seçerken dikkat ettikleri özellikler ve bunun yanı sıra aynı hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre dikkat ettikleri özellikler arasında varsa farklılıkların ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Tablo 18'e göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda "dil", düzeyi sorunlu ve yeterli olan hastalarda "doğruluk", düzeyi mükemmel olan kişilerde ise "güncellik" birinci sırada yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan kişilerde "güncellik"; sorunlu düzeyde olanlarda "dil"; yeterli düzeyde olan hastalarda "erişilebilirlik"; mükemmel düzeye sahip olan kişilerde "doğruluk" tercih edilen ikinci özellik olarak görünmektedir. Üçüncü tercih açısından sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kişiler için "doğruluk", düzeyi sorunlu olanlar için "güncellik", düzeyi yeterli olanlar için "kapsam" ve düzeyi mükemmel olanlar için ise "erişilebilirlik" üçüncü sırada yer almaktadır (Şekil 8).

Araştırmada elde edilen bulgular diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bilgi ararken dikkat ettikleri özelliklerin farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.

Tablo 18: Sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yetersiz	Dil (50)	Güncellik (33,3)	Doğruluk (16,7)
Sorunlu	Doğruluk (29,3)	Dil (24,1)	Güncellik (16,5)
Yeterli	Doğruluk (33,8)	Erişilebilirlik (24,3)	Kapsam (17,1)
Mükemmel	Güncellik (33)	Doğruluk (27,3)	Erişilebilirlik (23,9)



Şekil 8: Sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler

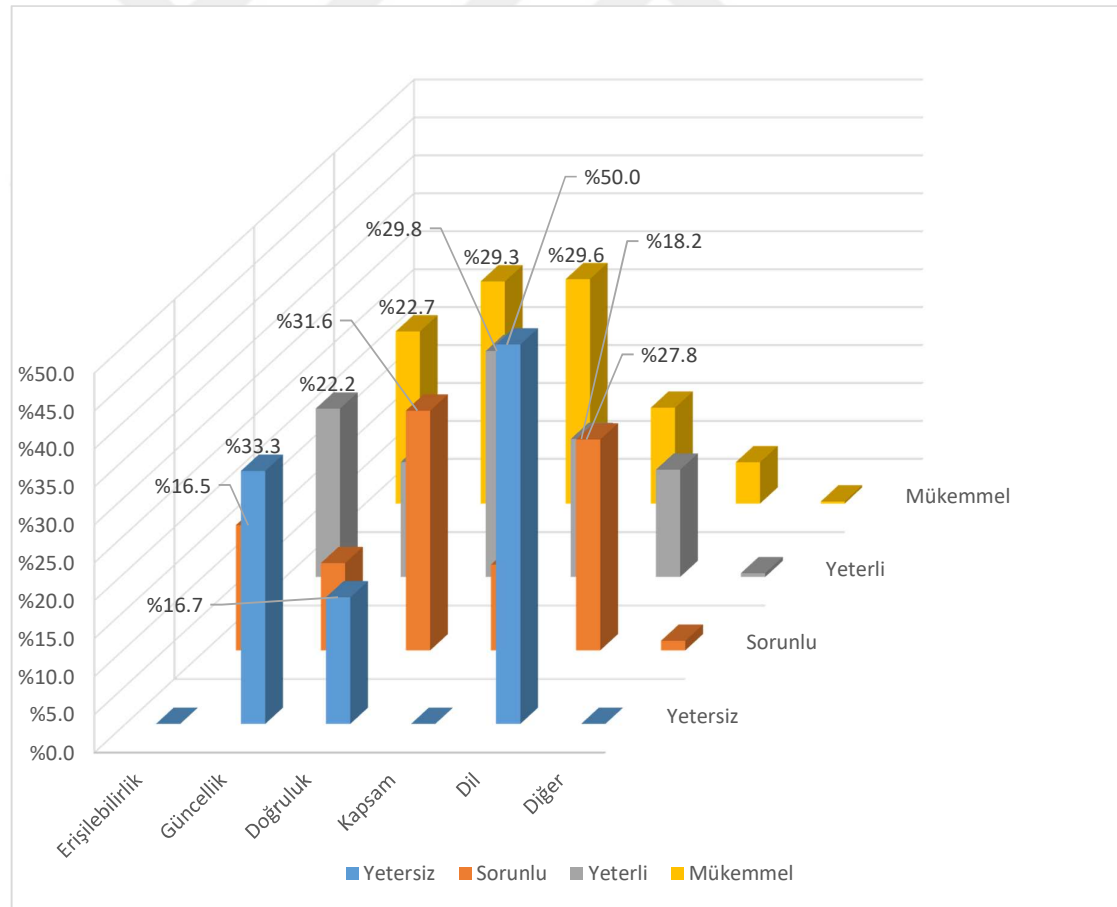
5.4.3. Diyabet Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sağlıkla İlgili Bilgileri Ararken Dikkat Edilen Özellikler

Katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat ettikleri özellikler arasında farklılıklar olup, olmadığı incelenmiştir. Tablo 19'a göre, diyabet okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastaların birinci tercihi "dil" iken diğer gruplarda "doğruluk" birinci tercih olarak işaretlenmiştir. Yetersiz ve mükemmel düzeyde diyabet okuryazarlığına sahip olanlarda "güncellik", sorunlu düzeye sahip olanlarda "dil" ve yeterli düzeye sahip olanlarda ise "erişilebilirlik" ikinci tercih olarak görünmektedir. Diyabet okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan kişiler için "doğruluk", sorunlu ve mükemmel düzeyde olan kişiler için "erişilebilirlik" ve yeterli düzeyde olanlar için ise "kapsam" üçüncü tercih sırasında yer almaktadır (Şekil 9).

Araştırmada elde edilen bulgular diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre bilgi ararken dikkat ettikleri özelliklerin farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.

Tablo 19: Diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler

Diyabet okuryazarlığı düzeyi	1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yetersiz	Dil (50)	Güncellik (33,3)	Doğruluk (16,7)
Sorunlu	Doğruluk (31,6)	Dil (27,8)	Erişilebilirlik (16,5)
Yeterli	Doğruluk (29,8)	Erişilebilirlik (22,2)	Kapsam (18,2)
Mükemmel	Doğruluk (29,6)	Güncellik (29,3)	Erişilebilirlik (22,7)



Şekil 9: Diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilen özellikler

5.5. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİYE ERİŞİMDE KARŞILAŞAN SORUNLAR

Araştırmaya katılan diyabet hastalarına sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunları önem sırasına göre birden üçe kadar işaretlemeleri istenmiştir. Ayrıca bu konuda bilgi erişime gerek duymayanlar için ayrı bir seçenek sunulmuştur. Sorunlar ile ilgili veriler Tablo 20’de gösterilmiştir.

Katılımcılar bu konuda en önemli üç sorunu elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (%23,8), mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (%32,4) ve bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (%32,4) seçenekleriyle açıklamaktadırlar. Hastalardan dört kişi (%3,8) “bu konuda bilgi erişime gerek duymuyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Ayrıca hastalardan %1’i “diğer” seçeneğini seçerek zaman darlığını özel sorun olarak belirtmiştir. Katılımcılardan 4 kişi ikinci ve üçüncü tercihi işaretlememiştir.

Tablo 20: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar

	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olamama		Kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilememe		Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma		Doktor, vb. iletişim zorluğu	hemşire personelle kurma	Mevcut içinden olanı zorluğu	bilgiler uygun seçme		Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma		Bu konuda bilgiye erişme gerek duymuyorum		Diğer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Tercih	15	14,3	4	3,8	25	23,8	10	9,5	24	22,9	23	21,9	4	3,8	0	0	
2. Tercih	6	5,7	14	13,3	10	9,5	4	3,8	34	32,4	33	31,4	0	0	0	0	
3. Tercih	34	32,4	15	14,3	22	21	7	6,7	11	10,5	11	10,5	0	0	1	1	

5.5.1. Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Karşılaşan Sorunların Demografik Özelliklerle İlişkisi

Tablo 21’de diyabet hastalarının sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların demografik özelliklerle ilişkisi olup, olmadığı gösterilmektedir.

İlk demografik özellik olarak incelenen yaş gruplarında 40-50 yaş grubunda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, 51-60 yaş grubunda “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, 61-70 yaş grubunda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu”, 71-80 yaş grubunda ve 81 yaş ve üzeri grupta “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma” birinci tercih olduğu elde edilen verilerden anlaşılmaktadır. Araştırmada 40-50 yaş grubunda “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, 51-60 yaş grubunda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu”, 61-70 ve 71-80 yaş gruplarında “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, 81 yaş ve üzeri grupta ise “kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme” ikinci tercih olarak işaretlenmiştir. 40-50 ve 71-80 yaş gruplarında “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu”, 51-60 yaş grubunda “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, 61-70 yaş grubunda “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, 81 yaş ve üzeri grupta ise “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” üçüncü tercih sırasında yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmada cinsiyet özelliğine göre hastaların sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılığı saptanmak istenmiştir. Kadınlarda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” birinci sırada iken erkeklerde “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. Kadınlarda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu”, erkeklerde ise “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” ikinci tercih olmuştur. Kadınlarda üçüncü tercih olarak “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma” ve

erkeklerde “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” tercih edilmektedir.

Diyabet hastalarının eğitim durumlarına göre bilgiye erişim konusunda karşılaştıkları sorunlar incelenmiştir. İlkokul mezunları “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, ortaokul mezunları “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, lise mezunları ve diğer seçeneğini seçen hastalar “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, lisans ve yüksek lisans mezunları ise “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” birinci tercih olarak işaretlemişlerdir. İlkokul mezunlarında “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, ortaokul, lise ve diğer seçeneğini seçen mezunlarda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu”, lisans ve yüksek lisans mezunlarında ise “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” ikinci tercih sırasında yer almaktadır. İlkokul ve diğer seçeneğini seçen hastalar “doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu”, ortaokul mezunları “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, lise mezunları “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, lisans mezunları “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, yüksek lisans mezunları “diğer” (zaman darlığı sorun olarak eklenmiştir) seçeneğini, eğitim durumu açısından diğer grubundaki hastalar ise “doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu” üçüncü tercih olarak işaretlemişlerdir.

Diyabet hastalarının aylık gelir durumlarına göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılık gösterip, göstermediği incelenmiştir. 1000 TL ve daha az geliri olan kişilerde “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, 1001-2000 TL grubunda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, 2001-4000 TL grubu ile 4001 TL ve üzeri grubunda ise “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. 1000 TL ve daha az geliri olan kişilerde “kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme”, diğer tüm gruplarda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” ikinci tercih olarak işaretlenmiştir. 1000 TL ve daha az geliri olan hastalarda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu”, 1001-2000 TL grubunda “bilgilerin

güvenirliliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, 2001-4000 TL grubunda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, 4001 TL ve üzeri gelir grubunda ise “kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme” üçüncü tercih sırasında yer almaktadır. Diyabet hastalarının aylık gelir durumlarına göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumuna bakınca bekar olan hastalarda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, evli olan bireylerde “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” ve dul olan hastalarda ise “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma” birinci tercih olarak yer almıştır. Bekar olan katılımcılarda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” ikinci sırada iken evli olanlarda “bilgilerin güvenirliliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” dul olanlarda ise “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” ikinci sırada yer almaktadır. “Bilgilerin güvenirliliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” bekar ve dul olan bireylerde, “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” evli olan hastalarda üçüncü tercih sırasında yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Hastalığın başlangıç tarihine göre katılımcıların bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılık gösterip, göstermediği incelenmiştir. Hastalığın başlanması 1980-1990 ve 2001-2010 yılları olan kişilerin “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” birinci tercihi iken 1991-2000 yılı grubunda “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, 2011-2016 yılları grubunda ise “bilgilerin güvenirliliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. 1980-1990 yılları grubunda “doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu”, 1991-2000 ve 2001-2010 yılları grubunda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” ve 2011-2016 yılları arasında hasta olan kişilerde “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” ikinci tercih olmuştur. Üçüncü tercih sırası açısından 1980-1990 yılları grubunda “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, 1991-2000 yılları grubunda “kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme”,

2001-2010 yılları grubunda “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, 2011-2016 yılları grubunda ise “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” üçüncü sırada yer almaktadır. Hastalığın başlangıç tarihine göre katılımcıların bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların diyabet eğitimi sürecine göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklı olup, olmadığı incelenmiştir. Diyabet eğitim süresi 5 yıl ve daha az grubunda “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, 6-11 yıl grubunda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” ve diğer gruplarda “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. 5 yıl ve daha az grubu ile 6-10 yıl grubunda “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” ve diğer gruplarda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” ikinci tercih olarak görünmektedir. Üçüncü tercih açısından ise, 5 yıl ve daha az grubunda “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, 6-10 ve 11-15 yıl gruplarında “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma”, 16-20 yıl ile 21 yıl ve üzeri grubunda “doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu” üçüncü tercih sırasında yer almaktadır. Hastaların diyabet eğitimi süreçlerine göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklı olduğu saptanmıştır.

Araştırmada diyabet hastalarının sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır.

Tablo 21: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler

Özellik	1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yaş	40-50	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (28,3)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (23,7)
	51-60	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (24,2)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (23,1)
	61-70	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (22,6)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (22)
	71-80	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (29,4)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (22,5)
	81 ve üzeri	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (50)	Kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme (33,3)
Cinsiyet	Kadın	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (22,6)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (22)
	Erkek	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (19,4)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (19)
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (31,3)	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (30,5)
	Ortaokul mezunu	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (26)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (20,8)
	Lise mezunu	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (25)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (22,6)
	Lisans mezunu	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (31,7)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (27,9)
	Yüksek lisans mezunu	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (25)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (22,6)
	Diğer	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (38,9)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (22,2)
Aylık gelir	1000 TL ve daha az	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (31,7)	Kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme (16,5)
	1001-2000 TL	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (23)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (21,7)
	2001-4000 TL	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (24,7)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (21,3)
	4001 TL ve üzeri	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (25,6)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (24,4)

Medeni durum	Bekar	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (29,5)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (26,2)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (23)
	Evli	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (21,7)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (21,2)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (19,2)
	Dul	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (24,1)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (22,8)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (17,1)
Hastalığın başlangıç tarihi	1980-1990	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (50)	Doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu (33,3)	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (16,7)
	1991-2000	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (31,5)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (25)	Kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme (12)
	2001-2010	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (20,9)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (20,3)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (19,6)
	2011-2016	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (23,7)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (22,8)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (20,7)
Alınan eğitim süresi	5 yıl ve daha az	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (23,9)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (23,2)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (19,2)
	6-10 yıl	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (25)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (22,1)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (20,6)
	11-15 yıl	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (24,4)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (23,3)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (16,7)
	16-20 yıl	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (33,3)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (26,7)	Doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu (13,3)
	21 yıl ve üzeri	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (50)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (33,3)	Doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu (16,7)

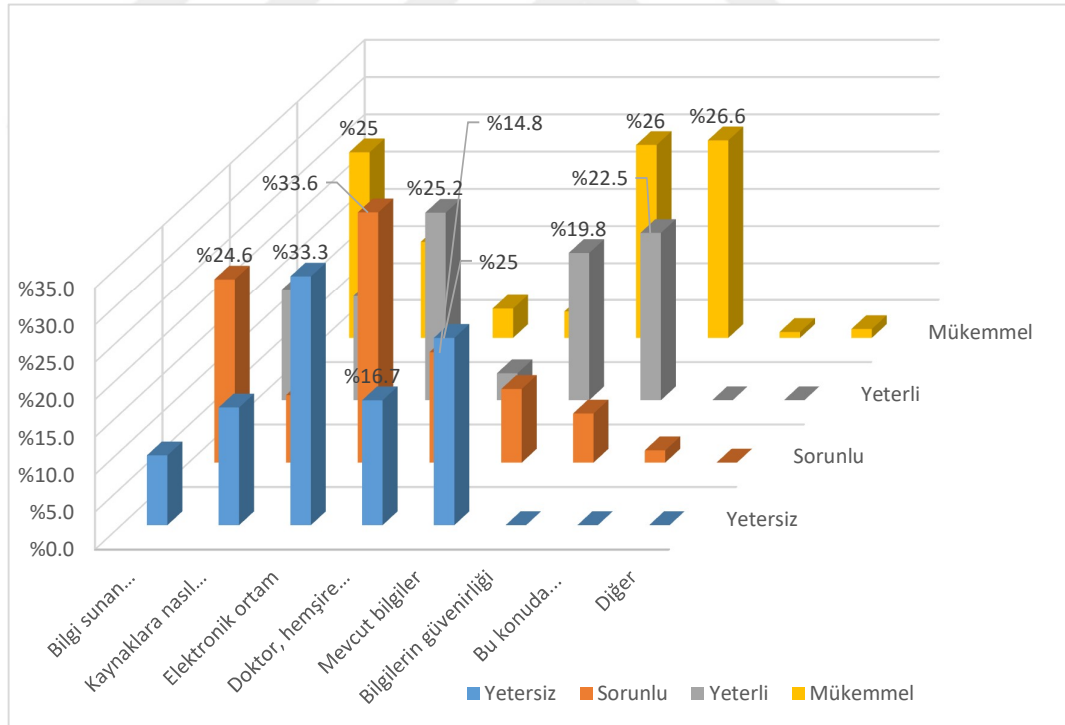
5.5.2. Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Karşılaşan Sorunların Sağlık Okuryazarlığıyla İlişkisi

Araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Tablo 22'ye göre, sağlık okuryazarlığı mükemmel düzeyde olan katılımcıların birinci tercihi “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” iken diğer gruplarda “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma “ birinci sırada yer almaktadır. Yetersiz ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu”, sağlık okuryazarlığı sorunlu düzeyde olan kişilerde “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama”, sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan kişilerde “bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma” sağlıkla ilgili bilgiye erişimde ikinci sırada karşılaşılan sorun olmaktadır. “Doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu” yetersiz ve sorunlu, “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” yeterli, “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde sağlıkla ilgili bilgiye erişimde üçüncü sırada karşılaşılan sorunlardır (Şekil 10).

Araştırmada elde edilen bulgular, diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılık gösterdiğini ortaya çıkarmıştır.

Tablo 22: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların sağlık okuryazarlığıyla ilişkisi

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yetersiz	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (33,3)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (25)	Doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu (16,7)
Sorunlu	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (33,6)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (24,6)	Doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu (14,8)
Yeterli	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (25,2)	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (22,5)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (19,8)
Mükemmel	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (26,6)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (26)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (25)



Şekil 10: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların sağlık okuryazarlığıyla ilişkisi

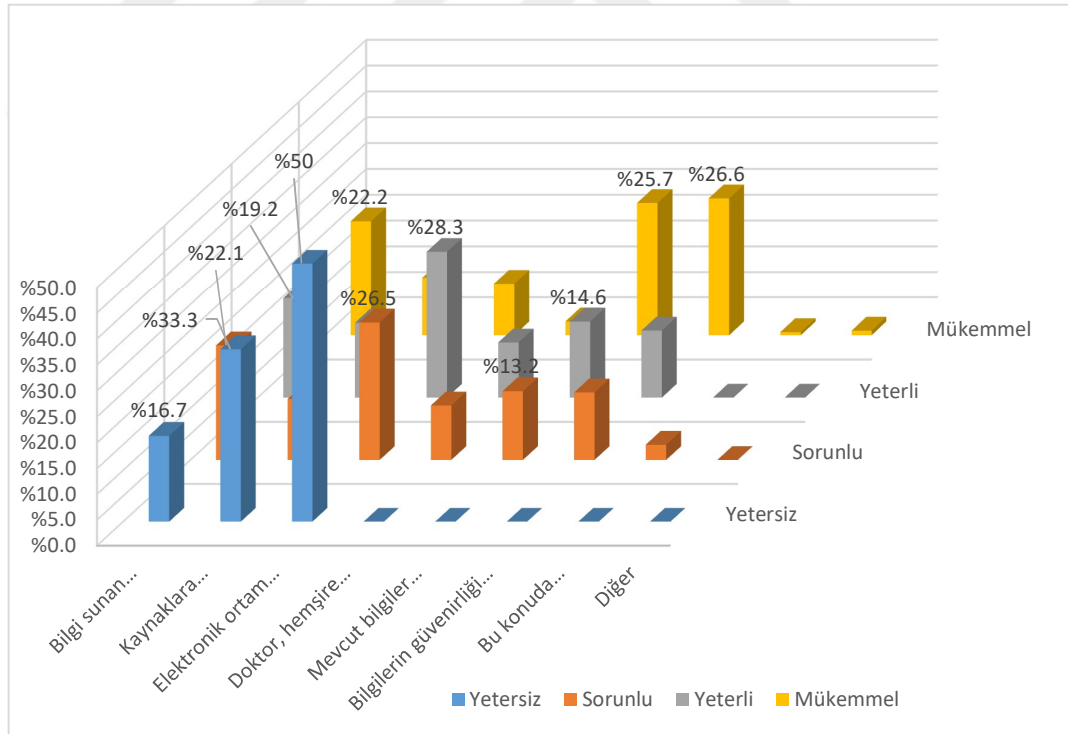
5.5.3. Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişimde Karşılaşan Sorunların Diyabet Okuryazarlığıyla İlişkisi

Araştırmada katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Tablo 23'e göre, diyabet okuryazarlığı mükemmel düzeyde olan kişilerin birinci tercihi "bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma" iken diğer gruplarda "elektronik ortam kullanımında yetersiz olma " birinci sırada yer almaktadır. Sorunlu ve yeterli diyabet okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde "bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama", yetersiz düzeyde olan kişilerde "kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilememe" ve mükemmel düzeyde olanlarda "mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu" sağlıkla ilgili bilgiye erişimde ikinci sırada karşılaşılan sorun olmaktadır. "Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama" yetersiz ve mükemmel, "mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu" sorunlu ve yeterli diyabet okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde sağlıkla ilgili bilgiye erişimde üçüncü sırada karşılaşılan sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır (Şekil 11).

Araştırmada elde edilen bulgular diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunların farklılık gösterdiğini açıkça ifade etmektedir.

Tablo 23: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların diyabet okuryazarlığıyla ilişkisi

Diyabet okuryazarlığı düzeyi	1. Tercih (%)	2. Tercih (%)	3. Tercih (%)
Yetersiz	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (50)	Kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilmeme (33,3)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (16,7)
Sorunlu	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (26,5)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (22,1)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (13,2)
Yeterli	Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma (28,3)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (19,2)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (14,6)
Mükemmel	Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma (26,6)	Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu (25,7)	Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama (22,2)



Şekil 11: Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların diyabet okuryazarlığıyla ilişkisi

5.6. DİYABETLE İLGİLİ TIBBİ BİLGİYE ERİŞİM KONUSUNDA EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ

Hastalara diyabete dayalı tıbbi bilgiye erişim konusunda eğitime ihtiyaç duyup duymadıkları evet ya da hayır seçeneklerini işaretlemeleri istenerek sorulmuştur. Katılımcıların %88,6'sı (93) eğitime ihtiyaç duyduklarını, %11,4'ü (12) ise bu konuda eğitime gereksinim duymadıklarını belirtmişlerdir.

5.7. DİYABET OKURYAZARLIĞI

Diyabet hastalığında öz-bakım ve öz-etkililiğe yönelik sayısal beceriler ve hastalık ile ilgili bilgi düzeyi önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle araştırmada sayısal beceriler ve hastalıkla ilgili bilgilere sahip olma durumları diyabet okuryazarlığı başlığı altında incelenmiştir.

5.7.1. Diyabet İle İlgili Bilgiler

Hastalık ile ilgili bilgiler bölümündeki sorular en az üç seçenek ve en fazla beş seçenek sunularak sorulmuştur. Doğru ya da yanlış olarak verilen yanıtlar incelenmiştir. Sorulara ilişkin veriler Tablo 24'de yer almaktadır.

Tabloya göre, katılımcılar diyabete ilişkin toplam 9 sorudan hiçbir soruya %100 doğru cevap vermemişlerdir. Beşinci soru %96,2 doğru cevap ile en yüksek orana ve sekizinci soru %47,6 doğru cevap ile en düşük orana sahiptir. Sekizinci soruda sadece bir kişi hiç bir seçenek seçmemiş ve %1 oranında soru yanıtlanmamıştır.

Tablo 24: Diyabet hastalığı ile ilgili bilgiyi ölçen sorular ve verilen yanıtlar

Soru No.	Soru	Doğru		Yanlış	
		n	%	n	%
25	Diyabet diyeti tanımı	95	90,5	10	9,5
26	Kan şekeri ölçmek için en iyi yöntem	98	93,3	7	6,7
27	Kontrol altında bir kişi için, egzersizin kan şekere etkisi	94	89,5	11	10,5
28	Enfeksiyonun kan şekere etkisi	75	71,4	30	28,6
29	Ayak bakımı için en iyi yöntem	101	96,2	4	3,8
30	Diyabet ile ilişkili olmayan sorun	71	67,6	34	32,4
31	Grip aşamasında yapılması gereken durum	57	54,3	48	45,7
32	İnsülin reaksiyonu başlama aşamasında yapılması gereken durum	50	47,6	54	51,4
33	İnsülin reaksiyonuna neden olan eylem	62	59	43	41

5.7.2. Diyabet İle İlgili Sayısal Bilgiler

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının sayısal beceri düzeyleri 7 soru ile incelenmiştir. Soruları yanıtlamak toplama, çıkarma, çarpma ve bölme gibi çeşitli matematik becerileri gerektirmiştir. Doğru ya da yanlış cevap şeklinde verilen yanıtlar incelenmiştir. Sorulara ilişkin veriler Tablo 25’de yer almaktadır.

Diyabet hastalarına uygulanan ankette katılımcılar hiçbir soruya %100 doğru cevap verememiştir. Ankette bulunan 37’inci soru %62,9 oranında doğru cevaplanmıştır. Bir başka deyişle, katılımcılar bu soruyu en düşük oranla doğru yanıtlamışlardır. En yüksek doğru cevap %99 oranında ankette bulunan 39’uncü soruya aittir. 35’inci soruda bir kişi hiç bir seçenek seçmemiş, %1 oranında soru yanıtlanmamıştır.

Tablo 25: Diyabet hastalığı ile ilgili sayısal bilgiyi ölçen sorular ve verilen yanıtlar

Soru No.	Soru	Doğru yanıt	Doğru n	Doğru %	Yanlış n	Yanlış %
34	½ bardak patates 1 karbonhidrat seçeneği sayılır. 2 bardak patates kaç seçenek sağlar?	4	87	82,9	18	17,1
35	Her gün 30 dakikalık bir yürüyüş için 6 gram karbonhidrat gerekmektedir. Bir saat yürümeyi planlamaktasınız. Yanınızda 12 adet kraket bulunmaktadır. Her bir adet kraket 10 gram karbonhidrat içerir. Bir saat yürüyüş için kaç adet kraker yemeniz gerekiyor?	1-2	85	81	19	18,1
36	Kural olarak kan şekeriz 60 ile 120 arasında olmalıdır. Sizin hedefiniz nedir?	118	99	94,3	6	5,7
37	Kan şekerinizi günde 4 kez ölçmeniz gerekmektedir. 2 haftalık bir tatil için kaç bant yanınıza almanız gerekmektedir?	56	66	62,9	39	37,1
38	Diyabet hastalığınız için her gün iki kere hap almanız gerekmektedir. İlaç kutunuzda 60 hap bulunmaktadır. 60 hap kaç gün için yeterli olabilir?	30	68	64,8	37	35,2
39	İnsülin dozunuz 54'de kadar yükseldi. Aşağıdaki şırıngada insülin dozunuzu belirleyin.	54	104	99	1	1
40	Tablodaki talimata dayanarak, 295 kan şekeri için kaç ünite insülin gerekmektedir?	3	99	94,3	6	5,7

Çalışmada diyabet okuryazarlığı toplam 16 soru kapsamında incelenmiştir. Araştırmada katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeylerini ölçen 16 soruda her bir sorunun doğru cevaplandırılmasına 1'er puan, yanlış cevaplandırılmasına ise 0 puan verilmiştir. Buna göre tüm soruların doğru yanıtlanması durumunda maksimum 16 puan, tüm soruların yanlış yanıtlanması durumunda minimum 0 puan alınacaktır. Katılımcıların ankete verdiği yanıtlar hem sayısal olarak 0 ila 16 arasında olacak şekilde, hem de kategorik olarak aşağıda belirtilen şekilde puanlandırılmıştır:

- “0-4” puan- yetersiz diyabet okuryazarlığı;
- “5- 8” puan- sorunlu diyabet okuryazarlığı;
- “9-12” puan- yeterli diyabet okuryazarlığı;
- “13-16” puan- mükemmel diyabet okuryazarlığı.

Katılımcıların diyabet okuryazarlığı ile ilgili puanlama yüzdesi Tablo 26'da sunulmuştur. Tabloda olduğu gibi katılımcıların %55,2'si diyabet okuryazarlığı açısından “mükemmel” düzeyde yer almaktadırlar. Bir başka deyişle, araştırmaya

katılan diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeyi mükemmel olarak görünmektedir. Birikimli yüzde verileriyle hastaların %13,3'ünün diyabet okuryazarlığı “yetersiz” ve “sorunlu” düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 26: Diyabet okuryazarlığı puanlarının yüzde dağılımı

Kategori	Sayı	Yüzde	Geçerli yüzde	Birikimli yüzde
Yetersiz (0-4)	1	1	1	1
Sorunlu (5-8)	13	12,4	12,4	13,3
Yeterli (9-12)	33	31,4	31,4	44,8
Mükemmel (13-16)	58	55,2	55,2	100
Toplam	105	100	100	

Araştırmaya katılan hastaların diyabet okuryazarlığı düzeylerine ilişkin hastalık ile ilgili bilgi düzeyleri ve sayısal beceri düzeylerine ait ortalama puanları ve yüzde dağılımı Tablo 27’de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların aldıkları en yüksek puana (16 puan) göre diyabet okuryazarlığı ortalama puanı 12,5 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %55,2’sinin “mükemmel”, %31,4’ünün “yeterli”, %12,4’ünün “sorunlu” ve %1’nin “yetersiz” diyabet okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır.

Diyabet ile ilgili bilgi bölümünde soru sayısına dayanarak alınan en yüksek puana göre ortalama puanı (9 soruya göre en yüksek puan 9’dur) 6,71 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %42,86’sinin “mükemmel”, %24,76’sinin “yeterli”, %26,67’sinin “sorunlu” ve %5,71’inin “yetersiz” kategoride olduğu saptanmıştır.

Diyabet ile ilgili sayısal soruların ortalama puanı (7 soruya göre en yüksek puan 7’dir) 5,79 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %66,67’sinin “mükemmel”, %21,9’unun “yeterli”, %11,43’ünün “sorunlu” ve %0’ının “yetersiz” kategoride yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 27: Diyabet okuryazarlığı ortalama puanı ve yüzdesi

	Ortalama puanı	Yetersiz (%)	Sorunlu (%)	Yeterli (%)	Mükemmel (%)
Diyabet okuryazarlığı	12,5	0,95	12,38	31,43	55,24
Hastalık bilgileri	6,71	5,71	26,67	24,76	42,86
Sayısal bilgiler	5,79	0	11,43	21,9	66,67

5.7.3. Diyabet Okuryazarlığı ve Demografik Özellikler

Araştırmada diyabet okuryazarlığı toplam 16 soru kapsamında, demografik özellikler ise 7 soru kapsamında incelenmiştir. Katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeyleri demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney ve Kruskal-Wallis testlerini kullanarak incelenmiştir.

Tablo 28 diyabet okuryazarlığı ve yaş arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Diyabet okuryazarlığı ve yaş için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görülmektedir (sig.<0,000). Bu da, hastaların yaş grubuna göre, diyabet okuryazarlıkları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeyleri cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Tablo 28 bu konuya ait Mann-Whitney testinin sonuçlarını içermektedir. Cinsiyet için testin anlamlı olmadığı görülmektedir. (sig.>0,332). Bu da, hastaların diyabet okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete göre farklılık taşımadığı anlamına gelmektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeyleri eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 28 diyabet okuryazarlığı ve eğitim durumu arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Diyabet okuryazarlığı ve eğitim durumu için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görülmektedir (sig.<0,000). Bu da, diyabet hastalarının eğitim

durumu grubuna göre, diyabet okuryazarlıkları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeyleri aylık gelirlerine göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 28 diyabet okuryazarlığı ve aylık gelir arasındaki kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Diyabet okuryazarlığı ve aylık gelir için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görülmektedir (sig.<0,000). Bu da, diyabet hastalarının aylık gelir grubuna göre, diyabet okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı farklılıklara sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 28 diyabet okuryazarlığı ve medeni durum arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Diyabet okuryazarlığı ve medeni durum için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görülmektedir (sig.<0,000). Bu da, diyabet okuryazarlığı düzeyleri aylık gelire göre anlamlı farklılıklara sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların diyabet okuryazarlıkları ve hastalığın başlangıç zamanı arasında farklılık olup olmadığı Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 28 diyabet okuryazarlığı ve hastalığın başlangıç zamanı arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Diyabet okuryazarlığı ve hastalığın başlangıç zamanı için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görülmektedir (sig.<0,014). Bu da, diyabet hastalarının hastalıklarının başlangıç zamanı ile sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının diyabet okuryazarlıkları ile aldıkları diyabet eğitimi süresi arasında farklılık olup olmadığı Kruskal-Wallis testini kullanarak incelenmiştir. Tablo 28 diyabet okuryazarlığı ve eğitim süresi arasında kullanılan Kruskal-Wallis testi için Ki-Kare değeri ve 2 yönlü anlamlılık düzeyini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı ve eğitim süresi için Ki-Kare değerinin anlamlı olduğu görülmektedir (sig.<0,003). Bu da, hastaların diyabet

okuryazarlıkları ile aldıkları eğitim süresi arasında anlamlı farklılıklar gösterdiği anlamına gelmektedir.

Tablo 28: Diyabet okuryazarlığı ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler

Demografik özellik	Kruskal-Wallis Ki-Kare (df)	P değeri	Farklılık durumu
Yaş	30,989 (4)	0,000	Var
Eğitim durumu	73,812 (5)	0,000	Var
Aylık gelir	47,142 (3)	0,000	Var
Medeni durum	25,043 (2)	0,000	Var
Hastalığın başlangıç zamanı	10,569 (3)	0,014	Var
Diyabet eğitimi süresi	15,818 (4)	0,003	Var
Mann-Whitney U		P değeri	
Cinsiyet	1177,000	0,332	Yok

5.8. BİLGİ SAĞLAYAN ORTAMLARA YÖNELİK TUTUMLAR

Diyabet hastalarına sağlık ya da diyabet ile ilgili bilgilere ulaşmaları için bilgi sağlayan ortamlar tarafından eğitim programları ve hizmetleri sunulması gerekmektedir. Ancak bu eğitim programları ve hizmetleri kullanıcı grubunun tercihleri doğrultusunda yapılmalıdır. Yapılan çalışmada diyabet hastalarının ilgili konuda hangi yolları tercih ettikleri bu amaçla sorulmuştur. Buna ilişkin veriler Tablo 29, 30 ve 31’de yer almaktadır.

Sağlık ile ilgili bilgilere yönelik telefonla sunulan hizmetler sadece bir kişi tarafından seçilmiştir. Diyabet hastalığına yönelik telefonla sunulan hizmetler hiç bir hasta tarafından tercih edilmemiştir.

Tablo 29: Hastaların hizmet tercihleri

Soru No.	Soru	Yüz yüze olan hizmetler		Telefonla sunulan hizmetler		E-mail ile sunulan hizmetleri	
		n	%	n	%	n	%
41	Sağlık bilgilerine yönelik hangi tür hizmeti tercih edersiniz?	89	84,8	1	1	15	14,3
42	Diyabet hastalığınıza yönelik hangi tür hizmeti tercih edersiniz?	91	86,7	0	0	14	13,3

Sağlık ya da hastalık ile ilgili bilgi sağlayan ortamların yapacağı bilgilendirmelerden ve eğitimlerden hastaların %28,6'sı gereksinim anında birebir eğitimleri, %23,8'i düzenli olarak toplu eğitimleri, %18,1'i web ortamından sunulan bilgileri, %15,2'si düzenli olarak kişisel eğitimleri, %14,3'ü yazılı, görsel ve işitsel notları ve programları tercih etmişlerdir. Bu sonuçlar Tablo 30'da görülmektedir.

Tablo 30: Sağlık ya da hastalık ile ilgili bilgi sağlayan ortamların yapacağı bilgilendirmeler ve eğitim tercihleri

Soru No.	Soru	Düzenli olarak kişisel eğitimler		Düzenli olarak toplu eğitimler		Gereksinim anında birebir eğitimler		Yazılı, görsel ve işitsel notlar, programlar		Web ortamından sunulan bilgiler	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
43	Sağlığınız ya da hastalığınız ile ilgili bilgi sağlayan ortamların yapacağı bilgilendirmelerden ve eğitimlerden en çok hangisini tercih edersiniz?	16	15,2	25	23,8	30	28,6	15	14,3	19	18,1

Tablo 31 bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumları göstermektedir. Katılımcıların %78'i diyabet ile ilgili bilgi veren eğitimleri yeterli bulmaktadırlar. Ayrıca hastaların %83,8'i diyabete yönelik tıbbi bilgiye erişim sağlayan personeli bilgi ve beceri açısından yeterli bulmuşlardır. Ankete katılanların elektronik kaynaklara yönelik değerlendirmelerine bakıldığında genel olarak "fikrim yok" (%47,6) seçeneğine ağırlık verdikleri anlaşılmaktadır. Basılı kaynaklara yönelik tutumda ise %41 oranında "kısmen yeterli" seçeneğine ağırlık verilmektedir.

Tablo 31: Bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumlar

Soru No.	Soru	Kısmen yetersiz (1) %	Yetersiz (2) %	Kısmen yeterli (3) %	Yeterli (4) %	Fikrim yok (5) %
44	Diyabet ile ilgili bilgi veren eğitimlerin değerlendirilmesi	0	1	21	78	0
45	Diyabet hastalığına yönelik bilgi veren basılı kaynakların değerlendirilmesi	0	10,5	41	19	29,5
46	Diyabet hastalığına yönelik bilgi veren elektronik kaynakların değerlendirilmesi	0	6,7	31,4	14,3	47,6
47	Diyabete yönelik tıbbi bilgiye erişim sağlayan personelin bilgi ve becerisinin değerlendirilmesi	0	1	15,2	83,8	0

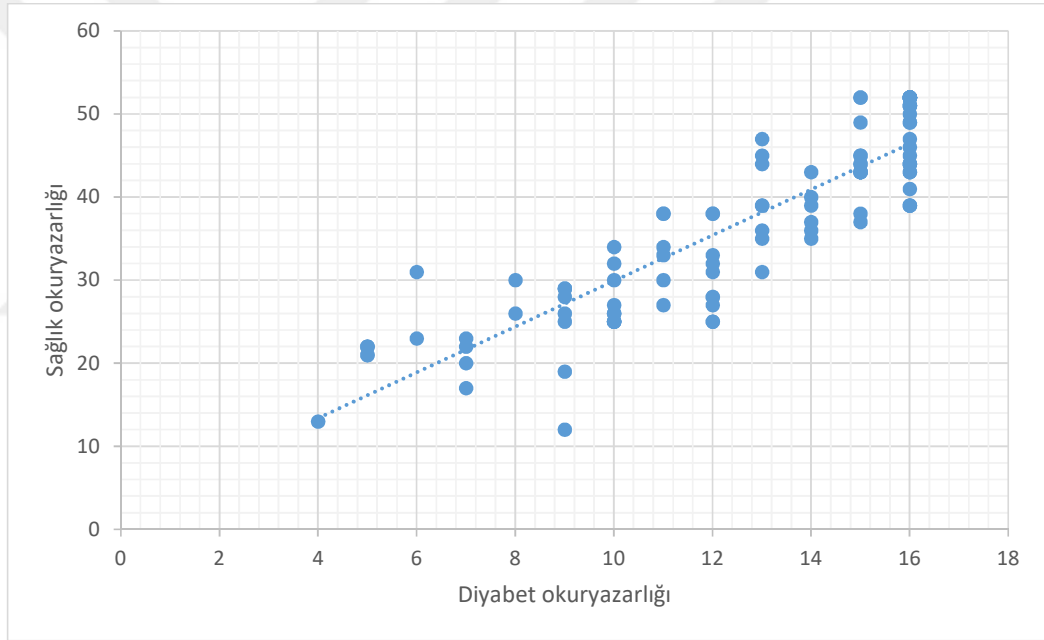
Araştırmaya katılan diyabet hastalarına bilgi sağlayan ortamlara yönelik tutumlar ile ilgili incelemeler yapılmıştır. Katılımcılar sağlık bilgilerine yönelik en yüksek oranda (%84,8) “yüz yüze olan hizmetleri” tercih etmişlerdir. Yine büyük oranda (%86,7) diyabet hastalığına yönelik olarak “yüz yüze olan hizmetler” tercih edilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin sağlık ya da hastalıkları ile ilgili bilgi sağlayan ortamların yapacağı bilgilendirmeler ve eğitimler arasında “gereksinim anında birebir eğitimler” en yüksek oranda (28,6) tercih edilmiştir.

Diyabet ile ilgili bilgi veren eğitimlerin değerlendirilmesi konusunda katılımcıların %78'i verilen eğitimleri yeterli bulmuşlardır. Bu konuda basılı kaynakları %41 oranında yeterli bulurken elektronik kaynakları da %31,4 oranında yeterli bulmuşlardır. Diyabete yönelik tıbbi bilgiye erişim sağlayan personelin bilgi ve becerilerinin değerlendirilmesi açısından katılımcıların %83,8'i bu konuda personelin yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunu vurgulamaktadırlar.

5.9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE DİYABET OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Araştırmada elde ettiğimiz sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı puanlarına göre iki değişkenin arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Bu ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon (Pearson Corelation) katsayısı

kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı negatif ise iki değişken arasında ters yada negatif ilişki vardır, yani değişkenlerden biri artarken diğeri azalmaktadır. Korelasyon katsayısı pozitif ise değişkenlerden biri artarken diğeri de artmaktadır. Bir korelasyon katsayısının yorumlanabilmesi için P değerinin 0,05'den daha küçük olması gerekir (Kul, 2017). İncelediğimiz sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasındaki korelasyonun P değeri 0,000'dir. Pearson korelasyon katsayısı değeri 0,884 olduğu için sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasında pozitif ve yüksek bir ilişki saptanmıştır. Serpilme Diyagramı (Scatter Diagram) ise bu ilişkiyi göstermek için kullanılmıştır.



Şekil 12: Sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişki

Şekil 12'ye göre, sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı değerleri aynı anda arttığı ve noktalar çizginin yakınında olduğu için ikisi arasında güçlü pozitif ilişki bulunmaktadır. Bir başka deyişle, sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerde diyabet okuryazarlığı da yüksek olmaktadır.

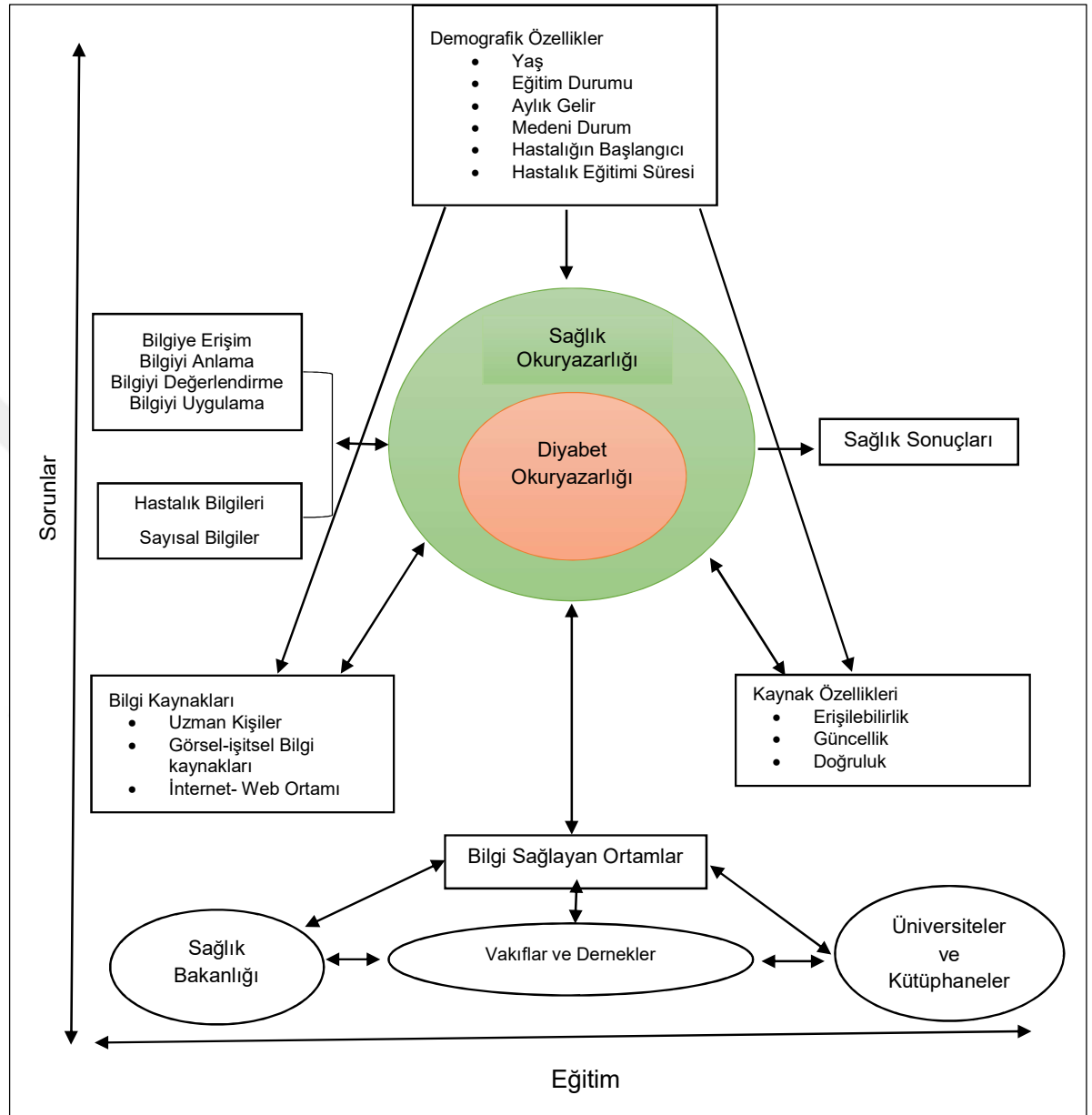
6. BÖLÜM

SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ

Günümüzde sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetleri ve kararları hakkında temel bilgilere erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerine sahip olma anlamına gelmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyleri kişiler için ister bireysel olsun ister toplumsal olsun sorunların önlenmesinde yardımcı olmaktadır.

6.1. DİYABET HASTALARINA YÖNELİK SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞI MODEL ÖNERİSİ

Çalışmada, sağlık ve diyabet okuryazarlığına yönelik literatür ayrıntılı olarak incelenmiştir. Türkiye’de Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji Bölümünde gerçekleştirdiğimiz araştırmalar çerçevesinde var olan durum ortaya çıkarılmıştır. Araştırmamızın sonucunda Türkiye’de diyabet hastalarına yönelik sağlık ve diyabet okuryazarlığı model önerisi geliştirilmiştir. Gelecek çalışmalara yol göstermesi hedeflenen “sağlık ve diyabet okuryazarlığına yönelik model önerisi” 13’te sunulmuştur.



Şekil 13: Sağlık ve diyabet okuryazarlığına yönelik model önerisi

Diyabet hastalarına yönelik sağlık ve diyabet okuryazarlığı modelinin ana teması, diyabet hastalığı ile ilgili bilgileri elde etmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak sürecine bağlı yeteneklerdir. Bu yeteneklerin her biri sağlık ve diyabet okuryazarlığının önemli boyutlarını temsil etmektedir, ayrıca belirli bilişsel nitelikleri gerektirir ve sağlanan bilgilerin kalitesine bağlıdır. Söz konusu olan yetenekler şöyledir:

- Bilgiye erişmek: Gereksinim duyulan bilgileri arayıp ve bulmaktır;
- Bilgiyi anlamak: Elde edilen bilgileri kavrayabilmek ve anlamaktır;
- Bilgiyi değerlendirmek: Erişilen bilgilerin içeriğini değerlendirmek;
- Bilgiyi uygulamak; Sağlığı korumak ve hastalığı önleyip veya kontrol edebilmek için doğru bilgileri uygun kararlar için uygulamaktır.
- Hastalık bilgileri: Diyabet hastalığı ile ilgili bilgileri elde etmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamaktır;
- Sayısal bilgiler: Hastalığa özgü olan sayısal ve matematiksel bilgileri öz-bakım için doğru kullanmaktır.

Modeli oluşturan bileşenler var olan ilişkilerle yansıtılmıştır. Diyabet hastalarına yönelik modelin tasarım sürecinde öncelikle etkili olan faktörler belirlenmiştir. Araştırmada ele alınan faktörler sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı ile ilişkili oldukları saptanmıştır.

6.1.1. Demografik Özellikler

Araştırmada demografik özellikleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, medeni durum, hastalığın başlangıcı ve hastalıkla ilgili alınan eğitim süresi olarak ele alınmıştır. Cinsiyet özelliği dışında diğer tüm demografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı ilişkili olup farklılıkların varlığı saptanmıştır. İlişkili olan özellikler arasında yaş ve hastalığın başlangıcı hasta tarafından değiştirme ihtimali olmadığı halde eğitim durumu, ekonomi durumu ve hastalıkla ilgili alınan eğitim süresinin yükseltilmesi ve iyileştirilmesi sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine, bireyin ve toplumun sağlık sonuçlarının gelişmesine neden olacaktır.

6.1.2. Sağlıkla İlgili Tercih Edilen Bilgi Kaynakları

Araştırmada sağlıkla ilgili bilgi kaynakları broşürler, posterler, basılı kitaplar, basılı dergiler, görsel-işitsel bilgi kaynakları, internet-web ortamı, akıllı telefon, uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.), aile ve yakın kişiler olarak incelenmiştir. Araştırmadaki bulgulara ve değerlendirmelere göre, sağlıkla ilgili bilgi kaynağı tercihleri, demografik özellikler, sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı ile ilişki olduğu saptanmıştır.

Doktorlar, eczacılar ve hemşireler gibi uzman kişiler en önemli bilgi kaynağıdır. Yaş, eğitim durumu ve ekonomi durum teknoloji ve özellikle internet-web ortamını üçüncü sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak tercih edilmesine neden olmuştur.

Sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri hastaların sağlıkla ilgili bilgi kaynakları tercihlerini etkileyebilmektedir.

6.1.3.Sağlık Bilgilerini Ararken Dikkat Edilen Özellikler

Sağlıkla ilgili bilgileri ararken dikkat edilenler, demografik özellikler, sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasındaki ilişkiler olduğu saptanmıştır. Erişilebilirlik, güncellik ve doğruluk en önemli üç özellik olarak görünmüştür. Bu özellikler ile ilgili hastanın tercihini tüm demografik özellikler etkileyebilir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri dikkat edilen özelliklerin tercih konusunda etkileyici rol oynamaktadır. Bir başka deyişle, farklı sağlık veya diyabet okuryazarlığı düzeyleri farklı tercihlere yol açmaktadır.

6.1.4. Bilgi Sağlayan Ortamlar

Bilgi sağlayan ortamların ister hastalara yönelik sundukları hizmet türü olsun ister ise bilgilendirme ve eğitim türü olsun araştırmada incelenmiştir. Ayrıca, diyabet hastalığı ile ilgili verilen eğitimler, kullanılan basılı ve elektronik kaynaklar ve tıbbi bilgiye erişim sağlayan personelin bilgi ve beceri açısından yeterlilikleri araştırmada ele alınmıştır. Uzman kişiler ve hastalar arasında kullanılan iletişim türü, sunulan eğitimler, basılı ve elektronik kaynaklar ve personelin bu konuda bilgi ve beceri düzeyleri hastaların sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeylerini etkileyebilir. Bu yüzden, önerilen modelde bilgi sağlayan ortamlar bireyin sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığını etkileyebilecek faktörler arasında yer almıştır.

Bilgi sağlayan ortamlar arasında en başta sağlık bakanlığı olmak üzere, vakıflar, dernekler, üniversiteler ve kütüphaneler bu konuda gereken bilgileri sağlamaktadırlar. Araştırmanın dördüncü bölümünde bilgi sağlayan ortamlar hakkında detaylı bilgiler sunulmuştur. Ayrıca, bu kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve ortak programların düzenlenmesi örneğin kurum personelleri arasında

eğitim programları, bireylere yönelik bireysel veya toplu eğitimler, sanal ortamlarda düzenlenen seminerler, ulusal ve uluslararası düzeylerde gelişmeleri takip etmek ve programlara yansıtma bireye ve topluma yönelik büyük kazanımlara yol açacaktır.

6.1.5. Sorunlar

Araştırmada hastaların sağlık ile ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların ne olduğu incelenmiştir. Önemli olan sorunlar arasında elektronik ortam kullanımında yetersiz olma, mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu ve bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama yer almaktadır. Bu tür sorunlar bireyin gereksinim duyduğu andan başlayarak gereksinimini giderdiği ana kadar ortaya çıkması nedeniyle geliştirdiğimiz modeli etkilemektedir.

6.1.6. Eğitim

Eğitim hastalığın ve hastanın hayatının her aşamasında etkileyici olarak önemli rol oynamaktadır. Kronik hastalıklarda özellikle de diyabet hastalığında eğitimin sürekliliği gerekli olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri verilen eğitim sayesinde yükselecektir. Bu yüzden, ister okul hayatı ile ilgili eğitim düzeyi olsun isterse hastalık ile ilgili her türlü eğitim düzeyi olsun sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı eğitim faktörü tarafından en çok etkilenen durumlar arasındadır.

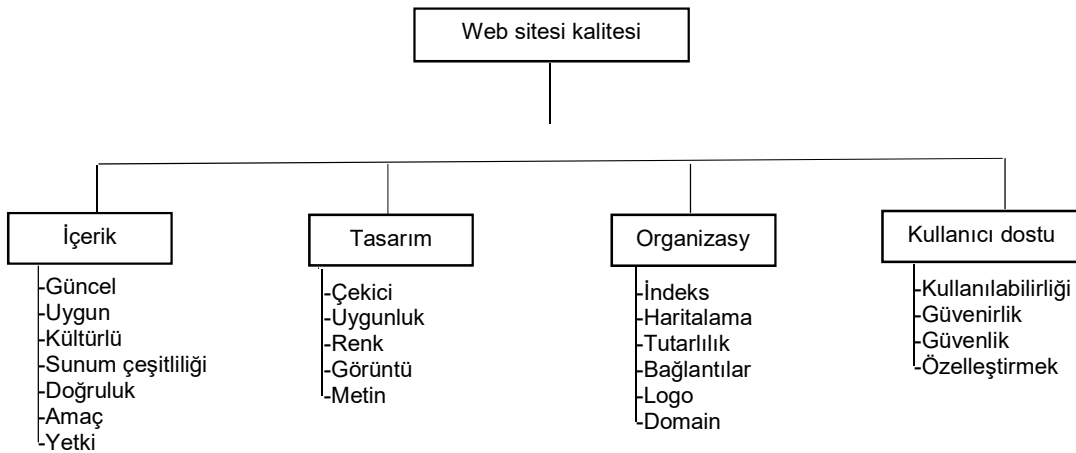
6.1.7. Sağlık Sonuçları

Önerilen modele göre, yukarıda sözü geçen tüm faktörler sonuç olarak sağlık ile karşılaşılan sonuçları etkilemektedir. Demografik özellikler, sağlık okuryazarlığı düzeyleri, diyabet okuryazarlığı düzeyleri, sağlıkla ilgili kaynaklar, tercih edilen kaynak özellikleri, bilgi sağlayan ortamlar, karşılaşılan sorunlar ve alınan eğitim hep birlikte bireyin ve toplumun sağlık sonuçlarını etkileyen unsurlar arasında olması nedeniyle modelde yer almaktadır.

6.2. WEB SİTELERİNİN KALİTE DEĞERLENDİRME BOYUTLARI VE GÖSTERGELERİ

Bir web sitesinin kolaylıkla kullanabilmesi için çok sayıda özelliği dikkate almak gerekmektedir. Sitelerin hedef kitlelerine göre bu tür özellikler değişebilir. Web sitelerinin içeriğinin anlamlı ve kullanabilir olması, kısa ve kolaylıkla gözden geçirilebilir olması, amaca uygunluğu, kullanıcı gereksinimlerini giderebilir olması ve anlaşılabilir olması gerektiği söylenebilir. Bu yüzden içeriği hazırlamak için hedef kitlenin gereksinimlerini ve hitap dilini iyi bilme yeteneğine sahip olmayı gerektirmektedir (Morkoç ve Doğan, 2014, s. 57). Web sayfaları ile bilgi yayılımının hızlı ve etkin dönüşümü kişilerin bilgiye erişimini kolaylaştırmaktadır.

Eğitim amaçlı hazırlanan web sitelerinin kalitesini değerlendirmek için ortak boyutlar arasında doğruluk, bilginin anlaşılabilirliği, kullanım kolaylığı, çekici tasarım, net ve açık düzen yer almaktadır (Lautenbach ve diğerleri, 2006, s. 11; Singh ve Sook, 2002, s. 12). Hasan ve Abuelreb (2011) tarafından yapılan çalışmada web sitelerinin kalitesini değerlendirmek için birkaç boyut ve her bir boyuta bağlı olarak göstergeler belirlenmiştir. Önerilen boyutlar ve göstergeler Şekil 14’de sunulmuştur.



Şekil 14: Web sitelerinin kalite boyutları ve göstergeleri

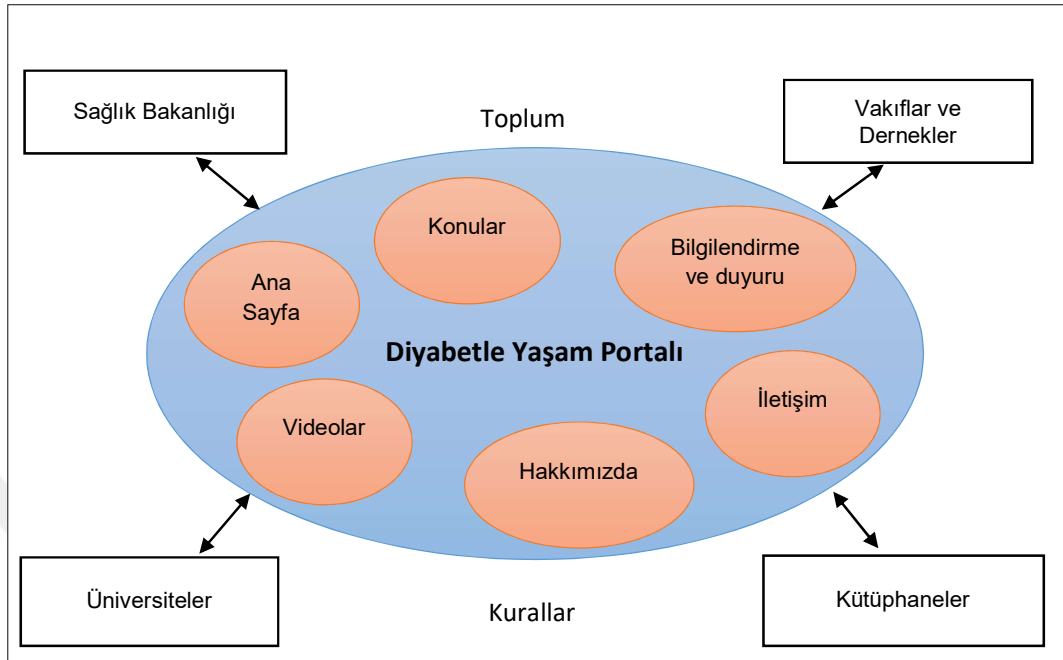
(Kaynak: Hasan ve Ebuelrau, 2011, s. 17)

Şekil 14’de sunulan boyutlar ve göstergeler literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Ayrıca, her türlü web sitesi için uygun olarak belirlenmiştir.

- İçerik kalitesi: genel olarak içerik kalitesi önemli bir boyut olarak kabul edilmektedir. Bir başka deyişle, bu boyut web sitelerinin kral boyutudur (Singh ve Sook, 2002, s. 11). İçerik ile ilgili göstergeler Şekil 14’de yer almaktadır.
- Tasarım kalitesi: Bu boyut web sitelerinin tasarımının görsel özellikleriyle ilgilidir. Ayrıca, kullanıcıları cezbeder ve onları web sitesini daha uzun süre ziyaret etmeye ve yeniden girmeye teşvik eder. Tasarım ile ilgili göstergeler Şekil 14’de yer almaktadır (Hasan ve Ebuelrau, 2011, s.20).
- Organizasyon kalitesi: bu boyut, web sitelerinin mantıksal gruplama, kategorizasyon veya yapı öğeleri ile ilgilidir. Aynı anda kullanıcının gerekli bilgiye hızlı bir şekilde ulaşmasına yardımcı olmak için ve web sitesinde kolayca gezinmek için önemlidir (Tan ve Tung, 2003).
- Kullanıcı dostu kalitesi: herhangi bir kullanıcıya eğitiminden veya tecrübesinden bağımsız olarak pek çok konuyla ilgili gerekli bilgiyi makul bir süre içinde ulaşmasına yardımcı olan boyuttur (Lautenbach ve diğerleri, 2006, s. 2).

6.3. DİYABET HASTALARINA YÖNELİK SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞI İÇİN EĞİTİM AMAÇLI PORTAL TANITIMI

Diyabet hastalarına yönelik sağlık okuryazarlığı modeli kapsamında bir portal yapısı hazırlanmıştır. Modelde sağlık ve diyabet okuryazarlığını etkileyen ve ilişkili olan unsurlar belirlenmiştir. Önerilen modele dayanarak sürekli gelişim içinde olan portal içeriği hazırlanmıştır. Diyabet hastaları veya diğer kullanıcılar bu portalı kullanarak gereksinim duydukları bilgileri elde edeceklerdir. Portal üzerinde sunulacak tüm bilgiler Sağlık Bakanlığı, diyabet vakıfları ve dernekleri, üniversiteler ve kütüphaneler tarafından alınan geri bildirimlerle içeriğin eksik yönleri tamamlanacaktır. Önerilen model kapsamında hazırlanan portal yapısı Şekil 15’de yer almaktadır. Portala şu adresten erişmek mümkündür: <https://diyabetleyasamak.wixsite.com/diyabetleyasam>



Şekil 15: Diyabet hastalarına yönelik sağlık ve diyabet okuryazarlığı portal yapılanması:
Diyabetle Yaşam Portalı

(Portalın adresi: <https://diyabetleyasamak.wixsite.com/diyabetleyasam>)

Diyabet okuryazarlığına yönelik eğitim amaçlı portal tasarım sürecinde bilimsel portallerin özellikleri belirlenmiştir. Bu kapsamda okuryazarlığa dayalı özellikle diyabet ve sağlık konusunda dünya genelinde bulunan önemli portaller incelenmiştir. Bunun yanı sıra, teknik altyapı ve bu yönde gereksinim duyulan tasarım ortamı incelenen konuya göre sağlanmıştır. Ziyaretçiler için kolay kullanılan ve araştırma amacına uygun olan portal tasarımına çalışılmıştır. Ayrıca, portalın hedef kitlesine daha verimli ve hızlı ulaşmasını sağlayan ortam kullanılmıştır.

Söz konusu portala göre, yüksek ve mükemmel düzeyde sağlık veya diyabet okuryazarlığına ulaşmak için bu tür portallerin güvenilir ve uygun içeriklere sahip olması beklenmektedir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular ışığında topluma yönelik özellikle de diyabetli hastalara yönelik geliştirdiğimiz diyabet okuryazarlığı içerikli portal şu bölümlerden meydana gelmektedir:

- Ana sayfa;
- Konular;

- Bilgilendirme ve duyuru;
- Videolar
- Hakkımızda;
- İletişim

Bu bölümlere ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

6.3.1. Ana Sayfa

Portalın ana sayfası başta menü olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Menü kısmında konular, bilgilendirme ve duyuru, hakkımızda ve iletişim başlıklarına yer verilmiştir. Ayrıca, her bir başlığa ait alt başlıklarda bulunmaktadır. İkinci bölümde portalın “hoş geldiniz” mesajı yer almaktadır. Kısaca portalın içeriği bu bölümde anlatılmıştır. Üçüncü bölümde ise ele alınan üç konu üzerinde bilgiler sunulmuştur. Her konu hakkında detaylı bilgilere ulaşmak için başlıklar ile detaylı bilgiler arasında bağlantılar kurulmuştur. Ana sayfanın dördüncü bölümü portalın tasarım amacı, diğer sosyal ağlar ile bağlantısı ve ulaşım adresi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir (Şekil 16).



Şekil 16: Ana Sayfa

6.3.2. Konular

Konular başlığı altında üç alt başlık ele alınmıştır. Diyabet, diyabet okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili detaylı bilgiler bu bölümde sunulmuştur. Diyabet hastalığı ve tipleri, hastalığın önlenmesi ve kontrolü için gereken okuryazarlık ve genel olarak sağlık okuryazarlığının zaman içerisinde gelişimi ve tanımları hakkında bilgilere bu bölümde yer verilmiştir. Literatüre dayalı olarak hazırlanan bu bölüm portalın ana teması olarak da görünmektedir (Şekil 17 ve 18).



Şekil 17: Konular



Şekil 18: Konular

6.3.3. Bilgilendirme ve Duyuru

Portalın bu bölümü üç alt başlıktan oluşmaktadır. Haberler ve duyurular, kaynaklar ve önemli bağlantılar alt başlıklar olarak görünmektedir. Haberler ve duyurular bölümü “Dünya Diyabet Günü’nü” ele alarak bu günün geçmişini ve dünya genelinde bu güne özel etkinlikleri hazırlayanlar hakkında kısaca bilgiler sunmuştur. 2016 yılında bu günün teması hakkında bilgilere yer vererek detaylı bilgiler için de Uluslararası Diyabet Federasyonuna bağlantı kurulmuştur. Türkiye’de sağlık bakanlığının bu güne özel olarak hazırladığı infografiklere ulaşmak için sözü geçen bakanlığın ilgili sayfasıyla bağlantı kurularak detaylı bilgileri elde etmek mümkün kılınmıştır (Şekil 19).

Dünya Diyabet Günü

1921 yılında insülini bularak diyabet hastası milyonlarca hastanın tedavisini mümkün kılan Fredrick Banting'in doğum yıl dönümü anısına, her yıl 14 Kasım'da Dünya Diyabet Günü düzenlenerek, çeşitli etkinlikler yapılmaktadır. 1991 yılından beri düzenlenen, Dünya Diyabet Günü'ne dünyanın 125 ülkesinden, Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Federation of Diabetes) üyesi 150'yi aşkın kuruluş katılmaktadır. Diyabetin sebepleri, belirtileri, tedavisi ve neden olabileceği organ tahribatları açısından halkı aydınlatmak amacıyla çeşitli etkinlikler düzenlenmektedir. Türkiye'de de diyabet ve diyabete bağlı gelişen sağlık problemleri önemli bir yer tutmaktadır. Her yıl 14 Kasım'da kutlanmakta olan Dünya Diyabet Günü, diyabet dünyasının en önde gelen farkındalık kampanyasıdır.



2017 Dünya Diyabet Günü Teması

Her yıl belirlenen Dünya Diyabet Günü'nün 2017 Yılı teması "Kadınlar ve Diyabet" olup sloganı "Sağlıklı Bir Gelecek Hakkımızdır". Bu yıl ki tema diyabet riski taşıyan veya diyabet ile yaşayan tüm kadınlar için ekonomik ve ulaşılabilir diyabet tedavisi, diyabet eğitimi ve kendi kendine diyabet yönetimi eğitiminin önemini teşvik etmek suretiyle Tip 2 diyabet ile mücadele kapasitesini güçlendirmektir.



Şekil 19: Haberler ve Duyurular

Kaynaklar başlığı altında hazırlanan kaynaklar Dünya ve Türkiye genelinde önemli kurum veya kuruluşların yayımları olarak ele alınmıştır. 2000-2015 yılları arasında Uluslararası Diyabet Federasyonunun yayımladığı diyabet atlasları, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Obezite, Diyabet ve Metabolizma Hastalıkları Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan eğitim seti ve yayımları ve son olarak Türkiye Diyabet Cemiyetine ait önemli üç yayının bağlantılarına yer verilmiştir (Şekil 20).



Şekil 20: Kaynaklar

Önemli bağlantılar bölümünde diyabet ve diyabet okuryazarlığı ile ilgili ulusal ve uluslararası kurum, kuruluş ve projelere yer verilmiştir (Şekil 21).



Şekil 21: Önemli Bağlantılar

6.3.4. Videolar

Diyabet hastalığına yönelik ulusal ve uluslararası yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından hazırlanan eğitici videolar bu bölümde yer almıştır. Özellikle tip 2 diyabete odaklanan videolar, hastalığın tanımı, tanıları, tedavisi, yönetimi ve izlenmesi ile ilgili olarak videolar sunulmuştur (Şekil 22).



Şekil 22: Videolar

6.3.5. Hakkımızda

Bu bölümde, portal içeriğini hazırlayan, portalın amacı, içeriği ve tasarım nedeni ile ilgili bilgilere yer verilmiştir (Şekil 23).



Şekil 23: Hakkımızda

6.3.6. İletişim

İletişim kurma yolları ve ziyaretçi ile yetkili kişinin temasa geçme yolları bu bölümde sunulmuştur (Şekil 24).



Şekil 24: İletişim

6.4. SAĞLIK VE DİYABET OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ KAPSAMINDA GELİŞTİRİLEN DİYABETLE YAŞAM PORTALININ GELİŞİMİ VE GELECEĞİ

Sağlık ve diyabet okuryazarlığına yönelik model önerisi kapsamında geliştirdiğimiz “Diyabetle Yaşam” portalında ulusal ve uluslararası gelişmeler takip edilecektir. İçerik yönetimi gerçekleştirilecektir. Hazırlanan portal tarafımızdan ve kurulan işbirliği sonucu Sağlık Bakanlığı, endokrinoloji bölümü olan hastaneler, konuyla ilgili dernekler ve vakıflar gibi resmi kurumlar tarafından sürekli güncellenecektir. Portalın gelişimi tarafımızdan ve adı geçen resmi kurum yetkilileri tarafından sağlanacaktır. Sağlık ve diyabet ile ilgili bilgi hizmetleri ve bilgi dağılımı konusunda halk kütüphaneleri de göreve çağrılacaktır.

7. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1974 yılında ortaya çıkmış ve dünya genelinde çok sayıda araştırmacı tarafından ele alınan konular arasında olmuştur. Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Endokrinoloji bölümüne kayıtlı olup tedavi görmekte olan tip 2 diyabet hastalarının demografik özellikleri, sağlık okuryazarlıkları, diyabet okuryazarlıkları düzeylerinin değerlendirilmesine odaklanmıştır. Hastalarının sağlık bilgi kaynaklarının biçimine yönelik tercihleri, sağlık bilgilerini ararken dikkat ettikleri özellikler, bu alanda bilgiye erişimde karşılaşılan sorunların, bilgi merkezlerine yönelik tutumlarının incelenmesi sonucunda nelerin yapılması gerektiğini ortaya çıkartmak istenmiştir. Elde edilen sonuçlar geleceğe yönelik kuramsal ve uygulamalı çalışmalarına yol göstermektedir.

Sözü geçen bölümde 105 hastaya anket uygulanmış ve anket sonuçları değerlendirilmiştir. Yapılan araştırma ile ulaşılan sonuçlar şöyledir:

- Araştırmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu 51-60 yaş arasında olup, cinsiyet açısından kadın hastalarının araştırmaya katılımı oranı daha yüksektir. Katılımcıların eğitim durumuna göre en yüksek katılım oranı lise mezunlarına ait olup, aylık gelir açısından 1001-2000 TL gelire sahip olanların ve medeni durum açısından evli olanların katılım oranı daha yüksektir. Hastalığın başlangıç zamanına bakıldığında 2011-2016 yılları arasında hastalıklar başlamış, ayrıca 5 yıl ve daha az diyabet eğitimi alanların katılım oranı diğerlerine göre daha yüksektir.
- Diyabet hastalarına yönelik yapılan çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 36,82 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %1,9'unun "yetersiz", %21'inin "sorunlu", %35,2'sinin "yeterli" ve %41,9'unun "mükemmel" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı saptanmıştır. Bir başka deyişle, araştırmaya katılan diyabet hastalarının %77,1'inin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli ve mükemmel olarak görünmektedir. Sağlık okuryazarlığı kapsamında incelenen bilgiye

erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama alanları arasında kategorik değerlendirme açısından bilgiye erişim en düşük “yetersiz” kategorisine ve bilgiyi değerlendirme en yüksek “yetersiz” kategorisine sahip olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı kapsamında incelenen bilgiye erişim alanında katılımcıların %16,19’unun, bilgiyi anlama alanında %18,1’inin bilgiyi değerlendirme alanında %42,85’inin ve bilgiyi uygulama alanında %25,71’inin “yetersiz veya sorunlu” kategorisinde yer aldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların bilgiye erişim ortalama puanı 8,91, bilgiyi anlama ortalama puanı 11,7, bilgiyi değerlendirme ortalama puanı 4,94 ve bilgiyi uygulama ortalama puanı ise 11,27 olarak bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu bulgular literatürdeki çalışmalarla farklılık göstermektedir.

- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyet özelliği hariç incelenen diğer tüm demografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Örneğin eğitim durumu açısından lisans ve yüksek lisans mezunlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ilk ve ortaokul mezunlarına göre daha yüksektir. Yaşı daha genç olanlar, aylık gelirleri daha yüksek olanlar ve bekâr olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu bulgular literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 1.1. hipotezini doğrulamaktadır.
- Araştırmaya katılan diyabet hastaları arasında sağlıkla ilgili bilgi kaynağı format tercihi açısından ilk sırada “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)”, ikinci sırada “görsel-işitsel bilgi kaynakları” ve üçüncü sırada “internet-web ortamı” yer almaktadır. Kaynak tercihi açısından katılımcılar arasında cinsiyet özelliği hariç diğer tüm demografik özelliklere göre ilk tercih farklılık göstermese de ikinci ve üçüncü tercihler farklılık göstermektedir. Ayrıca katılımcıların aldıkları diyabet eğitim sürecine göre ikinci tercihlerinde farklılık bulunmamaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının tercih ettikleri bilgi kaynakları

demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 1.3. hipotezini doğrulamaktadır.

- Ele alınan sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre tüm katılımcıların bilgi kaynağı açısından birinci tercihi “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)” olarak görünse de katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre kaynak tercihleri ikinci ve üçüncü sıra açısından farklılık göstermektedir. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre kullandıkları bilgi kaynağı tercihleri farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 2.1. hipotezini doğrulamaktadır.
- Ele alınan diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre tüm katılımcıların bilgi kaynağı açısından birinci tercihi “uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)” olarak görünse de hastaların diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre kaynak tercihleri ikinci ve üçüncü sıra açısından farklılık göstermektedir. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre kullandıkları bilgi kaynağı tercihleri farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 3.1. hipotezi doğrulanmaktadır.
- Genel olarak bakıldığında diyabet hastaları için sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler arasında ilk sırada bilginin “erişilebilir olması”, ikinci sırada bilginin “güncelliği”, üçüncü sırada ise bilginin “doğruluğu” önemlidir. Bir başka deyişle, araştırmaya katılan diyabet hastaları erişilebilir olan, doğru ve güncel bilgiye önem vermektedirler. İncelenen tüm demografik özelliklere göre diyabet hastalarının sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 1.4. hipotezi doğrulanmaktadır.
- İncelenen tüm sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre diyabet hastalarının sağlıkla ilgili bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir. Örneğin sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastalarda “dil”, sorunlu ve yeterli düzeyde olan hastalarda “doğruluk”,

mükemmel düzeyde olan kişilerde ise “güncellik” birinci sırada yer almaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 2.2. hipotezini doğrulamaktadır.

- Araştırmaya katılan diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir. Örneğin Diyabet okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastaların birinci tercihi “dil” iken diğer gruplarda “doğruluk” birinci tercih olarak işaretlenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre bilgi ararken dikkat ettikleri özellikler farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 3.2. hipotezi doğrulanmaktadır.
- Araştırmaya katılanların bilgiye erişimde karşılaştıkları en önemli üç sorunu “elektronik ortam kullanımında yetersiz olma”, “mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu” ve “bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama” görünmektedir. Ayrıca tüm demografik özelliklere göre diyabet hastalarının sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar farklılık göstermektedir. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 1.5. hipotezini doğrulamaktadır.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar arasında farklılık olduğu görünmektedir. Örneğin sağlık okuryazarlığı mükemmel düzeyde olan kişilerin birinci tercihi bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma iken diğer gruplarda elektronik ortam kullanımında yetersiz olma birinci sırada yer almaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 2.3. hipotezi doğrulanmaktadır.

- Araştırmaya katılan hastaların diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre sağlıkla ilgili bilgiye erişimde karşılaşılan sorunlar arasında farklılık olduğu görülmektedir. Örneğin sorunlu ve yeterli diyabet okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişilerde bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmama, yetersiz düzeyde olan kişilerde kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilememe ve mükemmel düzeyde olanlarda mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu bilgi kaynağı açısından ikinci sırada yer almaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeylerine göre bilgiye erişimde karşılaştıkları sorunlar farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 3.3. hipotezini doğrulamaktadır.
- Diyabete dayalı tıbbi bilgiye erişim konusunda diyabet hastalarının büyük bir çoğunluğunun eğitim ihtiyacı vardır. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı konusunda eğitim ihtiyacı vardır” şeklinde oluşturulan 4. hipotezi doğrulamaktadır.
- Araştırmaya katılan hastaların diyabet okuryazarlığı ortalama puanı 12,5 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede katılımcıların %55,2’sinin “mükemmel”, %31,4’ünün “yeterli”, %12,4’ünün “sorunlu” ve %1’nin “yetersiz” diyabet okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bir başka deyişle, katılımcıların %86,6’sının diyabet okuryazarlığı düzeyleri yeterli ve mükemmel olarak görülmektedir. Diyabet okuryazarlığı kapsamında incelenen hastalık ile ilgili bilgi düzeyi ve sayısal bilgi düzeyi arasında sayısal bilgi düzeyi hastalıkla ilgili bilgi düzeyine göre daha iyi durumda olduğu görülmektedir.
- Katılımcıların diyabet okuryazarlığı düzeyleri cinsiyet özelliği hariç incelenen diğer tüm demografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Örneğin Eğitim durumu yüksek olan hastalarda diyabet okuryazarlığı düzeyi de mükemmel olarak görülmektedir. Yaş açısından daha genç olan hastalarda diyabet okuryazarlığı düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının diyabet okuryazarlığı düzeyleri demografik özelliklerine

göre farklılık göstermektedir” şeklinde oluşturulan 1.2. hipotezi kanıtlanmaktadır.

- Araştırmaya katılan diyabet hastalarının sağlık ya da hastalık bilgilerine yönelik tercih ettikleri hizmet yolları dikkate alındığında, öncelikli olarak yüz yüze olan hizmetlerin tercih edildiği anlaşılmaktadır. Ayrıca bu konuda bilgi sağlayan ortamların yapacağı bilgilendirme ve eğitim yolları konusundaki katılımcıların tercihleri dikkate alındığında, öncelikli olarak gereksinim anında birebir eğitim hizmetlerinin tercih edildiği görülmektedir. Yazılı, işitsel ve görsel notlar ve programlar en az tercih edilen hizmet türüdür.
- Genel olarak katılımcıların %78’i diyabetle ilgili bilgi veren eğitimleri “yeterli” bulurken; %21’i bu tür eğitimleri “kısmen yeterli” ve %1 ise “yetersiz” bulmaktadır. Bu bulgular ışığında, araştırmaya katılan diyabet hastalarının yüksek sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri verilen eğitimlerin iyi sonucu olarak anlaşılmaktadır.
- Araştırmaya katılanların diyabet hastalığına yönelik bilgi veren basılı kaynakları çoğunlukla kısmen yeterli bulurken elektronik kaynaklar hakkında çoğunlukla fikirleri bulunmamaktadır.
- Diyabete yönelik tıbbi bilgiye erişim konusunda katılımcıların %83,8’i personelin bilgi ve becerisini “yeterli” bulurken; %15,2’si “kısmen yeterli” ve %1 ise “yetersiz” bulmaktadır.
- Genel olarak elde edilen bulgulara göre, katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasında güçlü pozitif ilişki bulunmaktadır. Bir başka deyişle, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalarda diyabet okuryazarlığı da yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular “diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı arasında pozitif ilişki vardır” şeklinde oluşturulan 5. hipotezini doğrulamaktadır.
- Çalışmamızda, sağlık ve diyabet okuryazarlığı üzerine bir kavramsal model önerisi sunulmaktadır. Model oluşturulurken konuya ilişkin ulusal ve uluslararası literatür çalışmaları incelenmiştir. İncelenen yayınlar dikkate alındığında, bilgi ve belge yönetimi alanında daha önce ülke

genelinde böyle bir çalışmanın yapılmadığı ortaya çıkmıştır. Çalışmamız ilgili konu üzerine yapılan ilk çalışma ve önerilen model ilk model önerisi olarak görünmektedir.

- Çalışmamızda, elde edilen sonuçlar çerçevesinde diyabet hastalarına yönelik eğitim amaçlı portal tasarlanmıştır. Konuya ilişkin güncel ve güvenilir bilgiler içeren portalın tasarım aşamasında geliştirdiğimiz “Diyabetle Yaşam” portalının önerdiğimiz “sağlık ve diyabet okuryazarlığına yönelik model önerisi” ile uyumlu olması amaçlanmıştır.

Araştırmada incelenen hipotezlerin tamamı doğrulanmıştır.

ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde ettiğimiz bilgilere göre konuyla ilgili şu önerilerde bulunulabilir:

- Sağlık ve diyabet okuryazarlığında demografik özelliklerin etkisi yadsınmaz. Toplumu oluşturan bireylerin eğitim durumlarının yükseltilmesi ve ekonomik durumlarının iyileştirilmesi konusunda bilimsel araştırmaların sürdürülmesi gerekmektedir.
- Birey sağlık ya da hastalık ile ilgili pek çok bilgiye çeşitli iletişim yöntemleriyle ulaşmaktadır. Bu iletişim kimi zaman yüz yüze iken, kimi zaman da basılı ya da elektronik araçlar vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir. İletişim araçlarının bireyin eğitim düzeyine hitap edecek şekilde hazırlanması ve bilgi sağlayan ortamların bireyle iletişim ve etkileşim kuracak şekilde geliştirilmesi gerekmektedir.
- Diyabet hastalığına yönelik eğitim materyallerinin görselliğe dayalı olarak hazırlanması bilgi erişim hızını arttıracaktır.
- Hastaların yüz yüze iletişim tercihlerinin yanı sıra görsel-işitsel bilgi kaynakları ve internet gibi araçlardan daha fazla bilgileniyor olmaları nedeni ile sağlık ya da hastalıkla ilgili eğitimlerin belirli sıklıkla tekrarlanması gerekmektedir.

- Toplumların sağlık düzeylerinin yükseltilmesinde kişilerin sağlık ya da belirli bir hastalık okuryazarlığı düzeyleri çok büyük bir öneme sahiptir. Hastaların bu alanda okuryazarlık durumu hastalığın başlangıcı, tedavisi ve kontrolü aşamalarında etkileyici rol oynamaktadır. Bu yüzden, sağlık ya da diyabet okuryazarlığını yükseltilmesine yönelik daha kapsamlı araştırmalar yapılarak yeni politika ve stratejiler gereken kurum ya da kuruluşlar tarafından geliştirilebilir.
- Yetkili kurum, kuruluş ya da sağlık çalışanları tarafından hastaların sağlık politikaları hakkında bilgilere ulaşım imk nı sağlanmalı ve açıklayıcı bir şekilde sunulmalıdır.
- Hastaların acil durumlarda neler yapabilecekleri ve tedavi yöntemlerini nasıl öğrenecekleri hakkında yöneltici bilgiler hazırlanmalı ve sunulmalıdır.
- Hastaların sağlık bilgilerine erişim konusunda yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik uygun bilgi seçimi hakkında, bilgilerin güvenirliği-geçerliliği ve elektronik ortam kullanımı konusunda yeterli eğitimlerin sunulması gerekmektedir.
- Sağlık kurumları dışında diğer kurumlar ya da kuruluşlarda örneğin kütüphane kullanıcılarının sağlık okuryazarlığı durumları ele alınarak bu tür ortamların sağlıkla ilgili bilgi kullanımı konularında önemli rol oynayıp oynamadıkları belirlenebilir.
- Sağlık ya da hastalıklar ile ilgili içeriklere sahip olan web siteleri ve portallarının kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine etkisi diğer daha geniş kapsamlı çalışmalarda ele alınabilir.
- Her ne kadar sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeyleri yüksek olsa da, sürekli gelişen teknolojiden etkilenen tedavi, kontrol ve öz-bakım araçları ve yöntemleri bireylerin bu konuda eğitime gereksinim duyduklarını ortaya koymaktadır. Bu yüzden, konuyla ilgili sürekli devam eden eğitimlerin yapılması gerekmektedir.
- Araştırmada elde edilen bulgulara ve literatüre dayalı olarak tasarlanan "diyabet hastalığına yönelik sağlık ve diyabet okuryazarlığı modeli" Türkiye genelinde ilk model olarak önerilmektedir. Bu model sağlık

bakanlığı, sağlık kuruluşları, bilgi erişim konusunda çalışan kişi ve kuruluşlar tarafından geliştirilebilir.

- Kronik hastalıklara (kalp ve damar hastalıkları, yüksek tansiyon, diyabet vb.) yönelik okuryazarlık araştırmalarının yapılması daha sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.
- Değişik bilim alanları tarafından sağlık okuryazarlığı ve ilgili okuryazarlık türlerinin ele alınması sağlıkla ilgili konular hakkında toplumun bilinçlenmesine katkıda bulunacaktır.

Sağlıkla ilgili bilgileri elde etmek, anlamak, değerlendirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerinden olumlu yararlanmak her bireyin hakkıdır. Ülkede daha kaliteli yaşama ulaşmak için özellikle diyabetli hastaların sağlık ve diyabet okuryazarlığı düzeylerinin yükselmesine yönelik çalışmaların yapılması beklenmektedir.

KAYNAKÇA

Adams, R.J., Stocks, N.P., Wilson, D.H., Hill, C.L. (2009). Health literacy. A new oncept for general practice? *Australian Family Physician*, 38(3),144-147. 10 Temmuz 2014 tarihinde <http://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2009/March/200903adams.pdf> adresinden erişildi.

Akalın, E. (2012). Sağlık okuryazarlığı nedir? Neden önemlidir? 3 Eylül 2014 tarihinde <http://saglikpolitikalari.org/v2/?p=55#more-55> adresinden erişildi.

Al Sayah, F., Williams, B. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 27-31.

Al Sayah, F., Williams, B. & Johnson, J. A. (2013). Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures. *Health Education & Behavior*, 40(1), 42–55. 20 Nisan 2014 tarihinde <http://heb.sagepub.com/content/40/1/42.full.pdf+html> adresinden erişildi.

Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C., & Naeim, A. (2009). Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology*, 23, 369–75. 13 Ekim 2014 tarihinde <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/health-literacy-communication-and-treatment-decision-making-older-cancer-patients> adresinden erişildi.

American Association of Diabetes Educators (2010). AADE7 self-care behaviors. 12 Şubat 2016 tarihinde <https://www.diabeteseducator.org/patient-resources/aade7-self-care-behaviors> adresinden erişildi.

American Diabetes Association (2013). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 36 (Suppl. 1), 11–66.

American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. 8 Nisan 2014 tarihinde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10022112> adresinden erişildi. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.

Anadolu Ajansı (2017). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı haritası çıkartılacak. 10 Şubat 2017 tarihinde <http://aa.com.tr/tr/saglik/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-haritasi-cikartilacak-/735974> adresinden erişildi.

Arthur, S.A., Geiser, H.R., Arriola, K.R., Kripalani, S. (2009). Health literacy and control in the medical encounter: a mixed-methods analysis. *Journal of the National Medical Association*, 101, 677–683.

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Pitkin, K., Parikh, N. S., Coates, W. C, Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5, 329-334.

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.

Berkman, N.D., Stacey, L., Sheridan, K.E., Donahue, D.J., Halpern, A.V., Karen C., Audrey H. et al. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence report/technology assesment no. 199. (prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under contract no. 290-2007-10056-i.) AHRQ publication number 11-e006.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence report. 12 Ekim 2014 tarihinde <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/lituptp.html> adresinden erişildi.

Bernal, H., Wolley, S., Schensul, J.J., Dickinson, j.k. (2000). Correlates of Self-Efficacy in Diabetes Self-Care Among Hispanic Adults with Diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(4), 673-680.

- Birru, M.S., Monaco, V.M., Charles, L., Drew, H., Njie, V., Bierria, T. et al. (2004). Internet usage by low-literacy adults seeking health information: an observational analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3). 18 Kasım 2015 tarihinde <http://www.jmir.org/2004/3/e25/> adresinden erişildi.
- Black, S. (2012). Diabetes literacy: health and adult literacy practitioners in partnership. *Australian Journal of Adult Learning*, 52(1), 89-113.
- Bohanny, W., Vivienne Wu, S.F., Liu, C.Y., Yeh, S.H., Tsay, S.L., & Wang, T.J. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 495–502.
- Boxell, E.M. et al. (2012). Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: does health literacy play a role? *J. Health Commun.*, 17 (3), 265-279.
- Britigan, D.H. (2009). Health information sources and health literacy levels of Latinos in a Midwestern Tri-State area. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Cincinnati, Ohio.
- Cavanaugh, K., Huizinga, M.M., Wallston, K.A., Gebretsadik, T., Shintani, A., Davis, D., et al. (2008). Association of numeracy and diabetes control. *Annals of Internet Medicine*, 148(10),737–746.
- Cavanaugh, K.L. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Manag (Lond)*, 1(2), 191-199. 17 Kasım 2014 tarihinde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158575/pdf/nihms297498.pdf> adresinden erişildi.
- Chin, J., Morrow, D. G., Stine-Morrow, E. A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J. F., & Murray, M. D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal of Health Communication*, 16 (3), 222–41. 12 Ekim 2014 tarihinde

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310366/pdf/nihms360385.pdf> adresinden erişildi.

Coffman, M.J., Shellman, J., Bernal, H. (2004). An Interactive Review of American Nurses Perceived Cultural Self-Efficacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 180-185. 20 Kasım 2014 tarihinde <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04032.x/pdf> adresinden erişildi.

CyberCitizen (2001). CyberCitizen Health 2000. 10 Ocak 2014 tarihinde <http://www.cyberdialogue.com/pdfs/promotional/cch/cch-20Q0-brochure.pdf> adresinden erişildi.

Dahlen, K. (1993). The status of health information delivery in the United States: The role of libraries in the complex health care environment. *Library Trends*, 42(1), 152-179.

Davis, T. C., Crouch, M., Wills, G., Miller, S. and Abdehou, D. (1990). Gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials. *Journal of Family Practice*, 31, 533–538.

Deering, M., & Harris, J. (1996). Consumer health information demand and deliver: Implications for libraries. *Bulletin of Medical Library Association*, 84(2), 209-216.

Dewalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., Pignone, M.P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-39. 21 Ekim 2014 tarihinde http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492599/pdf/jgi_40153.pdf adresinden erişildi.

Dewalt, D.A., Dilling, M.H., Rosenthal, M.S., Pignone, M.P. (2007). Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 25-31.

- Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray-Ready, F.N., Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Egbert, N., Nanna, KM. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14. 13 Ekim 2014 tarihinde <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Health-Literacy-Challenges.aspx> adresinden erişildi.
- Erdoğan, S. (2002). *Diyabet hemşireliği* (Semra Erdoğan, Ed.). İstanbul: Diyabet Hemşireliği Derneği.
- Estacio, E.V., Whittle, R., Protheroe, J. (2017). The digital divide: Examining socio-demographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. *Journal of Health Psychology*, 1(8).
- European Commission (2007). Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. Com (2007) 630 final.
- Evangelista, L.S., Rasmusson, K.D., Laramée, A.S., Barr, J., Ammon, S.E., Dunbar, S. et al. (2010). Health literacy and the patient with heart failure - implications for patient care and research: A consensus statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure* 16(1), 9-16.
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., & Sa, E-R., (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web. *Journal of the American Medical Association*, 287(20), 2691-2700.
- Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, D.L., Tuchman, A.M., & Wallston, K.A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.

Gazmararian, J.A., Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Scott, T.L., Green, D.C., et al. (1999). Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *The Journal of the American Medical Association*, 281(6), 545-551. doi: 10.1001/jama.2816.545. 13 Mayıs 2014 tarihinde <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=188764> adresinden erişildi.

Giuse, N.B., Koonce, T.Y., Storrow, A.B., Kusnoor, S.V., Ye, F. (2012). Using health literacy and learning style preferences to optimize the delivery of health information. *J. Health Communication*, 17, 122-40.

Glasgow, R.E., Anderson, R.M. (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough: something entirely different is needed. *Diabetes Care*, 22, 2090-2.

Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Gillette, C.D. (2001). Psychosocial barriers to diabetes self management and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 14(1), 33-41. 1 Aralık 2014 tarihinde <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/14/1/33.full.pdf+html> adresinden erişildi.

Gleeson-Kreig, J.M. (2006). Self-Monitoring of physical activity: effects on Self-Efficacy and behavior in people with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 32(1), 69-77.

Gürdal, O. (2000). Yasamboyu öğrenme etkinliği: enformasyon okuryazarlığı. *Türk kütüphaneciliği*, 14 (2). 176-187.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez ve Rapor Yazma Yönergesi (2004). 14 Şubat 2014 tarihinde http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr/belgeler/Tez_ve_Rapor_Yazim_Yonergesi.pdf adresinden erişildi.

- Hamzah, S.R., Suandi, T., Ishak, N.H. (2016). Association between Health Literacy and Demographic Factors among Adolescents in Malaysia. 10 Ocak 2017 tarihinde <http://psasir.upm.edu.my/50760/> adresinden erişildi.
- Hasan, L., Abuelrub, E. (2011). Assessing the quality of web sites. *Applied Computing and Informatics*, 9, 11–29.
- HLS-EU Consortium. (2012). Comparative report on health literacy eight UE member states: the European health literacy survey HLS-EU. Online publication: <http://www.health literacy.eu>.
- Ho Tang, Y., Pang, S.M.C., Chan, M.F., Yeung, G.S.P., Yeung, V.T.F. (2008) Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 74-83.
- Howard, D. H. Gazmararian, J, & Parker, R.M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118 (4), 371-377.
- Huber, J., Boorkman, J., & Blackwell, J. (2008). *Introduction to reference sources in the health sciences* (Eds). New York: Neal-Schuman.
- Huizinga, M.M., et al. (2009). Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 324–328.
- IDF (2015). IDF Diabetes Atlas. (7. Ed). 1 Şubat 2016 tarihinde <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html> adresinden erişildi.
- Institute of Medicine (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: The National Academies.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the healthcare process. *Health Expectations*, 11, 113–122. 18 Eylül 2014 tarihinde <http://www.umcutrecht.nl/getmedia/c1598712-2758-49a6-95e1->

71ff5f7443f1/Patient-health-literacy-and-participation-in-the-healthcare-process.pdf.aspx adresinden erişildi.

İslamoğlu, A.H., Alnıaçık, Ü. (2013). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamaları*. İstanbul: Beta.

Kandula, N.R., Nsiah-Kumi, P.A., Makoul, G., Sager, J., Zei, C.P., Glass, S., et al. (2009). The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia Type 2 diabetes education program. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 321–327. 21 Kasım 2014 tarihinde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109001554> adresinden erişildi.

Kanj, M., Mitic, W. (2009). Promoting health and development: closing the implementation gap. In: 7th Global Conference on Health Promotion; 2009 October 26-30; Nairóbi, Kenya.

Kaptan, F., Korkmaz, H. (2002). Probleme dayalı öğrenme yaklaşımının hizmet öncesi fen öğretmenlerinin problem çözme becerileri ve öz-yeterlik inanç düzeylerine etkisi. V. Ulusal Fen Bilimleri ve Matematik Eğitimi Kongresi Bildiriler Kitabı, Eylül 16-18; Ankara.

Kellner, D. (2001). New technologies/ new literacies: reconstructing education for the new millenium. *International Journal of Technology and Design Education*, 11, 67-81. 15 Ekim 2014 tarihinde <http://pages.gseis.ucla.edu/faculty/kellner/essays/newtechnologiesnewliteracies.pdf> adresinden erişildi.

Kickbusch, I., & Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Making a difference in the USA. *Journal of Health Communication*, 6 (2), 87-88.

Kickbusch, I, Wait, S, Maag, D. (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre, UK.

Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (2002). Adult literacy in America: a first look at the results of the National Adult Literacy Survey. Washington, DC: National Center for Education, U.S. Department of Education. 4 Eylül 2014 tarihinde <https://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf> adresinden erişildi.

Knight, G. D. (2011). An Evaluation of the Health Literacy Knowledge and Experience of Registered Nurses in Georgia. Unpublished Doctoral Dissertation, Auburn University, Alabama.

Koo, M.M., Krass, I., Aslani, P. (2003). Factors influencing consumer use of written drug information. *The Annals of Pharmacotherapy*, 37, 259-267.

Kripalani, S., Gatti, M.E., Jacobson, T.A. (2010). Association of age, health literacy, and medication management strategies with cardiovascular medication adherence. *Patient Education Counseling*, 81(2),177–181.

Kul, S. (2017). Korelasyon analizi. 10 Mart 2017 tarihinde <http://www.p005.net/analiz/korelasyon-analizi> adresinden erişildi.

Kurbanoglu, S. (2013).An analysis of concept of information literacy. E. Kuzmin ve A. Parshakova (Eds.). Media and Information Literacy for Knowledge Societies içinde (s. 78-87). Moskow: Interregional Library Cooperation Centre.

Kurbanoğlu, S. (2012). Bilgi okuryazarlığı becerilerinin önemi ve halk kütüphanelerinin bilgi okuryazarlığı becerilerinin toplum bireylerine kazandırılmasındaki rolü. 2. Halk Kütüphaneciliği Sempozyumu: Değişen Dünyada Halk Kütüphaneleri 9-12 Mayıs 2012, Bodrum: Bildiriler, Posterler ve Çalıştay Raporları içinde (s. 59-61). Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı.

Kurbanoğlu, S. (2010).Bilgi okuryazarlığı: Kavramsal bir analiz. *Türk Kütüphaneciliği*, 24 (4), 723-747.

Kurbanoğlu, S. (2004). *Kaynakça Gösterme El Kitabı*. Ankara: ÜNAK

- Kutner, M., Greenberg, E., Baer, J. (2005). A First Look at the Literacy of America's Adults in the 21st Century. National Center for Education Statistics (NCES), NCES, MD, USA. 12 Kasım 2014 tarihinde <http://nces.ed.gov/naal/pdf/2006470.pdf> adresinden erişildi.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults. Results from the 2003 national assessment of adult literacy in medicine* (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Lambert, S., & Loiselle, C. (2007). Health information-seeking behavior. *Journal of Qualitative Health Research*, 17(8), 1006-1019.
- Lautenbach, M.A.E., Schegget, I.S., Schoute, A.M., Witteman, C.L.M. (2006). Evaluating the Usability of Web Pages: A Case Study. 3 Mart 2017 tarihinde <http://www.phil.uu.nl/preprints/ckipreprints/PREPRINTS/preprint011.pdf> adresinden erişildi.
- Lee, S.D., Arozullah, A.M., Choc, Y.I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58,1309-1321. 12 Eylül 2014 tarihinde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603003290?> Adresinden erişildi.
- Levin-Zamir, D., & Peterburg, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International*, 16(1), 87-94.
- Lipkus, I.M., Peters, E. (2009). Understanding the Role of Numeracy in Health: Proposed Theoretical Framework and Practical Insights. *Health Education Behaviour*, 36(6), 1065–1081.
- Madden, M., & Rainie, L. (2004). America's Online Pursuits: The changing picture of who's online and what they do. 13 Ocak 2014 tarihinde

www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP Online Pursuits Final.PDF
adresinden erişildi.

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nursing and Health Science*, 10, 248-255. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.11
Temmuz 2014 tarihinde <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x/pdf> adresinden erişildi.

Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11, 77-89.

Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Resource*, 23 (5), 840-847.
13 Eylül 2014 tarihinde <http://her.oxfordjournals.org/content/23/5/840.full.pdf> adresinden erişildi.

McCleary-Jones, V. (2011). Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *ABNF J.*, 22(2), 25-32.

Michigan Diabetes Research Center (2015). Diabetes Knowledge Test. 24 Şubat 2015 tarihinde http://diabetesresearch.med.umich.edu/Tools_SurveyInstruments.php adresinden erişildi.

Morkoç, D.K., Doğan, M. (2014). Üniversite “Web” sitelerinin tanıtım amaçlı kullanımı: üniversitelerin turizm bölümleri üzerine bir araştırma. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 4(1), 56-66.

Morris, N.S., Maclean, C.D., Chew, L.D., & Littenberg, B. (2006). The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*, 7(21). 9 Kasım 2014 tarihinde <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-7-21.pdf> adresinden erişildi.

National Institutes of Health (2013). Clear Communication: A NIH health literacy initiative. 2 Ekim 2014 tarihinde [http://www.nih.gov:adresinden](http://www.nih.gov:adresindenhttp://www.nih.gov/clearcommunication/healthliteracy.htm) erişildi.

National Library of Medicine (2000). Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD. 23 Nisan 2014 tarihinde <https://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.pdf> adresinden erişildi.

Nguyen, H.T., Kirk, J.K., Arcury, T.A., Ip, E.H., Grzywacz, J.G., Saldana, S.J. et al. (2013). Cognitive function is a risk for health literacy in older adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 10(2), 141-7.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies. 3 Mayıs 2014 tarihinde <http://www.nap.edu/catalog/10883.html> adresinden erişildi.

Norman, C.D., Skinner, H.A. (2006). EHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of International Medical Research* 8 (4), 27. 12 Kasım 2014 tarihinde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1794004/> adresinden erişildi.

Nurss, J., El-Kebbi, I., Gallina, D., Ziemer, D., Musey, V., Lewis, S., et al. (1997). Diabetes in urban African Americans: Functional health literacy of municipal hospital outpatients with diabetes. *The Diabetes Educator*, 23(5), 563-568.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-268. 17 Mayıs 2014 tarihinde <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full.pdf+html> adresinden erişildi.

- Oldfield, S., & Dreher, H. (2010). The concepts of health literacy within the older adult population. *Holistic Nursing Practice*, 24(4), 204-212.
- Orem, D. (2003). *Self-care and health-promotion: Understanding self-care. In Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*, ed. Katherine McLaughlin and Susan G. Taylor. New York, NY: Springer Publishing Co, Inc.
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y. and Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Önal, H.İ. (2014). Vital Decisions: A Critical Look at Health Literacy in Turkey. IFLA WLIC, 16-22 August, Lyon, France.
- Özçakar, N., Kartal, M., Kuruoğlu, E. (2009). Diyabet hastalarının öz-bakım bilinci. *Türk Aile Hekimi Dergisi*, 13(1), 17-22.
- Özcan, Ş. (2001). Diabetes Mellituslu hastaların yönetimi ve hemşirelik. Yenigün, M., Altuntas, Y. (Editörler). *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-41.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: A policy challenge for advancing high quality health care. *Health Affairs*, 22(4), 147-153.
- Paasche-Orlow, M.K., Wolf, M.S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*, 31(Suppl 1), 19-26.
- Pasco, J.A., Sanders, K.M., Hoekstra, F.M., Henry, M.J., Nicholson, G.C., Kotowicz, M.A. (2005). The human cost of fracture. *Osteoporos Int.*, 16(12), 2046-52.

- Pleasant, A. (2008). Advancing health literacy: Meeting the needs of adult Learners. National Institute for Literacy. 23 Eylül 2014 tarihinde <https://lincs.ed.gov/webcasts/health08/health08transcript.doc> adresinden erişildi.
- Polat, C. (2005). Üniversitelerde kütüphane merkezli bilgi okuryazarlığı programlarının geliştirilmesi: Hacettepe Üniversitesi örneği. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Powell, C. K., Hill, E. G., & Clancy, D. E. (2007). The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *The Diabetes Educator*, 33, 144–151.
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16, 207-214. 22 Nisan 2014 tarihinde <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207.full> adresinden erişildi.
- Rothman, R.L. Malone, R., Bryant, B., Wolfe, C., Padgett, P., DeWalt, D.A., Weinberger, M, et al. (2005). The Spoken Knowledge in Low Literacy in Diabetes scale: a diabetes knowledge scale for vulnerable patients. *Diabetes Education*, 31(2), 215–224. 20 Kasım 2014 tarihinde <http://tde.sagepub.com/content/31/2/215.full.pdf+html> adresinden erişildi.
- Rubin, D. L., Parmer, J., Freimuth, V., Kaley, T., & Okundaye, M. (2011). Associations between older adults' spoken interactive health literacy and selected health care and health communication outcomes. *Journal of Health Communication*, 16, 191-204.
- Safeer, R.S., Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*, 72(3), 463-468.
- Samal, L., Yeh, H.C., Gary-Webb, T.L., Jackson, C.L., Brancati, F.L. (2010). Computer and internet use of urban African Americans with Type 2 diabetes in relation to glycemic control, emergency department use, diabetes-related knowledge, and health literacy. *Diabetes Care*, 33(1), e9. 21 Kasım 2014

tarihinde

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971418/pdf/zdce9.pdf>

adresinden erişildi.

Sarkar, U., Karter, A.J., Liu, J.Y., Moffet, H.H., Adler, N.E., Schillinger, D. (2010). Hypoglycemia is more common among type 2 Diabetes patients with limited health literacy: the Diabetes study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*, 25(9), 962-8.

Schapira, M.M. et al. (2008). A framework for health numeracy: how patients use quantitative skills in health care. *J. Health Commun*, 13, 501-17.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475–482. 20 Kasım 2014 tarihinde <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195143> adresinden erişildi.

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 315-323.

Shieh, C., Halstead, J.A. (2009). Understanding the Impact of Health Literacy on Women's Health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(5), 601-612.

Singh, I., Sook, A. (2002). An evaluation of the usability of South African university web sites. In: *Proceedings of the 2002 CITTE Conference*, Durban, South Africa.

SİROMA (2017). Romanların Yoğun Olarak Yaşadığı Yerlerde Sosyal İçermenin Desteklenmesi Operasyonu. 10 Nisan 2017 tarihinde <http://siromatr.net/tr-tr/Projemiz> adresinden erişildi.

- Smith S., McCaffery, K. (2010). Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. Health Literacy Brief, 3, 1-30. 23 Ekim 2014 tarihinde <http://www.balid.org.uk/wp-content/uploads/2012/10/Health-Literacy-a-brief-literature-review.-Sian-Smith-Dr-Kirsten-McCaffery-University-of-Sydney-2012-NSW-Clinical-Excellence-Commission-Australia.pdf> adresinden erişildi.
- Sorensen, K., (2013). Health literacy: a neglected European public health disparity. Unpublished Doctoral Dissertation, Maastricht University, Netherlands.
- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. Et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 50(6), 633-640.
- Stvilia, B., Gasser, L., Twidale M., B., & Smith L. C. (2007). A framework for information quality assessment. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 58(12), 1720–1733.
- Stvilia, B., Mon, L., & Yi, Y. (2009). A model for online consumer health information quality. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 60(9), 1781-1791.
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., McCormack, L. (2012). The health literacy skills framework. *Health Commun.* 17, 30-54.
- Sur, H. (2017). Gene bir moda: sağlık okuryazarlığı. 2 Mayıs 2017 tarihinde <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/360/Gene-bir-moda-Saglik-okuryazarligi.aspx> adresinden erişildi.
- Tan, F., Tung, L. (2003). Exploring website evaluation criteria using the repertory grid technique: a web designers' perspective. In: Proceedings of the Second Annual Workshop on HCI Research in MIS, WA.

- T.C. Kalkınma Bakanlığı, GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı (2017). GAP Bölgesinde halk sağlığı okuryazarlığı projesi. 14 Mart 2017 tarihinde <http://www.gap.gov.tr/gap-bolgesinde-halk-sagligi-okur-yazarligi-projesi-sayfa-78.html> adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık okuryazarlığı için düğmeye basıldı. 14 Şubat 2017 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,2638/saglik-okuryazarligi-icin-dugmeye-basildi.html> adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Genel sağlık istatistikleri: özet bilgiler. 1 Haziran 2017 tarihinde <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). Sağlık okuryazarlığı eğitimi. 7 Nisan 2017 tarihinde <http://yalovasaglik.gov.tr/tr-TR/haberler/145/saglik-okuryazarligi-egitimi> adresinden erişildi.
- Tu, H., & Hargraves, J. (2003). Seeking health care information: most consumers still on the sidelines. *Issue Brief Center for Studying Health System Change*, 61, 1-4.
- TÜİK (2013). “Ölüm nedenleri istatistikleri”. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 5 Nisan 2014 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162> adresinden erişildi.
- TÜİK (2014). “Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması”. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 18 Şubat 2015 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16198> adresinden erişildi.
- Türkiye Diyabet Vakfı (2013). Diyabet: tanı ve tedavi rehberi. İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı.
- UNESCO (2003). Literacy as Freedom. 5 Mayıs 2014 tarihinde http://unesco.org.pk/education/life/files/literacy_as_freedom.pdf adresinden erişildi.

UNESCO (2004). The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs. Paris: UNESCO Education Sector Position Paper. 1 Aralık 2014 tarihinde unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf adresinden erişildi.

UNESCO (2008). The Global Literacy Challenge, A profile of youth and adult literacy at the mid-point of the United Nations Literacy Decade 2003 – 2012. 24 Ekim 2014 tarihinde unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf adresinden erişildi.

UNESCO (2012). Country profile: Turkey. 5 Şubat 2015 tarihinde <http://www.uis.unesco.org/DataCentre/Pages/countryprofile.aspx?code=TUR®ioncode=40530> adresinden erişildi.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy people 2010. Understanding and improving health and objectives for improving health. 2 vols. (Tech. Rep.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office (GPO) 14 Eylül 2014 tarihinde www.healthypeople.gov adresinden erişildi.

U.S. Department of Health and Human Services (2010). Quick guide to health literacy. U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. 12 Ekim 2014 tarihinde <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/Quickguide.pdf> adresinden erişildi.

Ünal, B., Ergör, G., Horasan, S. D., Kalaça, S., ve Sözmen, K. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. B. Ünal ve G. Ergör (Ed). 24 Mart 2014 tarihinde sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf adresinden erişildi.

Van Der Ven, N.C.W., Weinger, K., Yi, J., Pouwer, F., Ader, H., Van Der Ploeg, H.M., et al. (2003). The Confidence in Diabetes Self-Care Scale. *Diabetes Care*, 26(3), 713-718. 1 Aralık 2014 tarihinde <http://care.diabetesjournals.org/content/26/3/713.full.pdf> adresinden erişildi.

- Vaughan, L. (2001). *Statistical Methods for the Information Professional: A Practical, Painless Approach to Understanding, Using, and Interpreting Statistics*, Information Today.
- Wallace, A.S., Seligman, H.K., Davis, T.C., Schillinger, D., Arnold, C.L., Bryant-Shilliday, B. et al. (2009). Literacy-appropriate educational materials and brief counseling improve diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 328-333.
- Warner, D., Procaccino, J.D. (2004). Toward wellness: women seeking health information. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 55(8), 709-730.
- Wathen, C.N., Harris, R.M. (2006). An examination of the health information seeking experiences of women in rural Ontario, Canada. *Information Research*, 11(4). 12 Ocak 2014 tarihinde <http://www.informationr.net/ir/11-4/paper267.html> adresinden erişildi.
- Weiss, B.D. (2003). *Health literacy: A Manual for Clinicians*. Washington, D.C.:American Medical Association Foundation and American Medical Association.
- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., Dewalt, D.A., Pignone, M.P. et al. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3, 514-522. 10 Kasım 2014 tarihinde <http://www.annfammed.org/content/3/6/514.full.pdf+html> adresinden erişildi.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, 34, 383–9. 20 Eylül 2014 tarihinde <http://www.stfm.org/Portals/49/Documents/FMPDF/FamilyMedicineVol34Issue5Williams383.pdf> adresinden erişildi.

- Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W., Parikh, N.S., Pitkin, K., Coates, W.C. et al. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of American Medical Association*, 274(21), 1677-1682.
- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M., Nurss, J.R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 166–172.
- Wolff, K., Cananagh, K., Malone, R., Hawk, V., Pratt-Gregory, B., Davis, et al. (2009). The diabetes literacy and numeracy toolkit (DLNET): Materials to facilitate diabetes education and management in patients with low literacy and numeracy skills. *The Diabetes Educator*, 35(2), 233–245.
- World Health Organization (1998) Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit: Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization. 1 Mart 2014 tarihinde http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. adresinden erişildi.
- Wu, S. V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge, B. L., & Chang, P. (2007). Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in Association with Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 250–257.
- Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W., & Whitmer, K. (2008). Factors influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes. *Research in Nursing & Health*, 31, 613–625.
- Yi. Y.J. (2012). Consumer health information behavior in public libraries: a mixed method study. Unpublished Doctoral Dissertation, Florida State University, USA.

Young, S., Macrae, C., Cairns, G., & Pia, A. (2011). Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Scotland: The Scottish Government Publications. 6 Kasım 2014 tarihinde www.scotland.gov.uk/resource/doc/158952/0043191.pdf adresinden erişildi.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2003). Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *Journal of Health Commun*, 8(3), 119-120.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. 10 Kasım 2014 tarihinde <http://heapro.oxfordjournals.org/content/20/2/195.full.pdf+html> adresinden erişildi.

EK-1: ANKET**Sayın katılımcı,**

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Bilgi ve Belge Yönetimi bölümü doktora programı'nda öğrenci olan Leila Hashempour'un, Prof. Dr. H. İnci Önal danışmanlığında yürüttüğü doktora tez çalışmasının bir parçasıdır. Mevcut çalışmanın amacı, diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı ve diyabet okuryazarlığı düzeylerini inceleyerek sizlerin bu konularda sahip olduğu okuryazarlıkları arasında ilişki olup olmadığını ortaya çıkacaktır.

Bu araştırmanın etik ilkelere uygunluğu Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Mevcut çalışmaya katılmanız veya katıldıktan sonra herhangi bir nedenle vazgeçmeniz tamamen sizin kararınıza bağlıdır.

Bu çalışmada sizden kişisel bilgileriniz istenmeyecektir. Araştırma kapsamında verdiğiniz bilgiler, tüm katılımcılardan toplanan bilgilerle birlikte toplu olarak değerlendirilerek bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Doldurduğunuz anketlerin bu çalışma dışında başka bir yerde kullanması veya araştırmacı dışında bir başka kişi tarafından incelenmesi söz konusu değildir. Araştırma sonuçlarından sağlıklı ve anlamlı bilgiler edinilebilmesi için soruların samimi bir şekilde doldurulması ve boş bırakılmaması oldukça önemlidir. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için benimle iletişime geçebilirsiniz. Araştırmaya katkılarınız ve görüşleriniz için teşekkür ederiz.

Leila Hashempour

Hacettepe Üniversitesi

Bilgi ve Belge Yönetimi bölümü, Doktora öğrencisi

E-posta: leila_hashempour@yahoo.com

Tel: 0507 139 3401

I. Demografik Özellikler

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet:

☐ a. Kadın

☐ b. Erkek

3. Eğitim durumu (son alınan diplomaya göre):

☐ a. İlkokul mezunu ☐ b. Ortaokul mezunu ☐ c. Lise mezunu

☐ d. Üniversite mezunu ☐ e. Yüksek lisans ☐ f. Doktora

☐ g. Diğer (lütfen yazınız:)

4. Aylık gelir:

☐ a. 1000 TL veya daha az

☐ b. 1000-2000 TL arası

☐ c. 2000-4000 TL arası

☐ d. 4000 TL ve üzeri

5. Medeni durum: ☐ a. Bekar

☐ b. Evli

☐ c. Dul

6. Hastalığınız ne zaman başladı:

7. Diyabet eğitimi ne zamandır alıyorsunuz:

II. Sağlık Okuryazarlığı Soruları

	Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçeğe, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söyleyiniz.	Çok zor (1)	Zor (2)	Kolay (3)	Çok kolay (4)	Bilmiyorum (5)
8	Hastalandığınızda bilgi alacağınız yeri bilmek					
9	Fazla kilo, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol hakkında bilgiye erişmek					
10	Sağlık politikasıyla ilgili bilgiye ulaşmak					
11	Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak					
12	Acil durumlarda ne yapacağınızı bilmek					
13	Sağlık taraması yaptırmak					
14	Kişilerin sağlığınıza ilgili tavsiyelerini anlamak					
15	Tedavinizle ilgili yöntemleri değerlendirmek					
16	Çevrenin sağlığa etkilerini değerlendirmek					
17	İlaçlarınızı ve tıbbi cihazlarınızı kullanmak					
18	Sağlığınıza yönelik medya kaynaklarını kullanmak					
19	Günlük yaşamla sağlık bağlantısını kurmak					
20	Sağlığı iyileştiren faaliyetlere yönelmek					

21. Sağlıkla ilgili hangi bilgi kaynaklarını tercih edersiniz?

(En önemlisi 1 olmak üzere en önemli **ilk üçünü 1'den 3'e** doğru işaretleyiniz).

- ☐ a. Broşürler
- ☐ b. Posterler
- ☐ c. Basılı kitaplar
- ☐ d. Basılı dergiler
- ☐ e. Görsel-işitsel bilgi kaynakları
- ☐ f. İnternet – Web ortamı
- ☐ g. Akıllı telefon
- ☐ h. Uzman kişiler (doktorlar, eczacılar, hemşireler vb.)
- ☐ i. Aile ve yakın kişiler
- ☐ j. Diğerleri (lütfen belirtiniz):.....

22. Sağlık bilgilerini ararken **en çok** nelere dikkat edersiniz?

(En önemlisi 1 olmak üzere en önemli **ilk üçünü 1'den 3'e** doğru işaretleyiniz).

- | | |
|---|--|
| ☐ a. Erişilebilir olmasına | ☐ b. Güncelliğine |
| ☐ c. Doğruluğuna | ☐ d. Kapsamına |
| ☐ e. Diline | ☐ f. Diğer (lütfen belirtiniz:):..... |

23. Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde aşağıdakilerden hangisi sizin için **en önemli** sorundur?

(En önemlisi 1 olmak üzere en önemli **ilk üçünü 1'den 3'e** doğru işaretleyiniz).

- ☐ a. Bilgi sunan kaynaklar hakkında yeterince bilgi sahibi olamama
- ☐ b. Kaynaklara nasıl erişileceğini ve kullanılacağını bilememe
- ☐ c. Elektronik ortam kullanımında yetersiz olma
- ☐ d. Doktor, hemşire vb. personelle iletişim kurma zorluğu
- ☐ e. Mevcut bilgiler içinden uygun olanı seçme zorluğu
- ☐ f. Bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda şüphe duyma
- ☐ g. Bu konuda bilgiyi erişme gerek duymuyorum
- ☐ h. Diğer (lütfen belirtiniz:):.....

24. Diyabet okuryazarlığı konusunda eğitime ihtiyaç duyuyor musunuz?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ a. Evet | ☐ b. Hayır |
|----------------------------------|-----------------------------------|

III. Diyabet Bilgi Soruları

25. Diyabet diyeti nedir?

- ☐ a. Yemek tarzıdır,
- ☐ b. Sağlıklı bir diyetdir,
- ☐ c. Çok yüksek karbonhidrat diyetidir,
- ☐ d. Çok yüksek protein diyetidir.
- ☐ e. Diğer (lütfen belirtiniz:):.....

26. Kan şekerini ölçmek için **en iyi yöntem** hangisidir?

- ☐ a. İdrar testi
- ☐ b. Kan testi
- ☐ c. Her ikisi eşit derecede iyidir.

27. Kontrol altında bir kişi için, egzersizin kan şekerine etkisi nedir?

- ☐ a. Kan şekerini düşürür
- ☐ b. Kan şekerini artırır
- ☐ c. Hiçbir etkisi yoktur

28. Enfeksiyonun kan şeketine etkisi nedir?
- ☐ a. Kan şeketinde artışa neden olur,
 - ☐ b. Kan şeketinde düşüşe neden olur,
 - ☐ c. Kan şeketinde hiçbir değişiklik yaratmıyor.
29. Ayak bakımı için **en iyi yöntem** nedir?
- ☐ a. Ayaklara iyi bakmak ve her gün yıkamaktır,
 - ☐ b. Ayaklara her gün alkol ile masaj yapmaktır,
 - ☐ c. Ayaklara her gün 1 saat boyunca suda beklemektir,
 - ☐ d. 1 numara büyük ayakkabı almaktır.
 - ☐ e. Diğer (lütfen belirtiniz):.....
30. Genellikle aşağıdakilerden hangisi diyabet ile ilişkili **değildir**?
- ☐ a. Görme sorunları
 - ☐ b. Böbrek sorunları
 - ☐ c. Sinir sorunları
 - ☐ d. Akciğer sorunları
31. Eğer grip iseniz, aşağıdaki değişikliklerden hangisini yapmak **gerekir**?
- ☐ a. Daha az insülin almak
 - ☐ b. Daha az sıvı içmek
 - ☐ c. Daha fazla protein yemek
 - ☐ d. Daha sık glukoz (şeker) ve ketonlar testi yapmak
32. İnsülin reaksiyonu başlama aşamasında ne yapmanız gerekmektedir?
- ☐ a. Egzersiz yapmak,
 - ☐ b. Uzanmak ve dinlenmek,
 - ☐ c. Meyve suyu içmek,
 - ☐ d. Düzenli insülin almak
33. Aşağıdakilerden hangisi büyük olasılıkla bir insülin reaksiyonuna neden olur?
- ☐ a. Ağır egzersiz
 - ☐ b. Enfeksiyon
 - ☐ c. Aşırı yemek yeme
 - ☐ d. İnsülin almamak
 - ☐ e. Diğer (lütfen belirtiniz):.....

IV. Diyabet Sayısal Soruları

34. ½ bardak patates 1 karbonhidrat seçeneği sayılır. 2 bardak patates kaç seçenek sağlar?
- _____

35. Her gün 30 dakikalık bir yürüyüş için 6 gram karbonhidrat gerekmektedir. Bir saat yürümeyi planlamaktasınız. Yanınızda 12 adet kraket bulunmaktadır. Her bir adet kraket 10 gram karbonhidrat içerir. Bir saat yürüyüş için kaç adet kraker yemeniz gerekiyor?
- _____

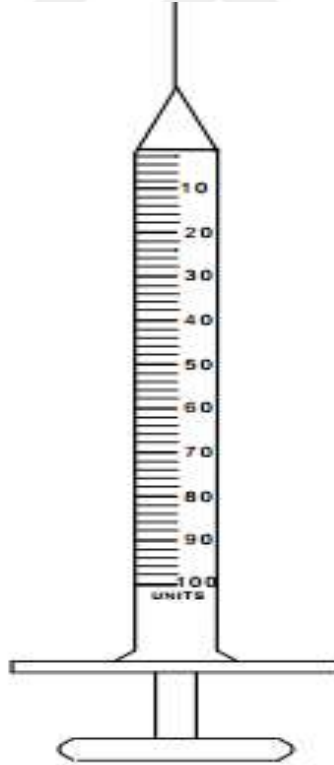
36. Kural olarak kan şekeriz 60 ile 120 arasında olmalıdır. Sizin hedefiniz nedir?

55
145
118

37. Kan şekerinizi günde 4 kez ölçmeniz gerekmektedir. 2 haftalık bir tatil için kaç bant yanınıza almanız gerekmektedir?

38. Diyabet hastalığınız için her gün iki kere hap almanız gerekmektedir. İlaç kutunuzda 60 hap bulunmaktadır. 60 hap kaç gün için yeterli olabilir?

39. İnsülin dozunuz 54'de kadar yükseldi. Aşağıdaki şırıngada insülin dozunuzu belirleyin.



40. Tablodaki talimata dayanarak, 295 kan şekeri için kaç ünite insülin gerekmektedir?

Kan Şekeri	İnsülin Ünitesi
130-180	0
181-230	1
231-280	2
281-330	3
331-380	4

V. Bilgi Sağlayan Ortamlara Yönelik Sorular

41. Sağlık bilgilerine yönelik hangi tür hizmeti tercih edersiniz? (Lütfen bir seçenek işaretleyiniz).

- ☐ a. Yüz yüze olan hizmetleri
- ☐ b. Telefonla sunulan hizmetleri
- ☐ c. E-mail ile sunulan hizmetleri
- ☐ d. Diğerleri (lütfen belirtiniz):.....

42. Diyabet hastalığınıza yönelik hangi tür hizmeti tercih edersiniz? (Lütfen bir seçenek işaretleyiniz).

- ☐ a. Yüz yüze olan hizmetleri
- ☐ b. Telefonla sunulan hizmetleri
- ☐ c. E-mail ile sunulan hizmetleri
- ☐ d. Diğerleri (lütfen belirtiniz):.....

43. Sağlığınız ya da hastalığınız ile ilgili bilgi sağlayan ortamların yapacağı bilgilendirmelerden ve eğitimlerden en çok hangisini tercih edersiniz? (Lütfen bir seçenek işaretleyiniz).

- ☐ a. Düzenli olarak kişisel eğitimler
- ☐ b. Düzenli olarak toplu eğitimler
- ☐ c. Gereksinim anında birebir eğitimler
- ☐ d. Yazılı, işitsel ve görsel notlar ve programlar
- ☐ e. Web ortamından sunulan bilgiler
- ☐ f. Diğer (lütfen belirtiniz):.....

	Sorular	Kısmen yetersiz (1)	Yetersiz (2)	Kısmen yeterli (3)	Yeterli (4)	Fikrim yok (5)
44	Diyabet ile ilgili bilgi veren eğitimleri nasıl değerlendirirsiniz?					
45	Diyabet hastalığına yönelik bilgi veren basılı kaynakları yeterli buluyor musunuz?					
46	Diyabet hastalığına yönelik bilgi veren elektronik kaynakları yeterli buluyor musunuz?					
47	Diyabete yönelik tıbbi bilgiye erişim sağlayan personeli bilgi ve beceri açısından yeterli buluyor musunuz?					

48. Konuyla ilgili olarak ayrıca belirtmek istediklerinizi lütfen yazınız.

EK 2: ETİK KURUL İZNİ

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

10 Ekim 2016

Sayı : 35853172/ 433-3011

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 30.09.2016 tarih ve 5046 sayılı yazınız.

Enstitünüz Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı doktora programı öğrencilerinden **Leila HASHEMPOUR**'un **Prof. Dr. Hatice İnci ÖNAL** danışmanlığında yürüttüğü **“Diyabet Hastalarına Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirmeleri”** başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **04 Ekim 2016** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Rahime M. NOHUTCU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Merak
harcını

EK 3: ORJİNALLİK RAPORU

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU		
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ BİLGİ VE BELGE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA		
Tarih: 17 / 01 / 2018		
Tez Başlığı / Konusu: Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 140 sayfalık kısmına ilişkin, 17/01/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 9 'dür. Uygulanan filtrelemeler: 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, 2- Kaynakça hariç 3- Alıntılar hariç/çalışma 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim.		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"> Adı Soyadı: Leila Öğrenci No: Hashempour Anabilim Dalı: Bilgi ve Belge Yönetimi Programı: Doktora Statüsü: ☐ Y.Lisans ☒ Doktora ☐ Bütünleşik Dr. </td> <td style="width: 30%; text-align: right; vertical-align: top;"> Tarih ve İmza 17.01.2018 <i>Leila</i> </td> </tr> </table>	Adı Soyadı: Leila Öğrenci No: Hashempour Anabilim Dalı: Bilgi ve Belge Yönetimi Programı: Doktora Statüsü: ☐ Y.Lisans ☒ Doktora ☐ Bütünleşik Dr.	Tarih ve İmza 17.01.2018 <i>Leila</i>
Adı Soyadı: Leila Öğrenci No: Hashempour Anabilim Dalı: Bilgi ve Belge Yönetimi Programı: Doktora Statüsü: ☐ Y.Lisans ☒ Doktora ☐ Bütünleşik Dr.	Tarih ve İmza 17.01.2018 <i>Leila</i>	
<u>DANIŞMAN ONAYI</u> UYGUNDUR. <i>Onal</i> <u>Prof. Dr. H. İnci Önal</u> (Unvan, Ad Soyad, İmza)		



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
THESIS/DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
TO THE DEPARTMENT OF INFORMATION MANAGEMENT**

Date: 17/01/2018

Thesis Title / Topic: Health and Diabetes Literacy: The Case of Hacettepe University Hospitals

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options stated below on 17/01/2018 for the total of 140 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 9 %.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Name Surname: Leila

Student No: Hashempour

Department: Information Management

Program: Ph.D

Status: ☐ Masters ☒ Ph.D. ☐ Integrated Ph.D.

Date and Signature

17.01.2018

Leila

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

Prof. Dr. H. İnci Önal
(Title, Name Surname, Signature)