T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KARDİYOVASKÜLER HASTALIĞA EK OLARAK ASTIM HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARA OKURYAZARLILIK DÜZEYLERİNİN HASTALIK YÖNETİMİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

SALİHA SİNEM YALÇIN

DANIŞMAN
Doç. Dr. HİLAL UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

HAZİRAN, 2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Saliha Sinem YALÇIN tarafından, **Doç. Dr. Hilal UYSAL** danışmanlığında hazırlanan **" KARDİYOVASKÜLER HASTALIĞA EK OLARAK ASTIM HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARA OKURYAZARLILIK DÜZEYLERİNİN HASTALIK YÖNETİMİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **24/06/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Doç. Dr. Hilal UYSAL İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Zeliha TÜLEK İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Gülşah ÇAMCI Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret

BEYAN

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

Öğrenci Adı SOYADI
Saliha Sinem YALÇIN

Desteklerini benden esirgemeyen canım Aileme, her adımda yanımda olan Saygı Değer hocam Doç. Dr. Hilal UYSAL'a ithaf ediyorum.

BÜTÇE DESTEKLERİ

KARDİYOVASKÜLER HASTALIĞA EK OLARAK ASTIM HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARA OKURYAZARLILIK DÜZEYLERİNİN HASTALIK YÖNETİMİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca fikirleriyle, her zaman desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın Doç.Dr. Hilal Uysal'a

Bilgisini ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, uzman görüşlerinde değerlendirme ve önerileri ile katkı veren, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ındaki tüm hocalarıma,

Veri toplama aşamasında bana destek olan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyoloji Anabilim Dalı çalışanlarına,

Araştırmaya katılan tüm hastalara,

Bana sonsuz güvenen, beni bugünlere getiren, uzakta olsalar bile manevi destekleriyle her zaman yanımda olan canım aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 2022 Saliha Sinem YALÇIN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... Error! Bookmark not defined.
TABLO LİSTESİ ..... Error! Bookmark not defined.
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... Error! Bookmark not defined.
ÖZET ..... **xiv**
ABSTRACT **16**
1. GİRİŞ **18**
2.KAVRAMSAL ÇERÇEVE……...**4**
2.1.SİGARA VE KRONİK HASTALIKLAR……**4**
2.1.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Önemi……..… **4**
2.1.2.Kronik Hastalıkların Yönetimi……..**7**
2.1.3.Kronik Hastalıklarda Öz Bakım……**9**
2.1.4.Sigara ve Kronik Hastalıklar Üzerine Etkisi……...…..**10**
2.1.5.Sigaranın Kardiyovasküler Hastalık ve Astım Hastalığı İlişkisi Üzerine Etkisi……**13**
2.2.SİGARA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNE ETKİSİ……**16**
2.2.1.Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi……...**16**
2.2.2.Sağlık Okuryazarlığı, Kronik hastalık yönetimi ve Sigara……**18**
3.YÖNTEM……..**20**
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ……..**20**
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMANI……**20**

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ…….....20

3.4.VERİLERİN TOPLANMASI…….22

3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI……...22

3.5.1.Hasta Bilgi Formu…….....22

3.5.2. Sigara Okuryazarlık Ölçeği…….23

3.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği…….....23

3.5.4.Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Ölçeği…….24

3.5.5. Astım Kontrol Testi……..……24

3.5.6. Astım Kontrol Ölçeği…….……...25

3.6.ETİK KONULAR…….....26

3.7.ÖLÇEKLER İLE İLGİLİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMALARI AŞAMALARI……..27

3.7.1. Geçerlilik……..……..27

3.7.2.Ölçeğin Dil Uyarlaması……...……..28

3.7.3.Ölçeğin Kapsam Geçerliliği …….....28

3.7.4.Ölçeğin Güvenirliliği……..29

3.7.4.1.İç Tutarlılık……...…….....29

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ…….....29

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI……..30

4.BULGULAR…….33

4.1.Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular…35

4.1.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin Bulgular……35

4.1.2. Bireylerin Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular……37

4.1.3. Sigara İçme Alışkanlığınızla İlgili Bulgular……...40

4.2.Bireylerin Sigara Okuryazarlığı Ölçeği'ne İlişkin Bulguları…....……...……42

4.2.1. Bireylerin Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler Alt Boyut Değerine İlişkin Bulgular……42

4.2.2. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular……43

4.2.3. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular……...44

4.2.4. Bireylerin Sigara İçenlerde Astım Belirtileri Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular……45

4.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne İlişkin Bulguları…….....46

4.4.Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular…...……49

4.5.Bireylerin Astım Kontrol Testi'ne İlişkin Bulgular…….....57

4.6.Bireylerin Astım Kontrol Ölçeği'ne İlişkin Bulgular……58

4.7. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Astım Testi, Astım Kontrol Ölçeği Ve Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği Arasındaki Ortalama Karşılaştırma……..61

4.8. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma……65

4.9. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular……..68

4.10. Sigara Okuryazalığı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular…...74

4.10.1. Geçerlilik Analizleri……74

4.10.1.1.Kapsam Geçerliliği……...74

4.10.1.2.Yapı Geçerliliği…….74

4.10.2. Güvenilirlik Analizleri……78

4.10.2.1. İç Tutarlılık……..78

4.10.2.2 Sigara okuryazarlığı Ölçeği Standart Sapma……79

4.10.2.3. Sigara Okuryazarlılık Ölçeği'nin Cronbach alfa Değeri…….82

4.11.Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular……...84

4.12. Bireylerin Astım Kontrol Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Grupları İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular……86

4.13. Araştırma Ölçeklerine İlişkin Korelasyon Bulguları…….87

4.13.1. Astım Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği ve Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği Korelasyon Sonuçları……89

4.13.2. Astım Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği, Sağlık Okur Yazarlığı ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları……..90

4.13.3. Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları……..91

5. TARTIŞMA…….....92

5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması……92

5.2. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Astım Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Arasındaki Ortalama Karşılaştırma ilişkin Bulguların Tartışılması ……93

5.3. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Kardiyovasküler Kısıtlılık Ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.……..…...95

5.4. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma İlişkin Bulguların Tartışılması ……..…96

5.5. Sigara Okuryazarlık Düzeyi Ölçeği Kardiyovasküler Hastalığı Olan Astım Hastaları İçin Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Tartışılması.……...……...97

6.SONUÇ VE ÖNERİLER…….....100

KAYNAKLAR…….....103

EKLER……...119

ETİK KURUL İZİN YAZISI 144

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI……...142

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri……...33

Tablo 4.1.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İilişkin Bilgiler…… ……35

Tablo 4.1.3. Sigara İçme Alışkanlığınızla İlgili Bilgiler……..…38

Tablo 4.2.1.Bireylerin Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşlerine İlişkin Bulgular …….. 40

Tablo 4.2.2. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular……....41

Tablo 4.2.3 Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular.....42

Tablo 4.2.4. Bireylerin Sigara İçenlerde Astım Belirtileri Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular 43

Tablo 4.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Değerlerine İlişkin Bulgular……..44

Tablo 4.4.Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular……47

Tablo 4.5. Bireylerin astım Kontrol Testi'ne İlişkin Bulguları…….56

Tablo 4.6. Bireylerin Astım Kontrol Ölçeği'ne İlişkin Bulgular…….....58

Tablo 4.7. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Astım Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular …….60

Tablo 4.8. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Kardiyovasküler Kısıtlılık Ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular ……..……..64

Tablo 4.9. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular…….69

Tablo 4.10.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi ile İlgili Bulgular……..…72

Tablo 4.10.1.3. Sigara okuryazarlığı ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri……..73

Tablo 4.10.2.2 Sigara okuryazarlığı Ölçeği Standart Sapma……77

Tablo 4.10.2.3. Sigara Okuryazarlılık Ölçeği Cronbach alfa Değeri……80

Tablo 4.11. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular……82

Tablo 4.12. Bireylerin Astım Kontrol Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Grupları İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular……84

Tablo 4.13.1. Astım Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği ve Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği Korelasyon Sonuçları.....85

Tablo 4.13.2. Astım Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği, Sağlık Okur Yazarlığı ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları.....87

Tablo 4.13.3. Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları……..…89

KISALTMALAR

AHA: American Heart Association (Amerikan Kalp Cemiyeti)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

GINA: Global Initiative for Asthma

HT: Hipertansiyon

ICD (Uluslararası İstatiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları)

KOAH: Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

KKY: Korner Kalp Hastalığı

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KARDİYOVASKÜLER HASTALIĞA EK OLARAK ASTIM HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARA OKURYAZARLILIK DÜZEYLERİNİN HASTALIK YÖNETİMİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Saliha Sinem YALÇIN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Doç. Dr. Hilal UYSAL

Yalçın, S.S. (2021). Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım Hastalığı Olan Bireylerin Sigara Okuryazarlılık Düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma Kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalarının sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisini değerlendirmek üzere, Agnes Soh Hneg Ngoh ve ark. (Ngoh HSA ve ark. 2017) tarafından geliştirilmiş olan '' Sigara Okuryazarlık Ölçeği'' (Smoking Literacy) isimli ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliliğini ortaya koymak amacıyla yapıldı. Araştırma 01 Mart- 01 Temmuz 2021 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hatanesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniklerinde yatan hasta bireylerle yüz tüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. İlişki arayıcı araştırma niteliğinde olan bu çalışmada örneklem grubu iletişme ve işbirliğine açık, koroner arter hastalığı, akut koroner sendrom, kalp yetersizliği ve astım tanısı olan 273 birey oluşturdu. Ölçeğin kapsam geçerliliğini

değerlendirmek üzere ‘on’ uzmana sunuldu, öneriler doğrultusunda son şekli oluşturuldu. Yirmi maddeli ölçeğin çeviri ve kapsam geçerliliği çalışmalarından sonra, yapı geçerliliği analizi yapıldı. Sonuç olarak ‘’ Sigara Okuryazarlığı Ölçeği’’nin Türkçe versiyonu Türk toplumunda kullanılması için düzenlendi.

Araştırmanın sonucunda bireylerin %32,7’sinin 55-64 yaş aralığında olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun kadın ve ev hanımı (%32,7) olduğu tespit edildi. Araştırma da bireylerin en yüksek oranla %33,3’ünün 5-8 yıl aralığında astım hastalığına sahip olduğu görüldü. Bireylerin astım hastalığına ek olarak, hipertansiyon (%20,6), kalp krizi (%21,5), koroner kalp hastalığı (%7), kalp yetmezliği (%24,4) yaşadıkları belirlendi. Bireylerin sigara kullanma durumlarına bakıldığında çoğunluğu eskiden içen bireyler (%32) ve halen içen bireyler (%24) oluşturduğu ve en yüksek oranla 15-20 yaş (%73,2) aralığında olan bireylerin oluşturulduğu tespit edildi. Araştırmada, bireylerin sigara hakkındaki genel bilgi düzeylerinin istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca bireylerin sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar hakkında ki bilgilerine bakıldığında, sigara içmenin felce sebep olduğuna katılan bireylerin (%86,0), sigara içmenin kalp krizine sebep olduğuna katılan bireylerin (%93,5), sigara içmenin yüksek tansiyona sebep olduğu görüşüne katılan bireylerin (%75), sigara içmenin astım krizini başlattığını onaylayan bireylerin (%88,5) istatiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edildi. Araştırmada bireylerin nefes darlığı (%93,3), göğüs ağrısı (%96) bulgularıyla, Kardiyovasküler hastalıklarının günlük yaşam aktivitelerini çoğunlukla (%91,3), astım hastalıklarının günlük yaşam aktivitelerinin çoğunlukla (%34.7) etkilendiği tespit edildi.

Bu araştırma ICD (Uluslararası İstatiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları) kodlarına göre hem astım hastalığı hem de kardiyovasküler hastalık varlığına göre tanımlandı. Bireylerde KVH prevalansı, astım ile güçlü bir şekilde ilişkili olan kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı ve hipertansiyon olarak saptandı. Araştırmada daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireylerin sigaranın etkileri hakkında, genel olarak önemli ölçüde daha yüksek genel bilgiye sahip oldukları görüldü. Sigara kullanan bireylerin genel bilgilerinin, spesifik solunum yolu hastalıkları, genel hastalıklar hakkında bilgi değerlerinin daha düşük puanlar elde ettiği görüldü.

Haziran 2022 , ..148...

Anahtar kelimeler: Sigara Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı, Kardiyovasküler Hastalıklar, Astım

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

DETERMİNATİON OF THE EFFECT ON DİSEASE MANAGEMENT OF SMOKİNG LİTERACY LEVELS İN İNDİVİDUALS WİTH ASTHMA DİAGNOSİS İN ADDİTİON TO CARDİOVASCULAR DİSEASE

Saliha Sinem YALÇIN

Istanbul University-Cerrahpasa

Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Internal Medicine Nursing Program

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Hilal UYSAL

Yalçın, S.S. (2021). Determination of the effect on disease management of smoking literacy levels in individuals with asthma diagnosis in addition to cardiovascular disease. İstanbul University-Cerrahpasa, İstanbul University, Institute of Health Science, Medical Nursing Department, Master's Thesis. Istanbul

The study was conducted to determine the validity and reliability of the Turkish version of the "Smoking Literacy Scale" developed by Agnes Soh Hneg Ngoh et al. (Ngoh HSA ve ark. 2017) in order to evaluate the effect of smoking literacy levels in asthma patients in addition to cardiovascular disease. The study was carried out by face to face interview method with patients hospitalized in Istanbul University Cerrahpaşa Medical Fsculty Hospital ans Istanbul Unıversity Cerrahpaşa Instıtute of Cardıology Departman of Cardiology clinics between Marc July 2021. In this study, which is a relations seeking research, the sample group consisted of 273 individuals who were open to communication and cooperation, diagnosed with coronary artery disease, acute coronary syndrome, hearth failure,

and asthma. The scale was presented to ‘ten’ expers to evaluate its content validity, and it was finalized in line with the suggestions. After the translation and content validity, and it was finalized validity studies of the 20-item scale, construct validity analysis was performed. As a result, the Turkish version of the "Smoking Literacy Scale" was prepared for use in Turkish society.

As a result of the study, % 32,7 of the individuals were determined to be between 55-64 years old. The majority of the individuals involved in the investigation were identified as women and housewives (%32,7)..In the study, it was seen that the highest rate of % 33.3 of individuals had asthma in the range of 5-8 years. In addition to asthma, it was determined that individuals experienced hypertension (%20.6), heart attack (% 21.5), coronary heart disease (%7), heart failure (% 24.4). Considering the smoking status of the individuals, it was determined that the majority of them were former smokers (% 32) and current smokers (% 24), and the highest rate was the individuals between the ages of 15-20 (% 73.2) . In the study, it was determined that the general knowledge level of individuals about smoking was statistically significantly higher. In addition, when the knowledge of individuals about smoking-related diseases is examined, it is seen that individuals who agree that smoking causes paralysis (% 86), individuals who agree that smoking causes heart attack (% 93.5), and individuals who agree that smoking causes high blood pressure (% 75) and individuals (% 88.5) who confirmed that smoking initiates an asthma attack were found to be statistically significant. In the study, it was determined that individuals were affected by shortness of breath (% 93.3), chest pain (% 96), cardiovascular diseases mostly (% 91.3) and asthma diseases mostly (% 34.7).

This study was defined according to the presence of both asthma and cardiovascular disease according to the ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) codes. The prevalence of CVD in individuals was determined as heart failure, coronary heart disease, and hypertension, which are strongly associated with asthma. Individuals with higher education levels were found to have significantly higher overall knowledge of the effects of smoking in the study. It was observed that the general knowledge, specific respiratory diseases, and knowledge values of general diseases of smokers obtained lower scores.

June 2022, 148. pages.

Keywords: Smoking Literacy, Health Literacy, Cardiovascular Diseases, Asthma

1. GİRİŞ

Sigara, Dünya'da ve ülkemizde en önemli ve önlenebilir mortalite ve morbitide kaynağıdır. Sigara kullanımı Dünya'da ve Türkiye'de 15 yaş ve üzeri çocukluk döneminden itibaren başladığı ve bireylerde bağımlılık yaparak devam ettiği gözlenmiştir. DSÖ'nün verilerine göre 15 yaş ve üzeri olan 1,3 milyon birey sigara kullanmaktadır. Dünya'da sigara kullanan bireylerin %47,5 oranını erkekler, %10,3 oranını kadınlar oluşturmaktadır (WHO 2015). Türkiye verilerine göre sigara kullanım sıklığı 15 yaş ve üzeri bireylerin %41,8 oranını erkekler , % 17,5 oranını kadınlar oluşturur (Zuhur Ş. ve Özpancar, N. 2017). Dünya genelinde sigara kullanımının %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olduğu ve bu oranın sürekli arttığı gözlenmiştir. Bu ülkelerden olan Türkiye'de Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) "Türkiye'de Sağlık Araştırması" verilerine göre sigara kullanan 15 yaş ve üzeri oranların 2016 yılında %26,5 olduğu, 2019 yılında ise bu oranın %28'e ulaştığı açıklamıştır (TUİK 2019). DSÖ'nün Türkiye'de tütün kontrolü verilerine göre her yıl yaklaşık 110 bin bireyin sigara nedeniyle hayatlarını kaybettiği ve bu oranın 2030 yılında 240 bin bireye ulaşabileceği öngörülmektedir (WHO 2012). Dünya nüfusunun kullandığı sigara akut ve kronik birçok hastalığın sorumlusudur. Bu sebeple her yıl Dünya nüfusunun %71'nden fazla birey yaşamlarını kaybetmektedir. 20 - 30 yıl sonra sigara kullanımı nedeniyle yaşam kayıplarının yaklaşık 10 milyona varacağı düşünülmektedir (WHO Global Tobacco Epidemic, 2021). Dünya'da kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon dahil dolaşım sistemi hastalıkları, astım hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) başta olmak üzere akciğer hastalıkları, akciğer kanseri, gırtlak kanseri gibi kansere bağlı hastalıkların %80'inden sorumlu risk faktörü sigaradır (WHO Nominical Diases 2021 ; Akçay M. ve Yuksel, S. 2017).

TÜİK ölüm nedenleri verilerine bakıldığında, 2018 yılında dolaşım sistemi hastalıkları ölüm vakaları tüm ölümlerin %39,8'ini oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar bu oranın %31 ine sahip olarak ilk sırada yer almaktadır. Solunum sistemi hastalıklarının %12,5 ölüm oranıyla ikinci sırada yer alması ise ülkemizde de sigaranın yol açtığı önde gelen kronik hastalıkların kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları olduğunu göstermiştir (TUİK 2018). Sigara kullanımı Dünya üzerinde 334 milyon bireyi etkileyen astımın değiştirilebilen davranışsal bir risk faktörüdür. Sigara astımın semptom ve ataklarını artırarak astım kontrolünü düşürür. Sigara kullanan astım hastalığına sahip bireylerin ilaç kullanımlarının daha fazla olduğu gözlenmiş, bireylerin sigara kullanımını bıraktıklarında ise

ilaç kullanımlarında ve hastalık kontrolünde iyileşme olduğu gözlenmiştir (Lee W. ve ark. 2017). Türkiye'de bireylerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2017 değerlendirmesinde , kullanılan sigara miktarıyla kalp hastalığı riski aynı doğrultuda artığı gözlenmiştir. Sigara kullanımı ile miyokard infarktüsü ve kardiyovasküler ölüm riski erkeklerde 2.7, kadınlarda 4.7 kat arttığı gözlenmiştir (Onat A. ve ark. 2017).

Kardiyovasküler hastalıkların sigara kullanımı yüksek kolestrol ve kan basıncı, diyabet vb. bilinen risk faktörlerinin yanı sıra, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin semptomlarını arttırıcı ve bireylerin hastalık yönetimini zorlaştıran bir risk faktörüde astım hastalığıdır (Sorensen K. ve ark. 2015). Literatürdeki bilgilere göre, astım hastalığı hava yolu inflamasyonunun ötesinde kronik sistemik inflamatuar hastalıklarlada ilişkilidir ve kardiyovasküler hastalığın inflamatuar sürecini artıran bir etkiye sahiptir (Clark MJ. 2015). Bunun yanı sıra astım hastası bireylerin sigara kullanımı kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı görülmüştür. Yapılan bir araştırmada astım hastası olan ve sigara içen bireylerin kardiyovasküler hastalığa sahip olmaları, sigara kullanmayan astım hastası bireylere göre iki kat daha fazla olduğunu kanıtlamıştır (Çolak Y. ve ark. 2015).

Dünya'da bireylerin risk faktörlerine yönelim yaygınlığını, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi etkiler. Sağlık okuryazarlığı 'bireylerin değiştirilebilir risk faktörlerine karşı uygun sağlık davranışlarını seçerek, yaşam kalitelerini arttırmalarını ve hastalık semptomlarından korunmaları için gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama ve bilgiyi kullanmak olarak tanımlanır (Bayık-Temel A., ve Aras, Z. 2017). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin yaşadıkları kronik hastalığın yönetimini kavrayamadıkları, hastalıklarıyla ilgili tedaviyi aksattıkları, ulaşılabilir sağlık hizmetlerini daha az anladıkları ve daha az kullandıkları sonucunda daha az kaliteli bir yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmiştir (Ezzati M. ve Lopez AD. 2003). Kronik hastalık yönetiminde oldukça etkisi olan sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre değişiklik gösterir. Dünya üzerindeki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında, bireylerin %53'ünün orta seviyede, %37'sinin yeterli olmayan seviyede, %22'sinin yeterli seviyede olduğu belirlenmiştir (TUİK, 2018). Kronik hastalık ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında önemli bir etkileşim olmasının yanısıra, bu etkileşimi etkileyen en önemli davranışsal risk faktörlerinden biri de bireylerin sigara kullanımıdır (Fawns-Ritchie C. ve ark. 2018). Düşük sosyodemografik özelliklere sahip bireylerin sigara kullanım oranı yüksek sosyodemografik özellikleri olan bireylere oranla daha yaygındır. Sağlık okuryazarlığı ve sigara kullanımı

arasındaki bu ilişkiye bakıldığında sağlık okuryazarlığı düşükse sigara kullanım oranı yüksektir (Grady PA. Ve Gough L. 2014). Bu nedenle düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin yüksek sağlık okuryazalığı olan bireylere göre, sigara kullanımının sebep olduğu sağlık riskleri hakkında daha az kapsamlı bilgiye sahip olmaları, bu bireylerin sigara kullanımı ve sigara kullanımını bıraktıktan sonra tekrar kullanmaya başlama oranlarının daha fazla olmasına neden olur (Stewart DW. ve ark. 2013). Sağlık okuryazarlığı ve sigara kullanım ilişkisi göz önüne alındığında, sigara kullanımı, düşük sağlık okuryazarlık düzeylerinin birçok kronik hastalığın mortalite ve morbiditesinin gelişmesinde ve ilerlemesinde etki yaratan yüksek risk faktörüdür. Türkiye'de de, Sağlık Bakanlığı tarafından bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin demografik, sosyoekonomik faktörlerinin kronik hastalık yönetimine etkisini nasıl değiştirdiği üzerine yapılan araştırmasında, Türkiye'de ki kronik hastalığa sahip bireylerin %43,5'inin yetersiz, %22,6'sının sınırlı, %19,7'sinin yeterli ve %13,5'unun ise oldukça iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, T. S. 2019).

Bu verilere göre Literatür incelendiği zaman Türkiye'de ki bireylerin sigara kullanım durumlarının kronik hastalıkları üzerine olan etkileri ile ilgili bir çok çalışma olmasına rağmen bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin etkisi ile ilgili bir çalışma tespit edilmemiştir. Bu nedenle araştırmada amaç, Agnes Soh Heng Ngoh ve ark. (Ngoh H.S.A. ve ark. 2017) tarafından geliştirilen ''Smoking Literacy Scale''(Sigara Okuryazarlığı Ölçeği) isimli ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması ile ölçeğin kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalığı olan bireylerde kullanabilirliğini ve kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalığı olan bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerini ortaya koymaktır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1.SİGARA VE KRONİK HASTALIKLARIN İLİŞKİSİ

2.1.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar bulaşıcı olmayan, genel olrak yavaş ilerleyen, uzun dönem süren, tedavi edilmeyen, genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin oluşturduğu karmaşık, bulaşıcı olmayan durum olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın şiddetini azaltmak için bireyin özbakım sorumluluğunun arttırılması, destek ve bakım gerektirir (Xu M. ve ark. 2017).

1988 yılında Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu tarafından, Kronik hastalıklar en kötü ihtimalle 3 ay süren, çoğunlukla yaşam boyu devam eden, rahatsızlığın stabil değil sürekli olduğu, çeşitli işlevsel fonksiyonel yetersizliğe neden olan, bireye özel bir tedavi planı hazırlanması gereken ve uzun süreli bütüncül bakım ve gözlem süreci gerektiren durumlar olarak tanımlanmıştır (Lohr KN. 1988).

Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgiler;

- Genellikle orta yaşta başlar, ömür boyu sürer ve kalıcı bir sakatlık bırakır.
- Hastalığın ortaya çıkmasında birden fazla etken vardır, bireyin bu etkenlerle karşılaşma durumu hastalığın oluşmasını etkiler.
- Bireyin hastalık etmeniyle karşılaşması ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir.
- Hastalık süresince farklı evreler ortaya çıkabilir, her evrenin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ve farklı çözüm yolları mevcuttur.
- Kronik hastalıkların dönem dönem iyileşme süreci olsa da tekrarlamalar hastalığı ilerletebilir.
- Başka kronik hastalıklara sebebiyet verebilir.
- Kronik hastalıkla mücadele de bireylerin tedavi süreçlerine bağlılıkları ve ısrarları hastalığın kontrol altına alınmasında önemlidir.
- Bireyin kronik hastalığı ile mücadelede sorumluluklar alması, aile üyeleri ve sağlık çalışanları ile iş birliği kuramasının gerektiği bir süreçtir.

- Bireylerin kronik hastalıkları nedeniyle tanı, tedavi ve rehabilitasyon için maddi-manevi desteğe ihtiyaçları vardır (Gülseven B. ve Oğuz S. 2014).

Kronik hastalıkların oluşmasında birçok risk faktörü vardır. Bireylerin bu risk faktörleriyle karşılaşma süresi ve sayısı hastalığın oluşmasında oldukça önemlidir. Kronik hastalık oluşmasında farklı evreler vardır ve bu evreler bireylerde farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal durumları oluşturur (Toçi E. ve Burazeri G. 2015).

Kronik hastalık evreleri;

- **Hastalık Öncesi Evre;** kronik hastalığın oluşmasında genetik faktörler ve yaşam biçimi davranışları nedeniyle bireylerin risk altında olduğu dönemdir.
- **Hastalık Evresi;** kronik bir duruma ilişkin semptomların başladığı veya yetersizliklerin başlangıcının görüldüğü dönemdir. Semptomların değerlendirildiği ve tanı yöntemlerinin kullanıldığı dönemdir.
- **Stabil Evre**; semptomların ve yetersizliklerin kontrol altına alındığı dönemdir.
- **Stabil Olmayan Evre**; semptomalrın kötüleşmesi, komplikasyonların görüldüğü dönemdir. Kronik hastalık yenidek aktifleşir. Bireylerin günlük yaşam aktivitelrinde aksamalar görülür,yeni tanı yöntemleri ve uygulamalar gerekmektedir.
- **Akut Evre**; hatanede kalmayı gerektiren ciddi ve kontrol edilemeyen semptom ve komplikasonların bir anda başlamasıyla karakterize bir dönemdir. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde önemli değişiklikler yapılması gerekebilir.
- **Kriz Evresi**; acil bakım ve tedaviyi gerekli kılan, yaşamı tehdit edici durumlarla karakterize dönemdir**.**
- **Geriye Dönüş Evresi**; hastalık semptomlarınn bir anda başlamasından sonra iyileşme evresidir. Birey yetersizlikler ve kısıtlılıklarla yaşamayı ve üstesinden gelmeyi öğrenir.
- **Düşüş Evresi;** bireyin hastalık semptomlarının artmaya başlamasıyla görülen evredir. Tedavi ve ilaçlarla kontrol edilmeye çalışılmasına rağmen hastalık semptomları ve kısıtlılıklar ilerlemeye devam eder. Düşüş evresi durdurulabilir ve hastalık tekrar kontrol altına alınabilir.

- **Ölüm Evresi**; tedavi ve bakım yöntemlerine rağmen, hastalığın ağır ya da artarak ilerlemesi vücut fonksiyonlarının yetersizliği ile ilişkilidir (Gülseven B. ve Oğuz S. 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, kardiyovasküler hastalıklar, astım vb. kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet, kanser, obezite bireylerin yaşam kalitelerini önemli derecede etkileyen kronik hastalıklardandır (WHO 2018). Kronik hastalıklar neden olduğu işlevsel fonksiyon kısıtlıkları ve yetersizlikler bireylerin sosyal yaşantılarını, sağlığı anlamalarını ve kullanmalarını zorlaştırmakta ve bağımsızlıklarını azaltmaktadır (Akpınar B. ve Aşkın Ceran M. 2019).

Kronik hastalıklar nedeniyle dünya üzerinde her yıl yaklaşık 57 milyon birey yaşamını kaybetmekte, bu da tüm ölümlerin %71'ine denk gelmektedir (TUIK 2019). Kronik hastalıklar nedeniyle ölüm sayısının 10 yıl içerisinde, dünya çapında %17 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar ile yaklaşık 23 milyon bireyin bir ya da birçok kronik hastalığa sahip olduğu rapor edilmiştir (WHO 2018). Kardiyovasküler hastalıklar tüm yaşam kayıplarının %44 lük kısmından sorumlu olarak ilk sırada yer almaktadır. Kanserler tüm yaşam kayıplarının %22'sini, kronik solunum yolu hastalıkları %9'unu, diyabet ise %4'ünü oluşturmaktadır. Başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere kanser,kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet nedeniyle yaşam kayıpları tüm kronik hastalıklar nedeniyle olan yaşam kayıplarının %80'nini oluşturur. Kronik hastalıklar morbidite ve mortalite sebebi olduğundan dolayı, sağlık hizmetlerinde değerlendirilmesi gereken güncel ve önemli sağlık sorunlarındandır (WHO 2021).

2.1.2.Kronik Hastalıkların Yönetimi

Kronik hastalık yönetiminde genetik ve çevresel risk faktörleri belirleyici rol oynar. Yaş, cinsiyet, ırk ve etnik köken, eğitim düzeyi, medeni durum, aile faktörü, ortalama aylık gelir ve meslek durumu gibi sosyodemografik özellikler bu hastalıkların yönetimini etkiler (Liu YB. ve ark. 2015). Sosyodemografik özellikler sigara kullanımı, alkol tüketimi, fiziksel aktivitenin azalması, kontrolsüz beslenme, yaşam alışkanlıklarında değişiklikler gibi davranışsal risk faktörlerinin yaygınlığını etkiler. Bireyin çalışma ortamı, yaşam alanı gibi çevresel faktörler, sağlık hizmetlerine ulaşma, koruyucu ve önleyici hizmetleri kullanma ve

uygulama durumları da kronik hastalık yönetiminin belirleyici risk faktörlerindendir (Clark NM. ve Gong M. 2000).

Kronik hastalıkları Dünya Sağlık Örgütü 21. Yüzyılın en önemli sağlık sorunları olarak tanımlanmakta ve yüksek yaşam kayıpları, sağlık hizmetlerindeki artış ile sağlığın ilerletilebilmesi açısından bir sorun olarak görmektedir (Türkmen E. 2012). Kronik hastalıkların dünyada görülme sıklığının artması, kronik hastalıkların kontrolünün ve hastalık yönetiminin planlanmasını önemli hale getirmiştir. Kronik hastalık yönetiminde bireyin gereksinimleri göz önüne alınarak, danışmanlık, rehabilitasyon ve özelleştirilmiş eğitimler etkili rol oynamaktadır (Yılmazel G. ve Çetinkaya F. 2016). Bireylerin kronik hastalıklara bağlı yaşadıkları sıkıntılar, tüm yaşamlarını etkilemekte ve değişiklik yapmak zorunda kalmalarına neden olmaktadır. Bu durum bireylerin kronik hastalıkları nedeniyle yaşadıkları sıkıntılar ve kısıtlamalar yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Karagülle Ç. ve Can Çicek S. 2020). Kronik hastalıklara uyum sürecinde hastalığın bireysel algılanışı, daha önce yaşanılan bireysel deneyim bütünlük kazanır. Bireylerin hastalığı algılayışı ve hastalığın belirtileri değişiklik gösterir. Bireylerin hastalığı algılaması, duygusal ve davranışsal tepkileri, hastalıkla baş etme biçimleri yaşam kalitelerini belirlemede önemli unsurlardır (Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. 2014). Kronik hastalık yönetimi sürecinde bireyleın yaşadıkları uyum sorunları, hastalıklarının etkili yönetilememesine bağlı olarak, hastaneye yatış oranları, hastalık semptomlarının gelişmesi ve yaşam kayıplarının artmasına neden olmaktadır (Koşar C. ve Besen DB. 2015). Kronik hastalığa uyum sağlanamadığında, bireyler yaşam aktivitelerini yerine getiremediğini, hastalık nedeniyle güçsüzlük, halsizlik ve hastalık belirtileri, hastaneye yatışların artması ve tedavi etkinliğinin azalması, hastalık kontrolünün etkin olmaması, bireylerin yaşam kalitesinde bozulma meydana gelmektedir. Ayrıca bireylerin yaşam aktivitelerini sınırlaması, bağımsızlıklarını kaybetmeleri, bireysel rollerinde değişiklik yaşamalarına neden olmaktadır (Memiş, K. 2020). Kronik hastalıkların yönetilmesinde bireylerin bilgilenmesi, planlama yapabilmesi ve uyum göstermesi zaman alıcı bir durumdur. Kronik hastalıkların kontrol altına alınabilmesi için bireylerin ilaç tedavilerine uyması önemlidir. Hastalığın tedavisine uymayan bireylerde hastalığın semptomları artar ve hastalığın süreci hızlanır (Kara B. 2001). Bireylerin hastalığın tedavisine uyumlarının artması, hastalık maliyetlerinin azalması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde, bireylerin kendi tedavi ve bakımlarında rol almaları ve sürdürmeleri önemlidir. Kronik hastalık yönetim sürecinde beslenme, fiziksel aktivite, kan basıncı, kan şeker seviyesi gibi takiplerin doğrudan bireyin kontrolü altında olması gerekmektedir. Bireylerin hastalığın

semptomlarını ve hastalıklarını nasıl yöneteceklerini öğrenmeleri gerekmektedir (Fawns-Ritchie C. ve ark. 2018).

Kronik hastalıkların önlenebilir ya da kontrol altına alınabilir olması, bireylerin tedavi gereksiniminlerinin fazla olması, tedavide bireysel sorumlulukların alınması gerekliliği, sağlık maliyetlerinin çok yüksek olması ve sağlık çalışanı ve hasta eğitimilerinin yeterli seviyede bireye ulaşılamaması nedeniyle kronik hastalık yönteminde birçok yöntem geliştirilmiştir (Yılmaz M. ve Tiraki Z. 2016). Kronik hastalıkların yönetiminde etkili olabilmek ve gerekli çözümleri ortaya koyabilmek için bireylerin hastalık yönetiminde, bakım ve tedavi süreçlerinde aktif rol almaları önemlidir (Varmaghani M. ve ark. 2019). Kronik hastalık yönetimi önleme, tanı koyma, akut atakların tedavisi ve hasta eğitimini kapsar. Bireylerin mevcut yeteneklerini kullanmaları ve yetersizliklerini kontrol altına alabilmelerini sağlamak için multidisipliner yaklaşım kullanır (Ezzati M. ve Lopez AD. 2003).

Kronik hastalıkların yönetiminde öncelikle;

- Kronik hastalık gelişme riski olan bireylerin belirlenmesi,
- Kronik hastalıkların gelişmesini önleme,
- Eğitim vererek bireylerin öz yönetim becerisini geliştirme,
- Kronik hastalık yönetiminde teknolojiyi kullanma,
- Hastalık yönetim programlarını uygulaması gereklidir.

Kronik hastalık yönetiminin yararları;

- Erken tanı ve tedavi planlamaları uygulamaları yapılır,
- Fonksiyonel yetersizlikler sürekli iyileştirir,
- Yetersiz ve gereksiz hizmetleri ortadan kaldırır,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine bireyleri yönlendirip, kronik hastalık için uygun tanı ve tedavi planlamasını destekler,
- Sağlık hizmetinin en etkili bir şekilde uygulanmasını sağlar,

- Kronik hastalık yönetimi daha etkili ortaya koyar. Sağlık maliyetleri azalır. Böylece; klinik uygulamalarda kanıta dayalı rehberler ve protokollerin kullanımını daha ön plana geçer (İncirkuş K. ve Nahcivan NÖ. 2015).

2.1.3.Kronik Hastalıklarda Öz Bakım

Kronik hastalık yönetiminin öncelikli amacı bireylerin kendi hastalık yönetimini ve bakımını sağlaması yani bireysel öz bakımını geliştirmesidir. Öz bakım, bireyin bakım gereksinimlerini ve bakım yönetimini sürdürebilmesi ile ilgili süreçtir (Brigham EL. ve ark. 2016). Orem'e göre öz bakım bireyin bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecini düzenlemesi ve geliştirmesidir. Bireyin yaşamında sağlık ve iyilik durumunu sürdürebilmesi için sağlık hizmetlerinden yararlanma veya uygulama becerisi öz bakım olarak adlandırılır. Sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek, bireylerin kendisinin gerçekleştirdiği sağlık etkinlerinden oluşan öz bakım, bireylerin eğitimi ve deneyimleri ile öğrenilmiş davranışlarıdır (Oh HY. ve ark. 2014). Öz-bakımın sürdürülebilmesi bireyin sağlığını koruması ve devamlılığını sağlayabilmesi için bireyin kendisine düşen sorumluluğu üstlenmesi ve yerine getirmesi durumudur (Jaakkola JJK. ve ark. 2019). Öz bakım yönetimi bireylerin hastalığına ait semptomları ortaya çıktığında yaptığı faaliyetleridir. Bireyler hastalık semptomu ortaya çıktığında semptomu hakkında bilgi sahibi olmalı, semptoma göre uygulamada bulunmalı ve uygulamanın etkisini değerlendirmelidir (Ratzan SC. 2001). Öz bakım tedavi ve uygulamaya yönelik davranışsal bir eylemdir. Öz bakım süreci yaşam faaliyetlerinin desteklenmesi, bireyin gelişminin sürdürülmesi, hastalık ve yetersizlik süreçlerinde tedavi ve bakımın sağlanmasını içeren düzenleyici bir fonksiyondur (Kondo T. ve ark. 2014).

Kronik hastalıklarda öz yönetimin sağlanabilmesi için bireylerin hastalıklarına uyum sağlamaları oldukça önemlidir. Uyum, bireyin sağlık personelleri tarafından yapılan tavsiyeleri kabul etmeleri olarak tanımlanır. Hatalığa uyum, tüm kontrolleri düzenli takip etmesi, tedavi planlarına uygulaması ve ilaçlarınız düzenli kullanmayı, günlük yaşam aktivitelerinde gerekli değişikliklere yapması olarak tanımlanmaktadır (Öztaş Ö. ve Aslan Korkmaz G. 2019). Kronik hastalıklarda bireylerin kendi bakımına katılması öz yönetimini aktif sağlamasının önemi büyüktür. Bireyin ne yapacağını bilmesi, hastalık durumu hakkında yetenek, ilgi, motivasyon ve güvene sahip olması öz bakımın sürdürülmesine katkı sağlamaktadır (Hoover DS. ve ark. 2015). Kronik hastalıklarda tedavi ve hastalık

yönetiminin etkili olması, bireyin öz bakımının yeterli olması ile sağlanabilir. Öz bakımını yeterli sağlayabilen kronik hastalığı olan bireyler sağlıklarını, iyi olma durumlarını böylelikle yaşam faaliyetlerini sürdürebilirler. Sürekli olarak kendi hastalık kontrollerini yapabilmeleri ve hastalıklarını doğru yönetebilmeleri bireylerin yaşam kalitelerini de olumlu olarak etkiler (GINA Reported 2018).

Öz bakım, uygulama ve tedavi yaklaşımlarına bireyin uyumunu etkileyen bir durumdur.

- Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi,
- Bireyin kronik hastalığı ile ilgili yetersizlik durumlarında bakım, tedavi ve kontrollerinin sağlanması,
- Yetersizliklerin önlenmesi veya kontrol altına alınması nedeniyle öz bakımın düzenleyici bir fonksiyondur.

Öz bakım bireyler tarafından anlaşılmalı ve kendi kendilerine sürekli bir şekilde uygulanmaları gerekmekte olan önemli bir durumdur. (Kara B. 2001).

2.1.4.Sigara ve Kronik Hastalıklar Üzerine Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya'da ölümlerin üçte ikisinden fazlası kronik hastalıklar nedeniyle olduğunu açıklamıştır (Riegel B. ve ark. 2009). Dünya'da kronik hastalık ve erken ölüm nedenlerinden biri, değiştirilebilen davranışsal risk faktörü olan sigara kullanımıdır. Sigara kullanımı serobrovasküler hastalık, miyakard infarktüsü, hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıklar, astım hastalığı, konik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum yolu hastalıkları, akciğer kanseri gibi birçok hastalığın meydana gelmesini ve ilerlemesini önemli bir derecede etkiler (Türk H. ve ark 2015). Sigara kullanımı, özellikle kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları nedeniyle yani bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı her yıl yaklaşık 3,8 milyon bireyin yaşamını kaybetmesini etkiler. Bireylerin %40'ının kardiyovasküler hastalıklara, %20'sinin Astım- KOAH gibi kronik solunum yolu hastalıklarına, %20'sininde akciğer kanseri vb. kanser hastalıklarına sahip olduğu bilinmektedir (Uysal HB. ve ark. 2021 ; Xu M. ve ark 2017).

DSÖ'nün verilerine göre yaşam kayıplarının nedenleri arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar'a (KVH) sahip bireyler yer alır.Aynı zamanda koroner kalp hastalıkları da kardiyovasküler hastalığa bağlı ölümlerin yarısından fazlasını oluşturur

(Zuhur, Ş. ve Özpancar, N. 2017). TÜİK verilerine göre ülkemizde de yaşam kayıpları arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır (TUİK 2018). Yaş, cinsiyet, aile faktörü, obezite, diyabet, sigara, sedanter yaşam, yüksek kan basıncı, yüksek LDL beslenme şekli gibi faktörler kardiyovasküler hastalıklar için önemli risk faktörleridir. Bu risk faktörlerinin bir veya birden çok risk faktörüne sahip bireylerin çoğu kardiyovasküler hastalıklara sahiptirler (Gülseven B. ve Oğuz S. 2014). Dünya'da en yagın yaşam kayıplarına neden olan kardiyovasküler hastalıkların önemli risk faktörü olan sigara, bireylerde kardiyovasküler hastalık gelişimini ve ilerlemesini 2-4 kat artırır (WHO Nominicable Disaeses, 2018). Sigaranın günlük kullanım miktarı ve süresi arttıkça kardiyovasküler hastalık riskide aynı doğrultuda artmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar dünyada yaşam kayıplarının %31'ini oluşturmaktadır. Bu oranın %21 ise sigaraya bağlı kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaşamlarını kaybeden bireylerden oluşmaktadır (Özpulat, F. ve Erdem Y. 2019). Sigara kullanımının, oksidatif stres, insulin direnci, LDL artışı, sempatik sinir aktivasyonu kalp ve damarlarında fonksiyon bozukluklarına neden olması kardiyovasküler hastalıkların temelini oluşturur (Tonnesen P. ve ark. 2019). Sigara kullanan bireylerin kan basıncı, sigara kullanmayan bireylere göre sahiptirler. Sigara içen bireylerde hipertansiyon, ateroskleroz gibi kardiyovasküler hastalık riski görülür (Minshall C. ve ark 2021). Sigara insulin direnci ile birlikte lipolizi arttırarak trombüs aktivasyonu ve pıhtılaşma uyarımını bozar. Sigara kullanımı zaman içerisinde bireylerde ateroskloz plağının gelişmesini ve ilerlemesine katkı sağlar. Sigara kullanımı, koroner kalp hastalıkları ve miyokard infarktüsü ve bu nedenle yaşam kayıpları dahil kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve mortalite oranı artar (Kim SY. ve ark. 2018).

Sigara kullanımı, akciğer fonksiyonlarının bozulmasını, akciğer hacim ve kapasitesinin azalmasını etkilemesinden akciğer kanserine kadar bir çok solunum sistemi hastalığının oluşmasından sorumludur (Onat A. ve ark (2017). Sigara astım, KOAH, pnömoni, akciğer kanseri, larenks kanseri, amfizem, kronik boronşit, uyku apnesi, alt solunum yolu enfeksiyonları vb. birçok solunum yolu hastalığı semptomlarını artıran değiştirilebilir risk faktörüdür (Soriano JB. ve ark. 2020). Astım hastalığı sıklıkla en fazla görülen düzeltilebilir inflamatuvar hava yolu hastalıklarından biridir. Hava yolunun aşırı duyarlılığı, tekrarlayan hırıltı, öksürük ve nefes darlığı semptomları ile kendini gösterir. En çok çocukluk çağında görülen astım hastalığı, sigara, toz-alerjen partiküller, kedi-köpek tüyü vb çevresel risk faktörleri nedeniyle yetişkin bireylerde de görülmektedir (Jeon J, ve ark. 2018). Küresel astım yönetimi ve önlenmesi (GINA) klavuzu raporuna göre, 2011-2014

yılları arasında astım hastalığına sahip bireyler 235 milyon bireyden 334 milyon bireye yükseldiği görüldü. 2015 yılında ise 383 bin bireyinde astım nedeniyle yaşamlarını kaybettiği rapolanmıştır. Klavuza göre (GINA), 2025 yılına kadar 100 milyon bireyin daha astım hastalığına sahip olacağı ön görülmektedir (GINA, 2018; Ghisi GLM. ve ark. 2018). Astım alerjiye sahip bireylerde daha fazla görülür. Alerjiye sahip bireylerde astım hastalığının gelişmesi sigara kullanımı ile ilişkilidir. Sigara kullanım miktarı, sigara dumanına maruz kalma süresine göre bireylerde, astım semptomlarının görülme insidansında farklılık yaratır (Saulyte J. ve ark. 2014). Sigara kullanan ve kullanmayan astımlı bireyler karşılaştırıldığında, sigara kullanan bireylerin akciğer fonksiyonlarında azalma, astım semptomlarında artış, astım kontrolünün zorlaştığı görüldü. Bu nedenle sigara kullanan astımlı bireylerin ilaç kullanım miktarı ve hastane yatış oranlarında artma, yaşam kalitelerinde azalma görülür (Koç A. ve ark. 2020).

Aktif sigara kullanımının etkilerine benzer şekilde, bireyleri etkileyen pasif sigara kullanımı, kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıklarının, birçok kanserin ve erken yaşam kayıplarının görülmesine neden olur. Pasif sigara içiciliğinin kardiyovasküler hastalık riskini %70-%80 kat arttırır. Pasif sigara dumanına maruz kalan bireylerde yapılan bir çalışmada astım gelişme riskinin %21-85 oranında arttıdığı gözlenmiştir. Çocukluk çağında sigara dumanına maruz kalan çocuklarda ise yetişkin olduklarında %95 oranında astım gelişme riski artar (Lindvall K. ve ark. 2020).

2.1.5. Sigaranın Kardiyovasküler Hastalık ve Astım Hastalığı İlişkisi Üzerine Etkisi

Kardiyovasküler hastalık dünya üzerinde her yıl tahminen 17 milyon bireyin yaşam kayıplarına neden olmaktadır. KVH etkileyen faktörler arasında, yaş, sigara kullanma durumu,yüksek tansiyon, cinsiyet, diyabet, beden kitle indeksi vb. yer alır. Bu risk faktörlerinin yanında bireylerin astım hastalığı veya astım semptomlarına sahip olmasıda kardiyovasküler hastalık için önemli risk faktörüdür (Tattersall MC. ve ark. 2015). Astım

hastalığı hava yollarındaki bronskospazm nedeniyle hava yolu tıkanıklığı ile seyreden inflamatuar bir durumdur. Göğüste sıkışma, nefes darlığı, tekrarlayan öksürük atakları vb. astım semptomlarındandır (Yılmaz M. ve Tiraki Z. 2016). Astım hastalığının inflamatuvar süreci, bireylerde KVH'nı tetiklemesi incelenmiş, astım hastalığı olan bireylerin astım hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla kardiyovasküler hastalığa sahip olduğu ve yaşam kayıpları insidansının daha yüksek olduğu görülmüştür (Clark MJ. 2015). Astım hastalığı veya astım semptomları olan bireylerin KVH için bir inflamatuvar belirteç ve risk faktörü olan C-reaktif protein (CRP) düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Ridker PM. ve ark. 2000). Astım hastalığı olan bireylerde meydana gelen yüksek C-reaktif protein düzeyi, artan pıhtılaşma aktivasyonu ve trombosit aktivasyonunun ateroskleroz döngüsünde önemli bir yeri vardır. Literatürde yapılan çalışmalarda, astım hastalığı olan bireylerde koroner kalp hastalıkları ve serabrovasküler hastalık oranı daha fazla olduğu görülmüştür (Tattersall MC. ve ark. 2018). 2008 yılında astım hastalığına sahip 15,792 birey üzerinde yapılan çalışmada koroner kalp hastalığı riskinin bu bireylerde 2 kat arttığı gözlenmiştir (Sorensen K., 2015) Iribarren yaptığı araştırmada, astım hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik ve kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada astımı olan kadın bireylerin, erkek bireylere göre kardiyovasküler hastalığa sahip olma durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Astım hastalığı olan kadın bireylerin koroner kalp hastalığı (KKH) ile ilişkili hastaneye yatma oranları ve yaşam kayıpları oranlarının, astımı olmayan kadın bireylere göre 1,22 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Astım hastalığı olan ve olmayan erkek bireylerde ise anlamlı bir fark görülmemiştir (Iribarren C. ve ark 2004).

KVH durumunu, astım hastalığı olan bireylerin sahip olduğu cinsiyet faktörü dışında yaş, sigara içme durumu, astım başlangıç yaşı, astım semptomu alevlenmesi, astım tedavisi vb. faktörlerde önemli derecede etkiler (Sorensen K. ve ark. 2015). Bireylerin yaş ortalamaları artıkça yaşadıkları kronik hastalık durumu da doğrusal olarak artar. Bireylerin yaş ortalamaları arttıkça akciğerin doku yapısında değişimler meydana gelir. Bu nedenle yaşlı bireylerde astım hastalığının ve KVH'nın mortalite ve morbidite oranı daha fazladır (Karakurt P., Ünsal A. 2019; Enç N. ve Alkan H. 2017).

Astım tedavisinde inhaler steroidler, beta-2 agonistleri, bireylerin yaşadığı semptomlarının sayısı, süresi ve sıklığına bağlı olarak kullanılır. Özellikle kullanılan beta-2 agonistleri, miyokardın fonksiyonlarını etkiler. Bu nedenle bireyler taşikardi, atriyal fibrilasyon vb. semptomları yaşarlar. Beta-2 agonist tedavisini kullanan astımlı bireylerin

koroner kalp hastalık riski ve miyokart infaktüsü riski artar (De vries F. ve ark 2008). Astım hastalığına sahip bireylerin hava yolu obstrüksiyonu ve yaşadıkları semptomlar nedeniyle akciğer vital kapasiteleri düşer. İstirahatte astım şiddetinin belirten bir saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV_1) akımının düşmesi, mevcut inflamasyonla beraber koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği ve miyokard infaktüsü riskini arttırdığı öngörülmektedir. Ventilasyon fonksiyonunun kardiyovasküler hastalık ilişkisi kohort çalışmaları ile belirtilmiştir. Gulsvik ve ark. 5617 bireyin, demografik özellikleri, hipertansiyon, diyabet, fiziksel hareketsizlik, beden kitle indeksi ve sigara kullanma durumlarının ele aldığı çalışmada, düşük FEV_1 nedeniyle erkek bireylerin 1.32 kat, kadınların 1.62 kat daha fazla KVH riskinin arttığı görülmüştür (Gulsvik AK. Ve ark 2012). Kardiyovasküler hastalıklar dünyada bireylerin yaşam kalitesi üzerine oldukça olumsuz etkisi bulunan ve en çok yaşam kayıplarına neden olan kronik hastalıklardandır. Kardiyovasküler hastalıkların değiştirilebilen en önemli risk faktörlerinden olan sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalık riskini 2-4 kat artırmaktadır (Türk H. ve ark 2021). Sigara kullanımı astım hastası bireylerde aşırı havayolu duyarlılığı ve akciğer fonksiyonlarının azalmasına neden olarak, astım semptom ve ataklarını artırır. Sigara kullanımı nedeniyle astım hastası bireylerin ilaç kullanımını artırdığı ve astım yönetimini zorlaştırdığı bilinmektedir (Aytemur ZA. ve ark 2009). Astım hastası bireylerin sigara kullanımı kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilendirilmiştir (Türkoğlu İ. ve ark. 2021). Yapılan bir kohort çalışmasında, sigara içmemiş astım hastası bireyleri ile eski veya halen içen astım hastaları incelenmiştir. KVH oranları, hiç sigara içmeyen bireylerde 1.2, eskiden sigara içen bireylerde 1.5 ve halen sigara içen bireylerde 2.0 kat fazla görüldüğü gözlenmiştir (Çolak Y. ve Afzal S. 2015).

Kardiyovasküler hastalık ve astım hastalığı tanı ve tedavisi uzun süreli gözlem gerektiren dünya üzerinde mortalite ve morbidite açısından önemli risk oluşturan hastalıklar arasındadır. Kardiyovasküler hastalığı ve astım hastalığı olan bireyler yaşadıkları astım atakları, nefes darlığı, göğüs ağrısı, yüksek kan basıncı vb. semptomlar nedeniyle sağlık ve iyilik hallerini devam ettirmede zorluk yaşarlar. Bireyler yaşadıkları semptomları kontrol altına alarak, kendi bakım ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilecekleri hale gelene kadar hastalıklarına uyumları, hastalık yöntemlerini sağlayabilmeleri için kontrollerinin hemşirelik bakımı ile sürdürülebilir bir şekilde devam etmesi gereklidir (Berbiglia VA. 2014). Bu bireylere uygulanacak hemşirelik bakım yöntemlerinin amacı, bireylerin kendi bakım faliyetlerini yerine getirmelerini sağlamak ve günlük yaşam aktivitelerini destekleyerek yaşam

kalitelerini arttırmaktır (Güven DY. ve Karabulut N. 2018). Kardiyovasküler hastalığı ve astım hastalığı olan bireylere, hastalıkları hakkında önleyici ve koruyucu tedbirleri edinmeleri için destekte bulunmak önem taşımaktadır (Zuhur Ş. ve Özpancar N. 2017). Bu nedenle bireyden bireye farklılık gösteren kardiyovasküler hastalıklar ve astım hastalığının risk faktörlerinin daha net belirlenmesi ve yakından takip edilmesi gereklidir. Mevcut hastalığa sahip bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi, yüksek riskli bireylerin belirlenerek sekonder korunma önlemlerinin uygulanması, bireylerin hastalıklarına uyumlarını arttırmada oldukça önemlidir. Bireylerin hastalıklarına uyumlarının arttırılması için, sigara ve ilaç kullanımı, tozu kedi-köpek tüyü vb. alerji durumları, BKI, gelir, eğitim durumu faktörlerin değerlendirilerek, bireysel hemşirelik bakım yöntemlerinin geliştirilmesi gereklidir (Sezgin D. ve Mert H. 2015).

2.2.SİGARA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNE ETKİSİ

2.2.1.Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığını (SOY) 1974 yılında Scott Kittredge Simonds "Health Education as a Social Policy'' başlıklı makalesinde ilk defa tanımlamıştır (Poureslami I. ve ark. 2020). Sağlık okuryazarlığı (SOY) uygun sağlık kararlarını alarak bireylerin sağlıklarını iyileştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli bilgiye erişme, değerlendirme, anlama ve bilgiyi kullanmayı sağlayan bilgi, motivasyon ve yeterlilik olarak tanımlanır (Bayık,Temel, A., Aras, Z. 2017). Sağlık okuryazarlığının en yaygın tanımı DSÖ tarafından yapılmıştır. DSÖ sağlık okuryazarlığı (SOY)'nı "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tam bir iyilik halinin bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon ile sağlanması olarak tanımlamıştır (Zheng, M. ve ark. 2018). Amerikan Tıp Kurumu (AMA) sağlık okuryazarlığını, bireylerin işlevsellik gereken reçete ve randevu almak vb. kendi sağlıklarına ilişkin önemli bilgileri okuyup anlaya bilme becerileri olarak tanımlamıştır (Polosa R. ve ark. 2013). Amerikan Tıp kurumu'na göre, bireylerin okuryazar düzeyi ile bakım hizmeti için reçeteler, randevu bilgileri, ilaç etkileri ve kullanım talimatlarına uyma becerisi arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılır (Baker DW. 2006). Sağlık okuryazarlığı bilgiyi okuyup anlamanın ötesinde bireylerin sağlıkları hakkında tanımlama yapabilmeleri, hastalığını bilmesi, sağlığına dair davranışları, ilaçlarının doğru kullanımı, sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını bilmek, öz bakım ve hastalık yönetimi ile ilgili uygun kararlar alabilmesini gerektiren büüncül bir kavramdır (Varmaghani M. ve ark. 2019). Sağlık okuryazarlık düzeyi bireylerin sağlıklarıyla ilgili alacağı kararları etkiler ve bu nedenle önemi bu noktada ortaya çıkar. Bireylerin sahip olduğu kültürel özellikler, eğitim, yaş, cinsiyet, maddi durum vb. faktörler sağlık okuryazarlığını etkiler. Bilginin arttırılması ile birey sağlığını iyileştirmeye yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi ile sağlık okuryazarlığı arasında önemli bir ilişki mevcuttur (Nutbeam, D. 2000).

Sağlık okuryazarlığı, hastalık yönetiminin önemli bir parçasıdır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz bireyler, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylere göre, hastalık durumlarını anlatma becerileri daha düşüktür. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları ile ilgili bilgiyi uygulama eksikliği ve sağlık hizmetlerden yararlanmaya ilişkin sorunları oluşturur (Baker DW. 2006). Birçok birey kendi durumu hakkında vereceği bilginin doğruluğundan emin olmadığından, bunula birlikte anlatın bilgiyi de anlamayacağı düşüncesi

ile sağlık hizmetini sınırlı kullanmaktadır. Bireylerin yetersiz öz bakım için verilen bilgileri anlamada güçlük yaşaması, kronik hastalık yönetimi ve tedaviye uyum sağlamalarını da güçleştirir. Aynı zamanda bireyler sağlık durumları hakkında soru sormamakta veya yanlış anladıkları tedavi talimatları için açıklama isteyememektedir (Uysal MA. 2012). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerde ilaç kullanım talimatlarını takip etmenin yeterince anlaşılamaması, bireylerin ilaçlarını doğru zamanlarda almadığı ve hatalı oranlarda kullandığı görülmüştür. Bu durumun kötü sağlık sonuçları ve riskli sağlık davranışları ile sağlık maliyetlerinde de yükselttiği vurgulanmaktadır (Jhonson JL. 1993; Lohr KN. 1988). Yetersiz sağlık okuryazarlığı yetersiz kronik hastalık yönetimi ile bağlantılıdır. Bu nedenle yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kronik hastalığa sahip bireyler yüksek risk grubuna dahil edilir (Memiş K. 2020). Böylelikle bireylerde de hastalık algısı olumsuz etkilenmiş olur. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin öz bakım, motivasyon ve sorunları çözebilmeleri kronik hastalık yönetiminin etkinliğini artırır. Böylelikle bireylerin tedaviye uyumlarının kolay ve sürekliliği sağlanır. Bireylerin hastane yatış oranları ve hastanede kalma süreleri azalır. Bireylerde hastalık algısının olumlu etkilenmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin de gelişmesini sağlar (Yun HD. ve ark. 2012).

Sağlık okuryazarlığı bireyin yaşam kalitesi ile bağlantılıdır. Yaşam kalitesi, bireylerin kendi iyilik hallerini ve fiziksel, psikolojik ve günlük aktivitelerini nasıl değerlendirdiklerini ifade eder. Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşam kalitesini sürdürmek, gerektiğinde iyileştirmek, günlük aktivitelerine karar vermek için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama ile ilgili motivasyon ve yetkinliği gösterir (Yılmaz M., Tiraki Z. 2016). Okuryazarlık kronik hastalıkların gelişmesi ve ilerlemesinde önemli bir faktördür. Kronik hastalıkların komplikasyonlarından korunma, ilaç uyumunu iyileştirme ve hastalığın kontrolünü arttırmada sağlık hizmetlerin kullanımını ve hastaneye yatış oranlarını etkiler (Özdelikara A. ve ark. 2020).

2.2.2.Sağlık Okuryazarlığı, Kronik hastalık yönetimi ve Sigara

Kronik hastalıklarda mücadelede tedavi ve bakım kadar bireyin öz yönetimini sağlamasın da hastalığa uyumunu ve hastalık kontrolünün artmasına olanak sağlar. Bireyin öz yönetimi, kendisiyle ilgili kararlar alma sürecinde gerçekçi davranmasıdır. Bu durum yaş cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile büyüklüğü, ortalama aylık gelir ve meslek durumu gibi sosyo-demografik özellikler ile değişiklik gösteririr (Boulet LP. ve ark. 2008). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi karşılaştırıldığı zaman, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireyler daha düşük sosyo-demografik özelliklere sahiptir. Bireyin sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkol tüketimi ve kötü beslenme gibi riskli yaşam tarzı davranışlarının görülme düzeyi bireyin sosyo-demografik özelliklerine göre değişiklik gösterir. Sağlık okuryazarlığı yaşam tarzı davranışlarını etkilediğinden dolayı, kronik hastalık gelişimi ve ilerlemesinide etkiler (Teleş M. ve Kaya S. 2019). Kronik hastalıkların morbidite-mortalite insidansı artma eğilimindeyken, sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük kalmaktadır. Kronik hastalık yönetiminde, sağlık hizmeti tam olarak anlaşılamadığı takdirde, önleyici tedbirlere uyma, uygulama ve reçete edilen ilaçları kullanma durumları daha düşüktür (Parvanta C. ve ark. 2011). Kronik hastalıkların kontrol ve yönetiminde bireylerin sorumluluklarını yerine getirmesi için yapılması gereken hazırlık ve desteğin yetersiz olması, tedavilerin etkisini azaltır. Sağlık okuryazarlığı yeterli olduğu zaman, riskli yaşam tarzı davranışlarını daha az görülür ve bireyler kronik hastalık yönetimini daha etkin yaparlar (Brigham EL. ve ark. 2016).

Sağlık okuryazarlığının kronik hastalık yönetiminde oldukça etkili olduğu kardiyovasküler hastalıklar, en yaygın ve en çok yaşam kaybına neden olan kronik hastalıkları arasında yer almaktadır (Takahisa K. ve ark. 2019). KVH'a sahip olan bireylerin yaşam faliyetlerini sürdürebilme, hastalık semptomlarını kontrol altına alma, tedavi önerilerine uyum sağlama, hastalıkların öz-yönetiminde aktif bir şekilde kalıtım gösterebilmeleri gerekmektedir (Gülel O. 2012). Yapılan bir araştırmada düşük sağlık okuryazarlığının daha yüksek kardiyovasküler hastalık risk oranını arttırdığı saptanmıştır (Koşar C. ve Besen DB. 2015). Aynı zamanda birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan diğer bir çalışmada, hipertansiyonu olan bireylerde düşük sağlık okuryazarlığı nedeniyle daha az kontrol edilen kan basıncı ve koruyucu tedavileri daha az kullanıldığı ilişkilendirilmiştir (Stewart D. ve Cano MA. 2014). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki araştırmalar, kalp yetersizliği olan hastaların %27 ila 54'ünde düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi olduğunu

bildirmiştir (Çolak Y . ve ark. 2015). Yapılan araştırmalarda kardiyovasküler hastalığı olanlarda, kendi kendini yönetmede uyumu ve yeterliliği geliştirmek için yeterli sağlık okuryazarlığına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Stewart D. ve Cano MA. 2014).

2017'de dünya genelinde 544 milyondan fazla insanda kronik solunum yolu hastalığı olduğu saptanmıştır. Astım sağlık hizmetlerine maliyeti artıran ve insanların yaşam kalitesini ve refahını olumsuz yönde etkileyen en yaygın kronik solunum yolu hastalığıdır (GINA, 2014). Astım yönetimi karmaşıktır ve potansiyel çevresel faktörlerin üstesinden gelirken hastalık kontrolünü sürdürmek için kendi kendine yönetim stratejileri gerektirir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, daha düşük astım bilgisinin yanı sıra daha kötü inhaler tekniği ve kendi kendine yönetim ile ilişkilendirilmiştir (Berkman, ND. 2011). Astım sıklıkla inhalerler ile uzun süreli tedavi gerektirir. Bireylerin inhaler kullanım güven oranlarının yüksek düzeyde olmasına ragmen, inhaler kullanmayan bireylerin %70'den fazla olduğu görülmüştür. Astımı olan bireylerde yetersiz tedavi kullanımı, işlevsel bozulmaların olmasını, ve semptomların artmasına neden olur (Morris P. ve ark. 2015; Peyman N. ve ark. 2014). Astımı olan bireylerde, sağlık okuryazarlığı becerilerinin güçlendirilmesi, öngörülen tedavi planlarının uygulanarak, tedaviye daha iyi uyum sağlayarak ve inhalerin uygun kullanımıyla hastalık öz-yönetim uygulamalarının daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunulmalıdır (Ridker PM. 2000). Kronik hastalık yönetimi üzerine etkisi olan davranışsal risk faktörlerinin en önemlerinden biri sigara kullanımıdır. Sigara kullanımı, sigara bağımlılığı ve sigarayı bırakılamaması bireyin bilişsel, kültürel ve sosyal yönlerini etkileyen aynı zamanda bireyin okuryazarlığı ile ilişkilidir (Grady PA. ve Gough L. 2014). Sağlık okuryazarlığı ve sigara kullanımı arasındaki ilişki hakkında yapılan çalışmalar, bireylerin sosyodemografik özelliklerinin kötü olmasıyla beraber yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyleri, bu bireylerin sigara kullanım durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Stewart DW. 2013; Ezzati M. ve Lopez AD. 2003). Sağlık okuryazarlığı ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında sağlık okuryazarlığı düşükse sigara kullanım oranı yüksektir (Grady PA. ve Gough L. 2014).

Bu çalışmanın amacı kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalığı olan bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisini belirlemektir.

3. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi:

İlişki arayıcı olarak planlanılan bu çalışmada, kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalığı olan bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisini belirlemek amaçlandı.

Çalışmada yanıtları aranan sorular şunlardır:

1. Kardiyovasküler hastalığı olan astım hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisi nasıldır?
2. Kardiyovasküler hastalığı olan astım hastalarının sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisi nasıldır?
3. Kardiyovasküler hastalığı olan astım hastalarının sigara okuryazarlık düzeyleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. Sigara okuryazarlık düzeyi ölçeği kardiyovasküler hastalığı olan astım hastaları için geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı:

Araştırmanın İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü kardiyoloji kliniklerinde araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan hastalarla 01 Mart- 01 Temmuz 2021 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü kardiyoloji kliniklerinde 01 Mart- 01 Temmuz 2021 tarihleri arasında araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan, hekim tarafından kardiyovasküler ve astım tanısı varlığı doğrulanan yatan hastalarla gerçekleştirildi.

Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır ve her aşama için örneklem hesaplamaları aşağıda olduğu gibi planlandı ve uygulandı:

-Araştırmanın birinci aşamasında; Sigara okuryazarlık Ölçeği (Smoking Literacy)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldı. Literatürde bir ölçeğin diğer bir kültüre uyarlanması için gerçekleştirilen geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında ölçek madde sayısının en az on katı kadar katılımcıya ulaşılması önerilmektedir (Arafat, SMY. 2016). Sigara Okuryazarlık Ölçeği yirmi madde içermektedir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması için madde sayısı esas alınarak 200 birey dahil edildi.

-Araştırmanın ikinci aşamasında; Sigara Okuryazarlık Ölçeği (Smoking Literacy Scale)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması tamamlandıktan sonra, sigara ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisinin belirlenmesi için araştırmada kullanılacak olan; Astim Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği, Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Ölçeği veri toplama araçları kullanıldı. Araştımanın ikinci aşamasında kullanılan ölçekler ile birlikte Apter J.A ve ark. çalışması (Apter AJ. ve ark. 2013) referans alınarak %95 Güven aralığı (α=0.05) ve %90 güç ile, sağlık okuryazarlığı ve Astım Kontrol Testi skoru arasındaki korelasyına ilişkin korelasyon katsayısının 0.37 olacağı varsayıldığında araştırmaya 73 birey dahil edildi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriteleri:

1) Hekim tarafından Koroner arter hastalığı, Akut koroner sendrom, Kalp yetersizliği ve astım tanısı konulan
2) Çalışmanın amacı ve çalışmadan beklentiler hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmaya istekli olduklarına dair onam
3) İletişime ve işbirliğine açık
4) Çalışmaya katılmayı kabul eden
5) Türkçe okuyup yazabilen
6) 18 yaş ve üstünde olan hastaların araştırmaya dahil edildi.

Araştırmanın Dahil Edilmeme Kriterleri:

1) Bireyin sorulan soruları anlayabilmesi ve iletişim kurmasını önleyecek seviyede analjezik vb. Ilaç maddelerini kullanan,
2) En az son 3 aydır solunum yolu infeksiyonu geçirmiş olmak,
3) Akut asyım atağı yaşayan
4) Bilinen bir malign hastalığı olan hastaların dakil edilmedi.

3.4. Veri Toplanması

Araştırmada kullanılan formları, dahil edilme kriterlerine uyan bireylere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulandı. Görüşmeler Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü kardiyoloji kliniklerinde yatan, hekim tarafından kardiyovasküler ve astım tanısı varlığı doğrulanan hastalarla gerçekleştirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere genel olarak araştırmanın amacı ve görüşme konusunda bilgilendirme yapılarak katılan bireylerden yazılı onam alındı. Hasta Bilgi Formu (EK 1), Sigara Okuryazarlık ölçeği (Smoking Literacy Scale) (EK 2), Sağlık okuryazarlığı Ölçeği (EK 3), Kardyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profiili Ölçeği (EK 4), Astım Kontrol Testi (EK 5), Astım Kontrol Ölçeği (EK 6), formları kullanıldı. Bireylerin yüz yüze görüşme yöntemi ile formları doldurması 15-20 dk sürdü.

3.5. Veri Toplama Araçları:

Sigara okuryazarlık düzeyinin hastalık yönetimi etkisine bakmak için Astım Kontrol Testi, Astım Kotnrol Ölçeği kullanıldı. Aynı şekilde Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği de hastalık yönetimini ortaya koyması nedeniyle araştırmada kullanıldı. Araştımada ‘’ Smoking Literacy’’ başlıklı ölçeğin Türkçe uyarlanması yapıldı ve kullanıldı. Sigara okuryazarlık düzeyinin bu ölçek sonuçları ile ilişkisinin hastalık yönetimini etkilemesine bakıldı.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmayı yapan tarafından literature uygun bir şekilde oluşturulan bu form, demografik özellikler, hastalık özellikleri ve sigara içme alışkanlığı ile ilgili bilgiler olmak üzere üç başlıkta ele alındı. Bu form toplamda yirmisekiz madde içermektedir. Demografik özellikler bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve gelir düzeyi sorgulandı. Hastalığa özgü bilgiler kısmında hastalığın süresi, risk faktörleri, hastalık hakkında alınan bilgi vb. sorulara yer verildi. Sigara içme alışkanlığı başlığı altında sigara içme durumu kullanmaya başlama yaşı, kullanım süresi ve günde kaç adet kullandığı sigara bırakma durumu ve nedeni sorgulandı.

3.5.2. Smoking Literacy Scale (EK 2)

Agnes Soh Heng Ngoh ve ark. (Ngoh HSA ve ark. 2017) sigara içme okuryazarlık ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek astım kontrolü ve astımla ilişki hastalıklarda dahil olmak üzere demografi, sigaraya bağlı okuma yazma üzerine veriler toplanarak oluşturulmuştur. Ölçekte, genel sigara içmeyi anlama, sigaranın genel hastalıklar üzerindeki etkileri, sigaranın spesifik solunum yolu hastalıkları üzerindeki etkileri ve sigaranın astım semptomları üzerindeki etkileri olmak üzere 4 alandan oluşan yirmi madde vardır. Her soru için, katılımcıya soruyu doğru cevaplaması durumunda "1" yanlış cevaplaması durumunda "0" puan verilmiştir. Her etki alanı için toplam puan "doğru" yanıt sayısının toplam puanı olarak alınmıştır. Tüm ölçek için toplam puanlar arttıkça, sigara içme okuryazarlığı düzeyi de artar (Ngoh HSA ve ark. 2017). Ölçeğin Türkçe form geçerlik güvenilirliğinin yapıldı ve Türk toplumuna uyarlandı.

3.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK 3)

Toçi ve ark. (Toçi E. Burazeri G. 2013) geliştirdiği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Bayık Temel A. ve ark (Bayık-Temel A., ve Aras Z. 2017) Türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma başlıklarının bulunduğu dört alan ve yirmibeş maddeden oluşmaktadır (Toçi E. Burazeri G. 2013; Bayık-Temel A, ve Aras Z. 2017). Bilgiye erişim başlığı beş madde içermektedir, buradan alınacak minimum puan "5", maksimum puan "25"tir. Bilgileri anlama yedi madde içermektedir, buradan alınacak minimum puan "7" maksimum puan "35"tir. Değer biçme/ DeğerlendİrmeBaşlığı "8" madde içermektedir, buradan alınacak minimum puan "8" maksimum puan "40" tır. Uygulama/Kullanma başlığı "5" madde içermektedir, alınacak minimum puan "5" maksimum puan "25"tir. Tüm ölçek içim minimum puan "25" ve maksimum puan "125"tir (Toçi E. Burazeri G. 2013). Ölçek maddeleri katılımcılar taradından "5; Hiç zorluk çekmiyorum", "4; Az zorluk çekiyorum", "3; Biraz zorluk çekiyorum", "2 ; Çok zorluk çekmiyorum", "1; Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/olanaksız" maddeleriyle yanıtlanır. Özgün ölçeğin standart sapması 0.95 ve alt ölçekleri için belirlenen cronbach alfa değeri 0.90 ile 0.94 arasında değişmektedir (Toçi E. Burazeri G. 2013). Ölçeğin Türkçe formunda cronbach alfa değeri 0.92 saptanmış olup alt boyutların alfa değerlerinin de 0.62 ile 0.79 arasında değiştiği belirlenmiştir. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf

olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır (Bayık-Temel A, ve Aras Z. 2017; Toçi E. Burazeri G. 2013).

3.5.4. Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profil Ölçeği: (EK 4)

Lewin ve ark (Lewin RJ. ve ark. 2002) 2002 yılında ‘’Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili’’ ölçeğini geliştirmiştir. Özcanlı Atik (Ozcanli Atik D. 2012) Türkçe formunun geçerlilik güvenilirliğini yapmıştır. Ölçekte göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği ve bitkinlik-yorgunluk gibi dört ana semptom ve fonksiyonel kapasite ile ilgili (mobilite, sosyal yaşam ve boş zaman etkinlikleri, ev içi faaliyetleri, kaygı ve endişeler ile cinsellik) beş alt boyuttan oluşan otuzyedi madde vardır (Lewin RJ. ve ark. 2002). Likert tipi puanlamaya sahip olan ölçek hem fiziksel hem fonksiyonel boyutu değerlendirebilmektedir. Ölçekte her alt boyut ayrı ayrı değerlendirlie ve her boyut 4-6 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyon bozukluğunun seviyesine göre sorular “normal,” “hafif’’, “orta”, “ileri’’ şeklinde değerlendirilir. Alt boyut puanları farklılık göstermektedir. Anjina 5-15, solunum yetersizliği 5-14, bilek şişliği 3-10, bitkinlik-yorgunluk 3-9, mobilite 4-16, sosyal yaşam ve boş zaman etkinlikleri 3-7, ev içi faaliyetleri 4-12, kaygı ve endişeler 3-12, cinsellik 3-12 arasında puan alır. Puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (Lewin RJ. ve ark. 2002). Lewin ve ark çalışmasında, formun ölçek Cronbach alfa değeri 0.80 olarak saptanmıştır. Özcaanlı Atik tarafından oluşturulan Türkçe formunda ise Cronbach alfa değeri 0,92 olarak saptanmıtır (Ozcanli Atik D. 2012).

3.5.5. Astım Kontrol Testi (EK 5)

Nathan ve ark. (Nathan RA. ve ark 2004) 2004 yılında astım kontrolünü değerlendirmek amacıyla ’’Astım Kontrol Test’’ini geliştirmiştir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Uysal M. yapmıştır (Uysal MA. 2012). Astım Kontrol Testi, hastaların klinik değişimlerinin belirlenmesinde, sonuçların değerlendirilmesinde kolay bir araç olması amacıyla hazırlanmıştır (Uysal MA. 2012; Nathan RA. ve ark 2004). Beşli likert tipi olan bu ölçekte yanıtların puanları toplanarak Hastanın durumu değerlendirilmektedir (Nathan RA. ve ark 2004). Bu testin maksimum puanı “25”, minimum puanı ise “5’”tir. Akt puanlaması yapılırken 25 puan “tam kontrol”, 20-24 puan “iyi kontrol” ve 19 puandan düşük

"kontrolsüz" olarak kabul edilmektedir. En yüksek puan en iyi kontrolü, "19 ve altındaki" puanlar hastalığın control altında olmadığını ve kontrole ulaşmak için tedavide değişikliklere yapılması gerekliliği ifade eder. Özgün astım kontrol testinin Cronbach alfa katsayısı 0.94 saptanmıştır (Nathan RA. ve ark 2004). Türkçe formunda tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayı 0.84 olup, kontrollü astımlılarda 0.80, kısmen kontrollü astımlılarda 0.81 ve kontrolsüz astımlı hastalarda 0.79 cronbach alfa katsayısına sahip olduğu tespit edilmiştir (Uysal MA. 2012).

3.5.6. Astım Kontrol Ölçeği (EK 6)

Juniper E.F. ve ark, 1999 yılında geliştirilmiş 'Astım Kontrol Ölçeği' astımın başarılı bir şekilde tedavi edilmesi, tedavide yeni sınıflamanın kullanılması, astımın kontrol altında tutulması ve hasta eğitimine katkı sağlaması amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek tüm yetişkinlere uygulanabilir olup (17 ± 70 yaş), farklı astım düzeyine sahip olan bireyler arasında ayrım yapabilir. Ölçek bireyin astım semptomlarının değerlendirildiği beş madde, bireyin tedavi kullanımının ve FEV1 ölçümünün bireyin sağlık kayıtlarına değerlendirildiği iki madde ile beraber toplamda 7 maddelik bir ölçektir Her soruya en düşük "0" en yüksek "6" puan değeri verilmiştir. Bu ölçümler ulaşılması planlanan hedefleri puanlamakta ve farklı astım kontrol düzeylerini saptamaya yarayan sayısal değerler sağlamaktadır. Ölçeğin croncach alfa katsayısı 0.90 saptanmıştır (Juniper EF. ve ark. 1999). Astım Kontrol Ölçeği, astım yönetimi ve önlemi için global strateji rehberi GINA tarafından onaylanmıştır (GINA 2014). 2016 yılında Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi rehberinde ölçeğin Türkçe formu bulunmaktadır (TTD Astım ve Tedavi Rehberi 2016).

3.6. Etik Konular

Sigara okuryazarlık Ölçeği (Smoking Literacy)'nın kullanımı için ölçeği geliştiren Agnes Soh Heng Ngoh ve ark.'ndan (Ngoh HSA ve ark. 2017) izin alındı (EK-2). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin kullanım izni için Türkçe uyarlamasını yapan Bayık Temel A. ve ark.'dan izin alındı (EK 3) (Bayık-Temel A, ve Aras Z. 2017). Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği'nın kullanım izni için ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Özcanlı Atik D.'den izin alındı (EK 4) (Ozcanli Atik D. 2012). Astım Kontrol Testi'nin kullanımı için Türkçe uyarlamasını yapan Uysal M.'den izin alındı (EK 5) (Uysal MA. 2012). Astım

Kontrol Ölçeği astım yönetimi ve önlemi için global strateji rehberi GINA tarafından onaylanmıştır. (GINA 2014) 2016 yılında Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi rehberinde ölçeğin Türkçe formu bulunmaktadır (EK 6) (TTD Astım ve Tedavi Rehberi 2016.)

Çalışmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndan yazılı onay alındı. Araştırmanın etik ilkelere uygunluğu İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik onam alındı. Araştırmaya dahil edilen hastalar bilgilendirilip sözlü ve yazılı onamları alındı (EK-1).

3.7. Ölçekler ile ilgili Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları

3.7.1. Geçerlilik

Geçerlilik, bir ölçek içindeki maddelerin bir bütün olarak ele alındığı bir veya birkaç kavramı ölçtüğünü sayısal olarak gösterebilme derecesidir. Ölçekteki maddelerin, belirtilen özellikleri ne derece ölçebildiği sorunun geçerliliği ile ilgilidir. Geçerlilik ölçeğin soyut olarak bir kavramı ne derece doğru ölçebildiği ile ilgili bir kavramdır (Çapık C. ve ark. 2018). Ölçek geçerliliği, ölçek maddelerinin çeşitli boyutlar kapsamında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek amacıyla faktör analizi yapılarak değerlendirilir. Faktör analizinin amacı değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkiyi ortaya kayup, yeni ortak faktörler oluşturmaktır. Doğrulayıcı Faktör Analizi, ölçek değişkenlerin birbirleri ile eş zamanlı ilişkilerini, anlamlılığını ve hatalarını ortaya koymak için uygulanan bir yöntemdir. Doğrulayıcı faktör analizi ile değişkenlerin belirlenmiş faktörler ve bunların altında toplanmış maddeler tespit edilir. (Orçan F. 2018). Doğrulayıcı Faktör analizinde uyarlanan ölçek ile orjinal ölçek karşılaştırılarılır. Uyarlanan ölçek ile orjinal ölçeğin benzerlik ve farklılıkları ortaya çıkarılır. Doğrulayıcı faktör analizi en sık, Analysis of Moment Structures (AMOS) ve Linear Structural Relations (LISREL) prog ramları ile hesaplanır (Alpar R. 2014).

Herhangi bir dilde geliştirilen, ölçeğin bir başka dilde uyarlanmasında içerik geçerliliği kullanılmaktadır. İçerik geçerliliği ölçeğin bütününün ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve bunun dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla kullanılır. Bu analizdeki amaç, ölçeğin maddelerinin ölçülmek istenilen alanı test edip etmediğini bir uzman gruba inceleterek anlamlı maddelerden oluşan

bütünü oluşturmaktır. Uzmanların öneri ve eleştiri doğrultusunda ölçek yenidn yapılandırılır. Maddelerin hem dil ve külter eşdeğerliliği hemde içerik geçerliliğinin kontrolü için uzman görüşüne başvururken, her madde için uzmanın, maddelerin uygunluğuna göre puanlar vererek değerlendirilmesini sağlayacak bir form kullanılır. Formlar geri alındıktan sonra her madde için uzmanların katılım yüzdeleri karşılaştırılır. (Çapık C. ve ark. 2018). Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenirliliğin yetersiz kalacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, çoğu araştırmacı 0,20 alt seviyesini kullanmaktadır (Akbaş G. ve Korkmaz L. 2007).

3.7.2. Ölçeğiklerin Dil Uyarlaması

Ölçeklerin Türkçe'ye çeviri işlemi, her iki dili de iyi bilen birbirinden bağımsız iki kişi tarafından çevrildikten sonra, İki çeviri, İngilizce anlama, okuma ve yazma düzeyi iyi olan iki kişi tarafından üzerinde uzlaşma sağlanarak birleştirildi ve tek araç haline getirildi. Birleştirilen çevirinin, her iki dili çok iyi konuşan ve yazan bir çevirmen tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı (Beaton 2000). İngilizce'ye geri çeviri yapılan ölçek ile özgün ölçek ingilizceye hakim bir hemşire öğretim üyesi tarafından karşılaştırıldı. Ölçek 3 öğretim üyesi hekim, 7 hemşire öğretim üyesi tarafından çevirinin uygunluğu ve kapsam yönünden incelenmesi yapıldı. Uzmanlardan her bir ölçek maddesinin uygunluğu ve anlaşılırlığını kapsam geçerlik indeksine (KGİ) göre 1-4 arasında puan vererek değerlendirmeleri istendi (4: Çok uygun, 3: Oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir, 2: Biraz uygun, ifadenin revizyonu gerekir, 1: Uygun değil). Ölçeğin KGİ değeri 0,95 olarak hesaplandı (Erefe 2002). Uzmanlardan gelen öneriler değerlendirilerek ölçeğe son şekli verildi (Beaton DE. ve ark. 2000, Gözüm S. ve Aksayan S. 2003).

3.7.3.Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, Ölçek maddelerinin tek tek ve bir bütün olarak birbirleriyle ilişkisinin ölçüm amacına ne derece hizmet ettiğini belirler (Ercan İ. Ve Kan İ. 2004). Kapsam geçerliliğini oluşturmak için çalışma ile ilgili uzman görüşü alınmaktadır. Uzmanlar kapsam geçerliliği için ölçek maddelerini açıklık, anlaşılırlık, uygunluk yönünden değerlendirir. Ölçeğin her maddesi için 1-4, 1-5 ve 1-10 arasında değerler vermesini sağlayan bir form kullanılır. Uzman görüşü değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılır. Lawshe tekniği, en

az 5 en fazla 40 uzman görüşünün alınması gerekir. Uzman görüşleri alındıktan sonra kapsam geçerlilik oranı (KGO) elde edilir. Kapsam geçerlilik hesaplamasında ölçek maddelerine "uygun" yada "çok uygun" olduğunu belirten uzman sayısı, maddelere görüş bildiren uzman sayısının yarısına bölünür ve elde edilen değerden bir çıkartılarak gerçekleştirilir (Şencan H. 2005).

Çalışmadan elde edilen kapsam geçerlilik değeri ''Lawshe Tekniği'' değeri ile karşılaştırılır. Çalışmadan elde edilen değerin Lawshe tekniği değerinden büyük ise uzmanlara arasında görüş birliğinin olduğu kabul edilmektedir. Anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlilik oranı (KGO) değeri minimum α=0.05 kabul edilir. Kapsam geçerlilik hesaplamalarında kullanılan diğer bir teknik Davis (1992) tekniği ile uzmanlar ölçek maddelerini "Uygun" (4), "Madde hafifçe gözden geçirilmeli"(3), "Madde 24 ciddi olarak gözden geçirilmeli"(2) ve "Madde uygun değil" (1) olarak değerlendirir. Davis tekniğinde (4) ve (3) değerlerini veren uzmanların sayısının toplam görüş belirten uzman sayısına bölünmesiyle Kapsam geçerlilik İndeks (KGI) hesaplaması elde edilir. Kapsam Geçerlilik İndeksi değeri 0,80 olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ölçek KGİ değerinin 0,80'den büyük olması istenir (Yudugül H. 2005, Karakoç FY. ve Dönmez L. 2014).

3.7.4.Ölçeğin Güvenilirliği

3.7.4.1.İç Tutarlılık

Ölçme araçlarının iç tutarlılığı, ölçeğin bütün maddelerinin kendi aralarında ilgilenilen değişkenin ölçülebilirliğini gösteren, istenilen kavramı ölçüp ölçmediğini gösteren güvenirliktir (Karakoç FY. ve Dönmez L. 2014). İç tutarlılık güvenirlik analizinde, en sık Cronbach's alfa yöntemi yaygın olarak kullanılır. Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık analizi Croanbach alfa katsayısı ile değerlendirildi.

Örneklem grubu değişkenlerinin arasındaki ilişkiyi açıklamak için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanıldı. DFA çalışılan örneklemin doğrulanıldığının test edilmesinde kullanılmaktadır. DFA'nın amacı örneklemdeki değişkenlerin arasında latent faktörlerin küçük bir sayısını bulup değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamaktır. Bu analiz örneklemin tüm değişkenlerin birlikte test edilerek sonucun, eldeki verilerle ne derece uyumluluğunu gösterir (Erkorkmaz U. Ve ark. 2013).

Örneklem verilerinin tanımlanmış normal dağılıma uyumluluk gösterip göstermediğini anlamak için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Bu teste örneklem verilerinde her veri teorik varyansa bölünerek elde eilen standart normal dağılım ile karşılaştırışır. Kolmogorov-Smirnov testi örneklem verilerindeki gözlenen ve beklenen frekans sağılış arasındaki farklılıkların dikkate alınarak hesaplanır. Örneklem hacmi küçük olduğu zaman kullanılır (Fasano G. 1987).

Örneklem grubunun 2 bağımsız değişkenlerinde normal dağılıma uygunluğu T testi ile test edilir (Cuevas A. Ve ark. 2004). Örneklem grubunun 2 den fazla değişkenin olduğu durumlarda ise ANOVA varyans testi kullanılır (Kim TK. 2015). Nümerik olarak yaş, kilo, aylık gelir gibi sürekli değişkenler arasında istatisktik olarak ortalama değerin öngörülen değerden farklılığını test etmek için kullanılır. Aynı zamanda beş yada daha fazla elemanlı Likert tipteki ölçeklerde de kullanılabilir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri IBM SPSS version 26.0 ve doğrulayıcı faktör analizi için IBM SPSS AMOS 26 Graphics istatistiki paket programları kullanıldı. Araştırmanın birinci aşaması olan "Smoking Literacy Scale" Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının sonuçlarını değerlendirmede Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı belirlendi.

Her iki aşamada da kategorik değişkenler sayı ve yüzde; sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma değerleri ile sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi; gruplar arası karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için normal dağılıma uyan ve iki grup karşılaştırılan durumlarda bağımsız gruplarda t testi; 2 den fazla grubun karşılaştırıldığı durumda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanıldı. Ölçek ve alt boyutların iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach α katsayısı, madde-faktör ilişkisinin belirlenmesi için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi "$p<0.05$" olarak kabul edildi (Apter AJ. ve ark. 2013).

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler:

Güvenirlik ve Güvenirlik için;

Dil geçerliliği	*Aritmetik ortalama
İç tutarlılığı	*Cronbach alpha güvenirlik katsayısı
Yapı geçerliliği	*Doğrulayıcı Faktör Analizi
	*Kapsam analizi

Ankete ilişkin verilerin analizi;

*Yüzde ,ortalama,standart sapma

*Student t testi,tek yönlü varyans analizi

*Varyansların eşitliği ve homojenliği için Levene testi

3.9. Araştırmnın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi –Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü kardiyoloji kliniklerinde yürütüldüğü, tüm kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalığı olan bireyler üzerinde genellenemez. Veriler, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarındaki soru formları hastalarının kendileri tarafından dolduruldu ya da araştırmacı tarafından sorularak veriler elde edildi.

4. BULGULAR

Araştırmada;

4.1.Hasta Bilgi formuna ilişkin bulgular

4.1.1.Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

4.1.2.Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.1.3.Bireylerin sigara kullanım alışkanlığına İlişkin Bulgular

4.2. Bireylerin Sigara Okuryazarlık Düzeyi ile ilgili Bulgular

4.2.1. Bireylerin Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşlerine İlişkin Bulgular

4.2.2. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

4.2.3.Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

4.2.4. Bireylerin Sigara İçenlerde Astım Belirtileri Alt Boyut Değerleri ile ilgili Bulgular

4.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Seviyeleri ile ilgili Bulgular

4.3.1. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Bilgiye Erişim Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

4.3.2. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Bilgileri Anlama Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

4.3.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Değer Biçme / Değerlendirme Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

4.3.4. Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Uygulama/Kullanma Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

4.4. Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

4.4. Bireyleirn Astım Kontrol Ölçeği Düzeyine İlişkin Bulgular

4.5. Bireylerin Astım Kontrol Testi Düzeyine İlişkin Bulgular

4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Astım Testi, Astım Kontrol Ölçeği Ve Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

4.7. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

4.8. Sigara Okuryazarlık Ölçeği (Smoking Literacy Scale) 'nin Geçerlilik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

4.9. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

4.10. Sigara Okuryazalığı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

4.11. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

4.12. Bireylerin Astım Kontrol Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Grupları İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

4.13. Araştırma Ölçeklerine İlişkin Korelasyon Bulguları

4.1.Hasta Bilgi Fromuna İlişkin Bulgular

4.1.1.Bireylerin "Sosyodemografik Özellikleri" İle İlgili Bulgular

-Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ile ilgili bulgular Tablo 4.1.1'de açıklandı.

Tablo 4.1.1 Bireylerin sosyodemografik özelliklerine İlişkin Bulgular (N=150)

	n	**%**
1.Cinsiyet		
Erkek	73	48.7
Kadın	77	51.3
2.Yaş		
18-24	8	5.3
25-34	32	21.3
35-44	31	20.7
45-54	30	20.0
55-64	49	32.7

Araştırmaya katılan bireylerin %48,7'sinin erkek, %51,3' ünün kadın olduğu belirlendi. Bireylerin %5,3'ünün 18-24 yaş, %21,3'ünün 25-34 yaş, %20,7'sinin 35-44 yaş, %20,0'sinin 45-54 yaş, %32,7'sinin 55-64 yaş aralığında olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1 Bireylerin "sosyodemografik özellikleri" İle ilgili Bulgular (N=150) (devamı)

	n	%
1.BKİ		
<18,5	3	2,0
<18,5-24,9	33	22,0
<25-29,9	98	65,3
<30-34,9	13	8,7
<35 ve Üzeri	3	2,0
2.Meslek		
Emekli	24	16,0
Memur	24	16,0
İşçi	17	11,3
Serbest Meslek	22	14,7
Ev Hanımı	49	32,7
Diğer	14	9,3
3.Gelir Durumu		
İyi	10	6,7
Orta	110	73,3
Düşük	30	20,0
4.Medeni Durum		
Bekar	60	40,0
Evli	90	60,0

"Zayıf: <18.5" , "Normal kilolu: <18.5-24.9", "Hafif kilolu: <25-29.9", "Obez: <30-34.9", "Morbid Obez <35 ve Üzeri"; 70-80cm, 80-90cm, 90-110cm, 110cm ve Üzeri

Bireylerin BKİ değerleri incelendiğinde %2,0'sinin <18,5, %22,0'sinin <18,5-24,9, % 65,3'ünün <25-29,9, %8,7'sinin <30-34,9 % 2,0'sinin <35 ve üzeri olduğu saptandı (Tablo 4.1.1).

Bireylerin %16,0'sının emekli, %16,0'sının memur, %11,3'ünün işçi , %14,7'sinin serbest meslek, %32,7'sinin ev hanımı ,%9,3'ünün diğer grubunu oluşturduğu saptandı. Bireylerin gelir durumu incelendiğinde, %6,7'sinin iyi , %73,3'ünün orta, %20,0'sinin ise düşük olduğu saptandı. Bireylerin %40.0'ının bekar olduğu, %60,0'ının evli olduğu saptandı (Tablo 4.1.1).

4.1.2. Bireylerin "Hastalık Özelliklerine" İlişkin Bulgular

-Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1.2'de açıklandı.

Tablo 4.1.2. "Bireylerin Hastalık Özelliklerine" İilişkin Bulgular (N=150)

	n	%
1.Astım Hatalığı Tanı Konulma Süreci		
1 Yıl	6	4,0
2-5 Yıl	46	30,7
5-8 Yıl	50	33,3
8-10 Yıl	22	14,7
10 Yıl ve Üzeri	26	17,3
2.Ailede Astım Öyküsü Varlığı		
Hayır	59	39,3
Evet	91	60,7
3.Alerji Durumu		
Hayır	81	54,0
Evet	69	46,0
4.Astım Hakkında Daha Önce Bilgi Alma Durumu		
Hayır	18	12,0
Evet	132	88,0
5. Eğitim alındıysa hangi Konularda		
Astım nedeni	137	22,0
Astım atağı	121	20,3
Astım tedavisi	129	21,0
Astım risk faktörleri	115	18,5
Hepsi	114	18,2
6. Astım risk faktörleri nelerdir?		
Toz, polen, kedi-köpek tüyü vb alerjenler	143	43,9
Çevre kirliliği	95	28,7
Sigara	84	25,5
Ağır aktivite	6	1,9
7. Astım atağı geçirdiğiniz sırada neler yaşıyorsunuz?		
Nefes darlığı	131	34,0
Eforla öksürük	65	16,9
Kuru öksürük	46	11,9
Balgamlı öksürük	42	10,9
Hışıltı	63	16,3
Boğaz ağrısı	21	5,4
Göğüste sıkışma	18	4,68
Ateş	5	1,3

Bireylerin %4'üne 1 yıl , %30,7'sine 2-5 yıl , %33,3'üne 5-8 yıl, %14,7'sine 8-10 yıl, %17,3'üne 10 yıl ve üzeri süre içerisinde astım hastalığı tanısı konulduğu tespit edildi. Bireylerin %39,3'ünde ailede astım öyküsü olmadığı, %60,7'sinde ailede astım öyküsü olduğu saptandı. Bireylerin %46'sının alerjisinin olduğu saptandı (Tablo 4.1.2).

Bireylerin %88'sının daha önce astım hastalığı hakkında bilgi aldığı tespit edildi. Bireylerin %22'sinin astım nedeni hakkında, %20,3'ünün astım atağı hakkında, %21'inin astım tedavisi hakkında, %18,5'unun astım risk faktörleri hakkında %18,2'sinin tüm bilgiler hakkında daha önce bilgi aldığı saptandı (Tablo 4.1.2).

Bireylerin %43,9'unun, toz, polen, kedi-köpek tüyü vb alerjenlerin, %28,7'sinin çevre kirliliğini, %25,5'unun sigara seçeneğini, %1,9'unun ağır aktivitelerin astım risk faktörlerinden olduğunu bildikleri saptandı. Bireylerin %34'ünün nefes darlığı, %16,9'unun eforla öksürüğü, %11,9'unun kuru öksürüğü, %10,9'unun balgamlı öksürüğü, %16,3'ünün hışıltı, %5,4'ü boğaz ağrısını, %4,68'i göğüste sıkışmayı, %1,3'ü ateş bulgularını astım atağı sırasında yaşadıkları saptandı (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. "Bireylerin Hastalık Özelliklerine" İlişkin Bulgular (N=150) (devamı)

	n	%
1. Düzenli reçeteli ilaç kullanmanız gerekiyor mu?		
Hayır	30	20,0
Evet	120	80,0
2. Reçeteli ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?		
Hayır	24	16,0
Evet	126	84,0
3. Düzenli egzersiz yapma alışkanlığınız var mı?		
Hayır	115	76,7
Evet	35	23,3
4. Astım hastalığınıza ek olarak başka hastalığınız var mı?		
Hipertansiyon	56	20,6
Diyabet	73	26,5
Kalp krizi	61	21,5
Koroner kalp hastalığı	20	7
Kalp yetersizliği	68	24,4

Bireylerin %80'ninin düzenli reçeteli ilaç kullanma durumlarının olduğu saptandı. Bireylerin %84'ünün reçeteli ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı. Bireylerin %23,3'ünün düzenli egzersiz yapma alışkanlığı olduğu saptandı. Bireylerin %20,6'sının hipertansiyon, %26,5'unun diyabet, %21,5'unun kalp krizi, %7'sinin koroner kalp hastalığı, %24,4'ünün kalp yetersizliği hastalıklarını astım hastalığına ek olarak yaşadıkları saptandı (Tablo 4.1.2).

4.1.3.Bireylerin Sigara Kullanım Alışkanlığı İle ilgili Bulgular

-Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanım alışkanlığına ilişkin bulgular Tablo 4.1.3'de açıklandı.

Tablo 4.1.3. Bireylerin Sigara Kullanım Alışkanlığına İlişkin Bulgular (N=150)

	n	%
1. Sigara kullanıyor musunuz, daha önce kullandınız mı?		
Halen içiyorum	36	24,0
Hiç içmedim	66	44,0
Eskiden içiyordum	48	32,0
2. Sigara içiyorsanız, başladığınız yaş?		
15-20	60	73,2
20-45	22	26,8
45-60	0	0
3. Sigara içmeyi bıraktıysanız, hastalığınız nedeniyle mi?		
Hayır	14	20,3
Evet	55	79,7
4. Sigara içmeyi bıraktıysanız, kaç yaşında bıraktınız?		
25-45	32	49,2
45-65	33	50,8
65 ve üzeri	0	0
6. Gün içerisinde kaç adet sigara içiyorsunuz?		
5'in altında	29	6,5
5-20 arası	121	45,5
20'nin üzerinde	129	48,1
7. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?		
1-5 yıl	7	9,9
5-10 yıl	14	19,7
10-15 yıl	20	28,2
20 yıl ve üzeri	30	42,3

Bireylerin %24'ünün halen içiyor olduğu, %44'ünün hiç içmediği, %32'sinin eskiden içiyor olduğu tespit edildi. Bireylerin %73,2'sinin 15-20 yaş aralığı, %26,8' inin 20-45 yaş aralığında sigaraya başladığı saptandı. Bireylerin %79,7'sinin sigara içmeyi kronik rahatsızlıkları sebebiyle bıraktıkları saptandı. Bireylerin %49,2' sinin 25-45 yaş aralığında, %50,8' i 45-65 yaş aralığında sigara içmeyi bıraktıkları saptandı (Tablo 4.1.3).

Bireylerin %30,2'sinin huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, duygusal dalgalanma yaşadıkları nedeniyle, %13,3'ünün, sigara içmeye iten çevresi olduğu nedeniyle, %41,9'sinin

başkalarıyla yaşadığı anlaşmazlıklar nedeniyle %30,2'sinin, sigara dumanını görmek veya kokusunu alması nedeniyle sigara kullanımına tekrar başladıkları tespit edildi. Bireylerin %6,5'unun 5'in altında, %45,5'inin 5-20 arası, %48,1'inin 20'nin üzerinde bir günde içilen sigara miktarı olduğu saptandı. Bireylerin %9,9'unun 1-5yıl, %19,7 5'unun 10yıl, %28,2'sinin 10-15yıl, %42,3'sinin 20 yıl ve üzeri sigara kullandıkları saptandı (Tablo 4.1.3).

4.2.Bireylerin Sigara Okuryazarlığı Ölçeği'ne İlişkin Bulguları

4.2.1. Bireylerin Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler Alt Boyut Değerine İlişkin Bulgular

-Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı hakkında genel görüşlerine ilişkin bulguları "Tablo 4.2.1" de verildi.

Tablo 4.2.1. Bireylerin Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler Alt Boyut Değerine İlişkin Bulgular (N=200)

	n	%
1.Tüm Sigaraların Nikotin İçeriği Aynıdır		
Yanlış	111	55,5
Doğru	89	44,5
2.Sigarada Bulunan Nikotine Bağımlı Olabilirin		
Yanlış	31	15,5
Doğru	169	84,5
3.Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez.		
Yanlış	172	86,0
Doğru	28	14,0
4.Sigara dumanındaki karbonmonoksit nefes darlığına sebep olabilir.		
Yanlış	1	14,0
Doğru	199	86,0

Sigara okuryazarlığı sigara hakkında genel görüşler alt boyutunu 4 madde oluşturmaktadır. Bireylerin %44,5'inin tüm sigaraların nikotin içeriğinin aynı olduğu, %84,5'inin sigarada bulunan nikotine bağımlı olduğu, %14,0'ı sigara dumanını içlerine çekmeden içtiklerinde sağlıklarına zarar vermeyeceğini, %86,0'ının ise sigara dumanındaki korbonmonoksitin nefes darlığına sebep olacağı görüşünde olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.1). Bu souçlara göre araştırmadaki bireylerin sigaraların nikotin içeriği hakkında bilgilerinin yeterli olmadığı, nikotine bağımlı bireylerin oranının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2.1).

Araştırmadaki bireylerin sigara dumanının sağlığa zararlı olması hakkında bilgilerinin pozitif yönde olduğu, sigaranın nefes darlığına sebeb olduğu hakkında bilgilerinin de daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2.1).

4.2.2. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

-Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar alt boyut değerlerine ilişkin bulguları "Tablo 4.2.2'de açıklandı.

Tablo 4.2.2. Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular (N=200) (devamı)

	n	%
1.Sigara içmek felce sebep olur.		
Yanlış	28	14,0
Doğru	172	86,0
2.Sigara içmek kalp krizine sebep olur.		
Yanlış	13	6,5
Doğru	187	93,5
3.Sigara içmek yüksek tansiyona sebep olur.		
Yanlış	50	25,0
Doğru	150	75,0
4.Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur.		
Yanlış	44	22,0
Doğru	156	78,0
5.Sigara içmeyi bırakmak erken yaşta ölüme sebep olabilir.		
Yanlış	181	90,5
Doğru	19	9,5

Sigara okuryazarlığı sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin %86'sının sigara içmenin felce sebep olduğunu, %93,5'inin sigara içmenin kalp krizine sebep olduğunu, %75,0'ının sigara içmenin yüksek tansiyona sebep olduğunu, %78'inin sigara içmenin düşük yapmaya sebep olduğunu kabul ettiği tespit edildi (Tablo 4.2.2). Bu sonuçlara göre araştırmadaki bireylerin sigaranın felç, kalp krizi, yüksek tansiyon, düşük yapma riskinin artmasına sebep olduğu hakkında bilgisinin yeterli seviyede olduğu saptandı (Tablo 4.2.2).

Aynı zamanda bireylerin sigara kullanımının bırakılması erken yaşta yaşam kayıplarına neden olduğu bilgisinin yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2.2).

4.2.3.Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

-Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları alt boyut değerlerine ilişkin bulgular Tablo 4.2.3'de açıklandı.

Tablo 4.2.3.Bireylerin Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular (N=200) (devamı)

	n	%
1.Sigara içmek astım krizini başlatır.		
Yanlış	23	11,5
Doğru	177	88,5
2.Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz.		
Yanlış	178	89,0
Doğru	22	11,0
3.Sigara içmek kronik akciğer rahatsızlıklarına sebep olur.		
Yanlış	9	4,5
Doğru	191	95,5
4.Sigara dumanına maruz kalmaz çocuklarda akut solunum yolu infeksiyonu gelişme riskini artırır.		
Yanlış	18	9,0
Doğru	182	91,0
5.Filtreli sigara içmek akciğer kanserin riskini azaltabilir.		
Yanlış	135	67,5
Doğru	65	32,5

Sigara okuryazarlığı sigara kullanımı ile ilişkili solunum yolu hastalıkları alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin %88,5'unun sigara içmenin astım krizini başlattığını, %11,0'ının sigara içmenin akciğer kanserine sebep olmadığını, %95,5'inin sigara içmenin krinik akciğer rahatsızlıklarına sebep olduğunu, %91,0'ının sigara dumanına maruz kalmanın cocuklarda akut solunum yolu infeksiyonu gelişme riskini arttırdığını, %32,5'unun filtreli sigara içmenin akciğer kanser riskini azalttığını öngördükleri tespit edildi (Tablo 4.2.3).

Araştırmaya katılan bireylerin sigaranın astım krizini başlattığı, akciğer kanserine sebeb olduğu, kronik akciğer hastalıklarına sebeb olduğu bilgilerinin pozitif yönde olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.3). Aynı zamanda sigara kullanımı sırasında filtre kullanmanın akciğer kanserine neden olduğu bilgilerinin yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.3).

4.2.4. Bireylerin Sigara İçenlerde Astım Belirtileri Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular

-Araştırmaya katılan bireylerin sigara içenlerde astım belirtileri alt boyut değerlerine ilişkin bulgular Tablo 4.2.4'de açıklandı.

Tablo 4.2.4. Bireylerin Sigara İçenlerde Astım Belirtileri Alt Boyut Değerlerine İlişkin Bulgular (N=200)

	n	%
1.Sigara içmediğim zaman öksürüyorum.		
Yanlış	142	71,0
Doğru	58	29,0
2.Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda astım riskini artırır.		
Yanlış	24	12,0
Doğru	176	88,0
3.Sigara dumanını solumak boğazımı tahriş edebilir.		
Yanlış	14	7,0
Doğru	186	93,0
4.Sigara dumanını solumak daha fazla balgam çıkarmaya neden olabilir.		
Yanlış	28	14,0
Doğru	172	86,0
5.Sigara içmezsem astım ataklarımın sıklığı azalacaktır.		
Yanlış	42	21,0
Doğru	158	79,0
6.Sigara içmemle astım atağı geçirmem arasında bir bağlantı yoktur.		
Yanlış	169	84,5
Doğru	31	15,5

Sigara okuryazalığı sigara içenlerde astım belirtileri alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin %29,0'ının sigara içmediği zaman öksürdüğü, %88,0'ının sigara dumanına maruz kalmanın çocuklarda astım riskini arttırdığı, %93,0'ının sigara dumanını solumanın boğazı tahriş ettiği, %86,0'ının sigara dumanı solumanın fazla balgam çıkarmaya neden olabildiği görüşüne katıldığı, %79,0'ının sigara içilmediği zaman astım ataklarının sıklığının azalacağı, %15,5'inin sigara içmek ile astım atağı arasında bir bağlantı olduğu saptandı (Tablo 4.2.4).

4.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne İlişkin Bulguları

-Araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlık ölçeği bilgiye erişim alt boyut değerlerine ilişkin bulgular Tablo 4.3'de açıklandı.

Tablo 4.3. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne İlişkin Bulguları

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bilgiye Erişim Alt Boyutu					
Hastalıklar hakkında bilgiye ulaşabiliyor musunuz?	-	11 (7,3)	65 (43,3)	61 (40,7)	13 (8,7)
Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	-	23 (15,3)	56 (37,3)	60 (40,0)	11 (7,3)
Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1 (0,7)	8 (5,3)	42 (28,0)	79 (52,7)	20 (13,3)
Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	-	6 (40,0)	36 (24,0)	74 (49,3)	34 (22,7)
Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	-	6 (4,0)	30 (20,0)	78 (52,0)	36 (24,0)
Bilgiyi Anlama Alt Boyutu					
Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	28 18,7)	56 (37,3)	54 (36,0)	11 (7,3)	1 (0,7)
Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	1 (0,7)	15 (10,0)	55 (36,7)	55 (36,7)	24 (16,0)
Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1 (0,7)	6 (4,0)	50 (33,3)	59 (39,3)	34 (22,7)
Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	4 (2,7)	33 (22,0)	62 (41,3)	48 (32,0)	3 (2,0)
Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	-	2 (1,3)	6 (4,0)	66 (44,0)	76 (50,7)
Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	-	2 (1,3)	6 (4,0)	68 (45,3)	74 (49,3)
Değer Biçme / Değerlendirme Alt Boyutu					
Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	19 12,7)	54 (36,0)	49 (32,7)	25 (16,7)	3 (2,0)
Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	15 (10,0)	56 (37,3)	52 (34,7)	26 (17,3)	1 (0,7)
Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	19 (12,7)	54 (36,0)	51 (34,0)	18 (12,0)	8 (5,3)
Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	1 (0,7)	10 (6,7)	36 (24,0)	64 (42,7)	39 (26,0)
Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	1 (0,7)	3 (2,0)	37 (24,7)	66 (44,0)	43 (28,7)
Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	-	4 (2,7)	33 (22,0)	66 (44,0)	47 (31,3)
Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	-	5 (3,3)	32 (21,3)	65 (43,3)	48 (32,3)
Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	-	1 (0,7)	34 (22,7)	56 (37,3)	59 (39,3)
Uygulama/Kullanma Alt Boyutu					
Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	-	5 (3,3)	16 (10,7)	48 (32,0)	81 (54,0)
Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	-	5 (3,3)	18 (12,0)	51 (34,0)	76 (50,7)
Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	-	2 (1,3)	24 (16,0)	62 (41,3)	62 (41,3)
Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	-	2 (1,3)	21 (14,0)	57 (38,0)	70 (46,7)
Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	-	3 (2,0)	19 (12,7)	48 (32,0)	80 (53,3)

1.Yapamayacak durumdayım, hiç yeteneğim yok, olanaksız 2.Çok zorluk çekiyorum 3. Biraz zorluk çekiyorum 4.Az zorluk çekiyorum 5.Hiç zorluk çekmiyorum

Sağlık okuryazalığı bilgiye erişim alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin hastalıklar hakkında bilgiye ulaşırken %7,3'ünün çok zorluk çektiği, %43,7'sinin biraz zorluk çektiği, %40,7'sinin az zorluk çektiği, %8,7'sinin hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin tedaviler hakkında bilgiye ulaşırken %15,3'ünün çok zorluk çektiği, %37,3'ünün biraz zorluk çektiği, %40,0'ının az zorluk çektiği, %7,3'ünün hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin sağlık riskleri ile ilgili bilgileri bulabilme durumlarına bakıldığında, %0,7'sinin yapamayacak düzeyde olduğu, %5,3'ünün çok zorluk çektiği,%28,0'ının biraz zorluk çektiği, %52,7'sinin az zorluk çektiği, %13,3'ünün hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri araştırırken %4,0'ının çok zorluk çektiği, %24,0'ının biraz zorluk çektiği, %49,3'ünün az zorluk çektiği, %22,7'sinin hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgiye ulaşabilme durumlarına bakıldığında, %4,0'ının çok zorluk çektiği, %20,0'ının biraz zorluk çektiği, %52,0'ının az zorluk çektiği,%24,0'ının hiç zorluk çekmediği tespit edildi (Tablo 4.3.1).

Sağlık okuryazarlığı bilgiyi anlama alt boyutunda 6 maddedir. Bireylerin %18,7'sinin tıbbi reçeteleri anlayamayacak durumda olduğu, %37,3'ünün çok zorluk çektiği, %36,6'sının biraz zorluk çektiği, %7,3'ünün az zorluk çektiği, %0,7'sinin hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin %0,7'sinin bilgi sağlayan broşürleri okuyamayacak durumda olduğu, %10,0'ının çok zorluk çektiği, %36,7'sinin biraz zorluk çektiği, %36,7'sinin az zorluk çektiği, %16,0'ının hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin %0,7'sinin tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayamayacak durumda olduğu, %4,0'ının çok zorluk çektiği, %33,3'ünün biraz zorluk çektiği, %39,3'ünün az zorluk çektiği, %22,7'sinin hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin besin etiketlerinin içeriğini anlayabilme durumlarına bakıldığında, %2,7'sinin anlayamayacak durumda olduğu, %22,0'ının çokk zorluk çektiği, %41,0'ının biraz zorluk çektiği, %32,0'ının az zorluk çektiği, %2,0'ının hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin %1,3'ünün sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabilmekte çok zorluk çektiği, %4,0'ının biraz zorluk çektiği, %44,0'ının az zorluk çektiği, %50,7'sinin hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin, %1,3'ünün sağlıklı çevrenin önemini anlayabilmekte çok zorluk çektiği, %4,0'ının biraz zorluk çektiği, %45,3'ünün az zorluk çektiği, %49,3'ünün hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin %12,7'sinin doktorlarıyla ya da eczacılarıyla tıbbi bilgileri tartışma yapamadığı, %36,0'ının çok zorluk çektiği, %32,7'sinin biraz zorluk çektiği, %16,7'sinin az zorluk çektiği, %2,0'ının hiç zorluk çekmediği saptandı (Tablo 4.3.1).

Sağlık okuryazarlığı değer biçme/ değerlendirme alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin %10,0'unun tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını

düşünemediklerini, %37,3'ünün çok zorluk çektiği, %34,7'sinin biraz zorluk çektiği, %17,3'ünün az zorluk çektiği, %0,7'sinin tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebilmekte hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin %12,7'sinin tıbbi önerilerden hangisinin en iyisi olduğuna karar veremediği, %36,0'ının çok zorluk çektiği, %34,0'ının biraz zorluk çektiği, %12'sinin az zorluk çektiği, %5,3'ünün ise hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin %0,7'sinin sağlıklarına zararlı davranışları belirleyemediği, %6,7'sinin çok zorluk çektiği, %24,0'ının biraz zorluk çektiği, %42,7'sinin az zorluk çektiği, %26,0'ının hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin %2'sinin sağlığa zararlı davranışlardan ders alabilmekte çok zorluk çektiği, %24,7'sinin biraz zorluk çektiği, %44,0'ının az zorluk çektiği, %28,7'sinin hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin %2,7'sinin sağlık personeli, arkadaşları, aileleri vb. kaynallardan edindikleri sağlığa zararlı davranışlar ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirmekte %22'sinin biraz zorluk çektiği, %44'ünün az zorluk çektiği, %31,3'ünün hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin %3,3'ünün sağlıkla ilgili alışkanlıklarını değerlendirebilmekte %21,3'ünün biraz zorluk çektiği, %43,0'ının az zorluk çektiği, %32,0'ının iç zorluk çekmediği saptandı (Tablo 4.3.1).

Sağlık okuryazarlığı uygulama/kullanma alt boyutunda 5 madde bulunmaktadır. Bireylerin %3,3'ünün sağlık çalışanlarının verdiği önerilere uyabilmekte çok zorluk çektiği, %10,7'sinin biraz zorluk çektiği, %32,0'ının az zorluk çektiği, %54,0'ının hiç zorluk çekmediği tespit edildi. Bireylerin %1,3'ünün eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebilmekte çok zorluk çektiği, %16,0'ının biraz zorluk çektiği, %41,3'ünün az zorluk çektiği, %41,3'ünün hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin % 1,3'ünün sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabilmekte çok zorluk çektiği, %14,0'ının biraz zorluk çektiği, %38,0'ının az zorluk çektiği, %46,7'sinin hiç zorluk çekmediği saptandı. Bireylerin %2,0'ının sağlıkla ilgili bilgileri yararı olacak şekilde kullanabilme çok zorluk çektiği, %12,7'sinin biraz zorluk çektiği, %32,0'ının az zorluk çektiği, %53,3'ünün hiç zorluk çekmediği saptandı (Tablo 4.3.1).

4.4. Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4. 4. Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular (N=150)

	n	%
1.Son iki haftadır göğüs ağrınız oldu mu?		
Hayır	6	4,0
Evet	144	96,0
2. Son iki haftada ortalama kaç kez göğüs ağrınız oldu?		
Son iki haftadır 1 veya 2 kere	24	16,7
Her gün değil ama haftada 2-3 kere	61	42,4
Günde 1 kere	21	14,6
Günde 2-3 kere	38	26,4
Günde 4 kere veya daha fazla	-	-
3. Son 2 haftada ortalama olarak, göğüs ağrısı krizlerinizin şiddeti neydi?		
Çoğunlukla hafif	32	22,2
Çoğunlukla orta düzeyde	64	44,4
Çoğunlukla ciddi	38	33,3
4.Göğüs ağrısı sizi uykudan uyandırdı mı?		
Asla	32	22,2
Arada sırada	59	41,0
Sıklıkla	37	25,7
Çok sık	16	11,1
5. Göğüs ağrılarınıza göre hangisi sizin için geçerli?		
Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte	21	14,6
Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte	70	48,6
Günlerim hep kötü geçmekte	53	36,8
6. Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız göğüs ağrılarının şiddeti nasıldı?		
Hafif	33	22,9
Orta düzeyde	57	39,6
Ciddi	54	37,5
7.Son 2 haftada nefes darlığınız oldu mu?		
Hayır	10	6,7
Evet	140	93,3
8.Ortalama olarak, son 2 haftada ne sıklıkta nefes darlığınız oldu?		
Son iki hafta içinde bir ya da iki kere	40	27,8
Her gün değil ama haftada 2-3 kere	50	34,7
Günde 1 kere	6	4,2
Günde 2-3 kere	41	28,5
Günde 4 kere veya daha fazla	7	4,9
9.Nefes darlığı olmadan sırtüstü yatmakta zorluk çektiniz mi?		
Asla	29	20,1
Biraz	52	36,1
Orta düzeyde	28	19,4
Büyük oranda	35	24,3
10.Nefes darlığınızı göz önüne aldığınızda aşağıdakilerden hangisi sizin için geçerlidir?		
Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte	48	33,3
Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte	63	43,8
Günlerim hep kötü geçmekte	33	22,9
11.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığının şiddeti nasıldı?		
Hafif	60	41,7
Orta düzeyde	52	36,1
Ciddi	32	22,2
12.Son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığı hayatınızı ne kadar etkiledi?		
Hiç	18	12,5
Biraz	65	45,1
Orta düzeyde	29	20,1
Büyük oranda	32	22,2

Bireylerin %96'sının son iki haftada göğüs ağrısı yaşadıkları %16,7'sinin son iki haftadır bir veya 2 kere göğüs ağrısı yaşadığı, % 42,4'ünün haftada iki, üç kere, %14.6'sının günde bir kere, % 26,4'ünün günde iki, üç kere göğüs ağrısı yaşadığı, günde dört kere veya daha fazla sıklıkla göğüs ağrısı yaşayan birey olmadığı tespit edildi. Bireylerin %22,2'sinin göğüs ağrısı şiddetini çoğunlukla hafif, %44,4'ünün orta düzeyde, %33,3'ünün ise ciddi boyutta yaşadığı saptandı. Bireylerin %22,2'sinin göğüs ağrısı nedeniyle uykularından uyanmadığı, %41,0'ının arada sırada göğüs ağrısı nedeniyle uyandığı, %25,7'sinin göğüs ağrısı nedeniyle sıklıkla uyandığı, %11,1'inin ise göğüs ağrısı nedeniyle çok sık uyandığı saptandı.Bireylerin %14,6'sının göğüs ağrısı nedeniyle günlerinin çoğunlukla iyi geçtiği, %48,6'sının bazı günlerinin iyi bazı günlerinin kötü geçtiği, %36,8'inin ise göğüs ağrısı nedeniyle günlerinin sürekli kötü geçtiği tespit edildi (Tablo 4.4).

Bireylerin %93,3'ünün son iki haftada nefes darlığı yaşadığı, %6,7'sinin nefes darlığı yaşamadığı saptandı. Bireylerin %27,8'inin son iki haftada bir yada iki kere, %34,7'sinin haftada iki, üç kere, %4,2'sinin günde bir kere, %28,5'unun ise günde iki-üç kere, %4,9'unun günde dört veya daha fazla sıklıkla son iki hafta boyunca nefes darlığı yaşadığı tespit edildi. Bireylerin %20,1'inin sırtüstü yatarken nefes darlığı yaşamadığı, %36,1'inin biraz nefes darlığı yaşadığı, %19,4'ünün orta düzeyde nefes darlığı yaşadığı, %24,3' ünün ise büyük oranda nefes darlığı yaşadığı tespit edildi. Bireylerin %33,3'ünün nefes darlığı göz önüne alındığında günlerinin çoğunlukla iyi geçtiği, %43,8'inin bazı günlerinin iyi bazı günlerinin kötü geçtiği, %22,9'unun ise nefes darlığı göz önüne alındığında günlerinin hep kötü geçtiği tespit edildi. Bireylerin %41,7'sinin nefes darlığı şiddetinin hafif olduğu, %36,1'inin orta düzey olduğu, %22,2'sinin ise ciddi düzeyde nefes darlığı şiddeti yaşadığı tespit edildi. Bireylerin %12,5'unun hayatının nefes darlığı nedeniyle hiç etkilenmediğine, %45,1'inin hayatının nefes darlığı nedeniyle biraz etkilendiğini, %20,1'inin hayatının orta düzeyde etkilendiğine, %22,2'sinin ise nefes darlığı nedeniyle hayatlarının büyük oranda etkilendiği saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular (N=150) (devamı)

	n	%
13.Son 2 haftada hiç ayak bileğinizde şişme oldu mu?		
Hayır	63	42,0
Evet	87	58,0
14.Ayak bileklerinizdeki şişliğin şiddeti nasıldı?		
Hafif şişme	32	34,8
Orta derecede şişme	40	43,5
Çok şişme	20	21,7
15.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız ayak bileği şişliğinin şiddeti nasıldı?		
Hafif	32	34,8
Orta düzeyde	36	39,1
Ciddi	24	26,1
16.Son 2 haftada yaşadığınız ayak bileği şişliği hayatınızı ne kadar etkiledi?		
Hiç	27	29,3
Biraz	26	28,3
Orta derecede	23	25,0
Büyük oranda	16	17,4
17. Son 2 haftada hiç yorgunluk veya enerji eksikliği yaşadınız mı?		
Hayır	13	8,7
Evet	137	91,3
18.Genel olarak, son 2 haftada kendinizi ne kadar yorgun hissettiniz?		
Biraz yorgundum	27	19,7
Orta düzeyde yorgundum	41	29,9
Çok yorgundum	19	13,9
Aşırı derecede yorgundum	50	36,5
19.Kendinizi günün ne kadarlık kısmında yorgun hissettiniz?		
Yalnızca günün sonunda	46	33,6
Çoğu günler en fazla günün bir iki saati	18	13,1
Yarım gün	6	4,4
Günün çoğu zamanı veya tamamı	67	48,9
20.Son 2 haftada kendinizi ne kadar enerjik hissettiniz?		
Büyük oranda	11	8,0
Orta düzeyde	55	40,1
Çok az	31	22,6
Hiç	40	29,2
21.Son 2 haftada ev dışında ne kadar mesafe yürüyebildiniz?		
Süratli bir şekilde 1,6 km kadar yürüyebildim	20	13,3
Normal bir hızda 1,6 km kadar yürüyebildim	81	54,0
800 m kadar yürüyebildim	3	2,0
400 m kadar yürüyebildim	4	2,7
Yalnızca birkaç adım yürüyebildim	32	21,3
Dışarıda hiç yürüyemedim	10	6,7
22.Son 2 haftada ev dışındaki yürüme hızınız nasıldı?		
Süratli yürüdüğüm zamanlar oldu	20	13,3
Yaşıma göre normal bir hızda	70	46,7
Normalden yalnızca bir miktar yavaş	16	10,7
Yavaşça ve bazen durarak	21	14,0
Çok yavaşça ve sıklıkla duraklayarak	23	15,3
23.Son 2 haftada dışarıda nasıl yürüyordunuz?		
Bazen süratli	36	24,0
Yaşıma göre normal bir hızda	48	32,0
Yavaş ama duraksamadan	22	14,7
Çok yavaşça,bir iki kere duraksayarak	12	8,0
Adım adım,sıkça duraksayarak	32	21,3

Bireylerin %58,0'ının son iki haftadır ayak bileklerinde şişme olduğu, %42,0'ının ise ayak bileklerinde şişme olmadığı tespit edildi. Bireylerin %34,8'inin ayak bileklerinde şişliğin şiddetinin hafif olduğu, %43,5'unun orta derecede olduğu, %21,7'sinin çok olduğu saptandı. Bireylerin son iki haftada yaşadığı ayak bileği şişliği %34,8'inin hafif düzeyde olduğu, %39,1'inin orta düzeyde olduğu, %26,1'inin ciddi düzeyde olduğu saptandı (Tablo 4.4). Bireylerin %29,3'ünün son iki haftada yaşadığı ayak bileği şişliğinin hayatlarının hiç etkilenmediğine, %28,3'ünün hayatlarının biraz etkilendiğine, %25,0'ının hayatlarının orta düzeyde etkilendiğine, %17,4'ünün hayatlarının büyük oranda etkilendiği tespit edildi (Tablo 4.4).

Bireylerin %91,3'ünün yorgunluk veya enerji eksikliği yaşadığı, %8,7'sinin yorgunluk yaşamadığı tespit edildi. Bireylerin son iki haftada %19,7'sinin biraz yorgunluk hissettiği, %29,9'unun orta düzeyde yorgunluk yaşadığı, %13,9'unun çok yorgun olduğu, %36,5'unun aşırı derecede yorgunluk hissettiği saptandı (Tablo 4.4). Bireylerin %33,6'sının yalnızca gün sonunda yorgunluk hissettiği, %48,9'unun günün çoğu zamanı veya tamamında yorgunluk hissettiği tespit edildi. Bireylerin son iki haftada kendilerini ne kadar enerjik hissettiğine bakıldığında %8,0'inin büyük oranda enerjik hissettiği, %40,1'inin orta düzeyde enerjik hissettiği, %22,6'sının çok az enerjik hissettiği, %29,2'sinin hiç enerji eksikliği yaşamadığı saptandı (Tablo 4.4).

Bireylerin %54'ünün normal hızda 1,6 km kadar yürüyebildiği, %2,7'sinin 400 m kadar yürüyebildiği, %21,3'ünün yalnızca birkaç adım yürüyebildiği, %6,7'sinin ise dışarda hiç yürümediği tespit edildi. Bireylerin %13,3'ünün son iki haftada ev dışında süratli bir hızda yürüyebildiği, %46,7'sinin yaşına göre normal bir hızda yürüyebildiği, %10,7'sinin normalden yalnızca bir miktar yavaş yürüdüğü, %14,0'ının yavaşça ve bazen durarak yürüyebildiği, %15,3'ünün ise çok yavaşça ve sıklıkla duraklayarak yürüyebildiği tespit edildi. Bireylerin %24,0'ının son iki haftada dışarda bazen süratli, %32,0'ının yaşına göre normal bir hızda yürüyebildiği, %14,7'sinin yavaş ama duraksamadan yürüyebildiği, %8,0'ının çok yavaşça bir iki kere duraksayarak yürüyebildiği, %21,3'ünün adım adım sıkça duraksayarak yürüyebildiği belirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular (n=150) (devamı)

	n	%
24.Son 2 haftada ne kadar kolaylıkla bir şeylere uzanabildiniz ya da eğilebildiniz?		
İstediğim kadar	52	34,7
İstediğimden bir miktar az	45	30,0
İstediğimden çok daha az	42	28,0
İstesem de hiç yapamadım	11	7,3
25.Son 2 haftada düğüne, dansa, restoranta gitmek gibi sosyal aktivitelere ne kadar katıldınız?		
İstediğim kadar	33	22,0
İstediğimden bir miktar az	48	32,0
İstediğimden çok daha az	53	35,3
İstesem de hiç yapamadım	16	10,7
26.Son 2 haftada uzun yürüyüşler, yüzme gibi aktif faaliyetleri ne kadar gerçekleştirdiniz?		
Hiç olmadı	27	18,0
Biraz	46	30,7
Orta düzeyde	53	35,3
Büyük oranda	24	16,0
27.Son 2 haftada fiziksel problemleriniz, sizinle aynı evde yaşamayan arkadaşlarınız veya ailenizle görüşmek isteğinize ne kadar engel oldu?		
İstediğim kadar	18	12,0
İstediğimden bir miktar az	50	33,3
İstediğimden çok daha az	51	34,0
İstesem de hiç yapamadım	31	20,7
28.Son 2 haftada bulaşık yıkamak, toz almak, evi toplamak gibi hafif ev işlerini ne kadar yaptınız?		
İstediğim kadar	23	15,3
İstediğimden bir miktar az	52	34,7
İstediğimden çok daha az	49	32,7
İstesem de hiç yapamadım	26	17,3
Hiçbirini yapmadım anacak bunun kalp ile alakası yok		
29.Son 2 haftada süpürmek, pencereleri, yerleri temizlemek gibi ağır ev işlerini ne kadar yaptınız?		
İstediğim kadar	23	15,3
İstediğimden bir miktar az	39	26,0
İstediğimden çok daha az	38	25,3
İstesem de hiç yapamadım	31	20,7
Hiçbirini yapmadım anacak bunun kalp ile alakası yok	19	12,7
30.Son 2 haftada prizleri onarmak, boya yapmak gibi hafif işleri ne kadar yaptınız?		
İstediğim kadar	20	13,3
İstediğimden bir miktar az	39	26,0
İstediğimden çok daha az	23	15,3
İstesem de hiç yapamadım	31	20,7
Hiçbirini yapmadım anacak bunun kalp ile alakası yok	37	24,7
31.Son 2 haftada dekorasyon, marangozluk gibi işleri ne kadar yaptınız?		
İstediğim kadar	17	11,3
İstediğimden bir miktar az	33	22,0
İstediğimden çok daha az	23	15,3
İstesem de hiç yapamadım	40	26,7
Hiçbirini yapmadım anacak bunun kalp ile alakası yok	37	24,7

Bireylerin %34,7'sinin son iki haftada kolaylıkla bir şeylere istediği kadar uzanabildiği, %30,0'ının istediğinden bir miktar az, %28,0'ının istediğinden çok daha az, %7,3'ünün ise istesem de hiç eğilemediği tespit edildi. Bireylerin %35,3'ünün istediğinden çok daha az katılabildiğine, %10,7'sinin istese de hiç katılamadığı saptandı. Bireylerin

%18,0'ının son iki haftada uzun yürüyüşler, yüzme gibi aktif faaliyetleri hiç gerçekleştiremediği, %30,7'sinin aktif faaliyetleri biraz gerçekleştirebildiği, %35,3'ünün aktif faaliyetleri orta düzeyde gerçekleştirebildiği, % 16,0'sının aktif faaliyetleri büyük oranda gerçekleştirebildiği tespit edildi (Tablo 4.4).

Bireylerin %13,0'ının son 2 haftada fiziksel problemi nedeniyle arkadaşları ve aile bireyleri ile istediği kadar görüşebildiği, %33,3'ünün istediklerinden bir miktar az görüşebildiği, %34,0'ının istediğinden çok daha az görüşebildiği, %20,7'sinin istesede hiç görüşemediği saptandı. Bireylerin %32,7' sinin istediğinden çok daha az yapabildiği, %17,3'ünün hiç yapamadığı tespit edildi. Bireylerin %26,0'ının istediğinden bir miktar az yapabildiği, %25,32ünün istediğinden çok daha az yapabildiği, %20,7'sinin istese de hiç yapamadığı, %12,7'sinin ise hiçbirini yapmadığı ve bu durumun kalp sağlıkları ile bir ilgisi olmadığı tespit edildi. Bireylerin %26,0'ının istediğinden bir miktar az yapabildiği, %15,3'ünün istediğinden çok daha az yapabildiği, %20,7'sinin istese de hiç yapamadığı, %24,7'sinin ise hiçbiri yapmadığı fakat bu durumun kalp sağlığı ile ilgili olmadığı tespit edildi. Bireylerin %11,'ünün son iki haftada dekorasyon, marangozluk gibi işleri, istediği kadar yapabildiği, %22,0'ının istediğinden bir miktar az yapabildiği, %15,3'ünün istediğinden çok daha az yaptığı, %26,7'sinin istese de hiç yapamadığı, %24,7'sinin hiçbirini yapmadığı fakat bu durumun kalp sağlıkları ile ilgili olmadığıbelirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin Kardiyovasküler Semptom Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular (N=150) (devamı)

32.Son 2 haftada kalbinizin durumu hakkında endişelendiniz mi?		
Asla	5	3,3
Biraz	11	7,3
Orta düzeyde	28	18,7
Büyük oranda	106	70,7
33.Son 2 haftada kendinizi ailenize bağımlı hissettiniz mi?		
Asla	6	4,0
Biraz	15	10,0
Orta düzeyde	44	29,3
Büyük oranda	85	56,7
34.Son 2 haftada aileniz ile ilgili olarak endişelendiniz mi?		
Asla	6	4,0
Biraz	6	4,0
Orta düzeyde	44	30,7
Büyük oranda	85	61,3
35.Son 2 haftada ne sıklıkta cinsel ilişkiniz oldu?		
İstediğim kadar	6	4,0
İstediğimden bir miktar az	42	28,0
İstediğimden çok daha az	40	26,7
İstesem de hiç yapamadım	36	24,0
Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	26	17,3
36.Son 2 haftada, göğüs ağrısı veya nefes darlığına neden olur diye cinsel birliktelikten korktuğunuz oldu mu?		
Asla	8	5,3
Biraz	27	18,0
Orta düzeyde	47	31,3
Bu sebepler nedeniyle cinsel birliktelikte bulunmadım	43	28,7
Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	25	16,7
37.Son 2 haftada, cinsel birliktelikte bulunurken yorgunluk, nefes darlığı veya göğüs ağrısından dolayı sorun yaşadınız mı?		
Hiç sorun yaşamadım	10	6,7
Biraz	29	19,3
Orta düzeyde	45	30,0
Büyük oranda	37	24,7
Bu sebepler nedeniyle cinsel birliktelikte bulunmadım		
Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	29	19,3

Bireylerin %3,3'ünün son 2 haftada kalplerinin durumu hakkında hiç endişelenmediğine, %7,3'ünün biraz endişelendiği, %18,7'sinin orta düzeyde endişelendiği, %70,7'sinin büyük oranda endişelendiği saptandı. Bireylerin %4,0'ünün son 2 haftada kendilerini ailelerine hiç bağımlı hissetmediği, %10,0'unun biraz bağımlılık hissettiği, %29,3'ünün orta düzeyde bağımlı hissettiği, %56,7'sinin büyük oranda bağımlı hissettiği tespit edildi. Bireylerin %4,0'sının son 2 haftada aileleri ile ilgili olarak hiç endişelenmediği, %4,0'ının biraz endişelendiği, %30,7'sinin orta düzeyde etkilendiği, %61,3'ünün büyük oranda endişelendiği saptandı (Tablo 4.4)

Bireylerin %4'ünün son iki haftada cinsel ilişkilerini istediği kadar sürdürebildiği, %28,0'ının istediğinden bir miktar az olduğu, %26,7'sinin istediğinden daha az olduğu, %24,0'ının isteseler de hiç cinsel ilişkilerinin olmadığı, %17,3'ünün hiç cinsel ilişkilerinin olmadığı fakat bu durumun kalp sağlıklarıyla ilgili olmadığı tespit edildi. Bireylerin %18'inin biraz korktukları, %31,3'ünün orta düzeyde korktukları, %28,7'sinin bu sebepler nedeniyle cinsel ilişkide bulunmadıkları tespit edildi. Bireylerin % 6,7'sinin son iki haftada, cinsel birliktelikte bulunurken yorgunluk, nefes darlığı veya göğüs ağrısından dolayı hiç sorun yaşamadığı, %19,3'ünün biraz sorun yaşadığı, %30,0'ının orta düzeyde sorun yaşadığı, %24,7'sinin büyük oranda sorun yaşadığı, %19,3'ünün hiç cinsel birliktelikte bulunmadığı fakat bu durumun kalp sağlıklarıyla ilgili olmadığı tespit edildi (Tablo 4.4).

4.5. Bireylerin Astım Kontrol Testi'ne İlişkin Bulgular

-Araştırmada bireylerin astım kontrol testi ile ilişkili bulguları Tablo 4.5'de açıklandı.

Tablo 4.5. Bireylerin Astım Kontrol Testi'ne İlişkin Bulguları (N=150)

	n	%
1. "Son 4 haftada" astımınız sizin işte, okulda veya evde yapmak istediklerinizi ne kadar etkiledi?		
1-"Tamamen"	21	14,0
2-"Çoğunlukla"	52	34,7
3-"Bazen"	43	28,7
4-"Nadiren"	32	21,3
5-"Hiçbir zaman"	2	1,3
2."Son 4 haftada" süresince ne kadar sıklıkta nefes darlığı hissettiniz?		
1-"Günde bir kezden fazla"	40	26,7
2-"Günde bir kez"	18	11,0
3-"Haftada 3-6 kez"	32	21,3
4-"Haftada 1-2 kez"	48	32,0
5-"Hiçbir zaman"	12	8,0
3."Son 4 haftada" süresince astım şikayetlerinizi kaç gece veya sabah sizi normal kalkış saatinden önce uyandırdı?		
1-"Haftada en az dört gece"	9	6,0
2-"Haftada iki-üç gece"	49	32,7
3-"Haftada bir kez"	13	8,7
4-"Bir veya iki kez"	52	34,7
5-"Hiçbir zaman"	27	18,0
4. "Son 4 haftada" süresince rahatlatıcı inhaller cihazınızı veya sablutamol türü nebülizer cihazınızı kaç kez kullandınız		
1-Günde üç kez veya daha sık	28	18,7
2-Günde 1 veya 2 kez	32	21,3
3-Haftada 2 veya 3 kez	15	10,0
4-Haftada 1 kez veya daha az	23	15,3
5-Hiçbir zaman	52	34,7
5. "Son 4 haftada" astım kontrolünüzü nasıl değerlendirdiniz?		
1-Hiç kontrol altında değil	13	8,7
2-"Zayıf düzeyde"	48	32,0
3-"Haftada 2 veya 3 kez"	4	2,7
4-"İyi düzeyde"	58	38,7
5-"Tamamen kontrol altında"	27	18,0

Bireylerin %34.7'sinde astımın günlük hayatlarını çoğunlukla etkilediği, %28'inin günlük hayatlarını bazen etkilediği, tespit edildi. Bu sonuçlara göre araştırmadaki bireylerin astım nedeniyle günlük aktivitelerinin büyük oranda etkilendiği saptandı Bireylerin %26,7'sinin astım hastalıkları nedeniyle son dört haftada günde bir kez den fazla nefes darlığı yaşadığı, %21,3'ünün haftada üç-altı kez, %32,0'sinin haftada bir-iki kez nefes darlığı yaşadığı tespit edildi. Bireylerin %32,7'sinin haftada iki-üç gece, %34,7'sinin bir veya iki kez uyandığı, tespit edildi. Bireylerin %18,7'sinin günde üç kez veya daha sık inhaler veya nebulizer cihazını kullandığı, %21,3'ünün günde bir veya iki kez kullandığı, %34,7'sinin hiç kullanmadığı saptandı. Bireylerin %8,7'sinin son dört haftada astım semptomlarınn hiç kontrol altında olmadığı, %32'sininde astım kontrolünün zayıf düzeyde olduğu, %38,7'sinde kontrolün iyi düzeyde olduğu saptandı (Tablo 4.5).

4.6. Bireylerin Astım Kontrol Ölçeği Düzeyine İlişkin Bulgular

-Araştırmada bireylerin astım kontrol ölçeği düzeyine ilişkin bulguları "Tablo 4.6"da açıklandı.

Tablo 4.6. Astım Kontrol Ölçeği Düzeyine İlişkin Bulgular (N=150)

	n	%
1. "Geçtiğimiz 7 gün boyunca" gece süresince ortalama olarak kaç defa astımınız tarafından uyandırıldınız?		
0 – "Hiç "	7	4,7
1 – "Hemen hemen hiç"	39	26,0
2 – "Bir-iki kez "	34	22,7
3 – "Bir kaç kez"	33	22,0
4 – "Çok kez"	20	13,3
5 – "Pek çok kez"	15	10,0
6 – "Astım yüzünden hiç uyuyamadım"	2	1,3
2. "Geçtiğimiz 7 gün boyunca", sabahları uyandığınızda, astım belirtileriniz ortalama olarak, ne kadar ciddiydi?		
0 – "Belirti yok"	3	2,0
1 – "Çok hafif belirtiler"	22	14,7
2 – "Hafif belirtiler"	33	22,0
3 – "Orta düzeyde belirtiler"	52	34,7
4 – "Oldukça ciddi belirtiler"	27	18,0
5 – "Ciddi belirtiler"	11	7,3
6 – "Çok ciddi belirtiler"	2	1,3
3. Genel olarak, "geçtiğimiz 7 gün boyunca", astımınız yüzünden günlük faaliyetleriniz ne kadar kısıtlandı?		
0 – "Hiç kısıtlanmadı"	7	4,7
1 - Çok hafif kısıtlandı	24	16,0
2 - Hafifçe kısıtlandı	41	27,3
3 - Orta derecede kısıtlandı	38	25,3
4 - Aşırı derecede kısıtlandı	23	15,3
5 - Çok fazla kısıtlandı	17	11,3
6 - Tamamen kısıtlandı	-	-
4. "Genel olarak, geçtiğimiz 7 gün boyunca", astımınız yüzünden ne kadar nefes darlığı yaşadınız?		
0 – Hiç	10	6,7
1 - Çok az	21	14,0
2 - Az	36	24,0
3 - Orta düzeyde	37	24,7
4 - Oldukça	21	14,0
5 - Büyük ölçüde	24	16,0
6 - Çok büyük ölçüde	1	0,7

Bireylerin, %4,7'sinin son yedi gün boyunca, gece boyunca astım semptomları nedeniyle hiç uyanmadığı, %26'sının hemen hemen hiç uyanmadığı, %22,7'sinin bir-iki kez uyandığı, %13,3'ünün çok kez uyandığı tespit edildi. (Tablo 4.6).

Bireylerin %14,7'si sabah uyandığında çok hafif astım belirtileri yaşadığı, %22'sinin hafif belirtiler yaşadığı, %34,7'sinin orta düzeyde, %18'sinin oldukça ciddi astım belirtileri yaşadığı saptandı. (Tablo 4.6).

Bireylerin %25,3'ünün astım nedeniyle günlük faaliyetlerinin orta derecede kısıtlandığı, %15,3'ünün aşırı derecede kısıtlandığı, %11,3'ünün ise astımın günlük faaliyetlerini çok fazla kısıtladığı tespit edildi. (Tablo 4.6).

Bireylerin %14'ünün son yedi gün boyunca astım nedeniyle çok az düzeyde nefes darlığı yaşadığı, %24'ünün az nefes darlığı yaşadığı, %14'ünün oldukça nefes darlığı yaşadığı, %16,0'ının büyük ölçüde nefes darlığı yaşadığı yaşadığı saptandı. (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Astım Kontrol Ölçeği Düzeyine İlişkin Bulgular (N=150) (devamı)

5. "Genel olarak, geçtiğimiz 7 gün boyunca", ne kadar süre ile hırıltılı soludunuz?		
0 - Hiç	21	14,0
1 - Hemen hemen hiç	49	32,7
2 - Kısa bir zaman	24	16,0
3 - Orta uzunlukta zaman	33	22,0
4 - Zamanın çoğunda	16	10,7
5 - Zamanın büyük kısmında	7	4,7
6 – Sürekli	-	-
6. "Geçtiğimiz 7 gün boyunca", her gün ortalama kaç puf nefes açıcı fısfıs kullandınız?		
0 - Hiçbir zaman kullanmadım	53	35,3
1 - Günde ortalama 1-2 puf	37	24,7
2 - Günde ortalama 3-4 puf	22	14,7
3 - Günde ortalama 5-8 puf	21	14,0
4 - Günde ortalama 9-12 puf	16	10,7
5 – "Günde ortalama 13-16 puf"	-	-
6 – "Günde ortalama 16 puftan fazla"	1	0,7
7. "$FEV_{(1)}$" ölçümü		
0 > %95	41	27,3
1 %95-90	58	38,7
2 %89-80	43	28,7
3 %79-70	8	5,3
4 %69-60	-	-
5 %59-50	-	-
6 < %50	-	-

Bireylerin %32,7'sinin son yedi gün boyunca hemen hemen hiç hırıltılı solumadığı %14,0'ının hiç hırıltılı solumadığı, %16'sının kısa bir zaman hırıltılı soluduğu, %22'sinin orta uzunlukta hırıltı soluduğu, %10,7'sinin zamanın çoğunda hırıltılı soluduğu, %4,7'sinin zamanın büyük kısmında hırıltılı soluduğu saptandı. (Tablo 4.6).

Bireylerin %35,3'ünün son yedi gün boyunca nefes açıcı ilaç hiçbir zaman kullanmadığı, %24,7'sinin günde ortalama bir-iki puf kullandığı, %14,7'sinin günde ortalama üç-dört puf kullandığı, %14,0'ının günde ortalama beş-sekiz puf kullandığı, %10,7'sinin günde ortalama dokuz-on iki puf kullandığı saptandı. (Tablo 4.6).

Bireylerin %27,3'ünün $Fev_{(1)}$ değerinin >%95 olduğu, %38,7'sinin $Fev_{(1)}$ değerinin %95-80 düzeyinde olduğu, %28,7'sinin $Fev_{(1)}$ değerinin %89-80 düzeyinde , %5,3'ünün $Fev_{(1)}$ %79-70 düzeyinde olduğu tespit edildi (Tablo 4.6).

4.7. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Astım Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

-Araştırmada bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile astım testi ve astım kontrol ölçeği arasındaki ortalama karşılaştırma bulguları "Tablo 4.7"de açıklandı.

Tablo 4.7. "Sosyo-Demografik Özellikleri" İle "Astım Testi ve Astım Kontrol Ölçeği" Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150)

ÖZELLİKLER	ASTIM KONTROL TESTİ	ASTIM KONTROL ÖLÇEĞİ
	Ort±SS	**Ort±SS**
CİNSİYET		
ERKEK(N=73)	13,33±5,97	2,55±1,24
KADIN(N=77)	16,71±5,45	1,81±0,98
t TESTİ (P)	**-3,305(0,001)***	**4,059(0,000)***
YAŞ		
18-24(N=8)	17,25±6,15	1,35±0,91
25-34(N=32)	15,90±5,70	1,96±1,05
35-44(N=31)	19,03±4,96	1,37±0,83
45-54(N=30)	15,26±5,41	2,27±1,07
55-64(N=49)	11,97±5,22	2,88±1,11
F TESTİ(P)	**8,799(0,000)***	**12,060(0,000)***

*** "p<0,05" anlamlı bir fark olduğunu gösterir. "H0" red edilir. t: Student t testi. "F": "Tek yönlü anova test"**

Bireylerin cinsiyetin Astım Kontrol Testi puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, bireylerin cinsiyet ortalamasına göre erkek bireylerin puan ortalaması 13,33±5,97, kadın bireylerin puan ortalaması 16,71±5,45 saptandı. Cinsiyete göre "Astım Kontrol Testi" ölçeği puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (p=0,001). Bu sonuçlara göre kadınların astım kontrol yönetiminde erkeklere göre daha etkin olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Bireylerin cinsiyetin Astım Kontrol Ölçeği puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, erkeklerin puan ortalaması 2,55 ± 1,24, kadınların puan ortalaması 1,81 ± 0,98 saptandı. Cinsiyete göre "Astım Kontrol ölçeği" puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu istatistiksel olarak saptandı (p=0,000). Bu sonuçlara göre erkeklerin puan astım yönetiminde kadınların göre etkin olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Bireylerin yaşın Astım Kontrol Testi puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, bireylerin yaş ortalamasına göre "Astım Kontrol Testi" puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu istatistiksel olarak saptandı (p=0.000). Tukey testimizin sonuçları, 55-64 yaş ve 25-34 yaş grupları (p=0.014) ve 55-64 yaş ve 35-44 yaş grupları (p=0.000) arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi (Tablo 4.7). Bu sonuçlara göre 35-44 yaş bireylerin astım yönetiminde daha iyi olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Bireylerin yaş gruplarının Astım Kontrol ölçeği puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, bireylerin yaş gruplarına göre Astım Kontrol ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu istatistiksel olarak saptandı (p=0.000). Tukey testimizin sonuçları, 35-44 yaş ve 45-54 yaş grupları **(p=0.008)**, 55-64 yaş ve 18-24 yaş grupları **(p=0.002),** 55-64 yaş ve 25-34 yaş grupları **(p=0.001) ve** 55-64 yaş ve 35-44 yaş grupları **(p=0.000)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.7). Böylece 55-64 yaş arası bireylerin astım kontrolünde daha iyi olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Astım Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150) (devamı)

ÖZELLİKLER	ASTIM KONTROL TESTİ	ASTIM KONTROL ÖLÇEĞİ
	Ort±SS	Ort±SS
MESLEK		
EMEKLİ(N=24)	11,83±5,27	3,04±1,10
MEMUR(N=24)	19,91±5,08	1,22±0,95
İŞÇİ(N=17)	14,58±4,79	2,23±1,13
SERBEST MESLEK(N=22)	14,36±6,41	2,46±1,25
EV HANIMI(N=49)	15,51±5,41	2,46±1,25
DİĞER(N=14)	14,00±5,93	2,02±0,97
F TESTİ(P)	**5,665(0,000)***	**7,690(0,000)***
GELİR DURUMU		
İYİ(N=10)	21,10±1,66	1,07±0,56
ORTA(N=110)	15,01±5,66	2,18±1,13
KÖTÜ(N=30)	13,96±6,62	2,49±1,27
F TESTİ(P)	**6,097(0,003)***	**5,896(0,003)***
MEDENİ DURUM		
BEKAR(N=60)	15,11±5,94	2,13±1.15
EVLİ(N=90)	15,27±5,90	2,19±1,19
t TESTİ(P)	-0,163(0,871)	-0,305(0,761)

*** "p<0,05" anlamlı bir fark olduğunu gösterir. "H0" red edilir. t: "Student t testi." F: "Tek yönlü anova test"**

Bireylerin mesleklerine göre Astım Kontrol Testi puan ortalamaları incelendiğinde, memur ve emekli grupları **(p=0.000),** memur ve işçi grupları **(p=0.031),** memur ve serbest meslek grupları **(p=0.010),** memur ve evhanımı grupları **(p=0.019) ve** memur ve diğer grupları**(p=0.020)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4.7). Sonuçlara göre memur olan bireylerin astım kontrolünü daha iyi sağlayabildiği tespit edildi (Tablo 4.7).

Bireylerin mesleklerine göre Astım Kontrol Ölçeği puan ortalamalarına incelendiğinde, emekli ve ev hanımı grupları **(p=0.002),** memur ve emekli grupları **(p=0.000),** memur ve işçi grupları **(p=0.035),** memur ve serbest meslek grupları **(p=0.002),** memur ve evhanımı grupları **(p=0.033)** ve memur ve diğer grupları **(p=0.038)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4.7). Bu verilere göre emekli olan bireylerin astım kontrollerinin daha iyi olduğu saptandı (Tablo 4.7).

Bireylerin gelir durumlarının Astım Kontrol Testi puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, iyi ve orta grupları **(p=0.004),** iyi ve kötü grupları **(p=0.002)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4.7). Gelir durumu iyi olanların astım kontrollerinin daha iyi düzeyde olduğu saptandı (Tablo 4.7).

Bireylerin gelir durumlarının Astım Kontrol ölçeği puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, iyi ve orta grupları **(p=0.004),** iyi ve kötü grupları **(p=0.002)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4.7). Gelir durumu iyi olanların astım kontrolünün daha iyi olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Bireylerin medeni durumuna göre Astım Kontrol Testi ve Astım Kontrol Ölçeği puan ortalamalarının farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4.7).

4.8. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Kardiyovasküler Kısıtlılık Ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

Araştırmada bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile kardiyovasküler kısıtlılık ve semptomlar profili ölçeği alt boyutları arasındaki ortalama karşılaştırma değerlerine ile ilgili bulgular "Tablo 4.8"de verilmiştir.

Tablo 4.8. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Kardiyovasküler Kısıtlılık Ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150)

ÖZELLİKLER	GÖĞÜS AĞRISI	SOLUNUM YETERSİZLİĞİ	BİLEK ŞİŞLİĞİ	YORGUNLUK	FİZİKSEL VE SOSYAL FONKSİYON	EV İÇİ FAALİYET (KADIN)	EV İÇİ FAALİYET (ERKEK)	KAYGI	CİNSELLİK
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**"Ort±SS"**	**"Ort±SS"**	**"Ort±SS"**	**"Ort±SS"**	**"Ort±SS"**
CİNSİYET									
ERKEK(N=73)	11,53±4,02	12,68±5,17	4,54±3,91	8,04±4,54	18,52±8,48	5,60±2,20	6,30±2,57	10,38±2,11	9,79±3,00
KADIN(N=77)	11,96±4,48	10,70±4,07	4,09±3,91	8,54±3,52	17,70±6,79	5,23±1,89	6,66±2,76	10,50±2,00	9,93±2,81
t TESTİ(P)	-0,612(0,541)	**2,619(0,010)***	0,716(0,475)	-0,763(0,447)	0,655(0,514)	1,104 (0,271)	-0,829(0,409)	-0,366(0,715)	-0,296(0,767)
YAŞ									
"18-24(N=8)"	8,75±3,88	9,25±4,86	2,12±2,29	5,87±0,64	15,25±3,80	4,5±1,69	5,87±2,79	9,87±3,22	10,25±2,65
"25-34(N=32)"	10,28±4,57	11,06±4,05	3,06±3,50	6,84±3,61	14,71±5,95	4,18±1,73	5,09±2,78	10,06±2,28	8,81±2,69
"35-44(N=31)"	12,96±2,62	9,29±2,92	3,38±3,80	8,12±3,702	15,77±7,03	4,90±1,90	5,87±2,81	10,45±2,03	9,09±2,95
"45-54(N=30)"	11,1±2,99	11,4±4,43	3,16±3,17	8,1±4,19	16,26±6,68	5,16±2,00	5,9±2,12	10,1±2,46	9,3±2,92
"55-64(N=49)"	12,83±4,28	14,12±5,19	6,77±3,74	9,87±4,24	23,36±7,45	6,831,59	8,24±1,797	111,1±500	11,32±2,46
F TESTİ(P)	**3,823(0,006)***	**6,880(0,000)***	**9,008(0,000)***	**3,974(0,005)***	**11,219(0,000)***	**12,906(0,000)***	**10,564(0,000)***	1,570(0,185)	**5,688(0,000)***
BKİ									
"<18,5(N=3)"	8±2,64	9,33±1,52	0,0±0,0	3,33±2,88	10±2,00	3±1,73	6±4,00	6±3,00	8,66±4,93
"<18,5-24,9 (N=33)"	11,60±4,55	12,69±4,83	4,66±4,34	8,12±4,15	19±7,98	5,54±2,07	6,03±2,54	10,15±2,32	9,36±2,72
"<25-29,9 (N=98)"	11,58±4,14	11,07±4,63	4,17±3,71	8,26±4,06	17,33±7,14	5,23±1,90	6,23±2,64	10,60±1,88	9,72±2,87
"<30-34,9 (N=13)"	14,38±4,03	13,69±4,81	5,30±4,19	9,76±3,32	22,69±8,71	6,69±2,39	9,23±1,01	11,07±1,18	11,84±2,37
"<35 ve Üzeri (N=3)"	11,33±3,21	13,33±5,77	5±4,35	10±3,00	21,33±10,21	6,66±2,30	8,33±1,52	10,33±1,52	12,66±1,52
F TESTİ(P)	1,929(0,109)	1,684(0,157)	1,259(0,289)	1,747(0,143)	**2,615(0,038)***	**2,961(0,022)***	**4,724(0,001)***	**4,554(0,001)***	**2,789 (0,029)***

Cinsiyete göre solunum yetersizliği düzeylerinin farklılık gösterdiği saptandı (p=0,010). Erkeklerde solunum yetersizliğinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.8).

Göğüs ağrısı alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 18-24 yaş arası bireylerde en düşük düzeyde olduğu saptandı (p=0,006). Solunum yetersizliği alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 55-64 yaş arası bireylerde daha fazla düzeyde olduğu tespit edildi (p=0,000) (Tablo 4.8).

Bilek şişliği alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla bilek şişliği semptomu yaşadığı daha fazla düzeyde olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

Yorgunluk alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla yorgunluk şikayeti yaşadığı saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

Fiziksel ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla fiziksel ve sosyal fonksiyon kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

Cinsellik alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 55-64 yaş arası bireylerin cinsellik konusunda yüksek kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

Ev içi faaliyet (kadın ve erkeklerde) alt boyutunun yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre kısıtlılık düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edildi (p=0,000) "(Tablo 4.8)".

Fiziksel ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarının BKI gruplarına göre farklılık gösterdiği ve <30-34,9 BKI grubunda bulunan bireylerin daha fazla fiziksel ve sosyal fonksiyon kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,038) (Tablo 4.8).

Ev içi faaliyet (kadın) alt boyut puanlarının BKI gruplarına göre farklılık gösterdiği ve <30-34,9 BKI grubunda bulunan bireylerin ev içi faaliyetlerde (kadın) daha fazla kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,022) (Tablo 4.8).

Ev İçi Faaliyet (Erkek) alt boyut puanlarının BKI gruplarına göre farklılık gösterdiği ve <30-34,9 BKI grubunda bulunan bireylerin ev içi faaliyetlerde (erkek) daha fazla kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,001) (Tablo 4.8).

Cinsellik alt boyut puanlarının BKI gruplarına göre farklılık gösterdiği ve <35 ve Üzeri BKI grubunda bulunan bireylerin cinsellik ile ilgili daha yüksek düzeyde kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,029) (Tablo 4.8).

4.9. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150)

-Araştırmada bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutları arasındaki ortalama karşılaştırma bulguları "Tablo 4.9"da açıklandı.

Tablo 4.9. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150)

ÖZELLİKLER	"SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI"	"BİLGİYE ERİŞİM"	"BİLGİYİ ANLAMA"	"DEĞER BİÇME\DEĞER LENDİRME"	"UYGULAMA"
	"Ort±SS"	"Ort±SS"	"Ort±SS"	"Ort±SS"	"Ort±SS"
"CİNSİYET"					
ERKEK(N=73)	85,45±14,54	18,06±3,20	20,46±3,34	26,06±5,68	20,84±4,19
KADIN(N=77)	93,59±14,45	18,89±3,76	22,79±3,92	29,63±5,64	22,27±2,67
"t TESTİ(P)"	**-3,439(0,001)***	-1,446(0,150)	**-3,899(0,000)***	**-3,855(0,000)***	**2,488(0,015)***
"YAŞ"					
"18-24(N=8)"	100,25±8,73	20,62±2,07	24,87±2,64	33,0±2,58	21,75±2,38
"25-34(N=32)"	98,18±13,79	20,75±2,45	23,56±3,76	30,93±5,80	22,93±3,34
"35-44(N=31)"	93,35±12,25	19,58±2,55	22,90±2,81	29,25±4,51	21,61±3,91
"45-54(N=30)"	88,23±12,92	18,16±3,21	21,4±3,36	26,93±5,24	21,73±3,83
"55-64(N=49)"	80,81±14,64	16,18±3,63	19,26±3,53	24,81±5,89	20,55±3,25
F TESTİ(P)	**10,488(0,000)***	**13,512(0,000)***	**11,644(0,000)***	**9,160(0,000)***	2,279(0,064)
BKİ					
<18,5(N=3)	96±14,37	20±0,00	24±5,19	31,33±6,35	20,66±3,21
<18,5-24,9(N=33)	93,51±15,92	19,03±3,90	22,84±4,08	29,90±5,99	21,72±3,53
<25-29,9(N=98)	88,82±14,62	18,48±3,25	21,35±3,49	27,35±5,88	21,62±3,69
<30-34,9(N=13)	85,30±16,62	17,46±4,73	20,92±5,02	26,23±5,59	20,69±2,95
<35 ve üzeri(N=3)	85,66±2,30	15,66±1,15	19,33±2,08	27,33±3,21	23,33±2,88
F TESTİ(P)	1,081(0,368)	1,097(0,361)	1,660(0,163)	1,704(0,152)	0,444(0,777)

Bireylerin cinsiyetinin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, bireylerin cinsiyete göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu istatistiksel olarak saptandı (p=0.001). Bu sonuçlara göre

kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin erkeklere göre yüksek seviyede olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin cinsiyetinin bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, bireylerin cinsiyete göre bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu istatistiksel olarak saptandı (p=0.000). Kadınların puan ortalamasının (3,79 ± 0,65) erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı. (Tablo 4.8).

Bireylerin cinsiyetinin değer biçme\değerlendirme alt boyutu puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, bireylerin cinsiyete göre değer biçme\değerlendirme istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kadınların puan ortalamasının (3,70 ± 0,70) daha yüksek olduğu saptandı (p=0,000).

Bireylerin cinsiyet ortalamasının uygulama alt boyutu puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, bireylerin cinsiyet ortalamasına göre uygulama istatistiksel anlamlı bir fark saptandı. Kadınların puan ortalamasının (4,45 ± 0,53) daha yüksek olduğu saptandı (p=0,015).

Bireylerin yaş gruplarının "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, 45-54 yaş ve 25-34 yaş grupları **(p=0.03),** 55-64 yaş ve 18-24 yaş grupları **(p=0.002),** 55-64 yaş ve 25-34 yaş grupları **(p=0.000)** ve 55-64 yaş ve 35-44 yaş grupları **(p=0.001)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4.9). Araştırmadaki 18-24 yaş grugubu bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.9).

Bireylerin yaş gruplarının ortalamasının bilgiye erişim alt boyutu puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, 25-34 yaş ve 45-54 yaş grupları **(p=0.009),** 55-64 yaş ve 18-24 yaş grupları **(p=0.002),** 55-64 yaş ve 25-34 yaş grupları **(p=0.000),** 55-64 yaş ve 35-44 yaş grupları **(p=0.000) ve** 55-64 yaş ve 45-54 yaş grupları **(p=0.044)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4.9). Bu sonuçlara göre araştırmadaki 25-34 yaş bireylerin 20,75±2,45 ortalama ile sağlık okuryazarlığı bilgiye erişim düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.9).

Bireylerin yaş gruplarına göre bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, 55-64 yaş ve 18-24 yaş grupları **(p=0.000),** 55-64 yaş ve 25-34 yaş grupları **(p=0.000)** ve 55-64 yaş ve 35-44 yaş grupları **(p=0.000)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Sonuca göre araştırmadaki 18-24 yaş bireylerin 24,87±2,64

ortalama ile sağlık okuryazarlığı bilgiyi anlama düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin yaş ortalamasının değer biçme\değerlendirme alt boyutu puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, 45-54 yaş ve 18-24 yaş grupları **(p=0.04),** 45-54 yaş ve 25-34 yaş grupları **(p=0.03),** 55-64 yaş ve 18-24 yaş grupları **(p=0.001),** 55-64 yaş ve 25-34 yaş grupları **(p=0.000)** ve 55-64 yaş ve 35-44 yaş grupları **(p=0.004)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Buna göre 18-24 yaş bireylerin 33,0±2,58 ortalama ile sağlık okuryazarlığı değer biçme\değerlendirme düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin yaş ortalamasının uygulama alt boyutu puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, 24-34 yaş bireylerin 22,93±3,34 ortalama ile sağlık okuryazarlığı uygulama düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Bireylerin "Sosyo-Demografik Özellikleri" İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150) (devamı)

ÖZELLİKLER	SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI Ort±SS	BİLGİYE ERİŞİM Ort±SS	BİLGİYİ ANLAMA Ort±SS	DEĞER BİÇME\ DEĞERLENDİRME Ort±SS	UYGULAMA Ort±SS
MESLEK					
EMEKLİ(N=24)	88,51±6,76	18,66±3,61	20,54±4,48	27,58±6,19	21,70±4,11
MEMUR(N=24)	102,33±8,70	20,87±2,19	25,12±2,98	32,66±3,19	23,66±1,99
İŞÇİ(N=17)	79,82±11,34	16,58±2,59	19,88±2,99	23,29±3,90	20,05±4,29
SERBEST MESLEK(N=22)	86,13±15,10	18,77±3,23	20,86±3,01	25,81±6,26	20,68±4,13
EV HANIMI(N=49)	87,44±13,44	17,42±3,57	21,06±3,42	27,51±5,59	21,44±2,67
DİĞER(N=14)	94,85±16,28	19,71±4,04	23,14±3,71	30,5±5,77	21,5±4,38
F TESTİ(P)	**6,805(0,000)***	**5,086(0,000)***	**7,172(0,000)***	**7,727(0,000)***	**2,716(0,022)***
GELİR DURUMU					
İYİ	102±15,65	21,2±3,25	24,9±3,28	32,7±6,11	23,2±3,79
ORTA	89,91±15,41	18,45±3,65	21,64±4,00	28,19±5,97	21,62±3,51
KÖTÜ	84,46±10,45	17,73±2,63	20,63±2,59	25,23±4,36	20,86±3,59
F TESTİ(P)	**5,499(0,005)***	**3,806(0,024)***	**4,920(0,009)***	**6,974(0,001)***	1,660(0,194)
MEDENİ DURUM					
BEKAR(N=60)	88,98±16,09	18,55±3,97	21,58±4,13	27,46±6,24	21,38±3,45
EVLİ(N=90)	90,06±14,32	18,45±3,20	21,71±3,62	28,18±5,71	21,71±3,64
"t TESTİ(P)"	-0,422(0,674)	0,154(0,878)	-0,195(0,846)	-717(0,474)	-0,557(0,579)

Bireylerin mesleklerine göre "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" memur ve emekli grupları **(p=0.008),** memur ve işçi grupları **(p=0.000),** memur ve serbest meslek grupları **(p=0.001),** memur ve ev hanımı grupları **(p=0.002) ve** işçi ve diğer grupları **(p=0.034),** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Bu sonuçlara göre araştırmadaki memurların 102,33±8,70 ortalama ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin mesleklerine göre "bilgiye erişim alt boyutu" memur ve işçi grupları **(p=0.019),** memur ve ev hanımı grupları **(p=0.001)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Memurların 20,87±2,19 ortalama ile bilgiye erişim düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin mesleklerine göre "bilgiyi anlama alt boyutu" memur ve emekli grupları **(p=0.000),** memur ve işçi grupları **(p=0.000),** memur ve serbest meslek grupları **(p=0.000) ve**

memur ve ev hanımı grupları **(p=0.000)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4.9). Memurların 25,12±2,98 ortalama ile bilgiyi anlama düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin mesleklerine göre "değer biçme\değerlendirme alt boyutu" memur ve emekli grupları **(p=0.016),** memur ve işçi grupları **(p=0.000),** memur ve serbest meslek grupları **(p=0.000),** memur ve ev hanımı grupları **(p=0.002)** ve işçi ve diğer grupları **(p=0.004),** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Memurların 32,66±3,19 ortalama ile değer biçme\değerlendirme düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin mesleklerine göre "uygulama alt boyutu" memur ve işçi grupları **(p=0.016),** memur ve serbest meslek grupları **(p=0.046)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Memurların 23,66±1,99 ortalama ile uygulama düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin gelir durumlarına göre "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" iyi ve orta grupları **(p=0.035),** iyi ve kötü grupları **(p=0.004)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Araştırmada gelir durumu iyi olan bireylerin 102±15,65 ortalama ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta ve kötü gelir durumu olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin gelir durumlarına göre bilgiye erişim alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu istatistiksel olarak saptandı (p=0,024) (Tablo 4.9). Sonuçlara göre gelir durumu iyi olan bireylerin bilgiye erişim düzeylerinin diğer gelir durumu gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin gelir durumlarına göre bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu istatistiksel olarak saptandı (p=0.009). Tukey analizinin sonuçları iyi ve orta grupları **(p=0.045),** iyi ve kötü grupları **(p=0.018)** arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Sonuçlara göre gelir durumu iyi olan bireylerin 24,9±3,28 ortalama ile bilgiyi anlama düzeylerinin diğer gelir durumu gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin gelir durumlarına göre "değer biçme\değerlendirme alt boyutu" iyi ve orta grupları **(p=0.047),** iyi ve kötü grupları **(p=0.001) ve** orta ve kötü grupları **(p=0.034)**arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. (Tablo 4.9). Sonuçlara göre gelir durumu iyi olan

bireylerin 32,7±6,11 ortalama ile değer biçme\değerlendirme düzeylerinin diğer gelir durumu gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Bireylerin medeni durumlarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı istatistiksel olarak saptandı (p=0,679) (Tablo 4.9).

4.10.Sigara Okuryazalığı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

4.10.1. Geçerlilik Analizleri

4.10.1.1. Kapsam Geçerliliği

Ölçme aracı içindeki soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları eşit bir şekilde temsil etmesi kapsam geçerliliğini ifade eder (Erefe İ. 2002). Ölçeğin kapsam geçerliliği 0,95 saptandı.

4.10.1.2. Yapı Geçerliliği

Ngoh ve ark. (2017) tarafından hazırlanan Sigara Okuryazalığı Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması çalışmasında yapı geçerliliğini ortaya çıkarmak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapıldı.

Tablo 4.10.1.2.Doğrulayıcı Faktör Analizi ile İlgili Bulgular

İndeks	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer
x^2 *"p"Değeri*	p>0.05	-

-Maddeler arasında kovaryans alınıp analiz tekrar edildi ve sonuç olarak kabul edilebilir bir uyum olduğu saptandı. (Tablo 4.9.1.1).

-Analiz sonuçlarına bakıldığında $\frac{x^2}{sd}$ oranının 2,394 çıkması dolayısıyla 2 ve 5 arasında olduğundan modelin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Uyum indeksleri değerlerine bakıldığında, "RMSEA"=0,08; "GFI"=0,84; "AGFI"=0,79; "CFI"=0,76; "RMR"=0,01; "SRMR"=0,02olarak hesaplandı. Sonucunda 0,05'e eşit ya da küçük olması çok iyi bir uyum olduğunu gösterir. Çalışma için bulunan GFI=0,84 ve AGFI=0,79 değerlerinin 0,90'dan uzak olmasından dolayı red edilir. Artmalı uyum indeksi olan CFI değerinin 0,95 üstü olması çok iyi uyumu 0,90-0,95 arasında olması kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Anderson JC. Gerbing DW. 1984). Bu çalışmada kurulan en iyi model için hesaplanan CFI (0,76) değerini genel olarak kabul edilen değerin altında olmasına rağmen, modelin karmaşıklığı ve modifikasyon sonucu daha iyi bir sonuç elde edilemediğinden kabul edildi. (Tablo 4.10.1.2).

Tablo 4.10.1.3.Sigara okuryazarlığı ölçeğinin "doğrulayıcı faktör analizi" sonucunda uyum indeksleri

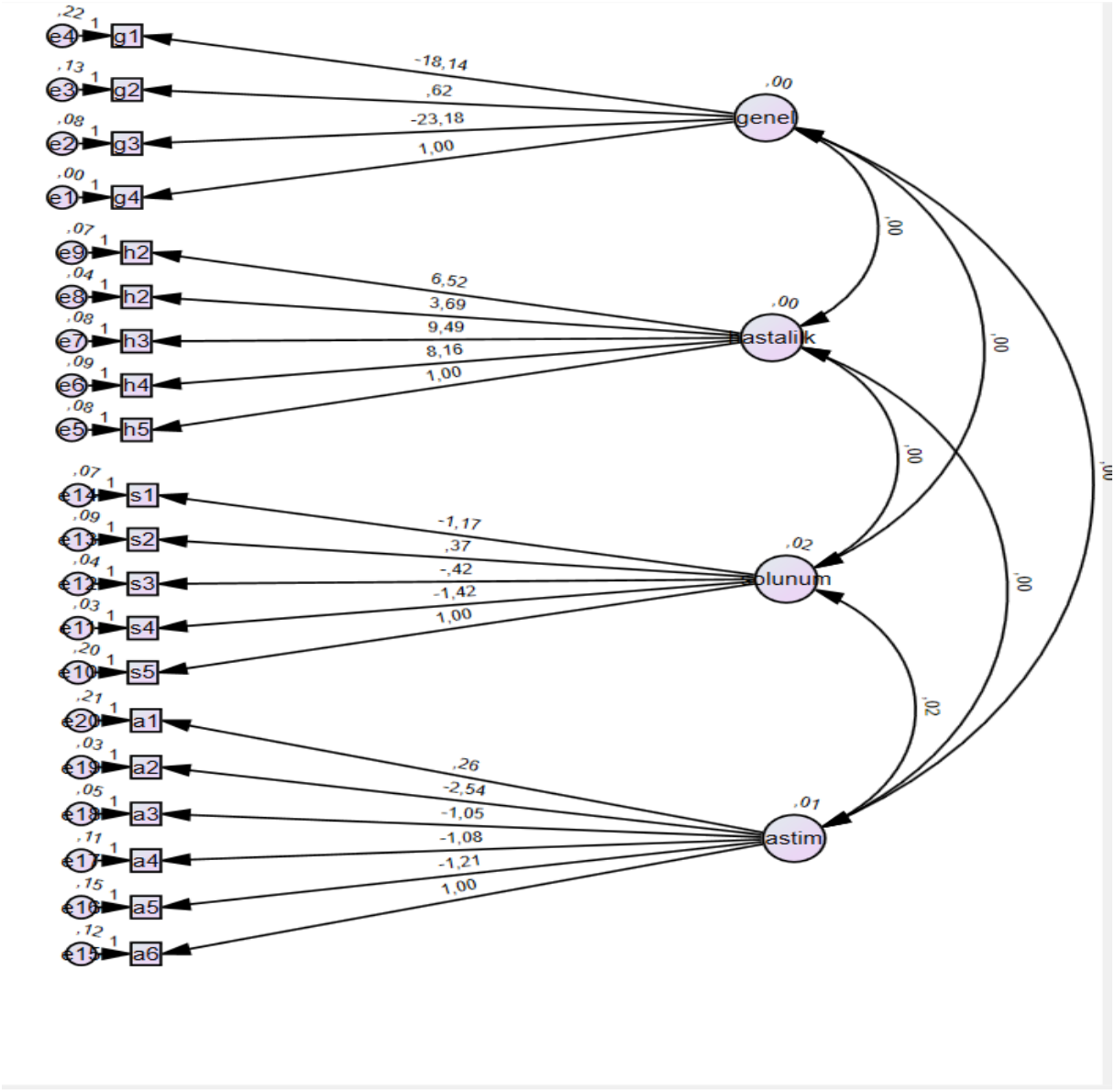
"UYUM ÖLÇÜLERİ"	"HESAPLANAN DEĞER"	"KABUL EDİLEBİLİR DEĞERLER"	"UYUM DURUMU"
x^2 *"p"Değeri*	383,116	p>0,05	
Sd	160	-	
$\frac{x^2}{sd}$	2,394	<0,5	
GFI	0,84	>0,90	Red
AGFI	0,79	>0,90	Red
CFI	0,76	>0,90	Red
RMSEA	0,08	<0,08	Uyumlu
RMR	0,01	<0,08	Uyumlu
SRMR	0,02	<0,08	Uyumlu

-Analiz sonuçlarına bakıldığında $\frac{x^2}{sd}$ oranının 2,394 çıkması dolayısıyla 2-5 arasında olduğundan modelin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. İndekslerden RMSEA, RMR ve SRMR 'nin 0'a yakın değerler vermesi beklenir ve 0,05'e eşit ya da küçük olması çok iyi bir uyum olduğunu gösterir. Modelin karmaşık ve çok faktörlü yapısı dikkate alındığında 0,08 (Dil.alla L., Newson, Sümer,2000) ve hatta 0,10' un altındaki değerler de (Anderson JC. Gerbing DW. 1984; Cole DA. 1987; Mash HB., Balla JR., McDonald RP.,1988) kabul edilebilir sayılır. Burada bakılan modelin çok boyutlu ve karmaşık olmasından dolayı RMSEA VE SRMR değerlerinin 0.05 ve 0.08 arasında olması çok iyi ve istenilen bir durum olmamasına karşın kabul edilebilir bir uyumdur. Sümer (2000), mutlak uyum indekslerinden GFI ve AGFI değerlerinin 0.95 ve üzeri olmasının çok iyi uyumu,0.90-0.95 arası olmasının kabul edilebilir düzeyde uyumu gösterdiğini belirtirken, Anderson ve Gerbing (1984); Cole (1987); Marsh,Bella ve McDonald (1988) GFI değerinin 0,85 ve AGFI değerinin 0,80 ' nin üzerinde olduğunda da uyum için kabul edilebilir olduğunu söylemektedir. Yani çalışma için bulunan GFI=0.84 ve AGFI=0.79 değerlerinin 0.90' dan uzak olmasından dolayı reddedilir.

Artmalı uyum indeksi olan CFI değerinin 0.95 üstü olması çok iyi uyumu, 0.90-0.95 arasında olması kabul edilebilir uyumu göstermektedir. Sümer, bazı araştırmacıların daha esnek olarak 0.80 değerini sınır olarak aldığını söylemektedir (Sümer,2000). Bu çalışmada kurulan en iyi model için hesaplanan CFI (0.76) değerini genel olarak kabul edilen değerin altında olmasına rağmen, modelin karmaşıklığı ve modifikasyon sonucu daha iyi bir sonuç elde edilemediğinden kabul edilir (Tablo 4.10.1.3).

4.10.1.4. Sigara Okuryazarlığı Ölçeği ‘nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Şekli

Şekildeki alt boyutlar ile maddeler arasındaki sayılar faktör analizindeki faktör yüklerine denk düşen değerlerdir. Bir anlamda bu değerler (faktör yükleri) her bir maddenin kendi boyutunun ne kadar iyi bir temsilcisi olduğuna ilişkin bilgi verir, değer ne kadar yüksek ise ilişki o kadar güçlüdür.



Kaynak: Büyüköztürk, Ş., Akgün, ÖE., Kahveci, Ö. (2004).

4.10.2. Güvenilirlik Analizleri

4.10.2.1. İç Tutarlılık

Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği 20 sorudan oluşmakta olup, 200 kişiye uygulanmıştır. Ölçek ile ilgili geçerlik-güvenirlik analizleri yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0.80-1.00 arasında Yüksek Güvenilirlik, 0.60-079 arasında Güvenilir, 0.40-0.59 arasında Düşük Güvenilirlik ve 0.00-0.39 arasında ise Güvenilir Değildir şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeğe ilk orijinal haline güvenirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,313 olarak bulunmuştur. İtem total statistic ve corelation matrix tablolarından yola çıkılarak düşük değerli ve negatif korelasyonlu sorular olumsuzdan olumluya çevrilerek analiz tekrar edildi. Bunlar Bölüm 1'deki 3. (Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez), Bölüm 2'deki 5. (Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur), Bölüm 3'deki 2. ve 5. (Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz, Filtreli sigara içmek akciğer kanserin riskini azaltabilir), Bölüm 4'deki 1. ve 6. (Sigara içmediğim zaman öksürüyorum, Sigara içmem ile astım atağı geçirmem arasında bir bağlantı yoktur) sorulardır. Analiz sonucunda Cronbach alfa katsayısı güvenirlik katsayısı 0,688 değerinde saptanmış olup, ölçeğimizin güvenilir olduğunu göstermektedir.

4.10.2.2 Sigara okuryazarlığı Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma

Tablo 4.10.2.2 deki sonuçlar 200 kişiye uygulanan Sigara Okur Yazarlığı Ölçeğinin soru başına ortalama ve standart sapmasıdır.

Tablo 4.10.2.2 Sigara okuryazarlığı Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma

				Yanlış		Doğru	
	N	Ort.	SS	N	%	N	%
Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüş							
Tüm sigaraların nikotin içeriği aynıdır	200	0,44	0,49	111	55,5	89	44,5
Sigarada bulunan nikotine bağımlı olabilirim.	200	0,84	0,36	31	15,5	169	84,5
Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez.	200	0,86	0,34	171	85,5	28	14,0
Sigara dumanındaki karbonmonoksit nefes darlığına sebep olabilir.	200	0,99	0,07	1	0,5	199	99,5
Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar							
Sigara içmek felce sebep olur.	200	0,86	0,34	28	14,0	172	86,0
Sigara içmek kalp krizine sebep olur.	200	0,93	0,24	13	6,5	187	93,5
Sigara içmek yüksek tansiyona sebep olur.	200	0,75	0,43	50	25,0	150	75,0
Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur.	200	0,78	0,41	44	22,0	156	78,0
Sigara içmeyi bırakmak erken yaşta ölüme sebep olabilir.	200	0,90	0,29	181	90,5	19	9,5
Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları							
Sigara içmek astım krizini başlatır.	200	0,89	0,31	23	11,5	177	88,5
Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz.	200	0,89	0,31	178	89,0	22	11,0
Sigara içmek kronik akciğer rahatsızlıklarına sebep olur.	200	0,96	0,20	9	4,5	191	95,5
Sigara dumanına maruz kalmaz çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonu gelişme riskini artırır.	200	0,91	0,28	18	9,0	182	91,0
Filtreli sigara içmek akciğer kanserin riskini azaltabilir.	200	0,66	0,46	135	67,5	65	32,5
Sigara İçenlerde Astım Belirtileri							
Sigara içmediğim zaman öksürüyorum.	200	0,71	0,45	142	71,0	58	29,0
Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda astım riskini artırır.	200	0,88	0,32	24	12,0	176	88,0
Sigara dumanını solumak boğazımı tahriş edebilir.	200	0,93	0,25	14	7,0	186	93,0
Sigara dumanını solumak daha fazla balgam çıkarmaya neden olabilir.	200	0,86	0,34	28	14,0	172	86,0
Sigara içmezsem astım ataklarımın sıklığı azalacaktır.	200	0,79	0,40	42	21,0	158	79,0
Sigara içmem ile astım atağı geçirmem arasında bir bağlantı yoktur.	200	0,85	0,36	169	84,5	31	15,5

Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüş alt boyutunda 4 madde bulunmaktadır. Bireyler "Tüm sigaraların nikotin içeriği aynıdır" maddesinden ortalama 0,44±0,49 puan, "Sigarada bulunan nikotine bağımlı olabilirim" maddesinden ortalama 0,84±0,36 puan, "Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez" maddesinden ortalama 0,86±0,34 puan ve "Sigara dumanındaki karbonmonoksit nefes darlığına sebep olabilir" maddesinden ortalama 0,99±0,07 puan aldı (Tablo 4.10.2.2). Bireyler "Tüm sigaraların nikotin içeriği aynıdır" maddesini % 55,5 oranında yanlış ve % 44,5 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigarada bulunan nikotine bağımlı olabilirim" maddesini % 15,5 oranında yanlış ve % 84,5 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez" maddesini % 85,5 oranında yanlış ve % 14,0 oranında doğru şeklinde cevapladı. Bireyler "Sigara dumanındaki karbonmonoksit nefes darlığına sebep olabilir" maddesini % 0,5 oranında yanlış ve % 99,5 oranında doğru olarak cevapladı (Tablo 4.10.2.2).

Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar alt boyutunda 5 madde bulunmaktadır. Katılımcılar "Sigara içmek felce sebep olur" maddesinden ortalama 0,86±0,34 puan, "Sigara içmek kalp krizine sebep olur" maddesinden ortalama 0,93±0,24 puan, "Sigara içmek yüksek tansiyona sebep olur" maddesinden ortalama 0,75±0,43 puan, "Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur" maddesinden ortalama 0,78±0,41 puan ve "Sigara içmeyi bırakmak erken yaşta ölüme sebep olabilir" maddesinden ortalama 0,90±0,29 puan aldı (Tablo 4.10.2.2). Bireyler "Sigara içmek felce sebep olur" maddesini % 14,0 oranında yanlış ve % 86,0 oranında doğru şeklinde cevapladı. Katılımcılar "Sigara içmek kalp krizine sebep olur" maddesini % 6,5 oranında yanlış ve % 93,5 oranında doğru olarak cevapladı. Katılımcılar "Sigara içmek yüksek tansiyona sebep olur" maddesini % 25,5 oranında yanlış ve % 75,5 oranında doğru şeklinde cevapladı. Bireyler "Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur" maddesini % 22,0 oranında yanlış ve % 78,0 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara içmeyi bırakmak erken yaşta ölüme sebep olabilir" maddesini % 90,5 oranında yanlış ve % 9,5 oranında doğru olarak cevapladı (Tablo 4.10.2.2).

Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları alt boyutunda 5 madde bulunmaktadır. "Sigara içmek astım krizini başlatır" maddesinden ortalama 0,89±0,31 puan, "Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz" maddesinden ortalama 0,89±0,31 puan, "Sigara içmek kronik akciğer rahatsızlıklarına sebep olur" maddesinden ortalama 0,96±0,20 puan, "Sigara dumanına maruz kalmaz çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonu gelişme

riskini artırır" maddesinden ortalama 0,91±0,28 puan ve "Filtreli sigara içmek akciğer kanserin riskini azaltabilir" maddesinden ortalama 0,66±0,46 puan aldı (Tablo 4.10.2.2).Bireyler "Sigara içmek astım krizini başlatır" maddesini % 11,5 oranında yanlış ve % 88,5 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz" maddesini % 89,0 oranında yanlış ve % 11,0 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara içmek kronik akciğer rahatsızlıklarına sebep olur" maddesini % 4,5 oranında yanlış ve % 95,5 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara dumanına maruz kalmaz çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonu gelişme riskini artırır" maddesini % 9,0 oranında yanlış ve % 91,0 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Filtreli sigara içmek akciğer kanserin riskini azaltabilir" maddesini % 67,5 oranında yanlış ve % 32,5 oranında doğru olarak cevapladı (Tablo 4.10.2.2).

Sigara İçenlerde Astım Belirtileri alt boyutunda 6 madde bulunmaktadır. Katılımcılar "Sigara içmediğim zaman öksürüyorum" maddesinden ortalama 0,71±0,45 puan, "Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda astım riskini artırır" maddesinden ortalama 0,88±0,32 puan, "Sigara dumanını solumak boğazımı tahriş edebilir" maddesinden ortalama 0,93±0,25 puan, "Sigara dumanını solumak daha fazla balgam çıkarmaya neden olabilir" maddesinden ortalama 0,86±0,34 puan, "Sigara içmezsem astım ataklarımın sıklığı azalacaktır" maddesinden ortalama 0,79±0,40 puan ve "Sigara içmem ile astım atağı geçirmem arasında bir bağlantı yoktur" maddesinden ortalama 0,85±0,36 puan aldı (Tablo 4.10.2.2). Bireyler "Sigara içmediğim zaman öksürüyorum" maddesini % 71,0 oranında yanlış ve % 29,0 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda astım riskini artırır" maddesini % 12,0 oranında yanlış ve % 88,0 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara dumanını solumak boğazımı tahriş edebilir" maddesini % 7,0 oranında yanlış ve % 93,0 oranında doğru olarak cevapladı. Katılımcılar "Sigara dumanını solumak daha fazla balgam çıkarmaya neden olabilir" maddesini % 14,0 oranında yanlış ve % 86,0 oranında doğru şeklinde cevapladı. Bireyler "Sigara içmezsem astım ataklarımın sıklığı azalacaktır" maddesini % 21,0 oranında yanlış ve % 79,0 oranında doğru olarak cevapladı. Bireyler "Sigara içmem ile astım atağı geçirmem arasında bir bağlantı yoktur" maddesini % 84,5 oranında yanlış ve % 15,5 oranında doğru olarak cevapladı (Tablo 4.10.2.2).

4.10.2.3. Sigara Okuryazarlılık Ölçeği'nin Cronbach alfa Değeri

Tablo 4.10.2.3. Sigara Okuryazarlığı Ölçeği'nin Cronbach alfa Değeri

	Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüş		
Tüm sigaraların nikotin içeriği aynıdır	-,301	,752
Sigarada bulunan nikotine bağımlı olabilirim.	,014	,702
Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez.	,510	,651
Sigara dumanındaki karbonmonoksit nefes darlığına sebep olabilir.	,099	,689
Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar		
Sigara içmek felce sebep olur.	,448	,658
Sigara içmek kalp krizine sebep olur.	,520	,660
Sigara içmek yüksek tansiyona sebep olur.	,401	,660
Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur.	,352	,667
Sigara içmeyi bırakmak erken yaşta ölüme sebep olabilir.	,034	,696
Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları		
Sigara içmek astım krizini başlatır.	,482	,657
Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz.	,153	,687
Sigara içmek kronik akciğer rahatsızlıklarına sebep olur.	,313	,676
Sigara dumanına maruz kalmaz çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonu gelişme riskini artırır.	,599	,649
Filtreli sigara içmek akciğer kanserin riskini azaltabilir.	,264	,678
Sigara İçenlerde Astım Belirtileri		
Sigara içmediğim zaman öksürüyorum.	,097	,699
Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda astım riskini artırır.	,545	,650
Sigara dumanını solumak boğazımı tahriş edebilir.	,365	,670
Sigara dumanını solumak daha fazla balgam çıkarmaya neden olabilir.	,310	,672
Sigara içmezsem astım ataklarımın sıklığı azalacaktır.	,294	,673
Sigara içmem ile astım atağı geçirmem arasında bir bağlantı yoktur.	,320	,671

Tablo 10.2.2.3 de yer alan Cronbach alfa if item deleted satırındaki değerler satırda yer alan soruyu sildiğimizde ölçeğimizin güvenirliği kaça yükseleceğini gösterir. Yani bizim hesaplanan cronbach alfa katayımız:0,688 idi eğer biz soru 1 i silersek değerimiz 0,752 e yükselecektir ya da soru 13 u silersek değerimiz 0,649 ye düşecektir. Tablo 10.2.2.3' de yer alan CORRECTED ITEM TOTAL CORRELATION (ifadenin toplam ilişkisi) başka bir deyişle her ölçüm değeri için değişkeni yarattığı tasarlanmış tüm ifadelerin toplamı ile ne derece ilişkili olduğu hesaplanan satır. Buradaki değerin 0,5 ten büyük olması beklenir. En az 0,3 ten yüksek olması beklenirken önerilen ise 0,4 ten büyük olmasıdır. Araştırmada

hesaplanan cronbach alfa katsayımız yüksek güvenirliğe sahiptir. Ölçekte yer alan sorularımızın da hiçbiri değeri çok fazla düşürecek ya da yükseltecek değere sahip değildir. Yani sorulan sorular ölçeğimizi hesaplamak için doğru sorulardır.

Tüm bu sonuçlardan ölçeğimizin Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği için uygun geçerlik ve güvenirliğe sahiptir.

4.11. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

Araştırmada bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile sigara okuryazarlığı ölçeği alt boyutları arasındaki ortalama karşılaştırma değerlerine ilişkin bulgular "Tablo 4.11"de verilmiştir.

Tablo 4.11. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150)

ÖZELLİKLER	GENEL GÖRÜŞ	İLİŞKİLİ HASTALIKLAR	SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI	ASTIM BELİRTİLERİ	SOYÖ TOPLAM
	"Ort±SS"	"Ort±SS"	"Ort±SS"	"Ort±SS"	"Ort±SS"
"CİNSİYET"					
ERKEK(N=73)	2,91±0,61	3,38±1,47	2,91±0,81	3,60±1,11	12,82±2,99
KADIN(N=77)	2,79±0,54	3,40±1,22	3,18±0,85	3,92±1,16	13,29±2,76
t TESTİ(P)	1,743(0,189)	0,007(0,932)	3,754(0,055)	2,930(0,089)	-1,013 (0,313)
YAŞ					
18-24(N=8)	2,87±0,35	3,75±0,46	3,00±0,000	3,87±0,64	13,50±1,06
25-34(N=32)	2,65±0,70	3,68±0,59	3,21±0,42	4,12±1,00	13,68±1,89
35-44(N=31)	2,90±0,65	3,64±0,98	3,32±0,65	3,83±0,52	13,70±1,41
45-54(N=30)	3,00±0,58	3,23±1,45	2,83±0,83	3,53±1,22	12,60±3,16
55-64(N=49)	2,85±0,58	3,08±1,81	2,91±1,13	3,61±1,46	12,46±3,86
F TESTİ(P)	1,463(0,216)	1,570(0,185)	1,989(0,099)	1,369(0,247)	1,549 (0,192)
BKİ					
<"18,5"(N=3)	2,66±0,57	3,33±0,57	3,00±0,00	3,33±0,79	12,33±0,57
<"18,5-24,9"(N=33)	2,81±0,68	3,93±0,89	3,27±0,74	4,12±0,92	14,15±2,30
<"25-29,9"(N=98)	2,87±0,56	3,42±1,25	3,02±0,73	3,73±0,15	13,06±2,71
<"30-34,9"(N=13)	2,69±0,69	2,15±2,03	2,61±1,55	3,30±1,54	10,76±4,36
<"35 ve üzeri"(N=3)	3,33±0,58	1,66±1,57	3,66±0,57	3,33±1,15	12,0±2,00
F TESTİ(P)	0,901(0,465)	**6,053(0,000)***	1,926(0,109)	1,558(0,189)	**3,625 (0,008)***
GELİR DURUMU					
İYİ	3,10±0,87	3,50±0,52	3,10±0,73	4,90±0,99	14,60±1,64
ORTA	2,81±0,57	3,37±0,46	3,01±0,89	3,70±1,17	12,90±3,18
KÖTÜ	2,90±0,48	3,43±0,10	3,16±0,64	3,63±0,88	13,13±1,63
F TESTİ(P)	1,191(0,307)	0,056(0,945)	0,380(0,685)	**5,570(0,005)***	1,601 (0,205)
MEDENİ DURUM					
BEKAR(N=60)	2,73±0,67	3,51±0,20	2,91±0,86	3,83±1,04	13,0±2,78
EVLİ(N=90)	2,93±0,51	3,31±1,44	3,14±0,81	3,72±1,21	13,11±2,95
t TESTİ(P)	4,320(0,139)	0,833(0,363)	2,666(0,105)	0,335(0,564)	-0,231 (0,818)

Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarının cinsiyete ve yaş gruplarına göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4.11).

BKİ gruplarına göre genel görüş (p=0,465), solunum yolu hastalıkları (p=0,109) ve astım belirtileri (p=0,189) alt boyutlarının farklılık göstermediği saptandı. İlişkili hastalıklar alt boyutunun BKI gruplarına göre farklılık gösterdiği, en düşük <35 ve üzeri bireylerde (1,66±1,57), en yüksek ise <25-29,9 arası bireylerde (3,93±0,89) olduğu saptandı. Sigara okuryazarlığı ölçeği toplam puanının BKI gruplarına göre farklılık gösterdiği, en düşük <35 ve üzeri bireylerde (12,0±2,00), en yüksek ise <18,5-24,9 arası bireylerde (14,15±2,30) olduğu saptandı (Tablo 4.11).

Araştırmada gelir durumuna göre genel görüş (p=0,307), ilişkili hastalıklar (p=0,945) ve solunum yolu hastalıkları alt boyutlarının (p=0,685) farklılık göstermediği saptandı. Astım belirtileri alt boyutunun gelir durumuna göre farklılık gösterdiği, en düşük gelir durumu kötü olan bireylerde (3,63±0,88), en yüksek ise gelir durumu iyi olan bireylerde (4,90±0,99) olduğu saptandı (Tablo 4.11).

Medeni duruma göre genel görüş (p=0,139), ilişkili hastalıklar (p=0,363), solunum yolu hastalıkları (p=0,105) ve astım belirtileri alt boyutlarının (p=0,564) farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4.11).

4.12. Bireylerin Astım Kontrol Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Grupları İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular

Araştırmada bireylerin astım kontrol testi ve astım kontrol ölçeği grupları ile sigara okuryazarlığı ölçeği alt boyutları arasındaki ortalama karşılaştırma değerlerine ilişkin bulgular Tablo 4.12 de verilmiştir.

Tablo 4.12. Bireylerin Astım Kontrol Testi ve Astım Kontrol Ölçeği Grupları İle Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Ortalama Karşılaştırma Değerlerine İlişkin Bulgular (N=150)

ÖZELLİKLER	GENEL GÖRÜŞ	İLİŞKİLİ HASTALIKLAR	SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI	ASTIM BELİRTİLERİ	SOYÖ TOPLAM
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
"Astım Kontrol Testi"					
Kontrol Altında Değil (≤19)	2,85±0,55	3,43±1,47	2,97±0,91	3,61±1,15	12,88±3,13
Kısmen Kontrol Altında (20-24)	2,84±0,65	3,28±1,05	3,16±0,61	4,02±1,05	13,30±2,14
Kontrol Altında (=25)	3,00±0,00	5,00±0,00	5,00±0,00	6,00±0,00	19,0±0,0
F TESTİ(P)	0,048(0,953)	0,928(0,398)	**3,573(0,031)***	**4,116(0,018)***	2,522 (0,084)
Astım Kontrol Ölçeği					
Tam Kontrol (<0,75)	3,12±0,71	3,75±0,68	3,56±0,62	4,18±0,91	14,62±1,82
Kısmi Kontrol (0,75-1,5)	2,70±0,55	3,43±1,09	3,02±0,65	3,78±1,01	12,95±2,16
Kontrol Altında Değil (>1,5)	2,87±0,0,55	3,31±1,52	2,97±0,92	3,68±1,23	12,84±3,22
F TESTİ(P)	**3,146(0,046)***	0,748(0,475)	**3,727(0,035)***	1,298(0,276)	2,697 (0,071)

SOYÖ: Sigara Okuryazarlığı Ölçeği

Astım kontrol testine göre genel görünüş (p=0,953), ilişkili hastalıklar (p=0,398) ve sigara okuryazarlığı mevcut puanının (p=0,084) farklılık göstermediği saptandı. Sigara okuryazarlık ölçeği Solunum yolu hastalıkları alt boyutuna göre astım kontrol testi gruplarına göre farklılık gösterdiği (p=0,031), solunum hastalıkları sigara okuryazarlık düzeyi yüksek olanların astımlarının kontrol altında olduğu saptandı (Tablo 4.12). Astım belirtileri alt boyutunun astım kontrol testi gruplarına göre farklılık gösterdiği (p=0,018), astım belirtileri alt boyut puanı yüksek olanların astımlarının kontrol altında olduğu saptandı (Tablo 4.12).

Astım kontrol ölçeğine göre ilişkili hastalıklar (p=0,475), astım belirtileri (p=0,276) alt boyutları ve ve sigara okuryazarlığı toplam puanının (p=0,071) farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4.12). Solunum yolu hastalıkları sigara okuryazarlık düzeyi yüksek olanların astım semptomlarının kontrol altında olduğu (p=0,000) saptandı (Tablo 4.12)

4.13. Araştırma Ölçeklerine İlişkin Korelasyon Bulguları

4.13.1. "Astım Kontrol Testi", Astım Kontrol Ölçeği ve Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği Korelasyon Sonuçları

Araştırmada "Astım Kontrol Testi", "Astım Kontrol Ölçeği" ve Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği Korelasyon Sonuçları Tablo 4.13.1'de verilmiştir.

Tablo 4.13.1. "Astım Kontrol Testi", "Astım Kontrol Ölçeği" ve Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği Korelasyon Sonuçları

		AKT	AKÖ	GA	SY	BŞ	YR	FSF	EFK	EFE	KY	CS
AKT	r	1	-,928**	-,286**	-,768**	-,566**	-,532**	-,689**	-,548**	-,268**	-,247**	-,446**
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,002	0,000
AKÖ	r		1	,301**	,769**	,537**	,539**	,654**	,566**	,294**	,243**	,450**
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000
GA	r			1	,541**	,495**	,568**	,576**	,456**	,184*	,542**	,364**
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,024	0,000	0,000
SY	r				1	,581**	,509**	,669**	,526**	,251**	,294**	,378**
	p					0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000
BŞ	r					1	,613**	,728**	,558**	,322**	,386**	,462**
	p						0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
YR	r						1	,682**	,548**	,225**	,413**	,500**
	p							0,000	0,000	0,006	0,000	0,000
FSF	r							1	,743**	,422**	,407**	,683**
	p								0,000	0,000	0,000	0,000
EFK	r								1	,643**	,321**	,659**
	p									0,000	0,000	0,000
EFE	r									1	0,045	,594**
	p										0,586	0,000
KY	r										1	,308**
	p											0,000
CS	r											1
	p											

**. Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir. *. Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir.

Astım kontrol testi puanları ile Astım kontrol ölçeği puanları arasında çok yüksek düzeyde korelasyon saptandı (r=0,928 p=0,000) (Tablo 4.13.1). Bu sonuç katılımcılarda astım kontrolünde astım kontrol testi ve ölçeği sonuçlarının uyumlu olduğunu göstermektedir.

Astım kontrol testi puanları ile göğüs ağrısı (r=-0,286 p=0,000), ev içi faaliyet (erkek) (r=-0,268 p=0,000) ve kaygı (r=-0,247 p=0,000) alt boyutları arasında negatif yönde düşük

düzeyde korelasyon saptandı. Astım kontrol testi puanları ile solunum yetersizliği alt boyutu arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon saptandı (r=-0,786 p=0,000). Astım kontrol testi puanları ile bilek şişliği (r=-0,566 p=0,000), yorgunluk (r=-0,532 p=0,000), fiziksel ve sosyal fonksiyon (r=-0,689 p=0,000), ev içi faaliyet (kadın) (r=-0,548 p=0,000) ve cinsellik (r=-0,446 p=0,000) alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptandı (Tablo 4.13.1). Buna göre katılımcılarda astım kontrolünün artmasına bağlı olarak göğüs ağrısı, ev içi faaliyet (erkek), kaygı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyon, ev içi faaliyet (kadın) ve cinsellik ile ilgili kısıtlılıkların azaldığı tespit edildi (Tablo 4.13.1).

Astım kontrol ölçeği puanları ile göğüs ağrısı (r=0,301 p=0,000), ev içi faaliyet (erkek) (r=0,294 p=0,000) ve kaygı (r=0,243 p=0,000) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon saptandı. Astım kontrol testi puanları ile solunum yetersizliği alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon saptandı (r=0,769 p=0,000). Astım kontrol testi puanları ile bilek şişliği (r=0,537 p=0,000), yorgunluk (r=0,539 p=0,000), fiziksel ve sosyal fonksiyon (r=0,654 p=0,000), ev içi faaliyet (kadın) (r=0,566 p=0,000) ve cinsellik (r=0,450 p=0,000) alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptandı (Tablo 4.13.1). Bu sonuca göre katılımcılarda astım yönetimi kontrolünün azalmasına bağlı olarak göğüs ağrısı, ev içi faaliyet (erkek), kaygı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyon, ev içi faaliyet (kadın) ve cinsellik ile ilgili kısıtlılıklarının arttığı tespit edildi. Bu kısımda ölçek puanı artıkça kontrol azalıyor. Buna bağlı olarak kısıtlılık punaları da azalıyor şeklinde yorumlanmaktadır.

4.13.2. Astım Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği, Sağlık Okur Yazarlığı ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları

Araştırmada astım kontrol testi, astım kontrol ölçeği, sağlık okur yazarlığı ve sigara okur yazarlığı ölçeği korelasyon sonuçları Tablo 4.13.2'de verilmiştir.

Tablo 4.13.2. Astım Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği, Sağlık Okur Yazarlığı ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları

		BE	BA	DB	UG	SOYT	SGG	SİH	SSH	SAB	SOYÖ
AKT	r	,403**	,417**	,420**	,272**	,431**	0,077	-0,039	0,038	0,095	0,047
	p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,347	0,634	0,642	0,245	0,572
AKÖ	r	-,376**	-,397**	-,365**	-,198*	-,380**	-0,063	-0,018	-0,026	-0,056	-0,051
	p	0,000	0,000	0,000	0,016	0,000	0,445	0,823	0,753	0,496	0,534
BE	r	1	,792**	,733**	,546**	,854**	-0,059	0,120	0,141	,271**	,193*
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,471	0,144	0,086	0,001	0,018
BA	r		1	,840**	,630**	,921**	-0,001	,177*	,220**	,353**	,288**
	p			0,000	0,000	0,000	0,986	0,030	0,007	0,000	0,000
DB	r			1	,712**	,949**	-0,028	,162*	,191*	,316**	,252**
	p				0,000	0,000	0,738	0,048	0,019	0,000	0,002
UG	r				1	,806**	0,086	0,044	0,048	0,120	0,100
	p					0,000	0,293	0,590	0,561	0,143	0,223
SOYT	r					1	-0,005	0,147	,176*	,306**	,242**
	p						0,955	0,072	0,032	0,000	0,003
SGG	r						1	-0,063	-0,025	0,009	,169*
	p							0,447	0,762	0,916	0,038
SİH	r							1	,536**	,626**	,862**
	p								0,000	0,000	0,000
SYH	r								1	,547**	,757**
	p									0,000	0,000
SAB	r									1	,854**
	p										0,000

**. Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir. *. Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir. AKT: Astım Kontrol Testi, AKÖ: Astım Kontrol Ölçeği, BE: Bilgiye Erişim, BA: Bilgiyi Anlama, DB: Değer Biçme, UG: Uygulama, SOYT: Sağlık Okur Yazarlığı Toplam Puan, SGG: Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüş, SİH: Sigara Kullanımı ile İlişkili Hastalıklar, SSH: Sigara Kullanımı ile İlgili Solunum Yolu Hastalıkları, SAB: Sigara Kullanımı ile İlgili Astım Belirtileri SOYÖ: Sigara Okuryazarlığı Ölçeği

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça astım semptomlarının kontrol altında olduğu, aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça astım kontrol düzeyinin arttığı, bireylerin tam kontrol altında oldukları, aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.13.2).

Bireylerin sağlık okur yazarlık düzeyi arttıkça sigara kullanımı ile ilgili astım belirtileri okuryazarlık düzeyinin arttığı, aralarında anlamlı ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sigara kullanımı ile ilgili solunum yolu hastalıkları okuryazarlık düzeyinin arttığı, aralarında anlamlı ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

Astım kontrol testi puanları ile sigara kullanımı hakkında genel görüş (r=0,077 p=0,347), sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar (r=-0,039 p=0,634), sigara kullanımı ile ilgili solunum yolu hastalıkları (r=0,038 p=0,642) ve sigara kullanımı ile ilgili astım belirtileri (r=0,095 p=0,245) alt boyutları arasında korelasyon saptanmadı (Tablo 4.13.2).

Astım kontrol ölçeği puanları ile sigara kullanımı hakkında genel görüş (r=-0,063 p=0,445), sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar (r=-0,018 p=0,823), sigara kullanımı ile ilgili solunum yolu hastalıkları (r=-0,026 p=0,753) ve sigara kullanımı ile ilgili astım belirtileri (r=-0,056 p=0,496) alt boyutları arasında korelasyon saptanmadı (Tablo 4.13.2).

Bireylerde bilgiye erişim düzeylerinin artmasına bağlı olarak sigara okuryazarlığı düzeylerinin arttığı ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p=0,018) (Tablo 4.13.2).

Bireylerde bilgiyi anlama düzeylerinin artmasına bağlı olarak sigara okuryazarlığı düzeylerinin arttığı ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

Bireylerde değer biçme düzeylerinin artmasına bağlı olarak sigara okuryazarlığı düzeylerinin arttığı ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

Bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artmasına bağlı olarak sigara okuryazarlığı düzeylerinin arttığı ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p=0,003) (Tablo 4.13.2).

4.13.3. Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları

Araştırmada kardiyovasküler kısıtlılık ve semptom ölçeği ve sigara okur yazarlığı ölçeği korelasyon sonuçları Tablo 4.13.3'de verilmiştir.

Tablo 4.13.3. Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği ve Sigara Okur Yazarlığı Ölçeği Korelasyon Sonuçları

		SGG	SİH	SSH	SAB	SOYÖ
GA	R	-0,009	0,057	0,080	-0,013	0,043
	P	0,911	0,491	0,328	0,872	0,602
SY	R	-0,086	0,102	-0,006	-0,027	0,018
	P	0,296	0,216	0,946	0,745	0,828
BŞ	R	0,000	,201*	0,158	0,129	,192
	P	0,997	**0,014**	0,053	0,117	0,059
YR	R	-0,024	,180*	0,129	0,059	0,141
	P	0,772	**0,028**	0,114	0,477	0,086
FSF	R	-0,140	,177*	0,124	0,076	0,122
	P	0,089	**0,030**	0,130	0,355	0,138
EFK	R	-0,039	-0,057	-0,075	-0,039	-0,072
	P	0,637	0,490	0,360	0,639	0,382
EFE	R	-0,019	-,234**	-0,107	-0,118	-,192
	P	0,822	**0,004**	0,191	0,149	0,058
KY	R	,240**	0,006	0,068	0,025	0,081
	P	**0,003**	0,938	0,409	0,765	0,322
CS	R	-0,139	-0,021	0,011	-0,066	-0,061
	P	0,090	0,800	0,892	0,423	0,459

**Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir. *. Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir.

Sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklar ile bilek şişliği (r=0,201 p=0,014), yorgunluk (r=0,180 p=0,028) ve fiziksel ve sosyal fonksiyon (r=0,177 p=0,030) alt boyutları arasında pozitif yönlü düşük korelasyon saptandı. Sigara kullanımı ile ilişkili hastalıkların artmasına bağlı olarak bilek şişliği, yorgunluk ve fiziksel ve sosyal fonksiyon kısıtlılıklarının da arttığı tespit edildi (Tablo 4.13.3).

Sigara kullanımı hakkında genel görüş alt boyutu ile kaygı alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük düzeyde korelasyon saptandı (r=0,240 p=0,003) (Tablo 4.13.3). Sigara kullanımı ile ilgili genel görüş dzüeylerinin artamsına bağlı olarak kaygı dzüeylerinin arttığı saptandı.

Sigara okuryazarlığı ölçeği toplam puanı ile Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Ölçeği alt boyutları arasında korelasyon varlığı saptanmadı (Tablo 4.13.3)

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kardiyovasküler hastalığı olan Kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalığı olan bireylerin sigara okuryazarlılık düzeylerinin hastalık yöntemine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatürde belirtilen bilgiler ile tartışıldı.

5.1. "Sosyodemografik Özelliklere" İlişkin Bulguların Tartışılması

Litertaürde kardiyovasküler ve astım hastalığının bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir (Pahdi BK. ve Padyh PK. 2008; Jordi Sunyer J. ve ark. 2003). Araştırmada kardiyovasküler hastalığa sahip astım hastalığı tanısı olan kadın bireylerin (%51,3) erkek bireylerden (%48,7) daha fazla olduğu bulundu (Tablo 4.1.1). Dünya üzerinde yaklaşık 300 milyon kişiyi etkileyen astım hastalığı, ülkemizde Türk Toraks Derneği tarafından yapılan çalışmada da, ülkemizde astım sıklığının erkek bireylerde %7.1 kadınlarda ise %9.0 olarak saptanmıştır (Kurt E. ve ark. 2009).

Araştırmada kardiyovasküler hastalığa sahip olan astım hastalığı olan bireylerin en yüksek oranda 65 yaş ve üzeri yaş (%32,7) grubunda olduğu bulundu (Tablo 4.1.1). Türkiye istatistik kurumunun verilerine göre ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerin %39,7'si kardiyovasküler hastalığa sahip olarak ilk sırada yer almaktadır (Çiftlik Bolluk A. ve Özçakar N. 2019). Astım hastalığına sahip 65 yaş ve üzeri bireylerde 2050 yılına adar yaklaşık üç kat artarak 1,5 milyar yani dünya nüfusunun yaklaşık %16 olacağı ön görülmektedir (King MJ. ve Hanania NA. 2010). Jorge S. ve ark. yaptıkları çalışmada 212 yaşlı bireyin %34'ünün kardiyovasküler hastalık nedeniyle astım semptomları yaşadığı gözlenmiştir (Jorge S. ve ark. 2007).

Bu araştırmaya katılan bireylerin % 6,7'sinin iyi, %73,3'ünün orta, %20'sinin ise kötü sosyo-ekonomik duruma sahip olduğu saptandı (Tablo 4.1.1). Kurt ve ark. (2012)'nın araştıramasında da çalışmaya katılan bireylerin %62,8'i orta, %29,8'i iyi ,%7,4'ünün kötü durumda olduğu saptanmıştır. Bireylerin ekonomik durumu genel olarak sağlık hizmetine ulaşma ve bakım alma durumunu etkilemektedir (Kurt M. ve ark. 2012).

KVH ve astım hastalığını etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi ve yönetilmesi oldukça önemlidir. KVH, astım gibi sistemik inflamasyon ve kronik havayolu obstrüksiyonu sık görülen bir komorbiditedir. Literatürde ki çalışmalarda, astım varlığı kalp yetersizliğigelişime riskini bireylerde 2,33 kat, koroner arter hastalığı gelişme riskini 1,62 kat,

hipertansiyon gelişme riskini 1,3 kat artırdığı gözlenmiştir (Dogra S. ve ark. 2007). Astım hastalığı olan bireylerin kullandıkları kortikosteroid tedavisi nedeniyle KVH ve diabetes mellitus hastalığının bu bireylerde sık görüldüğü Üzer F. ve ark. tarafından yapılan bir çalışma ile gözlenmiştir. Çalışmaya katılan 138 bireyin %31,9 u astım hastası olan bireylerin aynı zamanda diabetes mellitus ile ilişkisini göstermiştir (Üzer F. ve ark. 2019). Araştırmada da astım hastalığı olan bireylerin %20,6'sının hipertansiyon, %26,5'inin diabetes mellitus, %21,5'unun miyokard infarkstüsü, %7'sinin koroner arter hastalığı, %24.4'ünün ise kalp yetersizliğine sahip olduğu literatürle benzerlik tespit edildi (Tablo 4.1.2).

Literatürde kardiyovasküler hastalıklarda genetik önemli bir rol oynamaktadır. Astım oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldıkları karmaşık bir durumdur. Ancak astım hastalığının genetik olarak aktarıldığı tam açıklığa kavuşmamıştır (GINA, 2017). Araştırmada da bireylerin %60,7'sinin ailesinde astım öyküsü saptandı (Tablo 4.1.2).

Kardiyovasküler hastalık ve astım risk faktörlerinden biri olan sigara kullanan bireylerin yaşadıkları semptomlar, sigara kullanmayan bireylere göre daha fazladır. Sigara içme durumu hakkında kardiyovasküler hastalıklar ve astım arasındaki ilişkiye bakılan bir çalışmada, bireylerin %32,4'ünün sigara kullanımına devam ettiği, %13,6 bireyin ise eskiden sigara kullanımında bulunduğu tespit edildi (Iribarren C. ve ark. 2004). Bu çalışmada da bireylerin %44'ünün hastalıklarına rağmen mevcut sigara kullanımına devam ettiği, %32'sinin ise sigara kullanımını bıraktiği bulundu (Tablo 4.1.3). Bireylerin sigara kullanımını hastalıkları nedeniyle bırakıp bırakmadıkları sorgulandığında ise, bireylerin %79,7'sinin hastalıkları nedeniyle sigara kullanımını bıraktıkları tespit edildi (Tablo 4.1.3). Bu çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanımı nedeniyle yaşadıkları semptomlar açısından literatürle benzerlik tespit edildi (Tablo 4.1.3).

5.2. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Astım Yönetimini Etkileme Durumunun Tartışılması

Araştırmada astım kontrol testinden kadınların daha yüksek puan aldığı ve astım kontrol testi sonuçlarının cinsiyete göre farklılık tespit edildi (p=0,001) (Tablo 4.7). Astım ve kardiyovasküler hastalık insidansı üzerine yapılan bir araştırmada KVH hastaların astım bulunma oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Xu M. Yang X. 2017). Ayrıca mevcut araştırmada astım kontrol ölçeği puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve erkek katılımcılarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,000) (Tablo

4.7). Erkek bireylerde havayolları ve bronş aktivitesinin daha çok görülmesi, akciğer ve larinks gibi yapıların gelişiminin fizyolojik olarak değişkenlik göstermesi (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; Bozkurt ve ark. 2006), hatta mevsimsel değişken etkileri dahil astım hastalığı ve kardiyovasküler hastalık ilişkisinde önemli bir değişken olduğuda çalışmalarda dikkat edilmiştir (Jordi Sunyer J. ve ark. 2003).

Araştırmada astım kontrol testi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 55-64 yaş arası bireylerde astım yönetiminin en düşük düzeyde olduğu bulundu (p=0.000) (Tablo 4.7). Ayrıca araştırmada astım kontrol ölçeğine göre yapılan değerlendirmede de 55-64 yaş arası bireylerde astım yönetiminin en düşük düzeyde olduğu bulundu (Tablo 4.7). Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted LifeYears-DALY) çalışmasında 50-74 ve 75 yaş üzeri bireylerde kardiyovasküler hastalık yükünün daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Abbafati C. ve ark. 2020). Akagündüz (2022)'ün araştırmasında da astım kontrolünün 18-30 yaş arası olan bireylerin en yüksek, 65-83 yaş bireylerin ise en düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir. Yaş ortalamasının artmasına bağlı olarak bireylerin akciğer kapasitelerindeki değişiklikler, kullandıkları ilaçların etkilerinin değişiklik göstermesi, buna paralel olarak hastalık semptomlarının alevlenme sıklığı, süresi vb. gibi değişiklikler nedeniyle yaş arttıkça hastalık kontrol yönetiminin azaldığı düşünülmektedir (Kalpaklıoğlu ve Baccıoğlu, 2018).

Araştırmada gelir durumuna göre astım kontrol yönetiminin farklılık gösterdiği ve gelir durumu iyi olanlarda astım kontrol yönetiminin daha iyi olduğu saptandı (Tablo 4.7). Akagündüz (2022)'ün araştırmasında astımlı bireylerin gelir durumlarına göre astım kontrol düzeylerinin farklılık göstermediği, fakat geliri giderinden az olanlarının astım kontrol düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Arslan (2019) ve Özden Sertçelik (2020)'in araştırmasında da gelir durumunun artmasına bağlı olarak astım kontrolünün de arttığı belirtilmiştir. Literatürde bireylerin sosyo-ekonomik düzeyinin kötüleşmesi, sağlık merkezlerine, hastalıkları ile ilgili uygun tedavi ve bakıma ulaşmakta zorluk çekmeleri, hastalık yönetimlerini kontrol edememeleri ile ilişki içinde olduğu düşünülmektedir (Bozbaş Ş.S. ve ark. 2011).

5.3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Kardiyovasküler Kısıtlılık Durumlarına ve Semptom Gelişimine Etkisinin Tartışılması

Araştırmada göğüs ağrısı, bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyon, ev içi faaliyet (kadın), ev içi faaliyet (erkek), kaygı ve cinsellik alt boyutlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği bulundu. Fakat solunum yetersizliği düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve erkek katılımcılarda solunum yetersizliği semptomlarının daha yüksek olduğu saptandı. Dikici (2018)'nin araştırmasında ise yorgunluk, ev içi faaliyet (kadın ve erkek) ve kaygı düzeyleri cinsiyete göre farklılık gösterirken, göğüs ağrısı, solunum yetmezliği, bilek şişliği, fiziksel ve sosyal fonksiyon ve cinsellik alt boyutlarının farklılık göstermediği belirtilmiştir. Araştırmada solunum yetersizliği semptomlarının 55-64 yaş arası bireylerde en yüksek düzeyde olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8). Otuz yaşından sonra FEV1 değeri yılda 10-30 mL azalır ki bu azalma sigara içen şahıslarda çok daha hızlıdır. Yaşla birlikte akciğer kompliansı artarken göğüs kafesindeki yapısal değişiklikler nedeniyle kompliansı azalır (Delerme ve Ray, 2008). Solunum yetersizliği yaşla doğru orantılı olarak artar. Yapılan bir çalışmada 65-84 yaş grubundaki akut solunum yetersizliği oranı, 55-64 yaş grubunun iki katı bulunmuştur (Deniz ve Kızılarslanoğlu, 2020). Bu kapsamda araştırma sonuçlarının literatür ile uyum sağladığı görülmektedir. Ayrıca araştırmada bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyon kaybı ve cinsellik kısıtlılık düzeylerinin 55-64 yaş arası bireylerde en yüksek düzeyde olduğu da saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

5.3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Araştırmada cinsiyet faktörüne göre sağlık okuryazarlık düzeyi değerlendirildiğinde kadın bireylerin sağlık okuryazarlığının alt boyutlarında okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.9). Güler (2022)'in araştırmasında da kadın bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin, erkek bireylere göre yüksek olduğu ve istatiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Literatürde kadınların erkeklerden daha yüksek sağlık okuryazarlığı dzüeylerine sahip olduğunu ortaya koyan çalışamların (Arıkan, 2020; Ayık, 2021) yanısıra, erkeklerin kadınlara göre daha fazla sağlık okuryazar olduğunu gösteren araştırmalarda bulunmaktadır (Zhang ve ark., 2016; Yakar ve ark., 2019; Yüce, 2021). Bu bulguların aksine katılımcıların sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya koyan araştırmalarda bulunmaktadır (Değerli ve Tüfekçi, 2018; Akpınar, 2019; Bayazit ve Sümer, 2019; Alp, 2021; Doğru, 2021; Özer, 2021). Araştırmalar arasındaki bu farklılığın

yapılan araştırmalardaki bireylerin farklı özelliklere sahip olmasından (hastalık varlığı, yaş, eğitim ve gelir düzeyi gibi) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada yaş faktörüne göre sağlık okuryazarlık düzeyi ele alındığında, 18-34 yaş bireylerin sağlık okuryazarlık alt boyutlarında okuryazarlık seviyelerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.9). Literatürde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düştüğünü gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Espanha ve Ávila, 2016; Protheroe, 2017; Değerli ve Tüfekçi, 2018; Kavuncuoğlu, 2020; Yüce, 2021; Demirsoy, 2021). Literatürde bilgilere göre sağlık okuryazarlığı ileri yaş bireylerin eğitim seviyelerindeki düşüklük, bilişsel ve fizyolojik yetilerindeki azalma nedeniyle sağlık bilgilerine, çeşitli sağlık hizmetlerine ulaşma yetersizliği nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada BKİ gruplarına göre yapılan değerlendirmede, sağlık okuryazarlık bilgiye erişim alt boyut düzeylerinin BKİ gruplarına göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.9). Düşük seviyede sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, obezitenin yol açtığı sağlık problemleri konusunda daha az bilgiye sahip olduğu, sağlıklarını korumaya yönelik daha az çaba gösterdikleri belirtilmiştir (Zoellner J. 2011). Soylar P ve ark. Çalışmasında BKİ ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişkinin olduğu ve BKİ seviyesinin artması bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin "yetersiz" düzeyde olduğu görülmüştür (Soylar P ve ark. 2020). Literatürdeki araştırmalara bakıldığında, çalışmamızda da BKİ düzeyleri yüksek olan bireylerin "yetersiz" sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu düşünülmektedir

Araştırmada bireylerin meslek faktörüne göre sağlık okuryazarlık düzeyi ele alındığında, memur bireylerin sağlık okuryazarlık alt boyutlarında okuryazarlık seviyelerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.9). Yapılan bir çalışmada, bireylerin çalışma durumu ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiş, yüksek eğitimli olan çalışanların "yeterli" sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Sevinc N. Korkut B. 2020). Güner ve Ekmekçi (2019)'nin Ankara'da bir döküm fabrikasında çalışan işçilerde uyguladığı araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Bireylerin eğitim düzeyleri ve meslek kategorileri arttıkça sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşmakta, anlamakta, değerlendirmekte ve bu bilgileri daha kolay değerlendirmektedir (Güner, MD ve Ekmekci, PE 2019). Bu bağlamda araştırma sonucunun literatür ile benzerlik gösterdiği, bireylerin mesleklerinin sağlık okuryazarlılık düzeyleri üzerine olumlu ya da olumsuz etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bireylerin gelir durumlarına göre sağlık okuryazarlık düzeyi ele alındığında, iyi bir gelir durumuna sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.9). Avcı (2013)'nın araştırmasında da gelir düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olduğu belirtilmiştir. Yapılan diğer araştırmalarda da gelir durumu iyi olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve Tiraki, 2016; Özdemir ve ark., 2010; Öztürk ve ark, 2015). Gelir durumu iyi olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması nedeniyle hastaneye başvurma, ilaç kullanımı, bakım hizmeti alma vb. sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri ve uygulayabilmeleri üzerine olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bireylerin medeni durumuna göre sağlık okuryazarlık düzeyi ele alındığında, bekar bireylerin sağlık okuryazarlılık düzeylerinin, sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha yüksek olduğu fakat istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (Tablo 4.9). Literatürde evli bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösteren araştırmaların yanısıra (Yüce, 2021) bekâr bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da (Akpınar, 2019; Yakar vd., 2019; Kavuncuoğlu, 2020; Emre ve ark., 2021) bulunmaktadır. Bireylerin bekar olmasının eğitim düzeyleri, zaman yönetimlerini düzenli yapabilmeleri gibi nedenlerle sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

5.4. Sigara Okuryazarlık Düzeyi Ölçeği Sosyo Demografik Özelliklere Göre Geçerlik ve Güvenirliğinin Tartışılması

DSÖ göre, dünyada yaklaşık 1.5 milyar birey sigara içmekte ve yılda beş milyondan fazla kişi sigaradan dolayı hayatını kaybetmektedir. Eğer önlemler alınmazsa sigaradan kaynaklanan ölüm oranları giderek artmaya devam edeceği de öngörülmektedir (WHO, Tabocco Epidemic 2021). Bu yüzden sigara okuryazarlığı sigaranın zararlarını anlamak, yorumlamak ve olumsuz etkilerinden kurtulmak için çok önemlidir. Sigara okuryazarlığı ile bireylerin sigara kullanımının hastalık semptom ve yönetimlerini nasıl etkilediğini, sigara içmeye yönelik tutum ve davranışlarını ortaya koyarak kararlarını sorgulamaya yardımcı olabilir (Page vd. 2010: 455).

Sigara içme prevalansı, sigara içenlerin profili ve uygulamaları, sigarayı bırakma veya devam etme motivasyonları ve bağımlılıkla ilgili faktörler, araştırmanın ana odak noktalarıdır. Sigarayı anlama motivasyonu, sağlık okuryazarlığı da dahil olmak üzere konuyla ilgili

araştırmaları teşvik eder. Çünkü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu düşünülür. Bu nedenle bu alandaki araştırmacılar ve profesyoneller arasında artan bir endişe konusudur. Sağlık okuryazarlığı, sağlığı geliştirmek ve/veya sürdürmek için gerekli olan sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bunları anlama, değerlendirme ve kullanma becerisiyle ilişkili kişisel, bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Aynı zamanda bireysel ve bağlamsal belirleyicileri de içerir (Santos ve ark., 2011;2012) Belirli yapıların ölçümü, geçerli ve güvenilir araçlar gerektirir. Yeni bir sağlık ölçüm aracının tam olarak geliştirilmesi, çeşitli kaynaklar ve farklı alanlarda yetenek ve bilgilerin seferber edilmesini gerektiren karmaşık bir prosedürdür (Coluci ve ark., 2015; Valim ve ark., 2015).

Sağlıkla ilgili değerlendirmeler doğru, geçerli ve yorumlanabilir veriler sağlayabilen araçlar gerektirir. Ölçümler ayrıca bilimsel açıdan sağlam sonuçlar sağlamalıdır. Bu tür ölçümlerden elde edilen bulguların önemi, araç güvenilirliği ve geçerliliği ile yakından ilişkilidir. Farklılıklara rağmen, araştırmacılar güvenilirlik ve geçerliliğin ölçüm araçlarının en önemli özellikleri olduğuna inanmaktadır (Streiner, 2013; Souza ve ark., 2017).

Bu araştırmada da sigara okuryazarlığı ile ilgili oluşturulan ölçeğin geçerliliği ve güvenirliliği yapıldı. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin 4 alt boyuttan (Genel Görüş, İlişkili Hastalıklar, Solunum Yolu Hastalıkları ve Astım Belirtileri) oluştuğu ve güvenirlik katsayısının 0,688 değerinde saptandığı sonucuna ulaşıldı. Bu bulgular ölçeğimizin güvenilir olduğunu göstermektedir. Sigara okuryazarlığı ölçeğinin orijinalinde Cronbach alfa katsayıları Genel Görüş, İlişkili Hastalıklar, Solunum Yolu Hastalıkları ve Astım Belirtileri alt boyutları için sırasıyla 0.17, 0.51, 0.45 ve 0.48 olarak belirtilmiştir (Ngoh ve ark., 2017). Mevcut araştırma Cronbach alfa katsayılar düzeylerinin orijinal ölçeğe göre daha yüksek güvenirlilikte olduğu bulundu. İç tutarlılık, bir ölçek türü araçtaki maddeler arasındaki korelasyonu veya homojenliği belirleme yeteneği olarak tanımlanabilir. Cronbach's alpha, birden çok öğe kullanarak tek bir yapıyı ölçmeyi amaçlayan araçlar için anlamlı ve arzu edilen bir iç tutarlılık ölçüsüdür. Katılımcılar tarafından verilen yanıtların profiline göre anket yanıtları arasındaki korelasyonu ölçer ve bu nedenle sorular arasındaki ortalama bir korelasyonu temsil eder (Sartes ve Souza-Formigoni, 2013; Valim ve ark., 2015)

Araştırmada geçerlilik ve güvenirliliği ortaya konulan Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarının sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterme durumu da değerlendirildi. Yapılan analiz sonuçlarına göre cinsiyete ve yaş gruplarına göre ölçek puanlarının farklılık göstermediği bulundu. Ngoh ve ark. (2017)'nın araştırmasında kadınların genel görüş

düzeylerinin erkeklere kıyasla daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ancak, diğer bilgi alanlarında ve genel bilgide kadın ve erkek katılımcılar arsında farklılık bildirilmemiştir. Bu kapsamda araştırma sonuçları orijinal ölçek sonuçları ile uyum göstermektedir.

Araştırmada <35 ve üzeri bireylerde sigara ile ilişkili hastalık farkındalığının daha düşük olduğu bulundu. Araştırmada gelir durumuna göre genel görüş (p=0,307), ilişkili hastalıklar (p=0,945) ve solunum yolu hastalıkları alt boyutlarının (p=0,685) farklılık göstermediği, fakat astım belirtileri alt boyutunun gelir durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu. Sigara ile ilgili astım belirtilerini anlamada gelir durumu iyi olan bireylerin farkındalığının daha yüksek düzeyde olduğu bulundu (Tablo 4.11).

Düşük sosyoekonomik durumda olan bireylerde sağlık okuryazarlılığının düşük olduğu ve bu durumun sigara içen bireylerde kötü sigara bırakma sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Stewart ve ark., 2013). Düşük sosyoekonomik durumda olan bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlığının azaltılmasının eğitim ile mümkün olabileceği belirtilmiştir (Paasche-Orlow ve ark., 2005). Solunum yolu hastalıkları ve astım belirtileri ile ilgili okuryazarlık düzeylerinin astım hastalığını kontrol altında tutan bireyler daha yüksek olduğu bulundu. Ngoh ve ark. (2017)'nın araştırmasında da astımlı hastalarda sigara okuryazarlık düzeyinin artrılması gerektiği bildirilmiştir. Sigaraya bağlı komplikasyonların yanı sıra, sigara içenler, sigaranın gece astım semptomlarını şiddetlendirme, uykularını bozma ve nihayetinde yaşam kalitelerini bozma üzerindeki etkisi konusunda bilgilendirilmelidir (Tan ve ark., 2012; Ngoh ve ark., 2017).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Yönetimi İle İlgili Sonuçlar:

- Bireylerin cinsiyete göre "Astım Kontrol Testi" ölçeği incelendiğinde, kadın bireylerin astım kontrol yönetimini erkek bireylere göre daha iyi sağladıkları tespit edildi (Tablo 4.7).

-Bireylerin yaş ortalamasına göre Astım Kontrol Testi puan ortalamaları incelendiğinde 35-44 yaş bireylerin astım yönetiminde daha iyi olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

-Bireylerin mesleklerine göre Astım Kontrol Testi puan ortalamaları incelendiğinde, memur olan bireylerin astım kontrolünü daha iyi sağlayabildiği tespit edildi (Tablo 4.7).

-Bireylerin gelir durumlarının Astım Kontrol ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, iyi gelir durumuna sahip bireylerin astım kontrolünün daha iyi olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

- Bireylerin medeni durumuna göre Astım Kontrol Testi ve Astım Kontrol Ölçeği puan ortalamalarının farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4.7).

-Bireylerin cinsiyete göre kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, erkeklerde solunum yetersizliğinin daha yüksek olduğu saptandı (p=0,010) (Tablo 4.8).

- Bireylerin yaş gruplarına göre Kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, 18-24 yaş arası bireylerde göğüs ağrısı alt boyut puanlarının en düşük düzeyde olduğu saptandı (p=0,006).

- Bireylerin yaş gruplarına göre kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla bilek şişliği semptomu yaşadığı saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

- Bireylerin yaş gruplarına göre kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla yorgunluk şikayeti yaşadığı saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

- Bireylerin yaş gruplarına göre kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla fiziksel ve sosyal fonksiyon kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

- Bireylerin yaş gruplarına göre kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre cinsellik konusunda daha fazla kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

- Bireylerin yaş gruplarına kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, 55-64 yaş arası bireylerin diğer yaş gruplarına göre kısıtlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.8).

-Bireylerin BKİ gruplarına göre kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde, <30-34,9 BKİ grubunda bulunan bireylerin fiziksel ve sosyal fonksiyon kısıtlılık yaşadığı (p=0,038), ev içi faaliyetlerde daha fazla kısıtlılık yaşadığı (kadın; p=0,022) (erkek; p=0,001), kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu (p=0,001) saptandı (Tablo 4.8).

-Bireylerin BKİ gruplarına göre Kardiyovasküler semptom ve kısıtlılık profili incelendiğinde , <35 ve Üzeri BKİ grubunda bulunan bireylerin cinsellik ile ilgili daha yüksek düzeyde kısıtlılık yaşadığı saptandı (p=0,029) (Tablo 4.8).

-Bireylerin cinsiyete göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları arasında kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin erkeklere göre yüksek seviyede olduğu saptandı (Tablo 4.9).

-Bireylerin yaş gruplarının Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, 18-24 yaş grugubu bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.9).

-Bireylerin memurların 102,33±8,70 ortalama ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

-Bireylerin gelir durumu iyi olan 102±15,65 ortalama ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta ve kötü gelir durumu olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.9).

-Bireylerin medeni durumlarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı istatistiksel olarak saptandı (p=0,679) (Tablo 4.9).

6.2. Bireylerin Sigara Okuryazarlılık Düzeyleri ile ilgili Sonuçlar:

-Bireylerin sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça astım semptomlarının kontrol altında olduğu, aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

-Bireylerin sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça sigara kullanımı ile ilgili astım belirtileri okuryazarlık düzeyinin arttığı, aralarında anlamlı ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

-Bireylerin sigara okuryazarlık düzeyi arttıkça sigara kullanımı ile ilgili solunum yolu hastalık düzeyinin arttığı, aralarında anlamlı ilişki olduğu saptandı (p=0,000) (Tablo 4.13.2).

-Bireylerin Sigara Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutlarının cinsiyete ve yaş gruplarına göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4.11).

-Bireylerin sigara okuryazarlığı ölçeği toplam puanının BKİ gruplarına göre farklılık gösterdiği, en düşük <35 ve üzeri bireylerde (12,0±2,00), en yüksek ise <18,5-24,9 arası bireylerde (14,15±2,30) olduğu saptandı (Tablo 4.11).

- Bireylerin Sigara okuryazarlık ölçeği solunum yolu hastalıkları alt boyutuna göre astım kontrol testi gruplarına göre farklılık gösterdiği (p=0,031), solunum hastalıkları sigara okuryazarlık düzeyi yüksek olanların astımlarının kontrol altında olduğu saptandı (Tablo 4.12).

- Bireylerin solunum yolu hastalıkları sigara okuryazarlık düzeyi yüksek olanların astım semptomlarının kontrol altında olduğu (p=0,000) saptandı (Tablo 4.12).

6.3. Öneriler:

-Bireylerin sigaranın hastalık yönetimi üzerine etkisi hakkında okuryazarlılık düzeyleri doğrultusunda bilgi ve uygulamalarının değerlendirildiği daha büyük örneklem sayısı ile araştırmaların yapılması,

-Yapılan araştırmalar doğrultusunda sigaranın bireylerin astım ve kardiyovasküler hastalık semptomlarını üzerindeki etkisi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirildiği ve farkındalıklarını artıracak eğitim programlarının yapılması ve yaygınlaştırılması,

- İleri yaş, eğitim düzeyi düşük olan astım ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin okuryazarlılık düzeylerinin izlenmesi ve öz bakım yönetimini arttıracak eğitici videolar, broşürler ve afişler hazırlanarak bireylerin desteklenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Akçay, M, Yuksel, S. (2017). Smoking and Cardiovascular Diseases. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 34 (1), 21-25
2. Akpınar, B. Aşkın Ceran, M. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 3(2),140-152
3. Akbaş, G. Korkmaz, L. (2007). Ölçek uyarlaması (adaptasyon). Türk Psikoloji Bülteni, 13(40), 15-16.
4. Akagündüz, G. (2022). Astımlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve astım kontrolü (Master's thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
5. Attard, R. Dingili, P. Doggen, CJ. et.al. (2017). The impact of passive and active smoking on inflammation, lipid profile and the risk of myocardial infarction. Open Heart. 4(2).
6. Arafat, SMY. (2016) Cross Cultural Adaptation and Psychometric Validation of Instruments: Step-wise Description. International journal of psychiatry.1(1), 1-4
7. Apter, AJ, Wan, F, Reisine, S. et al. (2013). The association of health literacy with adherence and outcomes in moderate-severe asthma. Journal Allergy Clinical Immunology. 132(2),321-327
8. Appleton, SL., Ruffin, RE., Wilson, DH. Taylor, AW., Adams, R. J., North West Adelaide Cohort Health Study Team. (2009). Cardiovascular disease risk associated with asthma and respiratory morbidity might be mediated by short-acting β2-agonists. Journal of allergy and clinical immunology, 123(1), 124-130.
9. Arslan, Ü. (2019). Yaşlı astım hastalarında uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
10. Arıkan, A. (2020). “Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı YaĢam Biçimi DavranıĢları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir AraĢtırma”, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi.
11. Ayık, M.E. (2021). “Üniversite Hastanesinin Onkoloji Kliniğinde Tedavi Gören Kanser Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Ġncelenmesi”, (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

12. Akpınar, Ö.F. (2019). “Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi” (Tıpta Uzmanlık Tezi), T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
13. Alp, S. (2021). “Sağlık Okuryazarlığı, Öz Kontrol ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Ankara Üniversitesi.
14. Aytemur, ZA., Başoğlu, ÖK., Önal A. (2009). Düzenli izlenen astım olgularında aktif-pasif sigara içme durumunun astım atakları ve hastalık şiddeti ile ilişkisi. Turk Toraks Dergisi, 10: 178-82
15. Alpar, R. (2014). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik- Güvenirlik, 3. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık, 475-527.
16. Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği’nin geçerlik ve güvenirliği. Türk Kardiyoloji Derneği Arştırma Dergisi, 37(1), 35-40.
17. Avcı, E. (2013). Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Ve Etkileyen Faktörleri Saptama, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara
18. Arıkan, A. (2020). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: üniversite öğrencileri arasında bir araştırma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
19. Anderson JC., Gerbing DW. (1984). “The Effect of Sampling Error on Convergence, Improper Solutions, and Goodness-Offit Indices for Maximum Likelihood Confirmatory Factor Analysis”. Psychometrika, 49, 155-173.
20. Bayık-Temel, A. Çimen, Z. (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler, Ege Üniversitesi Fakültesi Dergisi, 33(3), 105-125.
21. Bayık-Temel A, ve Aras, Z. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 25(2), 85-94.
22. Bakanlığı, T. S. (2019). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti. Sağlık Bakanlığı Yayın, (909).

23. Büyüköztürk, Ş., Akgün, ÖE., Kahveci, Ö. (2004). Güdülenme ve öğrenme stratejileri ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 4(2), 207-239.
24. Bozkurt, N., Bozkurt, A.İ., Taş, E., Çatak, B., (2006). Denizli il merkezinde 15 yaş ve üzeri nüfusta astım prevalansı. Toraks Dergisi, 7(1), 5-10.
25. Bozbaş, Ş. S., Ulubay, G. (2011). Astımda Hastalık Kontrol ile Demografik zellikler, Yaşam Kalitesi ve Emosyonel Durumun İlişkisi. Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal, 12(4).
26. Bakan, AB. Yıldız, M. (2019). 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum, 29(3), 33 - 40.
27. Baker, DW. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy, Journal of General Internal Medicine, 21(8), 878-883.
28. Bozkurt, N., Bozkurt, Aİ., Taş, E., Çatak, B. (2006). Denizli il merkezinde 15 yaş ve üzeri nüfusta astım prevalansı. Toraks Dergisi, 7(1), 5-10.
29. Berkman, ND. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155, 97-107.
30. Brigham, EL., Goldenberg, L., Stolfi, A., Mueller, GA., Forbis, SG. (2016). Associations Between Parental Health Literacy, Use of Asthma Management Plans, and Child's Asthma Control. Clinical Pediatric. 55(2), 111-7
31. Berbiglia, VA., Banfield, B. (2013). Self-care deficit theory of nursing. Nursing Theorists and Their Work-E-Book, 30(1), 240.
32. Beaton, DE., Bombardier, C., Guillemin F., Ferraz, MB. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, 25(24), 3186-3191.
33. Bayazit, T. Ve Sümer, H. (2019). Cumhuriyet Üniversitesi Lisans Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(3), 34-47
34. Cuevas, A., Febrero, M., Fraiman, R. (2004). An anova test for functional data. Computational statistics data analysis, 47(1), 111-122.
35. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Cien Saude Colet. 2015;20(3):925-36. Review.

36. Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S. et al. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. Atencion primaria 46:180-186.
37. Cesur, B. (2014). Sivas il merkezi yetişkin nüfusta beslenme okuryazarlığı durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi (Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
38. Çapık, C., Gözüm S., Aksayan S. (2018). Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. Florence Nightingale Journal of Nursing, 26 (3) , 199-210.
39. Couture, ÉM. Chouinard, MC., Fortin, M. et al. (2017). The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 15**,** 137
40. Clark, NM., Gong, M. (2000). Management of Chronic Disease By Practioners and Patients: Are We Teaching The Wrong Things? BMJ, 320:572-575.
41. Clark MJ. (2015). "Chronic Physical Health Problems", Populatıon and Communıty Health Nursıng, 6th Edition, Pearson Education, Boston.791-835
42. Cole DA. (1987), "Utility of Confirmatory Factor Analysis in Test Validation Research." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55;1019-1031
43. Değerli, H., & Tüfekçi, N. (2018). Toplumun Sağlik Okuryazarlik Düzeyinin Belirlenmesi. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 6(15), 467-488.
44. Dikici, İ. C. (2018). Konjestif kalp yetersizliği olan hastaların kısıtlılık durumları ve semptom düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi.
45. Delerme S, Ray P. Acute respiratory failure in the elderly: diagnosis and prognosis. Age and Ageing 2008; 37: 251–257.
46. DENİZ, O., & Kızılarslanoğlu, M. C. (2020). Yaşlı COVID-19 Hastalarında Palyatif Bakım. Yürüyen içinde, Geriatri ve Covid-19, 54-58.
47. Doğru, İ. (2021). "Sağlık Yönetimi Ön Lisans, Lisans ve Lisansüstü Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi", (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Üsküdar Üniversitesi.
48. DeWalt, DA., Malone, RM., Bryant, ME., et al. (2006). A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized controlled trial. BMC Health Service Research. 6:30.

49. De Vries F., Pouwels S., et al. (2008). Use of beta2 agonists and risk of acute myocardial infarction in patients with hypertension. British journal of clinical pharmacology, 65(4), 580–586.
50. Durna, Z. (2012). Kronik Hastalıklar ve Bakım. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 1-63
51. DiLalla, L. (t.y.). Psychology 529 Structural equation modelling dersi notu. http://www.siu.edu/~psycho/sem/notes_92402.rtf https://dergipark.org.tr/tr/pub/yyuefd/issue/13711/165999 erişim tarihi: 11.12.2021.
52. Erkorkmaz, Ü. Etikan, İ. Demir, O. Özdamar, K., Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 33(1), 210-223
53. Espanha, R., Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. Procedia Computer Science, 100, 1033-1041.
54. Ezzati, M., Lopez, AD. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet.13;362(9387):847-52
55. Enç N, Öz Alkan H. (2017). Yaşlı kardiyovasküler hastalarda hemşirelik yaklaşımı [Nursing care in elderly patients with cardiovascular disease]. Turk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 45(5):120-123.
56. Erefe, İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. HEMAR-GE. İstanbul: Odak Ofset. 169-188.
57. Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30: 211-216
58. Fasano, G., Franceschini, A. (1987). A multidimensional version of the Kolmogorov–Smirnov test. Monthly Notices of the Royal Astronomical Society, 225(1), 155-170.
59. Fawns-Ritchie, C., Starr, JM., Deary, IJ. (2018). Health literacy, cognitive ability and smoking: a crosssectional analysis of the English Longitudinal Study of Ageing, BMJ Open. 8
60. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2017. www.ginasthma.org erişim tarihi:01.10.2021.

61. Gülseven, B., Oğuz, S. (2014). Kronik Durumlar. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Eds) Karadakovan A, Aslan FE. Geliştirilmiş 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara
62. Güler T. (2022). İstanbul İlinde Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi.
63. Güner, MD ve Ekmekci, PE (2019). Döküm fabrikası çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi ve iş sağlığı ve güvenliği eğitimi ile ilişkisi. İşyeri sağlığı ve güvenliği, 67 (9), 452-460.
64. Göker, C. (2021). Astım hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyinin astım kontrolüne etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
65. Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(1), 3-14.
66. Güven DY., Karabulut, N. (2018). Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. Journal of Health Sciences and Professions, 5(2), 161 - 168.
67. Gülel, O. (2012) Kardiyovasküler risk faktörleri. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 107-116
68. Ghisi, GLM., Chaves, GSDS., Britto, RR., Oh, P.(2018). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. Patient Education Counsseling.101(2):177-184
69. Global Initiative for Asthma. (2014). Global strategy for asthma management and prevention. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/01/2014-GINA.pdf erişim tarihi: 01.10.2021
70. Initiative forAsthma, G. (2014). Global strategy for asthma management and prevention, 2016.
71. Global Initiative for Asthma. (2018). Global strategy for asthma management and prevention. 2018 update. https://ginasthma.org/wpcontent/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf , erişim tarihi:01.10.2021.
72. Grady, P. A. Gough, L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. American journal of public health, 104(8), 25–31.
73. Gulsvik, A. K., Gulsvik, A., Skovlund, E., Thelle, D. S., Mowé, M., Humerfelt, S., & Wyller, T. B. (2012). The association between lung function and fatal stroke in a

community followed for 4 decades. J Epidemiol Community Health, 66(11), 1030-1036.

74. Hamzaçebi, H., Kayhan, S. (2012). Tütün Fabrikası Çalışanlarında Sigara Kullanımı ve Solunum Semptomlarının Prevalansı. Van Tıp Dergisi, 19(2), 72-77.
75. Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, MR. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. Electronic Journal of Business Research Methods, 6(1): 53-60.
76. Hoover, DS., Vidrine, JI., Shete, S, et al. (2015). Health Literacy, Smoking, and Health Indicators in African American Adults. Journal Health Communite. 20(2),24–33
77. Huffman, DM. (1987) Development of an instrumen to measure use of self-care management processes-guarding (SCMP-G). Unpublished master‟s thesis, Lousiana State University Medical Center, New Orleans
78. İncirkuş, K., Nahcivan, NÖ. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,23: 66-75.
79. Iribarren, C., Tolstykh, IV., Eisner, MD. (2004). Are patients with asthma at increased risk of coronary heart disease?. International journal of epidemiology, 33(4), 743-748.
80. Jeon, J., Holford, TR., Levy, DT. et.al. (2018). Smoking and Lung Cancer Mortality in the United States From 2015 to 2065: A Comparative Modeling Approach. Ann Internal Medicine. 20;169(10):684-69
81. Jaakkola, JJK., Hernberg, S., Lajunen, TK., et al.(2019). Smoking and lung function among adults with newly onset asthma. BMJ Open Respiratory Research
82. Jhonson, JL. et al. (1993). An exploration of Pender' s Health Promotion Model using Lisrel.Nursing Research.42(3),132-37
83. Juniper, EF, et al. (1999).Development and validation of a questionnaire to measure asthma control, Europan Respiratory Journal. 14, 902-907
84. Jordi Sunyer, J., Ballester, F., et al. (2003). The association of daily sulfur dioxide air pollution levels with hospital admissions for cardiovascular diseases in Europe. European Heart Journal. 24:752-60
85. Kalpaklıoğlu, A.F., Baccıoğlu, A. (2018). Yaşlılarda astım. Ertürk, A., Bahadır, A., Koşar, F. (Editörler). Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları içinde (153-163). TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi. ISBN:978-605-4899-68-5
86. Karakoç, FY., Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler,40

87. Koç, A., Tavaz, E., Uysal, N., Öztaş, D. (2020).Sağlık Hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşeni:sağlık okuryazarlığı.Ankara Medical Journal, 20(1),205-213
88. Kim, Y., Sim, S., Choi, HG. (2018). Active and passive smoking impacts on asthma with quantitative and temporal relations: A Korean Community Health Survey. Scientıfıc Report 8**,** 8614
89. Kondo, T., Yamashita, K., Murohara, T. (2014). Does smoking add more visceral fat in women, Circulation Journal, 78, 1071–1072.
90. Kara, B. (2001). Özbakım tanımı ve kavramsal yönü, Sendrom Dergisi, 13: 25- 28.
91. Karagülle, Ç. Can Çicek, S. (2020).Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Klitesine Etkisi.Turkish Journal Of Science and Health. 1(2),36-49
92. Karakoç Kumsar, A. Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Gnel Bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Fakültesi Dergisi. 2(2),62-70
93. Kumsar, AK., Yılmaz, FT. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. E Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2):62-70
94. Koşar, C., Besen, DB. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1).
95. Karakurt, P., Ünsal, A. (2019). Yaşlılarda Akılcı İnhaler Kullanımı Ve Hemşirenin Sorumlulukları. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6 (1) , 84-92.
96. Kalan, I. Yeşil, Y. (2010). Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. Diyabet ve obezite, 78.
97. Kim, T. K. (2015). T test as a parametric statistic. Korean journal of anesthesiology, 68(6), 540.
98. Kurt, E., Metintas, S., Basyigit, I. et al.(2009) PARFAIT Study of the Turkish Thoracic Society Asthma and Allergy Working Group Prevalence and Risk Factors of Allergies in Turkey (PARFAIT): results of a multicentre cross-sectional study in adults. European Respiratory Journal. 33;724-33.
99. KAavuncuoğlu, D. (2020). "Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkili Faktörler", (Uzmanlık Tezi), Atatürk Üniversitesi.

100.Kaya, M., Yılmaz, FM. (2019). Sağlık Okuryazarlığı Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin İki Farklı İstatiksel Yöntemle İncelenmesi. Uygulamalı Bilimler Kongre Kitabı. 200-211.

101.Lassetter JH, Clark L, Morgan SE, Brown LB, VanServellen G, Duncan K, et al. Health literacy and obesity among native Hawaiian and Pacific Islanders in the United States. Public Health Nurs 2015;32(1):15-23.

102.Lindvall, K. Ng, N. Nordin, M. et.al. (2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. European Journal of Preventive Cardiology, 27(2), 209-215

103.Lee, W., Hwang, S. H., Choi, H., Kim, H. (2017). The association between smoking or passive smoking and cardiovascular diseases using a Bayesian hierarchical model: based on the 2008-2013 Korea Community Health Survey. Epidemiology and health, 39

104.Boulet, P., FitzGerald, JM., McIvor, RA., Zimmerman, S., Chapman, KR. (2008). Influence of current or former smoking on asthma management and control. Canadian respiratory journal, 15(5), 275-279.

105.Liu, YB., Liu, L., Li, YF., Chen, YL. (2015). Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. International Journal Environmental Research and Public Health. 12, 9714-9725.

106.Lohr, KN. (1988). Outcome Measurement: Concepts and Questions. Inquiry, 25(1), 37–50.

107.Lewin, RJ., Thompson, DR., Martin, CR., et al. (2002). Validation of the Cardiovascular Limitations and Symptoms Profi le (CLASP) in chronic stable angina. Journal Cardiopulmonary Rehabilition, 22, 184–191

108.Michou M, Demosthenes BP, Vassiliki C. "Low health literacy and excess body weight: A systematic review." Central European journal of public health 2018; 26(3): 234-241..

109.Memiş, K. (2020).Sağlık Dışı Sağlık Belirleyicileri ve Buna Bağlı Kronik Hastalıklar. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi.6 (1) , 42-50

110.Moser, DK., Robinson, S., Biddle, MJ., Pelter, MM., Nesbitt, TS., Southard, J., Cooper, L., Dracup, K. (2015). Health Literacy Predicts Morbidity and Mortality in Rural Patients With Heart Failure. Journal of Cardiac Failure. 21(8):612-618

111. Minshall, C. Ski, C.F. Apputhurai, P. et al. (2021). Exploring the Impact of Illness Perceptions, Self-efficacy, Coping Strategies, and Psychological Distress on Quality of Life in a Post-stroke Cohort. Journal of Clinical Psychology Medicine Settings.28, 174–180
112. Myers, L., Murray, RK. (2019). Overcoming Health Literacy Barriers to Improve Asthma Inhaler Therapy Adherence. Annals of the American Thoracic Social. 16(2),182-186.
113. Munro, BH. (2005). Statistical Methods For Health Care Research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, .351-76
114. Marsh HW., Balla JR., McDonald RP. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. Psychological Bulletin, 103, 391-410
115. Morris NS., MacLean, CD., Littenberg, B. (2013). Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. The Diabetes Educator. 39(5), pp: 638- 646.
116. Nutbeam, D. (2000). Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.
117. Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science & Medicine, 67(12): 2072-2078.
118. Ngoh H.S.A , Chen, JZ., Tai, B., Tan, CN. (2017). Smoking literacy amongst adult Asian asthma patients in primary care, Proceedings of Singapore Healthcare,26(4), 235–240.
119. Nilüfer, E. M. R. E., ARSLAN, M., EDİRNE, T., ÖZŞAHİN, A., & ÇİĞDEM, A. (2021). Bir Üniversite Hastanesindeki Aile Hekimliği Poliklinik Hastalarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Etkenler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 11(3), 588-595.
120. Nathan, RA., Sorkness, CA. et al.(2004). Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control, Journal of The Allergy Clinical Immunology,113(1), 59-65
121. Onat, A. (2017) Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Ed (Onat A.)
https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf , erişim tarihi: 31.11.2021

122.Orçan, F. (2018). Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi: İlk Hangisi Kullanılmalı, Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, 9(4);413-421

123.Oh, HY., Lee, HS., Lee, SW., Shim, KW., Chun, H., Kim, JY. (2014). The association of lung age with smoking status in Korean men. Korean Journal Family Medicine. 35 (1),35-41.

124.Orem, DE. (2001). Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications. USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc. 99-135.

125.Organisation for Economic Co-operation and Development (2019). Daily Smokers. https://data.oecd.org/healthrisk/dailysmokers.htm, erişim tarihi: 11.08.2021.

126.Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgen N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research 2010;25(3):464-77.

127.Özer, Ö. (2021). "Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve GliĢkili Faktörler", (Uzmanlık Tezi), T.C. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi.

128.Özden Sertçelik, Ü. (2020), Astımlı kadınlarda sosyoekonomik düzey ile hastalık kontrolü arasındaki ilişkinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Tıp Fakültesi, Ankara.

129.Öztürk Z, Atilla AE, Koç E. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların demografik özellikleri ve sağlık okur yazarlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;2(2):263-84.

130.Özpulat, F., Erdem Y. (2019). Üniversite öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.1,110-126.

131.Özdelikara, A. Taştan, A. Şen Atasayar, B. (2020).Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi.5 (1) , 42-49

132.Özcanli Atik, D. (2012). The Evaluation of Limitations and Symptoms in Aft er Acute Coronary Syndromes. İstanbul: Marmara University Institute of Health Sciences

133.Öztaş, Ö. Aslan Korkmaz, G. (2019). Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6 (3) , 132-140

134.Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research, 25(3), 464-477.

135. Üzer, F., Alparslan, FB., Akdeniz, M., Özbudak, Ö. (2019). Astım tedavisinde kullanılan inhaler kortikosteroidlerin diabetes mellitus kontrolüne olan etkisi . Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi , 16 (2) , 295-299
136. Page R M, Piko B F, Balazs M A and Struk T (2010) Media literacy and cigarette smoking in Hungarian adolescents, Health Education Journal 70(4): 446-457.
137. Paasche-Orlow MK, Riekert KA, Bilderback A, et al.(2005). Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. Am J Respir Crit Care Med 172: 980–986.
138. Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L., Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. Health Expectations, 20(1), 112-119.
139. Puig-Cotado, Ferranda., Tursan d'Espaignet, et.al. (2020). Tobacco and coronary heart disease .World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/334325 , erişim tarihi : 09.07.2021.
140. Polosa, R., Thomson, N. (2013).Smoking ans asthma: dangerous liaisons.Europan Respiratory Journal, 41(3), 716-726
141. Parvanta, C., Nelson, DE., Parvanta, SA., Harner, RN. (2011). Essentials of Public Health Communication, USA, Jones and Bartlett.
142. Peyman, N., Behzad, F., Taghipour, A., Esmaily, H. (2014). Evaluation of communication between healthcare workers and patients with chronic diseases according to their levels of health literacy. J Research Health. 4(1): 599-607
143. Poureslami, I., Shum, J., Goldstein, R., Gupta S. et.al. (2020).Canadian Airways Health Literacy Study Group. Asthma and COPD patients' perceived link between health literacy core domains and self-management of their condition. Patient Education Couns.103 (7):1415-1421.
144. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, et al. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. Am J Public Health 2013; 103
145. Sacco, RL. (1995). Pathogenesis, classification, and epidemiology of cerebrovascular disease. Merrit's Textbook of Neurology, 227..
146. Ratzan, SC., (2001). Health Literacy: Communication for The Public Good. Health Promotion International, 16(2), 207-214
147. Riegel, B., Lee, CS., Dickson, VV. (2009).An Update on the Self-Care of Heart Failure Index, Journal of Cardiovascular Nursing, 24(6): 485–497

148. Ryan, Ng., Rinku, Sutradhar., Zhan, Yao. (2020).Smoking, drinking, diet and physical activity—modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease, International Journal of Epidemiology. 49(1), 113–130
149. Ridker, PM., Hennekens, CH., Buring, JE., Rifai, N. (2000). C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. The New England Journal Medicine. 23;342(12):836-43
150. Soylar, P., Kadıoğlu, B. (2020). Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve obeziteyle ilişkili bazı davranışlarının incelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 10(2), 270-276.
151. Schiavone, S., Attena, F. (2020). Measuring Health Literacy in Southern Italy: a cross-sectional study. PloS one, 15(8)
152. Sunyer, J., Ballester, F., Tertre, A. L., Atkinson, R., Ayres, J. G., Forastiere, F., Katsouyanni, K. (2003). The association of daily sulfur dioxide air pollution levels with hospital admissions for cardiovascular diseases in Europe (The Aphea-II study). European heart journal, 24(8), 752-760.
153. Sharif, I., Blank, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient education and counseling, *79*(1), 43-48.
154. Streiner DL. A guide for statistically perplexed: selected readings for clinical researchers. Toronto (CA): University of Toronto Press; 2013. p. 43-58.
155. Santos JD, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática. Cien Saude Colet. 2011;16(12):4707-20.
156. Santos LT, Mansur HN, Paiva TF, Colugnati FA, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. J Bras Nefrol. 2012;34(3):293-302. Review.
157. Souza AC, Alexandre NM, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(3):649-59.
158. Sartes LM, Souza-Formigoni ML. Avanços na psicometria: da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. Psicol Reflex Crít. 2013;26(2):241-50..
159. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient Education and Counseling 2010;79(1): 43–48.
160. Schumacker, RE., Lomax, RG. (2010). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. New York: Taylor Francis Group, 85-90
161. Schreiber, JB., Nora, A., Stage, FK., Barlow, EA., King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. The Journal of Educational Research, 99(6): 323-38.

162. Sezgin, D., Hatice, MERT. (2015). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2), 108-118.

163. Stewart, DW., Adams, CE. et.al. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. American Journal Public Health. 103

164. Soriano, JB., Kendrick, PJ., Paulson, KR., et.al. (2020). Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet Respiratory Medicine, 8(6), 585-596.

165. Stewart, D., Cano, MA. (2014). Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status, BioMedicalCentral Public Health, 14, 716.

166. Saulyte, J., Regueira, C., Montes-Martínez, A. et.al. (2014). Active or passive exposure to tobacco smoking and allergic rhinitis, allergic dermatitis, and food allergy in adults and children: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 11(3).

167. Sorensen, K., Pelikan, JM., Rothlin, F. et al. (2015). Avrupa'da sağlık okuryazarlığı: Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasının (HLS-EU) karşılaştırmalı sonuçları. Europan Journal Publıc Health.25:1053–1058

168. Strand, LB., Tsai, MK., Wen, CP., Chang, SS. (2018). Is having asthma associated with an increased risk of dying from cardiovascular disease? A prospective cohort study of 446 346 Taiwanese adults. BMJ open, 8(5).

169. Shih, SF., Liu, CH., Liao, LL., Osborne, RH. (2016). Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. BMC Public Health. 22 (16):280.

170. Sümer N. (2000), "Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar", Türk Psikoloji Yazıları, 3(6):49-74.

171. Şencan H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik [Reliability and validity in social and behavioral assessments]. Ankara: Seçkin. Özlem Diken and James E. Gilliam.

172. Şimşek, ÖF. (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LİSREL Uygulamaları. Ankara Ekinoks, 4-22.

173. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626 erişim tarihi: 11.11.2021.

174. Türkiye İstatistik Kurumu (2019). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661 erişim tarihi: 11.11.2021.
175. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi Güncellemesi.(2020). https://www.aid.org.tr/wp-content/uploads/2020/12/astim-rehberi-2020.pdf erişim tarihi: 10.10.2021.
176. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi (2016). https://toraks.org.tr/site/community/library/2212 erişim tarihi: 21.10.2021.
177. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi. 2020. T.C Sağlık Bakanlığı.Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi. https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html erişim tarihi: 22.01.2022.
178. Turkish Statiscial Institute. (2017). Turkey Health Survey, http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573 erişim tarihi: 22.01.2022.
179. Türkoğlu, İ., Çadır, Ç., Çetin, Mİ. (2021). Dünyada ve Türkiyede Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi. Şehir Sağlığı Dergisi / City Health Journal, 2(1):20-25.
180. Tan NC, Ngoh SHA, Teo SHS, et al. Impact of cigarette smoking on symptoms and quality of life of adults with asthma managed in public primary care clinics in Singapore: a questionnaire study. Prim Care Respir J 2012; 21: 90–93.
181. Tonnesen, P., Marott, JL., Nordestgaard, B., Bojesen, SE., Lange, P. (2019). Secular trends in smoking in relation to prevalent and incident smoking-related disease: A prospective population-based study. Tobacco induced diseases, 17, 72.
182. Türk, H., Akı, M., Karaca, M.(2021). Sigaraya bağlı artan Kardiyovasküler Hastalık Riskini Düşürme. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi, 2(2);40-47)
183. Takahisa, K., Yoshihisa, N. et al.(2019).effects of tobacco smoking on cardiovascular disease.Circulation Journal. 83(10),1980-1985
184. Taş Gülen, Ş., Kandemir, A. (2019). Kolorektal Polipde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Sıklığı ve Sistemik İnflamasyonla İlişkisi. Kocaeli Tıp Dergisi, 8(2), 103-109.
185. Teleş, M., Kaya, S. (2019). Kardiyoloji Polkliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.22(4) , 711-748
186. Toci, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sorensen, K., Ramadani, N., Hysa, B., Brand, H. (2015). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. Health Promotion Internal. 30(3):667-74.

187. Tattersall, MC., Guo, M., Korcarz. CE. et al.(2015). Asthma Predicts Cardiovascular Disease Events The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology.35, 1520-5.
188. Toçi, E., Burazeri, G. (2013). Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo, British Journal of Medicine and Medical Research, 3(4), 1646-1658
189. Türkmen, E. (2012). Kronik Hastalıklar ve Önemi. İçinde: Durna Z, editör. Kronik Hastalıklar ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul. 37-493.
190. Türk, H., Karaca, M., Akın, M. (2021). Sigarayla hızlanan kalp damar hastalıkları riskinin azlması. Türk sağlık okuryazarlığı Dergisi. 2;2, 111-118.
191. Uysal, HB., Yaşar, MB., Sönmez, HM. (2016). Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 20(2), 54-63.
192. Uysal, MA. (2012). Astım Kontrol Testinin Türkçe Versiyonun Geçerlilik ve Güvenilirliği. 15. Türk Toraks Derneği Yıllık Kongresi. Kongre Kitabı, 23
193. Varmaghani, M., Dehghani, M., Heidari, E. (2019). Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. Eastern Mediterr Health Journal.19;25(1):47-57
194. Valim MD, Marziale MH, Hayashida M, Rocha FL, Santos JL. Validity and reliability of the questionnaire for compliance with standard precaution. Rev Saude Publica. 2015;49:87.
195. Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1, 771-774.
196. Yılmaz, M., Tiraki, Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dijital Dergisi. 9(4), 142-147
197. Yun, HD., Knoebel, E., Fenta, Y., Gabriel, SE., Leibson, CL., Loftus Jr EV., Juhn, YJ. (2012). Asthma and proinflammatory conditions: a population-based retrospective matched cohort study. In Mayo Clinic Proceedings .87(10), 953-960
198. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016;9(4):142-7.
199. Yakar, B., Gömleksiz, M., & Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*, *8*(1), 27-35.

200. Yılmaz, M., Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 142-147.

201. Yüce, N. (2021). "Kalp Yetmezliği Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Davranışları ve Öz Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi.

202. Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R., Zhao, Y. (2016). Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: a cross-sectional study. PloS one, 11(4)

203. Zuhur, Ş. Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.19 (2), 57-74

204. Zheng, M., Jin, H., Shi, N. et al.(2018). The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes.16, 201

205. Xu, M., Xu, J., Yang, X. (2017). Asthma and risk of cardiovascular disease or all-cause mortality: a meta-analysis. Annals of Saudi Medicine. 37(2):99-105

206. Waltz, CF, Strcikland, OL., Lenz, ER. (2010). Measurement in Nursing and Health Research. New York: Springer Publishing Company, 176-8.

207. Wang, J., Wang, X. (2012). Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: methods and applications. West Susex: John Wiley & Sons, 5-9.

208. World Health Organization. Tobacco Control in Turkey. Story of commitment and leadership.2012.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/163854/e96532.pdf
erişim tarihi: 31.08.20211

209. World Health Organization. Health literacy. The solid facts.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
erişim tarihi: 13.07.2021

210. World health organization the top ten causes of death. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
erişim tarihi: 02.01.2021

211. WHO, (2013). Health Literacy World Health Organization, Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
erişim tarihi: 13.07.2021

212.WHO report on the global tobacco epidemic, 2021 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98446/E93038.pdf erişim tarihi:31.08.20211

213.World Health Organization (WHO). "WHO report on the global tobacco epidemic, 2021: addressing new and emerging products https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021 erişim tarihi:31.08.2021

214.World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2020 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330805/9789240000490-eng.pdf erişim tarihi: 11.09.2021

215.World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2021. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases erişim tarihi: 11.09.2021

216.WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf?sequence=1 erişim tarihi:31.08.20211

217.World Health Organization. More than 700 milion people with untreat hypertension. https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension erişim tarihi: 11.09.2021.

EKLER

EK-1: Gönüllü Bilgilendirme Formu

EK-2: Hasta Bilgi Formu

EK-3: Sigara Okuryazarlığı Ölçeği (Smoking Literacy Scale)

EK-4: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

EK-5: Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profil Ölçeği

EK-6: Astım Kontrol Testi

EK-7: Astım Kontrol Ölçeği

EK-1: Gönüllü Bilgilendirme Formu

(Sigara okuryazarlık düzeyinin hastalık yönetimine etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan tez çalışması onam formu)

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. Sizi Dr. Öğretim Üyesi Hilal UYSAL danışmanlığında, yüksek lisans tez öğrencisi Sinem Yalçın tarafından yürütülen "Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım Hastalığı Olan Bireylerin Sigara Okuryazarlık düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, koroner arter hastalığı, akut koroner sendrom, kalp yetersizliği hastalığına ek olarak astım tanısı konulan bireylerde sigara okuryazarlık düzeyinin hastalık yönetimi üzerine etkisinin belirlenmesidir. Bu çalışma bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimini nasıl etkilediği hakkında veri toplamak için planlandı. Bu açıdan sizin çalışmaya katkınız çok önemlidir, bilime çok önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz. Araştırmada sizden tahminen 20-30 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda 72 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Sorulan sorulara cevap vermeniz kardiyovasküler hastalığa ek olarak astım hastalığı olan bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimini nasıl etkilediğini belirlememize yardımcı olacaktır. Elde edilen bilgiler, bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimine etkisini anlamamıza yardımcı olacak ve bu alanda yapılacak diğer bilimsel çalışmalara yön verecektir. Bu çalışmadan elde edilen yararlar sonrasında size bildirilecektir. Araştırmada, sosyodemografik durumuzu değerlendirmek için Hasta Bilgi Formu, hastalık yönetimini belirlemek için Astım Kontrol Testi, Astım Kontrol Ölçeği, Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Profili Ölçeği, sigara ve sağlık okuryazarlık durumunu belirlemek için Sigara Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kullanılacak soru formlarıdır. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile sorulacaktır.

Planlanan bu çalışmaya katılım baskı ve zorlama olmaksızın, tamamen kendi isteğinize bağlıdır. İstediğiniz zaman gerekçeli ya da gerekçesiz çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Size de bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret verilmeyecektir. Çalışmada toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir. Araştırmada video/film kaydı, ses kaydı vb. kayıtlar kullanılmayacaktır. Yazılı kayıtlar 5 yıl boyunca kilitli bir dolapta arşivlenecek ve süre bitiminde tüm yazılı kayıtlar kağıt imha cihazında imha edilecektir.

İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya sorabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Gönüllü Bilgilendirme Formu

(Sigara okuryazarlık ölçeğinin Türkçeye uyarlaması hakkında onam formu)

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. Sizi Dr. Öğretim Üyesi Hilal UYSAL danışmanlığında, yüksek lisans tez öğrencisi Sinem Yalçın tarafından yürütülen "Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım Hastalığı Olan Bireylerin Sigara Okuryazarlık düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı koroner arter hastalığı, akut koroner sendrom, kalp yetersizliği hastalığına ek olarak astım tanısı koyulan bireylerde sigara okuryazarlık düzeyinin hastalık yönetimi üzerine etkisinin belirlenmesidir. Araştırmada "Sigara Okuryazarlık Ölçeğinin" Türkçeye uyarlamasının yapılması ve kullanılması planlandı. Kalp hastalıklarına ek olarak astım tanısı olan bireylerde sigara okuryazarlık düzeyinin hastalık yönetimini ortaya koymak amacıyla bu çalışma planlandı. Araştırmada sizden tahminen 20-30 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda 199 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Sorulan sorulara cevap vermeniz astım hastalığı olan koroner arter hastalığı, akut koroner sendrom kalp yetersizliği tanısı koyulan bireylerin sigara okuryazarlık düzeylerinin hastalık yönetimlerini nasıl etkilendiğini belirlememize yardımcı olacaktır. Elde edilen bilgilerin vermeniz koroner arter hastalığı, akut koroner sendrom kalp yetersizliği ve astım tanısı olan bireylerin hastalık yönetiminde rollerinin anlamamıza ve yetersizliklerini ortadan kaldırmak için yeni yöntemler geliştirmemize yardımcı olacaktır. Bu çalışmadan elde edilen yararlar sonrasında size bildirilecektir. Araştırma verileri sosyodemografik durumuzu değerlendirmek üzere 28 soruluk Hasta Bilgi Formu, Sigara Okuryazarlık durumunu değerlendirmek üzere 20 soruluk Sigara Okuryazarlık Ölçeği (Smoking Literacy Scale) uygulanarak toplanacaktır. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze cevaplanacaktır.

Planlanan bu çalışmaya katılım baskı ve zorlama olmaksızın, tamamen kendi isteğinize bağlıdır. İstediğiniz zaman gerekçeli ya da gerekçesiz çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Size de bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret verilmeyecektir. Çalışmada toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir. Araştırmada video/film kaydı, ses kaydı vb. kayıtlar kullanılmayacaktır. Yazılı kayıtlar 5 yıl boyunca kilitli bir dolapta arşivlenecek ve süre bitiminde tüm yazılı kayıtlar kağıt imha cihazında imha edilecektir.

İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya sorabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

EK-2 Hasta Bilgi Formu

1.Hasta Bilgi Formu:

A.SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
1.Ad Soyad	
2.Cinsiyet	1☐ Erkek 2☐ Kadın
3. Yaş	1☐ 18-24 2☐ 25-34 3☐ 35-44 4☐ 45-54 5☐ 55-64
4. Boyunuz kaç cm?	1☐ 165 -170 cm 2☐ 170-175 cm 3☐ 175-180 cm 4☐ 180 cm ve üzeri
5. Kaç kilosunuz ?	1☐ 70-75 kg 2☐ 75-80 kg 3☐ 80-90 kg 4☐ 90-110 kg 5☐ 110-130 kg 6☐ 130 kg ve üzeri
6. Bel çevresi kaç cm ?	1☐ ☐ 80-90 cm 2☐ ☐ 90-110 cm 3☐ ☐ 110-130 cm 4☐ 130 cm ve üzeri
7. BKİ	1☐ < 18,5 2☐ < 18,5-24,9 3☐ <25-29,9 4☐ < 30-34,9 5☐ <35 ve üzeri
8. Çalışma durumu	1☐ Emekli 2☐ Memur 3☐ İşçi 4☐ Serbest meslek 5☐ Ev hanımı 6☐ Diğer
9. Gelir düzeyiniz nedir?	1☐ İyi 2☐ Orta . 3☐ Kötü
10. Medeni durum	1☐ Bekar 2☐ Evli
B. HASTALIK OZELLIKLERI	
11.Astım hastalığı tanı süresi?	1☐ 1 yıl 2☐ 2-5 yıl 3☐ 5-8 yıl 4☐ 8-10 yıl 5☐ 10 yıl ve üzeri
12.Ailenizde Astım öyküsü olan var mı?	1☐ Evet 2☐ Hayır
13.Alerjiniz var mı ?	1☐ Evet 2☐ Hayır
14.Astım hakkında daha önce bilgi aldınız mı ?	1☐ Evet 2☐ Hayır

15.Hangi konuda bilgi aldınız?	1☐ Astım nedeni 2☐ Astımın atağı 3☐ Astım tedavisi 4☐ Astım risk faktörleri 5☐ Hepsi
16. Astım risk faktörleri nelerdir?	1☐ Toz, polen, kedi-köpek tüyü vb alerjenler 2☐ Çevre kirliliği- 3☐ Sigara 4☐ Ağır aktivite
17. Astım atağı geçirdiğiniz sırada neler yaşıyorsunuz?	1☐ Nefes darlığı 2☐ Eforla öksürük 3☐ Kuru öksürük 4☐ Balgamlı öksürük 5☐ Hışıltı 6☐ Boğaz ağrısı 7☐ Göğüste sıkışma 8☐ Ateş
18.Düzenli reçeteli ilaç kullanmanız gerekiyor mu?	1☐ Evet 2☐ Hayır
19. Reçeteli ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	1☐ Evet 2☐ Hayır
20.Düzenli egzersiz yapma alışkanlığınız var mı ?	1☐ Evet 2☐ Hayır
21. Astım hastalığınıza ek olarak başka hastalığınız var mı?	1☐ Hipertansiyon 2☐ Şeker hastalığı 3☐ Kalp krizi 4☐ Koroner arter hastalığı 5☐ Kalp yetmezliği
C.SIGARA İÇME ALIŞKANLIĞINIZLA İLGİLİ BİLGİLER	
22.Sigara kullanıyor musunuz yada hiç kullandınız mı ?	1☐ Halen içiyorum 2☐ Hiç içmedim 3☐ Eskiden içiyordum
23.Sigara içiyorsanız, başladığınız yaş?	1☐ 15-20 2☐ 20-45 3☐ 45-60
24.Sigara içmeyi bıraktıysanız, hastalığınız nedeniyle mi?	1☐ Evet 2☐ Hayır
25.Sigara içmeyi bıraktıysanız, kaç yaşında bıraktınız ?	1☐ 25-45 2☐ 45-65 3☐ 65 ve üzeri
26.Sigara kullanımına tekrar başladıysanız, nedeni nedir?	1☐ Huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, duygusal dalgalanma yaşadığım için 2☐ Başkalarıyla yaşadığım anlaşmazlıklar 3☐ Sigara içmeye iten çevre , mekanlar nedeniyle 4☐ Sigara dumanını görmek veya kokusunu almak
27.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	1☐ 5 in altında 2☐ 5-20 arası 3☐ 20 nin üstünde
28.Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?	1☐ 1-5 2☐ 5-10 3☐ 10-15 4☐ 20 ve üzeri

Ek 3-Sigara Okuryazalığı Ölçeği

6)Sigara Okuryazarlığı Ölçeği:

	Doğru	Yanlış
Sigara Kullanımı Hakkında Genel Görüşler		
1. Tüm sigaraların nikotin içeriği aynıdır.	1	0
2. Sigarada bulunan nikotine bağımlı olabilirim.	1	0
3. Sigara dumanını içime çekmeden içersem sağlığıma zarar vermez.	1	0
4. Sigara dumanındaki karbonmonoksit nefes darlığına sebep olabilir.	1	0
Sigara Kullanımı İle İlişkili Hastalıklar		
1. Sigara içmek, felce sebep olur.	1	0
2. Sigara içmek kalp krizine sebep olur.	1	0
3. Sigara içmek yüksek tansiyona sebep olur.	1	0
4. Sigara içmek düşük yapma riskinin artmasına sebep olur.	1	0
5. Sigara içmeyi bırakmak erken yaşta ölüme sebep olabilir.	1	0
Sigara Kullanımı İle İlişkili Solunum Yolu Hastalıkları		
1. Sigara içmek astım krizini başlatır.	1	0
2. Sigara içmek akciğer kanserine sebep olmaz.	1	0
3. Sigara içmek kronik akciğer rahatsızlıklarına sebep olur.	1	0
4. Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda akut solunum yolu infeksiyonu gelişme riskini arttırır.	1	0
5. Filtreli sigara içmek akciğer kanseri riskini azaltabilir.	1	0
Sigara İçenlerde Astım Belirtileri		
1. Sigara içmediğim zaman öksürüyorum.	1	0
2. Sigara dumanına maruz kalmak çocuklarda astım riskini arttırır.	1	0
2. Sigara dumanını solumak boğazımı tahriş edebilir.	1	0
3. Sigara dumanını solumak daha fazla balgam çıkarmaya neden olabilir.	1	0
4. Sigara içmezsem astım ataklarımın sıklığı azalacaktır	1	0
5. Sigara içmemle astım atağı geçirmem arasında bir bağlantı yoktur.	1	0

EK – 4 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

7) Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği:

BİLGİYE ERİŞİM					
	Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız"	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç zorluk çekmiyorum
1.Hastalıklar hakkında bilgiye ulaşabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	1	2	3	4	5
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
BİLGİLERİ ANLAMA					
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
DEĞER BİÇME / DEĞERLENDİRME					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

18. . Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
UYGULA/KULLANMA					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
22. Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

EK-5 AstımKontrol Testi

2.AstımKontrol Testi:

1. Son 4 haftada astımınız sizin işte, okulda veya evde yapmak istediklerinizi ne kadar etkiledi?	1 – Tamamen 2 – çoğunlukla 3 – bazen 4 – Nadiren 5 – Hiçbir zaman
2.Son 4 haftada süresince ne kadar sıklıkta nefes darlığı hissettiniz?	1 - Günde bir kezden fazla 2 - Günde bir kez 3 - Haftada 3-6 kez 4 - Haftada 1-2 kez 5 - Hiçbirzaman
3.Son 4 haftada süresince astım şikayetlerinizi kaç gece veya sabah sizi normal kalkış saatinden önce uyandırdı?	1 - Haftada en az dört gece 2 - Haftada iki-üç gece 3 - Haftada bir kez 4 - Bir veya iki kez 5 - Hiçbirzaman
4. Son 4 haftada süresince rahatlatıcı inhaller cihazınızı veya sabhutamol türü nebülizer cihazınızı kaç kez kullandınız?	1 - Günde üç kez veya daha sık 2 - Günde 1 veya 2 kez 3 - Haftada 2 veya 3 kez 4 - Haftada 1 kez veya daha az 5 - Hiçbirzaman
5. Son 4 haftada astım kontrolünüzü nasıl değerlendirdiniz?	1 - Hiç kontrol altında değil 2 - Zayıf düzeyde 3 - Haftada 2 veya 3 kez 4 - İyi düzeyde 5 - Tamamen kontrol altında
HASTANIN TOPLAM PUANI:	

EK- 6 Astım Kontrol Ölçeği

3)Astım Kontrol Ölçeği :

Lütfen 1'inciden 6'ncıya kadar soruları cevaplandırınız. Geçtiğimiz 7 gün boyunca nasıl olduğunuzu en iyi anlatan cevabın numarasını daire içine alınız.	
1. Geçtiğimiz 7 gün boyunca, gece sıtresince ortalama olarak kaç defa astımınız tarafından uyandırıldınız?	0 - Hiç 1 - Hemen hemen hiç 2 - Bir-iki kez 3 - Bir kaç kez 4 - Çok kez 5 - Pek çok kez 6 - Astım yüzünden hiç uyuyamadım
2. Geçtiğimiz 7 gün boyunca, sabahları uyandığınızda, astım belirtileriniz ortalama olarak, ne kadar ciddiydi?	0 - Belirti yok 1 - Çok hafif belirtiler 2 - Hafif belirtiler 3 - Orta düzeyde belirtiler 4 - Oldukça ciddi belirtiler 5 - Ciddi belirtiler 6 - Çok ciddi belirtiler
3. Genel olarak, geçtiğimiz 7 gün boyunca, astımınız yüzünden günlük faaliyetleriniz ne kadar kısıtlandı?	0 - Hiç kısıtlanmadı 1 - Çok hafif kısıtlandı 2 - Hafifçe kısıtlandı 3 - Orta derecede kısıtlandı 4 - Aşırı derecede kısıtlandı 5 - Çok fazla kısıtlandı 6 - Tamamen kısıtlandı
4. Genel olarak, geçtiğimiz 7 gün boyunca, astımınız yüzünden ne kadar nefes darlığı yaşadınız?	0 - Hiç 1 - Çok az 2 - Az 3 - Orta düzeyde 4 - Oldukça 5 - Büyük ölçüde 6 - Çok büyük ölçüde
5. Genel olarak, geçtiğimiz 7 gün boyunca, ne kadar sıtre ile hırıltılı soludunuz?	0 - Hiç 1 - Hemen hemen hiç 2 - Kısa bir zaman 3 - Orta uzunlukta zaman 4 - Zamanın çoğunda 5 - Zamanın büyük kısmında 6 - Sürekli
6. Geçtiğimiz 7 gün boyunca, her gün ortalama kaç puf nefes açıcı fıstıs (örn. Ventolin/Bricanyl) kullandınız? (Eğer bu soruya nasıl cevap verileceğinden emin değilseniz lütfen yardım isteyin.)	0 - Hiçbir zaman kullanmadım 1 - Günde ortalama 1-2 puf 2 - Günde ortalama 3-4 puf 3 - Günde ortalama 5-8 puf 4 - Günde ortalama 9-12 puf 5 - Günde ortalama 13-16 puf 6 - Günde ortalama 16 pufın fazla
Klinik ekibin elemanlarından birisi tarafından doldurulacaktır. 7. Bronkodilatör öncesi FEV1 ..... Öngörülen FEV1 ..... Öngörülen FEV1 %'si: ..... (Noktalı çizgilere gerçek değerleri kaydediniz ve yandaki sütunda FEV1 'in öngörülen % değerini işaretleyiniz)	0 => %95 1 %95-90 2 %89-80 3 %79-70 4 %69-60 5 %59-50 6 =< %50

EK- 7 Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profil Ölçeği

4)Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profil Ölçeği:

Bu ölçek, sizin son 2 haftadaki semptomlarınızı ölçer. Lütfen bütün soruları cevaplayınız, eger sizin durumunuza uymayan sorular olursa boş bırakınız. Lütfen her soruya sadece bir cevap veriniz. Bazen hangi cevabın doğru olduğuna karar vermek zor olabilir, bu durumda lütfen size en doğru gelen cevabı seçiniz. Lütfen seçtiğiniz cevabın karşısındaki kutuyu () çarpı (x) ile işaretleyiniz.	
1.Son iki haftadır göğüs ağrınız oldu mu? ☐ **Hayır - eğer cevabınız hayır ise lütfen 7. soruya geçiniz** ☐ **Evet - eğer cevabınız evet ise lütfen 2 'den 6'ya kadar olan soruları cevaplayınız**	
2. Son iki haftada ortalama kaç kez göğüs ağrınız oldu? ☐ Son iki haftadır bir veya iki kere ☐ Her gün değil ama haftada 2 - 3 kere ☐ Günde 1 kere ☐ Günde 2 - 3 kere ☐ Günde 4 kere veya daha fazla	1 2 3 4 4
3. Son 2 haftada ortalama olarak, göğüs ağrısı krizlerinizin şiddeti neydi? ☐ Çoğunlukla hafif ☐ Çoğunlukla orta düzeyde ☐ Çoğunlukla ciddi	1 2 3
4.Göğüs ağrısı sizi uykudan uyandırdı mı? ☐ Asla ☐ Arada sırada ☐ Sıklıkla ☐ Çok sık	1 2 3 3
5. Göğüs ağrılarınıza göre hangisi sizin için geçerli?: ☐ Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte ☐ Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte ☐ Günlerim hep kötü geçmekte	1 2 3
6. Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız göğüs ağrılarının şiddeti nasıldı? ☐ Hafif ☐ Orta düzeyde ☐ Ciddi	1 2 3
7.Son 2 haftada nefes darlığınız oldumu? Eğer nefes darlığınız sadece yoğun fiziksel aktivite (örn. koşma, merdiven çıkma, spor, egzersiz veya ağır nesnelerin kaldırılması) nedeniyle oluyor ise, **HAYIR'ı** işaretleyin ve **13. soruya geçin.** ☐ **Hayır - lütfen 13. soruya geçin** ☐ **Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın**	
8.Ortalama olarak, son 2 haftada ne sıklıkta nefes darlığınız oldu? ☐ Son iki hafta içinde bir ya da iki kere ☐ Her gün değil ama haftada 2-3 kere ☐ Günde 1 kere ☐ Günde 2-3 kere ☐ Günde 4 kere veya daha fazla	1 1 2 3 3
9.Nefes darlığı olmadan sırtüstü yatmakta zorluk çektiniz mi? ☐ Asla ☐ Biraz ☐ Orta düzeyde ☐ Büyük oranda	1 2 3 3

10.Nefes darlığınızı göz önüne aldığınızda aşağıdakilerden hangisi sizin için geçerlidir?:	
☐ Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte	1
☐ Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte	2
☐ Günlerim hep kötü geçmekte	2
11.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığının şiddeti nasıldı?	
☐ Hafif	1
☐ Orta düzeyde	2
☐ Ciddi	3
12.Son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığı hayatınızı ne kadar etkiledi?	
☐ Hiç	1
☐ Biraz	1
☐ Orta düzeyde	2
☐ Büyük oranda	3
13.Son 2 haftada hiç ayak bileğinizde şişme oldu mu?	
☐ **Hayır - lütfen 17. soruya geçin**	
☐ **Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın.**	
14.Ayak bileklerinizdeki şişliğin şiddeti nasıldı?	
☐ Hafif şişme	1
☐ Orta derecede şişme	2
☐ Çok şişme	3
15.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız ayak bileği şişliğinin şiddeti nasıldı?	
☐ Hafif	1
☐ Orta düzeyde	2
☐ Ciddi	3
16.Son 2 haftada yaşadığınız ayak bileği şişliği hayatınızı ne kadar etkiledi?	
☐ Hiç	1
☐ Biraz	2
☐ Orta derecede	3
☐ Büyük oranda	4
17. Son 2 haftada hiç yorgunluk veya enerji eksikliği yaşadınız mı?	
☐ **Hayır - lütfen 21. soruya geçin**	
☐ **Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın**	
18.Genel olarak, son 2 haftada kendinizi ne kadar yorgun hissettiniz?	
☐ Biraz yorgundum	1
☐ Orta düzeyde yorgundum	2
☐ Çok yorgundum	3
☐ Aşırı derecede yorgundum	3
19.Kendinizi günün ne kadarlık kısmında yorgun hissettiniz?	
☐ Yalnızca günün sonunda	1
☐ Çoğu günler, en fazla günün bir iki saati	2
☐ Yarım gün	3
☐ Günün çoğu veya tamamı	3
20.Son 2 haftada kendinizi ne kadar enerjik hissettiniz?	
☐ Büyük oranda	1
☐ Orta düzeyde	2
☐ Çok az	3
☐ Hiç	3

4)Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profil Ölçeği:

Bu ölçek, sizin son 2 haftadaki semptomlarınızı ölçer. Lütfen bütün soruları cevaplayınız, eğer sizin durumunuza uymayan sorular olursa boş bırakınız. Lütfen her soruya sadece bir cevap veriniz. Bazen hangi cevabın doğru olduğuna karar vermek zor olabilir, bu durumda lütfen size en doğru gelen cevabı seçiniz. Lütfen seçtiğiniz cevabın karşısındaki kutuyu () çarpı (x) ile işaretleyiniz.	
1.Son iki haftadır göğüs ağrınız oldu mu? ☐ **Hayır - eğer cevabınız hayır ise lütfen 7. soruya geçiniz** ☐ **Evet - eğer cevabınız evet ise lütfen 2 'den 6'ya kadar olan soruları cevaplayınız**	
2. Son iki haftada ortalama kaç kez göğüs ağrınız oldu? ☐ Son iki haftadır bir veya iki kere ☐ Her gün değil ama haftada 2 - 3 kere ☐ Günde 1 kere ☐ Günde 2 - 3 kere ☐ Günde 4 kere veya daha fazla	1 2 3 4 4
3. Son 2 haftada ortalama olarak, göğüs ağrısı krizlerinizin şiddeti neydi? ☐ Çoğunlukla hafif ☐ Çoğunlukla orta düzeyde ☐ Çoğunlukla ciddi	1 2 3
4.Göğüs ağrısı sizi uykudan uyandırdı mı? ☐ Asla ☐ Arada sırada ☐ Sıklıkla ☐ Çok sık	1 2 3 3
5. Göğüs ağrılarınıza göre hangisi sizin için geçerli?: ☐ Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte ☐ Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte ☐ Günlerim hep kötü geçmekte	1 2 3
6. Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız göğüs ağrılarının şiddeti nasıldı? ☐ Hafif ☐ Orta düzeyde ☐ Ciddi	1 2 3
7.Son 2 haftada nefes darlığınız oldumu? Eğer nefes darlığınız sadece yoğun fiziksel aktivite (örn. koşma, merdiven çıkma, spor, egzersiz veya ağır nesnelerin kaldırılması) nedeniyle oluyor ise, **HAYIR'ı** işaretleyin ve **13. soruya geçin**. ☐ **Hayır - lütfen 13. soruya geçin** ☐ **Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın**	
8.Ortalama olarak, son 2 haftada ne sıklıkta nefes darlığınız oldu? ☐ Son iki hafta içinde bir ya da iki kere ☐ Her gün değil ama haftada 2-3 kere ☐ Günde 1 kere ☐ Günde 2-3 kere ☐ Günde 4 kere veya daha fazla	1 1 2 3 3
9.Nefes darlığı olmadan sırtüstü yatmakta zorluk çektiniz mi? ☐ Asla ☐ Biraz ☐ Orta düzeyde ☐ Büyük oranda	1 2 3 3

21.Son 2 haftada ev dışında ne kadar mesafe yürüyebildiniz?	
☐ Süratli bir şekilde 1,6 km kadar yürüyebildim	1
☐ Normal bir hızda 1,6 km kadar yürüyebildim	2
☐ 800 m kadar yürüyebildim	3
☐ 400 m kadar yürüyebildim	4
☐ 90 m kadar yürüyebildim.	5
☐ Yalnızca birkaç adım yürüyebildim	5
☐ Dışarıda hiç yürüyemedim	5
22.Son 2 haftada ev dışındaki yürüme hızınız nasıldı?	
☐ Süratli yürüdüğüm zamanlar oldu	1
☐ Yaşıma göre normal bir hızda	2
☐ Normalden yalnızca bir miktar yavaş	3
☐ Yavaşça ve bazen durarak	4
☐ Çok yavaşça ve sıklıkla duraklayarak	5
23.Son 2 haftada dışarıda nasıl yürüyordunuz?	
☐ Bazen süratli	1
☐ Yaşıma göre normal bir hızda	1
☐ Yavaşça ama duraksamadan	2
☐ Çok yavaşça, bir iki kere duraksayarak	3
☐ Adım adım, sıkça duraksayarak	3
24.Son 2 haftada ne kadar kolaylıkla bir şeylere uzanabildiniz ya da eğilebildiniz?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	2
☐ İstediğimden çok daha az	2
☐ İstesem de hiç yapamadım	3
25.Son 2 haftada düğüne, dansa, restoranta gitmek gibi sosyal aktivitelere ne kadar katıldınız?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	1
☐ İstediğimden çok daha az	2
☐ İstesem de hiç yapamadım	2
26.Son 2 haftada uzun yürüyüşler, yüzme gibi aktif faaliyetleri ne kadar gerçekleştirdiniz?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	1
☐ İstediğimden çok daha az	2
☐ İstesem de hiç yapamadım	2
27.Son 2 haftada fiziksel problemleriniz, sizinle aynı evde yaşamayan arkadaşlarınız veya ailenizle görüşmek isteğinize ne kadar engel oldu?	
☐ Hiç olmadı	1
☐ Biraz	2
☐ Orta düzeyde	3
☐ Büyük oranda	3
28.Son 2 haftada bulaşık yıkamak, toz almak, evi toplamak gibi hafif ev işlerini ne kadar yaptınız?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	2
☐ İstediğimden çok daha az	2
☐ İstesem de hiç yapamadım	3
	1

29.Son 2 haftada süpürmek, pencereleri, yerleri temizlemek gibi ağır ev işlerini ne kadar yaptınız?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	2
☐ İstediğimden çok daha az	2
☐ İstesem de hiç yapamadım	3
☐ Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	1
30.Son 2 haftada prizleri onarmak, boya yapmak gibi hafif işleri ne kadar yaptınız?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	2
☐ İstediğimden çok daha az	2
☐ Yapmak istesem de hiç yapamadım	3
☐ Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	1
31.Son 2 haftada dekorasyon, marangozluk gibi işleri ne kadar yaptınız?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	2
☐ İstediğimden çok daha az	2
☐ Her ne kadar yapmak istesem de hiç yapamadım	3
☐ Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	1
32.Son 2 haftada kalbinizin durumu hakkında endişelendiniz mi?	
☐ Asla	1
☐ Biraz	2
☐ Orta düzeyde	3
☐ Büyük oranda	4
33.Son 2 haftada kendinizi ailenize bağımlı hissettiniz mi?	
☐ Asla	1
☐ Biraz	2
☐ Orta düzeyde	3
☐ Büyük oranda	4
34.Son 2 haftada aileniz ile ilgili olarak endişelendiniz mi?	
☐ Asla	1
☐ Biraz	2
☐ Orta düzeyde	3
☐ Büyük oranda	4
35.Son 2 haftada ne sıklıkta cinsel ilişkiniz oldu?	
☐ İstediğim kadar	1
☐ İstediğimden bir miktar az	2
☐ İstediğimden çok daha az	3
☐ İstesem de hiç yapamadım	4
☐ Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	0
36.Son 2 haftada, göğüs ağrısı veya nefes darlığına neden olur diye cinsel birliktelikten korktuğunuz oldu mu?	
☐ Asla	1
☐ Biraz	2
☐ Orta düzeyde	3
☐ Bu sebepler nedeniyle cinsel birliktelikte bulunmadım	4
☐ Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	0
37.Son 2 haftada, cinsel birliktelikte bulunurken yorgunluk, nefes darlığı veya göğüs ağrısından dolayı sorun yaşadınız mı?	
☐ Hiç sorun yaşamadım	1
☐ Biraz	2
☐ Orta düzeyde	2
☐ Büyük oranda	3
☐ Bu sebepler nedeniyle cinsel birliktelikte bulunmadım	4
☐ Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	0

İZİNLER

Ölçek kullanım izinleri

SİGARA OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Hi Yalcin

Attached the English version of the questionnaires of the smoker and non-smoker.

For your information, there is no scoring or scale available.

Please acknowledge and cite them appropriately.

With Warmest Regards

Ngoh Soh Heng Agnes | Nurse Clinician / Advanced Practice Nurse

SingHealth Polyclinics - Bedok
Address: HeartbeatBBedok 11 Bedok North St 1, #02-01 Singapore 469662

ASTIM KONTROL TESTİ KULLANIM İZNİ

Sayın Dr. Mehmet Atilla Uysal,
astım kontrol testi'nin geçerlik güvenirlik çalışması makalenizi okudum. Yüksek lisans tez çalışmamızda kullanmak için geçerlik güvenirliğini yaptığınız " Astım kontrol testi" ölçeğini kullanmak istiyoruz. Bu konuda izninizi rica ediyoruz. Ayrıca izin verdiğiniz taktirde, ölçek hakkında bilgi, skorlama ve Türkçe versiyonunu da gönderebilirseniz memnun oluruz.
İyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla

Atilla Uysal <dratilla@yahoo.com> 31 Ekim 2019 16:33
Alıcı: sinem YALÇIN <sinmylcn@gmail.com>

Sinem hanım

İzne gerek yok.

Kullanabilirsiniz.

İnternette var.
Yalnız refere etmeniz gerekiyor.

Kolay gelsin

KARDİYOVASKÜLER KISITLILIK VE SEMPTOMLAR PROFİLİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Sayın Dr. Derya Özcanlı Atik,
Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili'nin geçerlik güvenirlik çalışması makalenizi okudum. Yüksek lisans tez çalışmamızda kullanmak için geçerlik güvenirliğini yaptığınız " Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili" ölçeğini kullanmak istiyoruz. Bu konuda izninizi rica ediyoruz. Ayrıca izin verdiğiniz taktirde, ölçek hakkında bilgi, skorlama ve Türkçe versiyonunu da gönderebilirseniz memnun oluruz.
İyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla

--

Dr. Öğretim Üyesi Hilal Uysal
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli,İstanbul/ Türkiye

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Sayın Hilal Uysal

Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye **Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94** sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır.Makaledeki formu kullanınız. ilginize teşekkür ederim

Prof. Dr. Ayla Bayık Temel

Hilal Uysal <hilaluysal@gmail.com>, 11 Eki 2019 Cum, 15:06 tarihinde şunu yazdı:

> Sayın Ayla Bayık Temel,
> Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 'nin geçerlik güvenirlik çalışması makalenizi okudum. Yüksek lisans tez çalışmamızda kullanmak için geçerlik güvenirliğini yaptığınız " Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği "ni kullanmak istiyoruz. Bu konuda izninizi rica ediyoruz. Ayrıca izin verdiğiniz taktirde, ölçek hakkında bilgi, skorlama ve Türkçe versiyonunu da gönderebilirseniz memnun oluruz.
> İyi çalışmalar dilerim.
> Saygılarımla

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KARDİYOVASKÜLER HASTALIĞA EK OLARAK ASTIM HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SİGARA OKURYAZARLILIK DÜZEYLERİNİN HASTALIK YÖNETİMİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%18	%3	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%7
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%2
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
5	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
8	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

9	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
10	openaccess.acibadem.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
11	sakaryaarge.meb.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
12	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
13	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
14	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
15	solunum.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
16	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
17	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
18	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<%1
19	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1
20	toad.edam.com.tr İnternet Kaynağı	<%1

21	acikerisim.nevsehir.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
22	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
23	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
24	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
25	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1
26	www.asosjournal.com İnternet Kaynağı	<%1
27	acikerisim.karabuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
28	diskapieah.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
29	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
30	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	<%1
31	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
32	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	<%1

33	www.ichastaliklarihemsireligi.com İnternet Kaynağı	<%1
34	cdn.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
35	saglikokuryazarligidergisi.com İnternet Kaynağı	<%1
36	Submitted to Atatürk University Öğrenci Ödevi	<%1
37	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
38	Submitted to Düzce Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
39	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<%1
40	Submitted to Kocaeli Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
41	docs.wixstatic.com İnternet Kaynağı	<%1
42	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
43	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
44	ÇALIŞKAN, Sadiye ŞENER, ERDENEN, Füsun, ÇELİK, Nazife, ŞAK, Duygu and KANTARCI, Eda	<%1

	NUHOĞLU. "Astım Tedavisi Görmekte Olan Hastalarda Gına ", Bilimsel Tıp, 2017. Yayın	
45	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
46	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
47	tuberktoraks.org İnternet Kaynağı	<%1
48	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
49	www.gecekitapligi.com İnternet Kaynağı	<%1
50	www.ijmrhs.com İnternet Kaynağı	<%1
51	egitimvebilim.ted.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
52	www.duo.uio.no İnternet Kaynağı	<%1
53	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
54	www.cekirgekalp.com İnternet Kaynağı	<%1
55	www.dogumahazirlikegitimi2018.com İnternet Kaynağı	<%1

56	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<%1
57	openaccess.izu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
58	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
59	acikerisim.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
60	javstudies.com İnternet Kaynağı	<%1
61	utek2016.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
62	www.sondakika.com İnternet Kaynağı	<%1
63	acikerisim.bartin.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
64	es.scribd.com İnternet Kaynağı	<%1
65	esjournal.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
66	uhsk.org İnternet Kaynağı	<%1
67	www.marketing-trends-congress.com İnternet Kaynağı	<%1

68	www.selcukmedj.org İnternet Kaynağı	<%1
69	acikerisim.nku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
70	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
71	adusaglikbilimlerikongresi.com İnternet Kaynağı	<%1
72	isletmecilik.org İnternet Kaynağı	<%1
73	repositorio.unicamp.br İnternet Kaynağı	<%1
74	toraks.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
75	wcssr.org İnternet Kaynağı	<%1
76	www.aid.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
77	www.guvenplus.com.tr İnternet Kaynağı	<%1
78	www.readperiodicals.com İnternet Kaynağı	<%1
79	KURŞUN, Şerife and KANAN, Nevin. "Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formunun	<%1

geçerlik ve güvenirlik çalışması", Atatürk Üniversitesi, 2012.
Yayın

80	Sule Ozdemir, Ozlem Terzi, Cihad Dundar. "The family nutrition and physical activity (FNPA) screening tool: psychometric characteristics, reliability, and validity in the Turkish population", Journal of Public Health, 2021 Yayın	<%1
81	www.ceidizleme.org İnternet Kaynağı	<%1

Alıntıları çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Üzerinde
Eşleşmeleri çıkar Kapat

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☐ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Öğrenci Adı SOYADI
Saliha Sinem Yalçın



İÜC Tarih ve Sayı: 27/10/2020-77440

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 74555795-050.01.04-
Konu : 2020-154 sayılı Etik Kurul Onayı

Sayın Sinem YALÇIN
İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

İlgi : 24.09.2020 tarihli proje başvurunuz.

Yürütücülüğünü üstlendiğiniz ***"Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım Hastalığı Olan Bireylerin Sigara Okuryazarlık Düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Belirlenmesi"*** başlıklı **"Yüksek Lisans Tezi"** başvurunuz etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

COVİD-19 salgının Ülkemizde yayılması nedeniyle, Kurulumuz 06.10.2020 tarihinde on-line platformda gerçekleştirilen toplantısında yapılan değerlendirmeler sonucunda; elektronik belge sistemi (EBYS) ile uygunluğu bildirilen yazının ilgili makamlarca **"Etik Kurul Onayı"** yerine geçen belge olarak değerlendirilmesi hususunda;

Gereği için bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Selçuk HÜNERLİ
Başkan

ETİK KURUL ÜYELERİ
Prof. Dr. Selçuk HÜNERLİ (Başkan)
Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU (Bşk. Yrd.)
Prof. Dr. Mehmet AÇIKALIN (Bşk.Yrd)
Prof. Dr. Neşe KOCABAŞOĞLU
Prof. Dr. Hülya AŞKIN BALCI
Doç. Dr. Hanife Banu ATAMAN YANCI
Doç. Dr. Sevda KÜÇÜK

27/10/2020 V.Haz.Kont.İş. : C.SÖNMEZTÜRK

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?id=BEAMFMA31
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan SÖNMEZTÜRK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 03
Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☐ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Öğrenci Adı SOYADI
Saliha Sinem Yalçın



İÜC Tarih ve Sayı: 20.05.2021-95126

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Kardiyoloji Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-69291215-900-95126
Konu : Saliha Sinem YALÇIN

20.05.2021

Sayın Saliha Sinem YALÇIN

"Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım Tanısı Olan Bireylerin Sigara Okur-Yazarlık Düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmanız, Enstitümüz Kardiyoloji Anabilim Dalında yapma talebinizin uygun görüldüğü hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığından alınan 19.05.2021 tarihli yazı ilişikte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Sait Mesut DOĞAN
Enstitü Müdürü

Ek:1 Anabilim Dalı Yazısı

İÜC Tarih ve Sayı: 18.05.2021-94749

T.C.
Kardiyoloji Enstitüsü Müdürlüğü
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-59075288-900-94749 18.05.2021
Konu : Saliha Sinem YALÇIN

KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İ.Ü.-C Lisanüstü Eğitim İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Dr. Öğr. Üyesi Hilal UYSAL'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Saliha Sinem YALÇİN'in yürütücülüğünde "Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım Tanısı Olan Bireylerin Sigara Okur-yazarlık Düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Cengiz ÇELİKER
Anabilim Dalı Başkanı V.

Ek:Dilekçe

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSAH8KHH82 Pin Kodu: 53162 Belge Teklip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-cerrahpasa-tip-fakultesi-evraklari-dogrulama?q=BSAH8KHH82&ds=94749

Adres: Hasekl Sultan Mah. Hasekl Cad. No:32 Fatih/İstanbul
Telefon:0212 459 20 00 Faks:0212 459 20 69 - 79
e-Posta:kardiyoloji.enstitusu@istanbul.edu.tr Web:https://www.istanbul.edu.tr
Kep Adresi:istanbul@hs01.kep.tr

Bilgi için: İnci DİZDAR
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Dahili: 29013

İÜC Tarih ve Sayı: 15.03.2021-52711

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı : E-19274766-199-52711- - 05.04.2021
Konu : Saliha Sinem YALÇİN' ın tez çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 11.03.2021 tarihli, 50462 sayılı yazı

İÜC Lisanüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Dr.Öğr.Üyesi Hilal UYSAL'ın danışmanlığı altında yüksek lisans eğitimine devam eden Saliha Sinem YALÇİN'in "Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım hastalığı Olan Bireylerin Sigara Okuryazarlık Düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması için 15.03.2021-15.07.2021 tarihlerinde 4 (dört) ay süresince Fakültemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniğinde yatan hastalardan veri toplamasında İlgili Anabilim Dalı Başkanı' nında onayı alındıktan sonra sakınca yoktur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Selma KAÇAR
Müdür

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BELMHAN50 Pin Kodu: 63291 Belge Teklip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-cerrahpasa-tip-fakultesi-evraklari-dogrulama?q=BELMHAN50

Adres: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fatih/İSTANBUL
Telefon:0 (212)414 30 00 Faks:0 (212) 414 33 30
e-Posta:cerrahpasahastanesi@gmail.com Web:https://www.istanbul.edu.tr
Kep Adresi:istanbul@hs01.kep.tr

Bilgi için: Kenan KASAKLI
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Tel No: 61850

İÜC Tarih ve Sayı: 01.04.2021-62678

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-30330229-199-62678 05.04.2021
Konu : Saliha Sinem Yalçın'ın tez çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 18.03.2021 tarih ve 54652 sayılı yazımız

İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Dr.Öğr.Üyesi Hilal UYSAL'ın danışmanlığı altında yüksek lisans eğitimine devam eden Saliha Sinem YALÇİN'ın "Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım hastalığı Olan Bireylerin Sigara Okuryazarlık Düzeylerinin Hastalık Yönetemine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması için 15.03.2021-15.07.2021 tarihlerinde 4 (dört) ay süresince Anabilim Dalımız kliniğinde Kardiyoloji AD Sorumlu Hemşiresinin gözetiminde veri toplaması uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Mehmet Hakan KARPUZ
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: BE76TEC414 Pin Kodu: 02671 Belge Takip Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-cerrahpasa-universitesi-ebys?V=BE76TEC414
Adres: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Telefon: 212 414 30 00 - 21664 Faks: (212) 632 00 25
e-Posta: ebpersonel@istanbul.edu.tr Web: https://www.istanbul.edu.tr
Kep Adresi: istanbulu@hs01.kep.tr
Bilgi için: Sevim BOZKURT
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu

İÜC Tarih ve Sayı: 05.04.2021-67161

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-50200903-199-67161 05.04.2021
Konu : Saliha Sinem Yalçın'ın tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Dr.Öğr.Üyesi Hilal UYSAL'ın danışmanlığı altında yüksek lisans eğitimine devam eden Saliha Sinem YALÇİN'ın "Kardiyovasküler Hastalığa Ek Olarak Astım hastalığı Olan Bireylerin Sigara Okuryazarlık Düzeylerinin Hastalık Yönetimine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması için 15.03.2021-15.07.2021 tarihlerinde 4 (dört) ay süresince Fakültemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniğinde anabilim dalının sorumlu hemşiresinin gözetiminde veri toplamasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 01.04.2021 tarihli, 62678 sayılı yazı, Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün 15.03.2021 tarihli, 52711 sayılı yazısı ile söz konusu Enstitü Müdürlüğünün 10.03.2021 tarihli, 49654 sayılı yazısı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ali Metin KAFADAR
Dekan V.

Ek:46

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: B9NHC8MKF Pin Kodu: 31192 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-cerrahpasa-tip-fakultesi-ebys?eK=B9NHC8MKF
Adres: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul
Telefon:0212 414 30 00 Faks:0212 632 00 53
e-Posta:tfpersonel@istanbul.edu.tr Web:https://www.istanbul.edu.tr
Kep Adresi:istanbul@hs01.kep.tr
Bilgi için: Melek BÜYÜKŞEKİLİ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Dahili: 60205
Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Saliha Sinem Yalçın
Uyruğu	✓ T.C. ❒ Diğer:

Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Ege Üniversitesi
Fakülte	Hemşirelik Fakültesi
Bölümü	Hemşirelik Bölümü
Mezuniyet Yılı	2017
Yüksek Lisans	
Üniversite	İstanbul- Cerrahpaşa Üniversitsi Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Enstitü Adı	İstanbul- Cerrahpaşa Üniversitsi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Anabilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Programı	İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Makale ve Bildiriler
Determining the Knowledge Levels of Individuals on the Effect of COVID-19 Infection on Cardiovascular Diseases