T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALARDA HASTA GÜÇLENDİRME VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEĞİ

Merve AĞLAMIŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALARDA HASTA GÜÇLENDİRME VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEĞİ

Merve AĞLAMIŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Çalışmanın odak noktası, toplumda hızla artmakta olan kronik hastalıkların hastalara ve sağlık sistemlerine olumsuz etkilerini azaltmak için hastaların güçlendirilme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Lisansüstü öğrenimimin başından bu yana bilgisini benimle paylaşan, tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup tez çalışmam boyunca bana her aşamada yardımcı olan saygı değer danışmanım Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK hocam ve yüksek lisans tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması aşamasında değerli öneri ve katkılarıyla bana her türlü desteği esirgemeden veren kıymetli hocalarım Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL ve Arş. Gör. Dr. Hilal AKMAN DÖMBEKCİ' ye sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca tez savunma jüri üyeleri arasında yer alan değerli Prof. Dr. Musa ÖZATA hocama ve değerli Dr. Öğr. Üyesi Şerife GÜZEL hocama yapmış oldukları öneri, katkı ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Araştırmadaki verilerin toplanmasına gönüllü iştirak eden tüm katılımcılar ile onlara ulaşma sürecinde bana çok büyük destekleri olan sevgili aileme ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Merve AĞLAMIŞ

Konya, 2021

İçindekiler

SİMGELER VE KISALTMALAR……..……..iv

ÖZET…….……v

SUMMARY……vi

1. GİRİŞ 1

1.1. Kronik Hastalıklar 3

1.1.1. Kronik Hastalık Türleri 5
1.1.2. Kronik Hastalıkların Dünyadaki Durumu 8
1.1.3. Kronik Hastalık Yönetimi 12

1.2. Hasta Güçlendirme 13

1.2.1. Hasta Güçlendirme Sürecine Yardımcı Unsurlar 17
1.2.2. Hasta Güçlendirmenin Faydaları 18
1.2.3. Kronik Hastalıklarda Hasta Güçlendirme 19
1.2.4. Hasta Güçlendirmede Odaklanılan Kavramlar 22

1.3. Sağlık Okuryazarlığı 34

1.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 35
1.3.2. Kronik hastalıklar ve Sağlık okuryazarlığı 39
1.3.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 41
1.3.4. Sağlık Okuryazarlığı Türleri 42
1.3.5. Düşük sağlık okuryazarlığı 45

1.4. Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. 48

2. GEREÇ VE YÖNTEM 52

2.1. Araştırmanın Amacı 52

2.2. Araştırmanın Önemi 52

2.3. Araştırmanın Tipi 53

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 54

2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 55

2.5.1. Hasta Güçlendirme Ölçeği 56
2.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 56

2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması Değerlendirilmesi 57

2.7. Araştırmanın Etiği 58

2.8. Araştırmanın Hipotezleri 58

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 59

3. BULGULAR 62

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular 62

3.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 64

3.3. Katılımcıların Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Değişkenlere Göre İncelenmesine Ait Bulgular 68

3.4. Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeklerinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular 76

3.5. Hipotez Yorumları 88

4. TARTIŞMA 89

4.1. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Bulgularına Ait Tartışma 90

4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Bulgularına Ait Tartışma 91

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 95

6. KAYNAKLAR 100

7. EKLER 113

EK-A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 113

EK-B: Anket Formu 113

EK-C: Etik Kurul Onay Formu 118

EK-D: Ölçek İzinleri 120

EK-E: Tablo İzinleri 121

8. TURNITIN RAPORU 122

9. ÖZ GEÇMİŞ 124

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalık

DM: Diyabet Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HT: Hipertansiyon

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

ÖZET

T. C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALARDA HASTA GÜÇLENDİRME VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEĞİ

Merve AĞLAMIŞ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2021

Dünyada kronik hastalık çeşidi ve sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu durumda sağlık sistemleri için tehlike arz etmektedir. Kronik hastalıkların sağlık sistemlerine olumsuz etkisini azaltmak için bu hastalıkların kişiler tarafından yönetilebilmesi önemli bir konu haline gelmiştir. Literatürde kronik hastalıkların yönetilmesi konusunda iki kavram ön plana çıkmaktadır. Bunlar hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramlarıdır. Araştırmanın amacı ise kronik hastalığa sahip hastaların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenerek değerlendirilmesidir.

Uluslararası literatürde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Ancak bu iki kavramı ilişkilendiren çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Ulusal literatürde de iki kavramı ilişkilendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Söz konusu durumda araştırmanın önemine vurgu yapmaktadır. Araştırma Erzurum ilinde ikamet eden en az bir kronik hastalığa (kalp damar hastalıkları, diyabet, astım, koah, kolesterol ve hipertansiyon) sahip 18 yaş ve üzeri kişileri kapsamaktadır. Araştırma amaçlı kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak 407 katılımcı ile gerçekleşmiştir. Katılımcılara üç bölümden oluşan anket formu uygulanmıştır. İlk bölüm katılımcıya ait demografik verileri, ikinci bölüm hasta güçlendirme ölçeğini ve üçüncü bölüm ise sağlık okuryazarlığı ölçeğini oluşturmaktadır. Toplanan veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir.

Araştırmada katılımcıların cinsiyeti ile hasta güçlendirme düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Ancak katılımcıların cinsiyeti ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ile medeni durumları arasında da anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada hastalık türleri ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık durumlarını değerlendirme düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizine göre hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile kronik hastalığa sahip hastaların hasta güçlendirme düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Literatürde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramları arasında bir ilişkinin olmadığı sonucunu gösteren çalışmalarda dahil olmak üzere genellikle ilgili literatürde bu iki kavramın birbirinden bağımsız kavramlar olmadığı vurgulanmıştır. Mevcut tartışmalar için bu iki kavramı değerlendiren daha fazla çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güçlendirme, Kronik hastalık, Sağlık okuryazarlığı

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY HEALTH SCİENCE INSTITUTE

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT EMPOWERMENT AND HEALTH LITERACY LEVELS İN CHRONIC PATIENTS: EXAMPLE OF ERZURUM PROVINCE

Merve AĞLAMIŞ

Department of Health Management
MASTER'S THESIS/KONYA-2021

The type and number of chronic diseases are increasing day by day in the world. In this case, it poses a danger to health systems. In order to reduce the negative effects of chronic diseases on health systems, the management of these diseases by individuals has become an important issue. In the literature, two concepts come to the fore in the management of chronic diseases. These are the concepts of patient empowerment and health literacy. The aim of the study is to examine and evaluate the relationship between patient empowerment and health literacy levels of patients with chronic diseases.

There are many studies on patient empowerment and health literacy in the international literature. However, there are not many studies that associate these two concepts. No study has been found in the national literature that associates the two concepts. It emphasizes the importance of research in this situation. The research includes people aged 18 years and over with at least one chronic disease (cardiovascular diseases, diabetes, asthma, COPD, cholesterol and hypertension) residing in Erzurum. The research was carried out with 407 participants using convenience sampling method. A questionnaire consisting of three parts was applied to the participants. The first part is the demographic data of the participant, the second part is the patient empowerment scale and the third part is the health literacy scale. The collected data were analyzed with the SPSS program.

In the study, it was determined that there was a significant difference between the gender of the participants and the level of patient empowerment. However, it was determined that there was no significant difference between the gender of the participants and the level of health literacy. In addition, it was determined that there was no significant difference between the patient empowerment and health literacy levels of the participants and their marital status. In the study, no significant relationship was found between disease types and patient empowerment and health literacy averages. However, a significant difference was found between the patient empowerment and health literacy levels of the participants and their level of evaluation of their health status. According to the correlation analysis, it was determined that there is a positive, moderate and significant relationship between patient empowerment and health literacy.

As a result, a significant relationship was found between patient empowerment and health literacy. In other words, as the patient empowerment level of patients with chronic disease increases, the level of health literacy also increases. It has been emphasized that these two concepts are not independent from each other in the relevant literature, including studies showing that there is no relationship between the concepts of patient empowerment and health literacy in the literature.For the current discussions, it is thought that more studies should be done evaluating these two concepts.

Keywords: Chronic disease, Patient empowerment, Health literacy

1. GİRİŞ

Dünya çapında önde gelen ölüm nedenleri arasında kalp rahatsızlığı, kanser ve felç gibi kronik hastalıklar yer almaktadır. Söz konusu ölüm nedenleri bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu ülkelerde bile geçerlidir (Clark 2003). Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların varlığı her geçen gün artmakta ve bu durum sağlık sistemlerinde bir tehlike faktörü haline gelmektedir (Aydemir ve Çetin 2019). Kronik hastalıklar; uzun süren (süresi en az bir yıl), yavaş ilerleyerek kedini belli eden ve kişilerin yaşamlarını olumsuz etkileyebilen hastalıkları kapsamaktadır (Kamei ve ark 2020, Boscart ve ark 2020). Kişilerin günlük yaşamını ve sağlık sistemlerini olumsuz etkileyen kronik hastalıkların etkisini azaltmak için bu hastalıkların kişiler tarafından yönetilebilmesi önem arz etmektedir. Kronik hastalıkların yönetilmesi konusunda literatürde iki kavram ön plana çıkmaktadır. Birincisi hasta güçlendirme uygulamaları ikincisi ise sağlık okuryazarlığını (soy) geliştirmeye yönelik uygulamalardır.

Hasta güçlendirme hastaların mevcut hastalıkları konusunda karar verebilme yetenekleri ile birlikte kendi hastalıklarını kontrol edebilme sorumluluğunu geliştirmeyi ifade etmektedir (Agner ve Braun 2018). Güçlendirme kişilerin sahip oldukları kronik hastalıkların etkilerini günlük hayatlarına olan etkilerini en asgari düzeye indirmek ve bu hastalıkları yönetebilmek için kendi hastalık bilgilerini geliştirdikleri bir süreci ifade etmektedir (Kaya 2018). Bu tanımlar dikkate alındığında hastaların güçlendirilmesi ile hastaların kendi hastalıkları üzerindeki etkinlikleri artmaktadır yorumunu yapmak yanlış olmayacaktır.

Hastaların güçlendirilmesinin hem hastalara hem sağlık sunucularına hem de sağlık sistemlerine birçok faydası bulunmaktadır. Örneğin daha iyi sağlık sonuçlarını, hasta ve sağlık çalışan memnuniyetini, hasta merkezli yaklaşımı, kaynakların etkili kullanımını ve uyumlu ilaç kullanımını arttırmaktadır. Bununla birlikte maliyetleri ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını ise azaltmaktadır (Segal 1998, Funnell ve Anderson 2004, Aujoulat ve ark 2007, Kaya 2018, Lambrinou ve ark 2019). Söz konusu faydalar düşünüldüğünde uzun süreli bakım gerektiren kronik hastalığa sahip kişilerin güçlendirilmesi sağlık sistemlerinde verimliliği arttırmaktadır. Hastalar ve sağlık çalışanlarına da çeşitli kolaylıklar sağlamaktadır.

Kronik hastalık bakımını ve kontrolünü kolaylaştıran bir başka kavram ise sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin ve toplulukların sağlıkla ilgili kararlar almak için bilgi ve hizmetlere erişebilmesi, anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve bu bilgi ve hizmetleri kullanabilmesi için ihtiyaç duyulan kişisel özellikleri ve sosyal kaynakları ifade etmektedir (Reid ve Nel 2021). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çalışmaları sağlık okuryazarlığının toplumun morbidite, mortalite, sağlık seviyesi, ortalama yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi ile oldukça ilişkili olan sağlık durumunu tahmin etmede etkili bir gösterge olduğunu belirtmektedir (Mao ve ark 2021).

Günümüzde önemli bir kavram haline gelen sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çalışmalar da her geçen gün artmaktadır. Çünkü yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin çeşitli olumsuz sonuçları söz konusudur. Mesela yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek sağlık maliyetleri, kötü sağlık sonuçları, geciken tıbbi teşhisler, acil bakımları gereksiz kullanma gibi sonuçlar ortaya koymaktadır (Baskaradoss 2018, Çatı ve ark 2018, Chang ve ark 2020, Perrin ve ark 2021, Jafari ve ark 2021). Kronik hastalıkların ilerlemesinde de sağlık okuryazarlığı önemli bir faktördür. Çünkü bireylerin sağlık davranışları kronik hastalıkların ilerlemesinde önemli bir etkendir. Kişilerin sağlık davranışları ise sağlık okuryazarlık düzeylerine göre şekillenmektedir (Ahmadzadeh ve ark 2021).

Hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramları literatürde genellikle birbiri ile ilişkili ve birbirini destekler nitelikte olduğu şeklinde ifade edilmektedir. Ancak bazı yeni yapılan çalışmalarda bu iki kavramın birbirinden bağımsız olduğunu göstermektedir (Camerini ve Schulz 2015). Farklı çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuş olsa da sağlık okuryazarlığı ve hasta güçlendirme kavramları sağlığı geliştirici bir unsur olarak düşünüldüğünde kronik hastalıkların yönetimi için eşit öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Özellikle Covid-19 pandemi sürecinde riskli grup içerinde yer alan kronik hastalığa sahip hastaların kendi sağlık bakımlarında etkili olabilmesi bu hastaların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirmesiyle mümkün olabilmektedir.

Bu araştırmada hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Uluslararası literatür incelendiğinde hasta güçlendirme üzerine ve sağlık okuryazarlığı üzerine yapılmış birçok çalışmaya

rastlamak mümkündür. Ancak ulusal literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı üzerine yapılmış birçok çalışma mevcutken hasta güçlendirme üzerine yapılmış sadece birkaç çalışmaya rastlanmıştır. Özellikle ulusal literatürde Kaya'nın 2018 yılı "Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ve Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki" isimli çalışması ve Yılmaz ve arkadaşlarının 2020 yılı "Hasta Güçlendirme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi" isimli çalışmaları hasta güçlendirme üzerine yapılmış nadir çalışmalardandır. Ulusal literatürde sağlık okuryazarlığı ile hasta güçlendirme arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu yüzden bu çalışmanın ulusal literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın literatür kısmında kronik hastalıklar, hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı hakkında geniş kapsamda incelemelere yer verilmiştir. Ayrıca bu üç kavramın önemine ve birbirleri ile olan ilişkilerine değinilmiştir. Yöntem kısmında çalışmanın amacı, önemi, tipi, evreni, örneklemi, verileri toplama aracı, veri değişkenleri, hipotezleri ve sınırlıkları açıklanmıştır. Bulgularda ise kronik hastalığa sahip hastaların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada örneklem grubuna ait demografik bilgilerin açıklanması ve araştırmanın hipotezlerinin yanıtlanması için elde edilen verilerin uygun istatistiksel yöntem ve analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara ve analiz yorumlarına yer verilmiştir. Tartışma ve sonuç kısmında kısa bir sonuç özetlemesi ve çalışmada bulunan sonuçlar ile ilgili literatürde yer alan sonuçlar karşılaştırılmıştır. Çalışmada son olarak ise öneriler kısmı yer almaktadır.

1.1. Kronik Hastalıklar

Gelişmekte olan ülkelerde yaşlanma süreci ile birlikte yaşama süresi geçmişe göre önemli ölçüde artmaktadır. Yaşlıların en sık görülen sağlık sorunları ise kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklar genellikle uzun süreli bir tedavi gerektirmekte veya tedavi edilememektedir. Bu da yaşlıların daha fazla bakıma ihtiyaç duymasına ve çok miktarda tıbbi masrafa sebep olmaktadır (Wu ve ark 2020).

Kronik hastalıklar uzun süreli ve yavaş ilerleme ile karakterize edilen durumlardır (Kamei ve ark 2020). Süresi en az bir yıl süren ve kötü yönetildiğinde yaşlı yetişkinlerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilen durumları kapsamaktadır (Boscart ve ark 2020). Aslında kronik hastalıklar dünyada tüm yaş gruplarını kapsayan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Hopkins ve ark 2021). Örneğin dünya genelinde

herhangi bir kronik hastalık taşıyan çocuk insidansı %10-15'tir (Çakır ve Altay 2021). Başka bir ifadeyle kronik hastalıklar her yaş grubunu etkileyebilen bir sağlık problemidir.

Kronik hastalıkların birçok kaynakta benzer veya farklı tanımları bulunmaktadır. Örneğin kronik hastalık üzerine bir geriatrist (65 yaş ve üstündeki hastaların tanı ve tedavisi ile ilgilenen doktor) tarafından yazılan bir akademik çalışmada kronik hastalık "bir yıl veya daha fazla süren ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan durumlar" olarak tanımlanmıştır. MedicineNet (Amerikan tıbbi web sitesi) ise kronik hastalıkların üç ay veya daha uzun sürdüğünü ve genellikle aşılarla önlenemediğini, ilaçlarla tedavi edilemediğini ve öylece yok olamayacağını ifade etmiştir. Wikipedia'ya göre kronik bir durum; kalıcı veya etkileri uzun süren bir insan sağlığı durumudur ve zamanla ortaya çıkmaktadır. Kronik terimi ise genellikle hastalığın seyri üç aydan fazla sürdüğünde kullanılmaktadır. Son olarak DSÖ kronik hastalıkların kişiden kişiye geçmeyeceğini, uzun süreli olduğunu ve genellikle yavaş ilerleme gösterdiğini belirtmiştir. Ayrıca DSÖ dört ana tip olarak kronik hastalıkları sınıflandırmıştır. Bunlar; kardiyovasküler hastalıklar (KVH [kalp krizi ve felç gibi]), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı [KOAH] ve astım) ve diyabet mellitus (DM) olarak ifade edilmektedir (Bernell ve Howard 2016).

"Kronik hastalıklar alan yazında çoğunlukla bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak tanımlanmaktadır" (Aydemir ve Çetin 2019). "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH); herhangi bir enfeksiyon etkeni ile ilişkilendirilmeyen, bulaşıcı olmayan ve çoğu kez uzun süreli olan (kimi zaman yaşam boyu sürebilen), yavaş seyirli, kronik (süreğen) bir dizi hastalığı ifade eder" (TÜSEB 2021). BOH grubuna giren ana hastalıklar ise KVH'ler, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, obezite ve DM olarak bilinmektedir. Ancak bunlar dışındada kronik hastalık grubuna giren çeşitli hastalıklar (demans, kronik böbrek hastalığı, depresyon vb.) mevcuttur (TÜSEB 2021).

Dünya çapında obezite oranları ve kronik hastalık (KVH, DM ve kanser gibi) oranları artmaktadır (Martinon ve ark 2021). KVH ve DM gibi kronik durumların gelişimi büyük ölçüde sağlıksız yaşam tarzı ile ilişkilidir ve bu kronik durumlar dünya çapında önde gelen ölüm nedenleri olarak bulaşıcı hastalıkları geride bırakmıştır

(Mackey ve ark 2016). KVH, DM, KOAH, akıl hastalıkları, akciğer kanseri ve kas-iskelet bozuklukları dahil olmak üzere BOH'ların artan yükü önemli bir sakatlık ve ölüm nedeni olmaktadır (John ve ark 2020). Dünyada sürekli olarak artan kronik hastalık yükünün insan sağlığını olumsuz etkilemesi hatta ölümüne sebep olması; bu hastalıkların önlenmesine veya yönetilebilmesine yönelik çalışmaları gündeme getirmektedir.

1.1.1. Kronik Hastalık Türleri

Bu bölümde araştırma verilerine dahil edilen kronik hastalık türlerine yer verilmiştir. Bu türlerin belirlenmesinde toplumda en çok ölüme sebep olma ve toplumda en yaygın olarak görülme faktörleri etkili olmuştur.

Kardiyovasküler Hastalıklar

KVH'ler; koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığı dahil olmak üzere bir grup kalp ve kan damarı hastalıkları için genel bir terimdir (Jaskula ve ark 2021). KVH'lerin birçoğu kronik hastalıklarla ilişkilidir. Özellikle hipertansiyon (HT), kolesterol, DM ve obezite gibi hastalıklara sahip kişilerde KVH riski daha fazladır. Ayrıca sigara ve alkol kullanma, az miktarda sebze ve meyve tüketimi, fiziksel hareketsizlik gibi değiştirilebilir sağlık davranışları da KVH için risk faktörü oluşturmaktadır (Timmis ve ark 2020). Bunlar dışında cinsiyet, yaş, genetik gibi değiştirilemeyen risk faktörleri de söz konusudur. KVH'lerin geç belirtileri arasında vasküler hasarın neden olduğu kalp krizi ve felç yer almaktadır. Kronik inflamasyon (iltihaplanma) ise vasküler hasar veya daralmanın nedenlerinden biridir (Jaskula ve ark 2021). KVH'leri önlenme çabaları doğmadan önce anne karnından ölünceye kadar devam etmektedir. Başka bir deyişle önlemlerin ömür boyu sürmesi gerekmektedir. Önlemlerin başında da değiştirilebilir risk faktörlerini geliştirmek yer almaktadır (Kahvecioğlu 2021).

Hipertansiyon

HT küresel morbidite ve mortaliteyi etkileyen önde gelen bir risk faktörüdür (Poulter ve ark 2020). "Tansiyonun yükselmesi ile beraber oluşabilecek belirtiler; halsizlik, baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, burun kanaması, yürürken ve merdiven çıkarken zorlanma, çok fazla idrara çıkma, noktüri ve bacaklarda şişlik olmasıdır"

(Mete 2020). “Esansiyel HT için risk faktörleri kesin olarak bilinmemekle birlikte, genetik bir alt yapının varlığı, çevresel ve sosyo-demografik koşulların birbirini etkilemesiyle ortaya çıktığı söylenebilir. HT’nin majör risk faktörleri arasında; sigara kullanımı, total kolesterolün 240mg/dl üzerinde veya LDL kolesterolün 160mg/dl üzerinde olması, erkekte 55, kadında 65 yaşın üstünde olma, DM (Diyabet mellitus) varlığı, serebrovasküler olayla veya KVH’la ilişkili aile öyküsü yer almaktadır” (Korkmaz 2021). Ayrıca HT yaşlılarda önde gelen ölüm nedenlerinden sayılmaktadır (Sopiah ve ark 2021).

Diyabet Mellitus

DM, obstrüktif kroner arter hastalığı olan hastalarda önemli bir risk ve prognostik (hastalığın seyrini belirleyen özelliklerle [prognozla] ilgili olan) faktördür. DM'li hastalar DM’li olmayan hastalara kıyasla genellikle kardiyovasküler olaylar ve mortalite ile ilişkili aterosklerotik kroner arter hastalığının daha yaygın, daha karmaşık ve daha hızlı ilerleyen formlarına sahiptir (Jeong ve ark 2021). DM vakalarının büyük çoğunluğu iki geniş etyopatogenetik kategoriye (Tip 1 DM ve Tip 2 DM) ayrılır. Tip 1 DM mutlak bir insülin eksikliğinden kaynaklanır ve otoimmün bir temeli vardır. Tip 2 DM ise DM’nin en yaygın şeklidir ve vakaların %90-95'ini oluşturur (American Diabetes Association 2014, Alam ve ark 2014). DM, açlık veya tokluk durumlarında bir hiperglisemi durumu olarak tanımlanmaktadır (Alam ve ark 2014). DM’nin kronik hiperglisemisi; özellikle gözlerde, böbreklerde, sinirlerde, kalpte ve kan damarlarında olmak üzere farklı organlarda uzun süreli hasara, işlev bozukluğuna ve yetmezliğe sebep olmaktadır (American Diabetes Association 2014). DM'de mikrovasküler disfonksiyon (fonksiyon bozukluğu) vücuttaki çoklu organlarda ve doku depolarında meydana gelmektedir (Horton ve Barret 2021). Obezite ve sedanter yaşam tarzı ise DM’nin prevalansına neden olan başlıca faktörler arasında yer almaktadır (Omorogiuwa ve ark 2021).

Kolesterol

“Kolesterolün yapısında taşıdığı yağ miktarına bağlı olarak lipoproteinler, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) ve şilomikron olarak isimlendirilmektedir” (Çelik 2016). LDL kolesterol, koroner kalp hastalığı riskine önemli bir katkıda

bulunmaktadır (Holmes ve Ala-Korpela 2014). Ayrıca yüksek LDL kolesterol seviyeleri artan koroner kalp hastalığı ve felç riski ile ilişkili olmaktadır (Packard ve ark 2021). Yaşlılarda fizyolojik ve dejeneratif süreçler de kolesterol düzeylerinde değişikliklere neden olmaktadır. Ayrıca hiperkolesteroleminin HT için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte yaşlılarda HT ve hiperkolesterolemi durumlarının meydana gelmesi yaşlıların sağlığı için tehlike arz etmektedir (Sopiah ve ark 2021).

KOAH

KOAH genellikle teşhisi zor olmakta ve tedavi edilememektedir (Yawn ve ark 2021). KOAH geri dönüşümsüz hava yolu kısıtlaması ve kalıcı solunum semptomları ile karakterize olan kronik obstrüktif bir solunum sistemi hastalığıdır (Liu ve ark 2021). Bu hastalık yavaş ilerleyen bir hastalıktır (Ståhl ve ark 2005). KOAH hastalarının akciğerlerindeki aşırı reaktif bağışıklığın altında yatan mekanizmalar henüz net olmamakla birlikte bunların çevresel ve eksojen (dışsal) faktörleri arasında bir etkileşim olduğu düşünülmektedir (Zhang ve ark 2021a). KOAH'ın ana klinik semptomları ise dispne, kronik öksürük ve balgamdır. Nefes darlığı, öksürük ve balgam semptomlarının şiddetlenmesini yaşayan KOAH hastaları, KOAH'ın akut alevlenmelerini temsil etmektedir (Liu ve ark 2021). Ayrıca KOAH hastaları; bronşektazi, astım, pulmoner fibroz, akciğer kanseri gibi hastalıklara ve hastaneye yatış durumlarına eğilimli kişilerdir (Liu ve ark 2021). KOAH için iyi bilinen risk faktörleri arasında sigara ve farklı hava kirleticiler yer almaktadır (Ståhl ve ark 2005).

Astım

Astım akciğerlerinizin hava yollarını etkileyen kronik bir hastalıktır. Hava yolları; havayı ciğerlere ve dışına taşıyan solunum tüpleridir. Astımda iki temel sorun vardır. Birincisi hava yollarında şişme ve mukus artışıdır. İkincisi ise hava yollarının etrafındaki kasların sıkışmasıdır. Bu sorunlar nefes almayı zorlaştırabilmektedir. İlaç almak ve astımı tetikleyen şeylerden kaçınmak ise astımı kontrol etmeye yardımcı olabilmektedir (Asthma 2020). Ayrıca astım hastalığına sahip kişilerin sigara içmesi veya kirli bölgelerde yaşaması mevcut olan hastalıklarını olumsuz etkilemektedir (Godfrey 1985). Şiddetli nazal ve sinüs hastalığı, gastroözofageal reflü, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, psikolojik işlev bozukluğu ve obstrüktif uyku apnesi vb.

hastalıklar astımda sık alevlenmeler ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca alerjik ve alerjik olmayan rinosinüzit gibi üst solunum yolu rahatsızlıkları da sıklıkla şiddetli astımla ilişkilidir ve astım sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir (Chanez ve ark 2007).

Astım ve KOAH'ın ortak kökenleri mi paylaştığı yoksa iki ayrı hastalık olarak mı görülmesi gerektiği uzun zamandır tartışılmaktadır. Her iki hastalığında belirli ortak bileşenleri söz konusudur (Vedel-Krogh ve ark 2021). Astım ve KOAH göğüs hastalıkları uzmanları tarafından en sık görülen solunum yolu hastalıklarıdır. Ortak klinik özellikler nedeniyle iki hastalık arasında ayrım yapmak zor olabilmektedir (Neder ve ark 2021).

1.1.2. Kronik Hastalıkların Dünyadaki Durumu

Dünya çapında kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri artmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sistemlerine ve sağlık hizmeti sunucularına daha fazla ihtiyaç duyulmakta ve daha fazla sağlık hizmeti talepleri oluşmaktadır (Dennis ve ark 2008). Dünyada her üç yetişkinden birinin birden fazla kronik durumdan muzdarip olmasıyla birlikte kronik hastalıkların yükü dünya çapında hızla artmaktadır ve bu durumda karmaşık kronik hastalığa sahip hastaların bakımını küresel bir öncelik haline getirmektedir (Zhao ve ark 2021).

Kronik hastalıklar dünya çapında en yaygın ölüm ve sakatlık nedenleri arasında yer almaktadır (Hamine ve ark 2015). Dünyada 2019 yılında ilk on ölüm nedeninden yedisini BOH'lar oluşturmaktadır. Bu yedi neden ise ilk on ölüm nedeninin %80'inden sorumlu olmaktadır. Bununla birlikte tüm BOH'lar 2019 yılında dünya çapındaki ölümlerin %74'ünü oluşturmaktadır (WHO 2021).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Kronik Hastalık Önleme ve Sağlığı Geliştirme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention); her yıl 868 binden fazla Amerikan vatandaşının kalp hastalığı veya felçten (inmeden), 600 bin kişinin kanserden öldüğünü ve 34,2 milyondan fazla DM hastası, 54,4 milyon yetişkinin artrit hastası, 5,7 milyon alzheimer hastası olduğunu belirtmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2021). Kanada ve ABD'deki ölümlerin %63-67'si kanser, şeker hastalığı, KVH'ler ve kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklanmaktadır (Boscart ve ark 2020). Bu durumda Amerika'daki ölüm nedenleri arasında kronik hastalıkların etkisinin fazla olduğunu göstermektedir.

Hastalık Kontrol Merkezlerine (CDC) göre ABD'deki yetişkinlerin yaklaşık yarısı en az bir kronik hastalıkla yaşamaktadır. Bu hastalıklar ABD'deki en büyük katiller arasındadır ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü temsil etmektedir (Fox ve Purcell 2010). ABD'deki tüm yetişkinlerin yaklaşık %50'sinin bir veya daha fazla kronik hastalık durumuna sahip olması ABD'nin sağlık sistemi için önemli bir yük oluşturmaktadır (Newman ve ark 2020). ABD gibi gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklara yönelik tıbbi harcamalar, sağlık sisteminin tıbbi maliyetlerinin %80'ini oluşturmaktadır (Wu ve ark 2020).

KVH'ler, kanser, kronik solunum hastalıkları ve DM gibi BOH'lar, Avrupa Birliği (AB)'nde erken ölümlerin başlıca nedenlerini temsil etmekte ve önemli sosyal ve ekonomik maliyetlere neden olmaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü'ne (OECD) göre AB'de her yıl yaklaşık 550.000 çalışma yaşındaki insan BOH'lar yüzünden erken yaşta ölmektedir. Ayrıca BOH'lar AB'de önde gelen ölüm nedeni olarak sağlık harcamalarının çoğunu oluşturmaktadır (European Commission 2021). Avrupa İstatistik Ofisi (Eurostat) verilerine göre AB ülkelerinde 2016 yılında her 100.000 kişiden 119.4 kişinin ölüm sebebi iskemik kalp hastalıklarıdır. AB ülkeleri içerisinde bu hastalıktan ölenlerin sayısının en yüksek olduğu ülkeler; Litvanya, Macaristan, Slovakya ve Letonya'dır. AB ülkelerinde 2016 yılında her 100.000 kişiden 257.1 kişide kanser (başta trakea, bronş ve akciğer kanseri olmak üzere) sebebiyle ölmüştür. En çok kanserden ölen Avrupa ülkeleri ise; Macaristan, Hırvatistan, Slovakya ve Slovenya'dır. 2016 yılında AB ülkelerinde solunum yolu hastalıklarından (özellikle kronik alt solunum yolu hastalıkları) ölen sayısı 100.000 kişide ortalama 75 kişidir (Eurostat 2021). Söz konusu veriler 2016 yılında AB ülkelerinde ilk üç ölüm nedeni sıralamasında iskemik kalp hastalığı, kanser ve solunum yolu hastalıkları olduğunu göstermektedir.

DSÖ, BOH ülke profilleri verilerine (2018) göre İspanya'nın tahminen tüm ölümlerinin %91'ini BOH'lar oluşturmaktadır. Bu hastalıkların %28'ini KVH'ler, %26'sını kanser, %10'unu kronik solunum yolu hastalıkları, %2'sini DM oluşturmaktadır. Fransa'da ise BOH'lar tüm ölümlerin %88'ini oluşturmakta ve bu ölümlerin %26'ı KVH'lerden, %31'i kanserden, %6'sı kronik solunum yolu hastalıklarından, %2'si DM'den meydana gelmiştir. Almanya'da tüm ölümlerin %91'i BOH'lardan kaynaklanmaktadır. Bu ölümlerin ise %37'si KVH'lerden, %26'sı

kanserlerden, %6'sı kronik solunum yolu hastalıklarından, %3'ü DM'den kaynaklanmıştır. İtalya' da ise tüm ölümlerin %36'sını KVH'ler, %27'sini kanser, %6'sını kronik solunum yolu hastalıkları, %3'ünü DM oluşturmakta ve tüm ölümlerin %91'ini BOH'lar oluşturmaktadır (WHO 2021).

Avustralya'da kronik hastalıklar, 2015 yılında toplam hastalık (ölümcül ve ölümcül olmayan) yükünün %61'ine ve tüm ölümlerin %87'sine katkıda bulunmuştur. Ayrıca kişilerde birden fazla kronik durumun (çoklu hastalık) olması önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Örneğin en az iki hastalığa sahip olanların prevalansı %26, üç veya daha fazla hastalığı olanların prevalansı %16'dır. Yapılan çalışmalar çoklu morbiditesi olan hastaların genellikle sağlık açısından düşük yaşam kalitesine, psikolojik sıkıntılara ve artan mortaliteye sebep olduğunu göstermiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda çoklu morbiditenin aynı zamanda artan hastane başvuruları, sağlık bakım harcamaları ve uygunsuz polifarmasi (gün içerisinde birden fazla ilaç kullanımı) ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (John ve ark 2020).

Afrika'da BOH'ların artan sayıda ilerlemesi Afrikalı kişileri etkileyen büyük bir sağlık sorunu haline getirmiştir. 2010 yılında 2,4 milyon kişi BOH sebebiyle ölürken 2015 yılında bu sayı 3,1 milyona çıkmıştır. Zambiya'da kanser, DM, kronik solunum ve KVH gibi BOH'lar nedeniyle morbidite ve mortalitede artışlar gözlenmektedir. DSÖ 2016 yılı BOH ülke profilleri verilerine göre Zambiya'daki tüm ölümlerin %29'u BOH'lara bağlanmaktadır. Tanzanya'da giderek artan BOH belasıyla karşı karşıya olan Afrika ülkeleri arasında yer almaktadır. DSÖ verilerine göre BOH'lardan kaynaklanan ölümler Tanzanya'daki tüm ölümlerin yüzde 30'undan biraz fazlasını oluşturmaktadır. BOH'lar Cabo Verde'de ise tüm ölümlerin %70'ine neden olmakta ve bunun %36'sı KVH'lerden ve yaklaşık %5'i DM'den kaynaklanmaktadır. Kanser ise ülkedeki ölümlerin yüzde 11'ini oluşturmaktadır. 2018 yılında BOH'lar Nijerya'daki tüm ölümlerin yaklaşık %29'undan sorumlu tutulmaktadır. Bu ölüm sebeplerinden %11'ini KVH'ler, %4'nü kanserler, %2'sini kronik solunum yolu hastalıkları ve %1'ni DM oluşturmaktadır. 2016 yılında Etiyopya'da BOH'lardan dolayı erken ölüm riski %18,3 idi. Uganda'da, BOH'lar ölümlerin %40'ından sorumludur ve bu eğilim her geçen gün artmaktadır. Her dört yetişkinden biri yüksek tansiyon hastasıdır ve dört kişiden üçünün tansiyon hastası olduğunu bilinmektedir. Buna ek olarak 2016 yılında 4.690 kişi DM'den ölmüştür ve

yüz Ugandalı yetişkinden ikisi DM hastasıdır. 2018 yılında ise 21.829 kişi kanserden hayatını kaybederken aynı yıl 32.617 yeni kanser vakası tespit edilmiştir (WHO 2021). Dolayısıyla Afrika ülkelerinde de kronik hastalıklar sebebiyle gerçekleşen ölümlerin sayısının göz ardı edilemeyecek bir sayıda olduğu gözlemlenmiştir.

Mısır'da BOH'lar giderek artmaktadır. Toplam ölümlerin yaklaşık %84'ünü başta KVH'ler olmak üzere BOH'lar oluşturmaktadır (Health Forward 2021). BOH'lara ilişkin Küresel Durum Raporu 2014 yılı verilerine göre; BOH'lar Hindistan'daki tüm ölümlerin %60'ını oluşturan yaklaşık 5.87 milyon ölüme katkıda bulunmaktadır. KVH'ler (koroner kalp hastalığı, felç ve HT) tüm BOH ölümlerinin %45'ini oluşturmakta, bunu kronik solunum yolu hastalıkları (%22), kanserler (%12) ve DM (%3) takip etmektedir. 2012 yılında Çin'deki 60 yaş ve üzeri insanlar arasındaki ölümlerin yaklaşık %80'i BOH'lardan kaynaklanmıştır. Irak'ta ise kalp hastalığı, felç, kronik akciğer hastalığı, kanser ve DM dahil olmak üzere BOH'lara bağlı ölümler tüm ölümlerin %55'inden sorumlu olmaktadır. Toplam ölümlerin ise tahmini olarak %27'sini KVH'ler, %11'ini kanser, %4'ünü DM ve %2'sini kronik akciğer hastalıkları oluşturmaktadır (WHO 2021).

"Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2018 yılında yayınlanan ülkelerin BOH açısından profillerinin belirtildiği çalışmada; Türkiye'de 2016 yılında BOH'ların tüm ölümlerin %89'undan sorumlu olduğu, %34 oranla kalp ve damar hastalıkların, %23 oranıyla kanserlerin, %7 oranla solunum sistemi hastalıklarının, %5 oranıyla diyabetus mellitus'un ölüm sebepleri arasında yer aldığı belirtilmiştir. Yine 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan BOH'ların gelişim durumunu gösteren raporda Türkiye'de BOH'lardan 392.000 ölüm olduğu ve tüm ölümlerin %88'inden sorumlu olduğu, ayrıca BOH sebebiyle erken ölüm oranının %17 olduğu belirtilmiştir" (Aydemir ve Çetin 2019). Bu veriler ışığında Türkiye'de de birçok ülkede olduğu gibi kronik hastalıkların ölüm oranlarına etkisinin fazla olduğu gözlemlenmektedir.

Literatür ve ilgili kaynaklar incelendiğinde dünyada kronik hastalıklara bağlı ölüm sayısı her geçen gün artmaktadır. Söz konusu durum hem yüksek gelirli hem orta gelirli hem de düşük gelirli ülkelerde yaşanabilmektedir. Ayrıca kronik hastalıkların ülkelerde artması ile birlikte bu hastalıklara karşı yapılan sağlık harcamaları da artmaktadır. Örneğin ABD, Avrupa ve İspanya gibi yüksek gelirli ülkelerde artan sayıda kronik hastalık maliyeti toplam sağlık maliyetinin sırasıyla %75'ini, %80'ini

ve %77'sini oluşturmaktadır (Lebina ve ark 2020). DSÖ ve birçok ülke BOH'ların yayılım hızını ve mevcut etkilerini azaltmak için çeşitli çalışmalar yapmaktadır.

1.1.3. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalık yönetimi genellikle uzun vadeli bir bakım planı gerektirmekte ve kronik bir hastalıkla yaşayan bireylere sağlanan sürekli bakım ve desteğini ifade etmektedir (Hamine ve ark 2015, Boscart ve ark 2020). Kronik durumları yönetmek bireylerin kendi iradeleriyle daha sağlıklı davranışlar seçmelerini ve bireylerin çeşitli eğitim ve sağlık kaynaklarından elde edilen bilgi ve beceri setini kullanarak kendi hastalıklarını yönetebilmelerini öngörmektedir (Mackey ve ark 2016). Başka bir deyişle kronik hastalık yönetiminde öncelikle hastalığa sahip kişi mevcut kronik hastalığı hakkında kendisini geliştirme sürecine katılım sağlayarak hastalığın tek başına kontrolü ve yönetimi için gerekli olan bilgi ve becerileri kazanması gerekmektedir.

Kronik hastalık yönetimine bağlılık daha iyi sağlık sonuçları, yaşam kalitesi ve uygun maliyetli sağlık bakımı elde etmek için kritik öneme sahiptir (Hamine ve ark 2015). Daha büyük ihtiyaçları olan bazı hastaların kronik hastalıklarını yönetebilmesi sağlık çalışanlarına fayda sağlayabilmekte ve savunmasız nüfuslara (yaşlı ve engelli bireyler, çocuklar, evsizler vb.) bakmanın zorluklarını hafifletebilmektedir (Wagner 2000). Kronik hastalıkları etkili bir şekilde kendi kendini yönetme yeteneği morbidite ve mortaliteyi azaltmak için de çok önemlidir (Hardman ve ark 2020).

Birçok sağlık hizmeti sağlayıcısı veya yöneticisi kronik hastalığı olan hastaların bakımlarını iyileştirme ihtiyacını giderek anlamaya başlamıştır (Wagner 1998). Örneğin Güney Afrika Sağlık Bakanlığı, kronik hastalıkları yönetirken ve bakım sağlarken mevcut olan yetersizliklerin üstesinden gelmek amacıyla entegre kronik hastalık yönetimi modelini geliştirmiştir. Entegre kronik hastalık yönetimi modelinin amacı; sağlık hizmeti kullanımını azaltan ve kronik hastalıkları olan hastalar arasında kendi kendine yönetimi teşvik eden kapsamlı bir kronik hastalık yönetim modeli sağlamaktır. Sonuç olarak araştırmalar entegre kronik bakım modellerinin hasta bakımını ve sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermiştir (Lebina ve ark 2020).

Kronik hastalığa sahip hastaları kronik hastalık yönetimi konusunda geliştirmek için yapılan çalışmalarda da olumlu sonuçlar söz konusudur. McAllister ve arkadaşları kalp yetmezliği olan hastalar için yapılmış kronik hastalık yönetim programlarını uygulamaya yönelik on bir randomize çalışmayı gözden geçirmiştir. Araştırmacılar söz konusu çalışmaların hastaneye yatış durumlarını, hastanede kalış sürelerini ve sağlık bakım maliyetlerini değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak mevcut çalışmalarda kronik hastalık yönetimi ile sağlık bakım maliyetlerinde, hastaneye yatışlarda ve hastanede kalış sürelerinde azalmaların söz konusu olabildiğini gözlemlemiştir (Clark 2003).

Mevcut kanıtlar gelecekte kronik hastalıkların sağlık yükünü arttıracağını göstermektedir. Bu durumda dünya çapındaki sağlık sistemlerinin etkin yönetim ve önlemeye yönelik stratejilerini yeniden gözden geçirmesini zorunlu hale getirecektir (John ve ark 2020). Kronik hastalıklardan kaynaklanan sağllık sorunlarının artması kronik bir hastalık sürecinde hastanın hastalığını kendi kendine iyi bir şekilde yönetebilmesini önemli bir konu haline getirmektedir. Etkili bir kronik hastalık yönetiminin ise hem genel nüfus sağlığında iyileşme hem de sağlık eşitsizliklerinde azalma sağlaması gerekmektedir (Hardman ve ark 2020). Kronik hastalıklarla uzun zamandır yaşayan bireylerin dünya çapındaki eğilimi göz önüne alındığında çok sayıda hastanın hastalıklarını başarılı ve etkin bir şekilde yönetmesini sağlayabilmek için yenilikçi ve etkili çalışmalara çok fazla ihtiyaç duyulmaktadır (Clark 2003). Kısaca kronik hastalık yönetimine duyulan ihtiyacın artmasıyla birlikte bu konuda yapılan çalışmalardaki artış sayesinde kronik hastalık yönetiminin hastalara ve sağlık sistemlerine sağlayacağı faydalar göz önüne serilmektedir.

1.2. Hasta Güçlendirme

Herhangi bir güçlendirme stratejisinin çıkış noktası algılanan baskı veya güçsüzlüğün varlığıdır. "Güçlendirme" terimi ilk olarak 1970'lerde Paulo Freire tarafından popüler hale getirilmiştir (Agner ve Braun 2018). Güçlendirme kavramı sağlık alanında ortaya çıkmış bir kavram değildir. Bu kavram toplum içindeki baskı ve eşitsizliğe bir tepki olarak oluşturulmuştur (Hage ve Lorensen 2005). Güçlendirme 1990'ların başında ABD'de geleneksel tıbbi model (hekimi tedavi için tek otorite olarak gören) yerine sağlık hizmetindeki hastalarla ilk kez ilişkilendirilmiştir (Garattini ve Padula 2018). Toplumlar üzerinde farklı alanlarda artan baskı ve

eşitsizlikler bireylerin ve toplumların güçlendirilmesini gerekli kılmıştır. Gelişen zaman içerisinde de sağlık alanında güçlendirme kavramının oluşması kaçınılmaz bir durum haline gelmiştir.

Hasta güçlendirme sosyal bilimler kökenine ait bir kavramdır. Bu kavramın sağlık hizmetlerine girmesi ile birlikte hastaların güçlendirilme düzeyi arttırılmak istenmiştir. Çünkü hastaların güçlendirilmesi sayesinde hastaların özerkliği ve sağlık bakımına katılımı da artmaktadır (Acuña Mora ve ark 2018). Buna bağlı olarak hasta güçlendirme kavramının sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilgili araştırmalarda önemi giderek artmıştır (Jørgensen ve ark 2018). Hastaların güçlendirilmesi sağlık hizmetlerinin modernizasyonunda "sağlık ve hastalığın kendi kendine yönetimine" doğru anahtar bir konu olarak görülmektedir (Schineider-Kamp ve Askegaard 2020).

Genel bir kavram olarak güçlendirmenin sayısız tanımı vardır ve sağlıkla ilgili literatürde hasta güçlendirme tanımları da benzer şekilde çok çeşitlidir (Eskildsen ve ark 2017). Hastanın güçlendirilmesi hastaların kendi yaşamından sorumlu olacak şekilde doğal kapasitelerini keşfetmelerine ve geliştirmelerine yardımcı olmak olarak tanımlanır (Funnell ve Anderson 2004). Başka bir ifadeyle hasta güçlendirme sağlık personelinin hastalarını hastalıkları konusunda daha bağımsız, daha kontrollü ve daha bilinçli kararlar alabilmesi için eğitmesi ve geliştirmesidir (Kaya ve Işık 2019). Güçlendirme tıbbi bağlamda hastanın kontrolüne ve gücüne atıfta bulunan kişisel bir eğilim olarak veya hekim-hasta ilişkisindeki mevcut eşitliği vurgulayan ilişkisel bir kavram olarak düşünülebilmektedir (Nafradi ve ark 2017). Ayrıca güçlendirme artan bir kontrol duygusuna, öz bakıma, başa çıkma becerisine ve bireyin başarma becerisine katkıda bulunabilmektedir (Barbosa ve ark 2021).

Hasta güçlendirme en yaygın olarak “hastaların kendi yaşamlarından sorumlu olma kapasitesini keşfetmelerine ve geliştirmelerine yardımcı olma” olarak tanımlanmıştır (Agner ve Braun 2018). DSÖ hasta güçlendirmeyi, insanların sağlıklarını etkileyen kararlar veya eylemler üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları bir süreç olarak tanımlamıştır (Garattini ve Padula 2018, Kalantar-Zadeh ve ark 2021). Small ve iş arkadaşları tarafından güçlendirme konusunda önemli teorik gelişmeler ve ampirik temeller yapılmıştır. Güçlendirmeyi de şu şekilde tanımlamışlardır: Hastalar ile sağlık profesyoneli arasındaki iletişim sayesinde hastalıkla ilgili bilgiler üzerinden kaynakların karşılıklı paylaşılması sonucunda ortaya

çıkan hastaların kontrol duygularını, öz-yeterliklerini, başa çıkma yeteneklerini ve değişime ulaşma becerilerini artıran bir süreç veya sonuçtur (Acuña Mora ve ark 2018).

Sağlık alanında güçlendirmenin sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasındaki ilişkiye rehberlik ettiği düşünülmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Sağlıkta hasta güçlendirme kavramının ortaya çıkması ile hem hastalar hem de doktorlar bu kavramdan etkilenmiştir. Hasta güçlendirme sayesinde artık birçok hasta kendi sağlıklarından sorumlu olmaya başlamıştır. Ayrıca yine hasta güçlendirme sayesinde doktorlar da artık hastalarını kendi tedavilerini sorgulayan (pasif bir hasta rolüne sahip olmayan) bireyler olarak görmeye başlamıştır (Hage ve Lorensen 2005). Çoğu zaman hasta-hekim etkileşimlerinde bir asimetri vardır. Birçok hasta karar verme sürecine düşük düzeyde katılım sağlamaktadır. Doktorlar genellikle tıbbi muayene sırasında sözlü alışverişe hâkim olmakta, hastaları nadiren soru sormaya davet etmekte ve genellikle kapalı uçlu sorular kullanmaktadır (Lindig ve ark 2020). Başka bir deyişle hasta ve sağlık hizmeti sunucusu arasındaki bilgi asimetrisi birçok hastanın hastalıkları konusunda pasif bir role (sorgulamayan) bürünmesine ve hatta hastanın sağlık hizmeti sunucusunun tedavi kararını veya tedavi yöntemini hiçbir şekilde sorgulamamasına sebep olmaktadır.

Hastanın güçlendirilmesi olgusu çoğu zaman kaynakları optimize etme ve sağlık profesyonellerinin yükünü azaltma girişimi olarak görülmektedir (Schineider-Kamp ve Askegaard 2020). Güçlendirmenin amacı hastaların sağlığına ve esenliğine liderlik etmektir. Bu amaca ulaşmak için de destek sağlamakta ve kaynakları entegre etmektedir. Söz konusu durumda güçlendirme kavramı aslında hasta öz yeterliliğini vurgulamaktadır. Bu sayede hastalar tedavi ve bakım hakkında daha bilinçli seçimler yapmakta, sağlık profesyonelleriyle daha iyi bir ilişki kurmakta ve tedaviye bağlı kalma konusunda daha kararlı olmaktadır. Ayrıca hastalar kendi sağlık bakımları için daha fazla sorumluluk almaya istekli ve yeteneklidir (Yeh ve ark 2018). Güçlendirme geniş bir kavram olarak bireylerin, grupların veya organizasyonların kendileri ile ilgili konular üzerinde kontrol sahibi oldukları bir süreci ifade etmektedir (Khuntia ve ark 2017).

Hastanın güçlendirilmesi sağlık hizmetleri literatürüne damgasını vurduğundan beri pozitif sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Göz önünde

bulundurulan sonuçlar arasında iyileştirilmiş hastalık yönetimi, sağlık hizmetlerinin etkili kullanımı, iyileştirilmiş sağlık durumu ve ilaç uyumu bulunmaktadır (Nafradi ve ark 2017). Söz konusu ilaç uyumu DSÖ'ye göre tedavi uyumunun bir parçasıdır. Buna bağlı olarak ilaç uyumu hastanın ilacı kullanmaya ilk başladığı andan sonlandırılmasına kadar geçen süreçte önerilen miktar ve zamanlarda kullanılmasını kapsamaktadır (Temeloğlu Şen ve ark 2019).

Güçlendirmede uygulamalarında hastaların rolü kendi bakımları konusunda bilgili aktif çalışanlar olmaktır. Sağlık profesyonellerinin rolü ise hastalara eğitim, uygun bakım önerisi ve uzman tavsiyesi gibi destek yolları ile hastaların hedeflerine ulaşmasını sağlayarak bilinçli kararlar almalarına yardımcı olmaktır. Burada uzmanların hastalarına sorumluluk bilincini aşılayabilmesi için mevcut sorumluluk duygularından kısmen vazgeçmesi gerekmektedir (Funnell ve Anderson 2004). Doktorlar hastalar üzerindeki sorumluluklarını hastalarına devrederken hastalarının bu sorumluluğu alabilecek yetkinlikte olup olmadığının tespitini iyi yapması gerektiği ve bu tespitin iyi yapılmaması durumunda hastalıkları hakkında yeterince bilgiye sahip olmayan hastaların yanlış kararlar ve uygulamalar sergileyerek sağlık durumunu daha kötüye götürme durumuyla karşılaşabileceği düşünülmektedir.

Hastalarda güçsüzlük veya hastaların kendi sağlıkları üzerindeki kontrol eksikliği hastalık için geniş tabanlı bir risk faktörü oluşturmaktadır (Wallerstein 1992). Hastalar güçlendikçe çeşitli hastalıklar hakkında ve hastalık tedavisiyle ilgili davranışlar hakkında daha fazla öz-yeterlik duygusu geliştirebilmektedir. Ayrıca hastalar yaşam önceliklerini ve değerlerindeki değişiklikleri de daha kolay ifade edebilmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Hasta güçlendirmenin değerlendirilmesi ise çok zor olmaktadır. Ancak hasta güçlendirme sağlığın önemli bir destekleyicisi olarak görünmektedir (Wallerstein 1992, Davison ve Degner 1997). Hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki iş birliğine dayalı ilişki ve iletişim sayesinde daha fazla hasta memnuniyeti, hastaların tedavi planlarına daha fazla bağlılık ve daha fazla iyileştirilmiş sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Lambrinou ve ark 2019). Güçlendirme hem sağlık sisteminde hem de sağlık hizmetinde verimliliği arttırdığı için sağlık sistemleri tarafından arzu edilen bir uygulama haline gelmiştir (Segal 1998). Hastanın güçlendirilmesi sayesinde sağlık sisteminde verimliliğin artacağı ve sağlık

hizmet kullanımında azalma olacağı düşünüldüğünde hasta güçlendirmenin sağlık ekonomisine olacak olan katkısı göz ardı edilemeyecek düzeyde olacaktır.

1.2.1. Hasta Güçlendirme Sürecine Yardımcı Unsurlar

Hastanın güçlendirilmesi sürecine yardımcı olacak bazı unsurların bilinmesi bu konunun daha iyi anlaşılarak irdelenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu yüzden aşağıda Segal (1998) ve Aujoulat ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında değinmiş oldukları hasta güçlendirme sürecini destekleyen stratejilere ve tutumlara yer verilmiştir. Bunlar;

-Hastalara kendi sağlık durumları, hizmet seçenekleri, sağlıklarını geliştirecek roller vb. konularda bilgi akışını sağlamak,

-Hastaların duygularını ifade etmelerine izin vermek ve duygusal olarak destek olmak,

-Hasta eğitiminde hastayı desteklemek, hastaya kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk ve yetkinlik kazanmalarını kolaylaştırmak,

-Hastaların özerkliğini desteklemek, konsültasyon ve sağlıklarıyla ilgili kararlara aktif katılımını teşvik etmek,

-Sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasında iyi bir iletişim için mekanizmalar ve teşvikler oluşturmak,

-Hastalara kişiselleştirilmiş bilgi ve tavsiyeler sunmak,

-Bireylerin ve toplulukların sağlık bakım bütçeleri üzerinde daha fazla kontrol sağlamak,

-Olumlu atmosfer oluşturmak, hastaya ilgi göstermek, saygılı olmak ve hastaların sorularına yargılamayan tarzda cevaplar vermek,

-Hastanın zamana ihtiyacı olduğunun bilincinde olmak ve hastanın karar vermek için gerekli zamanı almasına izin vermek vb.

Hastaların etkinleştirilmesinin veya güçlendirilmesinin ön koşullarını; yeterli bilgi sağlama, ortak karar verme ve başarılı bir doktor-hasta iletişimi (hastaya fırsat sağlayan, hastayı iş birliğine motive eden, destekleyen) vb. oluşturmaktır (Trummer ve ark 2006). Hasta güçlendirme sürecine yardımcı olan unsurların göz ardı edilmeyerek söz konusu unsurların bilinci ile hareket edilmesi hasta güçlendirme sürecini kolaylaştıracağı ve daha etkin bir hasta güçlendirme süreci sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2.2. Hasta Güçlendirmenin Faydaları

Güçlendirme felsefesi bireysel hastalar ile ortaklıklar kurmayı ve hasta merkezli uygulamalar oluşturmayı içermektedir (Funnell ve Anderson 2004). Hastaların güçlendirilmesi hem hastalar için hem de sağlık hizmeti sunucularına çeşitli faydalar sağlamaktadır. Bunlar (Segal 1998, Funnell ve Anderson 2004, Aujoulat ve ark 2007, Kaya 2018, Lambrinou ve ark 2019);

-Hastalarda daha fazla duygusal refah oluşturmak,

-Hasta merkezli yaklaşımı arttırmak,

-Sağlık hizmetinde kaynakların daha verimli ve etkili kullanılmasını sağlamak,

-Hasta memnuniyeti oluşturmak,

-Daha iyi sağlık sonuçları ortaya koymak,

-Hizmet sağlayıcının önerilen bakım standartlarına ulaşmasını sağlamak,

-Mesleki memnuniyet oluşturmak,

-Gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltmak,

-Hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında iş birliğini arttırmak,

-Hastaların sorumluluk bilincini arttırmak,

-Tedavi sürecinin etkili uygulanmasını sağlamak,

-Hastaların sağlık bakımlarında etkili öz yönetici olmasını sağlamak,

-Sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş yükünü azaltmak,

-Günlük yaşamda hastalık kontrolünü arttırmak,

-Sağlık sistemi ve hizmeti üzerinde verimliliği arttırmak,

-Daha fazla öz-yeterlilik duygusu oluşturmak,

-Tedavi sürecinde hasta katılımını ve aktif hasta rolünü geliştirmek,

-Sağlığı geliştirme uygulamalarına katkıda bulunmak,

-Kronik hastalıkların bakımını kolaylaştırmak,

-Sağlık maliyetlerini azaltmak,

-Hastaların tedavi planlarına bağlılıklarını arttırmak,

-Uyumlu ilaç kullanımını arttırmak,

-Hastaların yaşam önceliklerini ve değişikliklerini daha kolay ifade edebilmesini sağlamak,

-Hasta ve sağlık hizmeti sunucusu arasında güçlü ve etkili bir iletişim oluşturmak,

-Teknolojik gelişmeleri daha rahat takip edebilme ve uygulayabilme imkanı sağlamak vb.

Bu faydalar bireysel ve toplumsal açıdan değerlendirildiğinde oldukça olumlu sonuçlar ortaya koyduğu gözlemlenmektedir. Buna bağlı olarak hastaların güçlendirilmesi bireysel ve toplumsal refaha katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.2.3. Kronik Hastalıklarda Hasta Güçlendirme

Yapılan literatür taraması sonucunda hasta güçlendirme uygulamalarının genellikle kronik hastalıklar üzerine yoğunlaştığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla bu bölümde kronik hastalıklarda hasta güçlendirilmesi konusu üzerinde durulmuştur.

Hastalar ve sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları arasındaki etkileşim düzeyinde hastanın güçlendirilmesi çoğunlukla bireyleri veya kronik rahatsızlıkları olan bireyleri güçlendirmeye odaklamıştır (Holmström ve Röing 2010). Hasta güçlendirme hastaların kendi sağlık kontrolünü kazanarak kronik bir rahatsızlığa uyum sağladığı bir süreçtir (Bravo ve ark 2015). Güçlendirme birtakım hasta sonuçlarının iyi bilinen öngörücüsü haline gelmiştir. Bu nedenle hasta güçlendirmeyi artıran müdahaleler kronik koşullarda sağlık sonuçlarını iyileştirmek için yaygın olarak kullanılan araçlar haline gelmiştir (Náfrádi ve ark 2018).

Nüfusun yaşam beklentisinin artması ile birlikte yaşam tarzındaki olumsuz değişiklikler (zayıf beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik, artan stres vb.) ciddi bir halk sağlığı sorunu olan bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların insidansına katkıda bulunmuştur (Barbosa ve ark 2021). Kronik rahatsızlıklarla yaşayan insanların artması toplumu hastalar ve sağlık mesleği mensupları arasındaki iş birliğine teşvik emektedir. Ayrıca bu durum hastaları sağlık bakımlarında aktif bir rol sağlayan stratejiler geliştirmeye ve bu stratejileri uygulamaya zorlamaktadır (Acuña Mora ve ark 2018). Kronik hastalıklarda kendi kendine yönetimi kolaylaştırmak için hasta ile sağlık hizmet sağlayıcı arasındaki ilişkisinin daha iş birlikçi olması gerekmektedir

(Lambrinou ve ark 2019). Ayrıca kronik hastalıklar hem durum yönetimi hem de etkili tedavi stratejilerinin teşviki için özel olarak uyarlanmış bir yaklaşım gerektirmektedir (Barbosa ve ark 2021). Kronik bir hastalık ile yaşamak zorunda kalan insanlar genellikle günlük yaşamlarında büyük değişikliklerle karşılaşmaktadır. Bu kişiler sadece hastalık ve tedavisi hakkında çok şey öğrenmekle kalmamakta aynı zamanda yeni yaşam tarzını veya tedavisiyle ilgili davranışlarını günlük yaşamlarına entegre etmesi gerekmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Kısacası kronik hastalığı olan hastalar mevcut olan hastalıkları ile yaşamayı öğrenmek zorunda kalmaktadır.

Hasta güçlendirme uygulamasında karar verme süreci önemli bir konudur. Akut hastalığı olan hastalar tarafından verilecek kararlar sınırlı olmakta (doktorun talimatlarını takip etmek, ilaç almak vb.) ve bu hastalıklar kısa sürmektedir. Ancak kronik hastalığı olan hastalar için verilecek kararlar hastaların tüm yaşamlarını etkilemekte ve bu hastalıklar uzun yıllar hatta ömür boyu sürebilmektedir (Mola ve ark 2008). Araştırmalar kronik hastalıkları olan hastaları tedavi sürecine dahil etmenin ve hastaları güçlendirmenin hasta sonuçları ile hasta memnuniyetini artırdığını ortaya koymuştur (Jørgensen ve ark 2018). Bunun dışında da hasta güçlendirme uygulamalarının kronik hastalıklar üzerinde çeşitli olumlu sonuçları söz konusudur. Örneğin Yılmaz ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları çalışmada da hasta güçlendirme uygulamalarının kronik hastalığa sahip bireylerde yaşam kalitesini artıracağı sonucu gözlemlenmiştir.

DM ve hasta güçlendirme uygulaması üzerine Anderson ve arkadaşları (1995) bir çalışma yapmıştır. Araştırmacılar bir hastanın güçlendirme programına katılması sonucunda hastaların psikososyal öz-yeterliliklerinde ve DM ile ilgili tutumlarında iyileşme sağlayıp sağlamayacağını ve hastaların kan şekeri düzeyinin azalma ile sonuçlanıp sonuçlanmayacağını belirlemek amacıyla bu çalışmayı yapmıştır. Bu çalışma sonucunda da hastanın güçlendirilmesinin DM ile yaşamanın psikososyal yönlerini ele almak için eğitimsel müdahaleler geliştirmede etkili bir yaklaşım olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca hastanın güçlendirilmesinin kan şekeri kontrolünün iyileştirilmesine de yardımcı olacağı tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklarda karar verme süreci sadece hastalık ve tedaviyle ilgili konulardan değil aynı zamanda kronik bir hastalıkla yaşamanın çeşitli psikososyal yönlerinden de etkilenmektedir. Bu yüzden sağlık hizmeti sağlayıcıları hastaların

kişisel hedeflerinin ve inandıkları şeylerin hastalar için en iyisi olacağını bilmesi ve buna göre hareket etmesi gerekmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Burada önemli olan konu hastaların sağlık durumları konusunda karar verilirken bu karar alma sürecine hastalarında katılımını sağlamaktır. Çünkü hastalar tedavi süreçlerinde fiziksel ve zihinsel olarak kendilerini güçlü hissettikleri durumları en iyi bilen kişilerdir.

Kronik hastalıkların tedavisinde bazen hastalar uzmanlarca önerilen tavsiyelere aykırı bir öz-bakım uygulaması gerçekleştirmektedir. Sağlık uzmanları bu aykırılık durumuna çeşitli itirazlar yapmaktadır. Bunun bir sonucu olarak da kronik hastalar itirazlara veya eleştirilere maruz kalmamak için kendi öz bakımları hakkında bazı bilgileri gizlemeyi veya bazı bilgiler konusunda yalan söylemeyi tercih etmektedir (Paterson 2001). Söz konusu durumun ortaya çıkmasını engellemek için hastanın tedavi sürecine katılımını sağlamak gerekmektedir. Çünkü hastalara verilen tavsiyelerin hastalar tarafından uygulanıp uygulanamayacağı sorusunun sürecin en başında cevap bulunması tedavi sırasında böyle bir durumla karşılaşılmasını engelleyeceği düşünülmektedir.

DSÖ'ye göre kronik hastalığı olan kişilerin sadece yaklaşık %50'si ilaç tedavisine bağlı kalmaktadır (Svensberg ve ark 2021). Hastaların sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından reçetelenenlerin dışında ilaç alma derecesi olarak tanımlanan ilaç uyumsuzluğu mevcut koşullar arasında ortalama %50 yaygınlık ile kronik hastalık bakımı için ciddi bir engel haline gelmektedir (Nafradi ve ark 2017). Kronik hastalıkları olan hastalar mental açıdan zayıflıklar hissedebilmektedir. Bu kişiler hastalıklarına uyum sağlamak için rıza göstermeleri gereken bazı yaşam değişikliklerinin farkına vardıklarında üzücü bir güçsüzlük hissi yaşayabilmektedir. Güçsüzlük hasta sağlığının bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Buna karşılık güçlendirme ise sağlığı geliştirme süreci olarak düşünülmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Etkili bir kişisel bakım kapasitesi gerektiren astım ve DM gibi kronik hastalıkların yönetiminde güçlendirme uygulaması merkezi bir öneme sahiptir (Segal 1998). Kısaca kronik hastalığa sahip bireylerin yaşamlarını etkileyen kronik hastalıklarını daha iyi kontrol etme ve yönlendirme yeteneği söz konusu hastaların güçlendirilmesi ile mümkün olabilmektedir.

1.2.4. Hasta Güçlendirmede Odaklanılan Kavramlar

Bu bölümde ilgili literatürde yer alan hasta güçlendirme yaklaşımı ile en çok bağlantı kurulan kavramlara yer verilmiştir. Bu kavramların tespiti ise çalışmanın literatür araştırma sürecinde gerçekleşmiştir.

Eğitim

Hasta eğitimi hastanın ve sağlık hizmet sunucusunun birlikte hareket ederek hastanın mevcut sağlık durumunu koruması ve daha iyiye götürmesi amacıyla yapılan, hastanın hastalığı konusundaki yeteneğini artıran ve hastanın hastalığını yönetebilmesini hedefleyen öğrenim ve öğretim sürecini ifade etmektedir (Ercüment 2020). Hasta eğitimi sağlıkla ilgili hastanın güçlendirilmesini desteklemek amacıyla gelişmiştir (Roter ve ark 2001). Tıp mesleğinin çok fazla uzmanlık isteyen bir alan olması hastaların sağlıklarına katkıda bulunmasını yetersiz kılmaktadır. Hasta eğitimi ile bu yetersizliğin ortadan kaldırılabileceği düşünülmektedir.

Hasta güçlendirme uygulamasını etkili bir şekilde uygulamak ve hastaları bilinçli karar almaya teşvik etmek için hastaların eğitime ihtiyacı vardır. Bu eğitim sürecinde eğitimcilere hastaların etkili öz yönetici olmalarını sağlamak için hastalarla pratik yapma sorumluluğu düşmektedir (Funnell ve Anderson 2004). Hasta eğitimi hastaların kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını sağlamak için tasarlanmış bir hasta güçlendirme sürecidir (Yeh ve ark 2018). Ayrıca hasta eğitimi hastalıkları konusunda bireylere güçlendirici davranışlar kazandırarak bireylerin mevcut sağlıklarını korumaya ve daha iyi sağlık sonuçlarını ortaya koymaya yardımcı olmaktadır. Tedavi sürecinde hastalarla en fazla etkileşim halinde hemşireler olduğu için genellikle hasta eğitim sorumluluğu hemşirelere verilmektedir (Büyükyılmaz ve Özdemir 2018). Hasta güçlendirilmesi konusunda incelenen literatürlerde güçlendirmede hastanın eğitilmesinin çok önemli olduğu ve hastalara bu eğitimi verecek kişilerin sağlık uzmanları (doktor, hemşire vb.) olması gerektiği gözlemlenmiştir.

Greenfield, Kaplan ve Ware sağlık eğitiminin hastalar üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Çalışmada iki grup oluşturulmuştur. "Deney Grubu"na hastalıkları hakkında kişiselleştirilmiş bilgiler verilmiştir ve doktorlarına sorular sorması için teşvikler yapılmıştır. "Kontrol Grubu"na ise sadece hastalıkları ile ilgili genel bilgiler verilmiştir. Çalışmanın sonucunda ise muayene sırasında deney

grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalardan daha fazla konuştukları ve doktorlarından daha fazla bilgi alabildikleri gözlemlenmiştir. Sonuç olarak çalışmada Greenfield ve arkadaşları muayene sırasında daha aktif bir rol oynayan hastaların hastalıkları üzerinde daha büyük bir kontrol duygusu oluşmasının daha iyi bir sağlık sonucu ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir (Roberts 1999).

Güçlendirici bir eğitim sürecinde sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından güçlendirme sonucunun ne olacağı önceden bilinememektedir. Başka bir deyişle eğitimciler hasta eğitiminin olumlu sonuçlanacağının garantisini verememektedir. Söz konusu hastaların bu durumu bilerek eğitim sürecini kabul etmeleri gerekmektedir (Aujoulat ve ark 2007) Burada üzerinde durulan asıl konu hasta eğitim sürecinin sonunda her zaman beklenen sonucun ortaya çıkamayabileceğidir. Bazı etkenler (sosyal, psikoljik, çevre vb.) hastanın eğitimini olumsuz etkileyerek eğitimin başarı ile sonuçlanmasını engelleyebilmektedir. Bu yüzden sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından hastalara eğitimin sonunda kesin olarak güçlenebileceği bilgisini aktarmak çok doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Ancak "yapılan çalışmalarda hasta eğitiminin, anksiyetenin azalmasına, memnuniyetinin arttırılmasına, hastanın öz bakımının güçlendirilmesine, hastaların otonomilerinin artırılmasına, yaşam kalitesinin yükseltilmesine, hastaların hastalıklarına uyum sağlamasına, masrafların düşürülmesine, morbidite ve mortalitenin azaltılmasına ve hastanede kalış süresinin kısalmasına olumlu yönde etkisinin olduğu belirtilmektedir" (Yıldırım ve ark 2017). Hasta güçlendirme uygulamaları ve hasta eğitimleri kronik hastaların gelecekte karşılaşabilecekleri risklere karşı koyabilmelerini ve mevcut hastalıklarını yöneterek kontrol edebilmelerini sağladığı için sağlığı teşvik edici bir unsur olarak görülmektedir (Groene ve Garcia-Barbero 2021).

Öz Bakım Yönetimi

Öz bakım bireylerin mevcut sağlık durumlarını daha iyi hale getirmek ve mevcut sağlık durumlarının daha kötüye gitmesini önlemek amacıyla bireyin yapması gereken mesuliyetleri yerine getirmesi anlamına gelmektedir (İstek ve Karakurt 2018). Öz bakım bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların ayrılmaz bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Çünkü öz bakım bireylerin sağlık hizmetlerini iyileştirmek için bireylerin hastalık semptomlarını tanımasına ve daha iyi stratejiler seçmesine izin vermektedir (Barbosa ve ark 2021). "Öz yönetim ise bireyin bir görevi uygun şekilde

yönetmesi için gözlemleme, kararlar alma, gerçekçi tepkiler verme süreci olarak tanımlanmaktadır" (Candan 2021). Hasta eğitiminde öz yönetim modelinin üç ayırt edici özelliği vardır. Birincisi hastalığın hem fizyolojik hem de duygusal sonuçlarıyla ilgilenmektir. İkincisi sadece reçetelere ve sağlık personellerine bağlı olmaktan ziyade problem çözme ve karar vermede aktif rol alma yeteneğine hitap etmektir. Üçüncüsü ise hastalar ve sağlık profesyonelleri arasında hastalık boyunca devam eden güvene ve süregelen diyaloğa dayanan ortaklık ilişkilerini yerleştirmektir (Mola ve ark 2008). Kısaca hasta eğitiminde bu üç unsurun desteklenmesi hastanın öz yönetim kontrolünün oluşmasına yardım etmektedir.

Güçlendirilmiş hastalardan hastalıklarını kendi kendine yönetebilme yeteneği ve sağlık durumları üzerinde verecekleri kararların daha bilgili ve özgüvenli olması beklenmektedir (Roter ve ark 2001). Hastalar günlük öz yönetim kararlarının kontrolünü elinde tuttuklarında bu kararlardan ve sonuçlarından sorumlu olmaktadırlar (Anderson ve Funnell 2010). Kronik hastalarda öz yönetim kişilerin rutin hayatlarında hastalıklarının ortaya koymuş olduğu gereksinimleri etkili bir şekilde karşılayarak bu hastalığa daha güçlü mücadeleler verebilmesini amaçlamaktadır (Şentürk 2021). Başka bir deyişle öz yönetim bireylerin günlük yaşantısını etkilemekte olan hastalığı ile ilgili kararlar vermesine ve bu kararlara uygun davranışlar sergilemesine yardımcı olmaktadır. Bu yüzden öz-yönetimin geliştirilmesi özellikle kronik hastalar için önem taşımaktadır.

Hastalarda öz yönetim etkinliğini artırmayı amaçlayan hasta eğitim stratejilerinde öz yeterliği artırıcı müdahaleler önerilmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Burada bahsi geçen öz yeterlilik kavramı ise kişinin zaman içerisinde karşılaşabileceği zorluklarla baş edebilme düzeyine olan inancını ve hükmünü ifade etmektedir (Öztürk ve ark 2018). Sosyal bilişsel teoriden türetilen bir kavram olan öz yeterlik insanların yaşamlarını etkileyen olaylar üzerinde kontrol uygulama kapasitelerine olan inançlarıyla ilgilidir. Örneğin başarılı olacağına inanan insanların ve toplulukların yeni bir davranış girişiminde bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kısaca öz yeterlilik insanların inançlarını, nasıl düşündüğünü, ne hissettiğini, kendilerini nasıl motive ettiğini ve kendilerine nasıl davrandığını etkilemektedir (Köhler ve ark 2018). Sonuç olarak bireylerin öz yeterliliğin geliştirilmesi bireyin hastalık sürecinde öz yönetim kontrolünün daha güçlü olmasını sağlamaktadır.

Bilgi Verme

Hasta güçlendirmede hastaların yaptıkları seçimlerin sonuçlarının sorumluluğunun sağlık hizmeti sağlayıcılarında değil hastanın kendisinde olduğunu hastaların anlaması ve kabul etmesi için hastaların yardıma ihtiyaçları vardır. Çünkü yapmış oldukları seçimden etkilenecek olan kişi hastalardır. Bu yüzden hastaların yapacağı seçimlerin potansiyel sonuçları hakkında hastaların tam olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir (Weiss 2006). Hastaların kendi hastalıkları konusunda bilgi sahibi olması hastanın tedavi sürecinde başarı elde etmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir (Holmström ve Röing 2010). Ayrıca hastanın kendi sağlık durumu veya tedavi süreci ile ilgili bilgi isteme hakkı da mevcuttur (Kaya 2018). Bu nedenle hastaların hakları ve sorumlulukları olduğu bilinci ile tedavi edilmesi gerekmektedir (Holmström ve Röing 2010).

Doktor ve hasta arasındaki iletişimde bilgilendirme çok önem taşımaktadır. Çünkü hasta ve doktor arasındaki bilgi asimetrisi iki grup arasında iletişim kanalının kapalı olmasına katkı sağlamaktadır (Yağbasan ve Çakar 2006). "Bilgi asimetrisi hastanın alacağı hizmette dezavantaja neden olabilmektedir. Çünkü hasta aldığı hizmet düzeyini, hastalık seyrini, uygun tedavi yöntemlerini, iyileşme ya da hastalığın ilerleme durumunu ve hizmetin maliyetini hizmet sunucularına oranla çok az bilmektedir" (Temel ve Aydın 2018). Söz konusu bilgi asimetrisinde doktorların hastalardan daha fazla bilgiye sahip olması doktorların hastalar üzerinde daha fazla otorite kurulmasına ve daha fazla hastaların yönlendirilmesine sebep olmaktadır. Hasta ve doktor arasındaki bilgi asimetrisini azaltmak için hastaların bilgilendirme düzeyinin arttırılması gerektiği düşünülmektedir (Özcan ve ark 2013). Kısaca hastaların yeterince bilgilendirilmesi doktor ve hasta arasındaki asimetrik bilginin olumsuz sonuçlarının ortadan kaldırılmasına katkıda bulunmaktadır.

Literatürde hastanın hastalıkları konusunda bilgilendirilmesinin çeşitli yararlar sağladığı gözlemlenmiştir. Örneğin yapılmış olan araştırmalar kanser hastalarına tedavisi hakkında bilgi vermenin hastalar için önemli faydaları olduğunu göstermektedir. Bu faydalardan bazıları şunlardır; tedaviye karar verme sürecinde katılımın artması, tedavi seçiminde memnuniyetin oluşması, anksiyetenin ve duygu durum bozukluğunun azalması, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında hastalıkla baş etme yeteneğini arttırması, hastalık üzerinde hastanın kontrolünün artması, hastalık

endişesinin azalması, doktoruna olan memnuniyetin artması, hastada daha yüksek derecede umudun (iyi olacağına inanma) oluşması vb. (Davison ve Degner 1997). Ayrıca hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki ortak sorumluluk karşılıklı iletişim ve bilgi paylaşımı sonucunda daha iyi klinik sonuçlara yol açabilmektedir (Barbosa ve ark 2021).

Hasta Merkezli Olma

Hasta merkezli olma ve hasta güçlendirme birbirlerine karşı olmayan iki tanımlayıcı kavramdır (Holmström ve Röing 2010). Sağlık hizmeti sunucuları hasta güçlendirmeyi klinik süreçte etkili bir şekilde uygulamak için hasta merkezli bir yaklaşım benimsemesi gerekmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Dünyada teknolojinin sürekli olarak gelişmesi ile insanların yaşam tarzları da sürekli olarak değişmektedir. Buna bağlı olarak sağlık sektöründe de hastaların sağlık talepleri çeşitlenmektedir. Bu durum sağlık kurumlarını doktor merkezli bakım (hastanın sağlık kararlarına dahil edilmediği) anlayışından hasta merkezli bakım anlayışına geçişi beraberinde getirmiştir (Saygılı ve ark 2020).

Literatürde birçok çalışmada hasta güçlendirme uygulaması hasta merkezli olma ile özdeşleştirilmiştir. Hasta merkezli olma sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından verilen hizmet sürecinde hastanın beklentilerini ve ihtiyaçlarını göz ardı etmeksizin kaliteli bir hizmet gerçekleştirilmesini amaçlamaktadır. Holmström ve Röing (2010) hasta merkezli olma ve hasta güçlendirme kavramlarını araştırmak, karşılaştırmak ve hastalar ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturmak amacıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın sonucunda hasta merkezli olma ve hasta güçlendirme kavramlarının birbirlerine karşı olmayan tamamlayıcı kavramlar olduğu gözlemlenmiştir. Hasta merkezli olma ve hastanın güçlendirilmesi sağlık hizmetlerine katılanlar tarafından sağlık kullanımını kolaylaştırabileceğini ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabileceğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca çalışmada bazı hastaların (kanser hastası, kronik hastalığa bağlı ağrısı olan yaşlılar vb.) hasta merkezli bir yaklaşım talep etmek ve hastalıkları hakkında güçlendirilmek istemediği gözlemlenmiştir. Hasta merkezli bir yaklaşımın da güçlendirilmek istemeyen hastaların tespit edilmesine yardımcı olacağı belirtilmiştir.

Hasta merkezli yaklaşımda hastanın isteklerine, tercihlerine, ihtiyaçlarına, değerlerine vb. unsurlara tedavi süresince dikkate alma ve saygı gösterme söz konusudur (Bakır ve Demir 2020). Kısacası hasta merkezli olma tedavi sürecinin her aşamasında hastanın memnuniyetini oluşturmak ve hastalığın tedavisinin en iyi şekilde sonuçlanmasını sağlamaktır. Hasta merkezli olmak hasta güçlendirme sürecinde güçlendirilmek isteyen ve istemeyen hastaların belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır (Holmström ve Röing 2010). Çünkü bu yaklaşımda hastaların tercihleri ve istekleri ön planda tutulmaktadır. Buna bağlı olarak hastanın güçlendirilmesi kararının verilmesinde hastanın fikri önem arz etmektedir. Hasta merkezli bakım hastayı güçlendirmekte ve hasta ile sağlık hizmet sunucusu arasındaki ilişkiyi geliştirmektedir. Ayrıca bu yaklaşım hastanın beklentilerini karşılayarak daha iyi sağlık durumuna ulaşması için sağlık hizmet sunucusu ile hastanın birlikte hareket etmesini amaçlamaktadır (Bakır ve Demir 2020). Sağlık hizmeti sunucularının güçlendirmeyi klinik uygulamalarına etkili bir şekilde uygulayabilmesi için hasta merkezli bir yaklaşım benimsemeleri gerekmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Aksi takdirde güçlendirme sürecinde hastalar olumsuz tepkiler vererek süreci yavaşlatabilmektedir.

Hasta merkezli bir yaklaşımda hastanın isteklerinin tespit edilmesi sonrasında hasta ve yakınlarına hastalık süreciyle ilgili gereken bilgilendirmeler yapılarak hasta ve yakınlarının sağlıkla ilgili daha kolay hüküm verebilmesini sağlamak ve tedavi sürecini daha kolay bir hale getirmek için yardımcı olmak hedeflenmektedir (Gücük ve ark 2018). Bu konu ile ilgili kaynaklar gözlemlendiğinde hasta merkezli bakımın; sağlık masraflarını azalttığı, hastaların memnuniyet oranlarını arttırdığı, sağlık alanındaki eşitsizlikleri düşürdüğü, daha iyi sağlık hizmeti sunumuna katkı sağladığı ve sağlık çıktılarını olumlu etkilediği tespit edilmiştir (Erdoğan ve Kırılmaz 2020).

Sorumluluk

Hastaların kendi sağlıkları konusunda mevcut hizmet seçeneklerini anlayabilmesi ve kendi sağlık bakımlarıyla ilgili kararları verebilmesi için sorumluluk kabulü yapması gerekmektedir (Segal 1998). Ayrıca hastalardan kendi çözümlerini ve motivasyonlarını bulmaları için sorumluluk almaları beklenmektedir. Bu sorumluluğu hastalara verebilmek içinde hastalar güçlendirilmelidir (Funnell 2000). Bazı araştırmacılar hasta güçlendirmeyi kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olma

kapasitesi şeklinde değerlendirmiştir (Acuña Mora ve ark 2018). Literatürde bazı hastaların karar verme sorumluluğunu devretme arzusunu dile getirdiği gözlemlenmiştir. Anderson ve arkadaşları özgürce sorumluluk devretmeyi seçen hastaların hâlâ güçlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Böyle bir durumda hastalar tedavileri için değil seçimlerinden dolayı sorumlu olmaktadır (Aujoulat ve ark 2007). Başka bir deyişle tüm sorumluluğu devreden hastaların bu kararlarından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçları kabul etmesi gerekmektedir.

Hastaların kendi sağlıkları için sorumluluk üstlenmeleri ve kendi sağlık bakımları konusunda daha büyük rol üstlenmeleri desteklendiğinde veya teşvik edildiğinde refahın arttığı gözlemlenmektedir (Segal 1998). Kişileri sağlıkları konusunda bilgilendirerek ve kişilere sosyal açıdan yardımcı olarak sorumluluk verilmesi sağlığın bireysel belirleyicilerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır (Avcı 2016). Kişilere sağlıkları konusunda gerekli olan bilgi ve destekler sağlandığında kişiler daha rahat bir şekilde sorumluluk alabilmektedir (Anderson 1996). Günümüzde sağlıklı olmak için tek sorumluluğun doktorun üzerinde olmasından ziyade hastaya da sorumluluk yüklenmesi gerekli hale gelmiştir. Bu sayede doktor ve hasta memnuniyetinin artacağı düşünülmektedir (Erer 2010).

Yetkilendirme

Hasta yetkilendirme ve güçlendirme kavramları bazı kaynaklarda birbirlerinin yerine kullanıldığı gözlemlenmiştir (Kaya 2018). Bu çalışmanın literatür araştırması aşamasında da her iki kavramında benzer şekillerde tanımlamalarına rastlanmıştır. Son yıllarda hastanın yetkilendirilmesi sağlık hizmetlerinde önemli bir yapı haline gelmiştir (Markwart ve ark 2020). Doktor ile hasta arasındaki ilişkinin adil olması belirli bir düzeyde hastanın yetkilendirmesini gerektirmektedir (Nafradi ve ark 2017). Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde hastanın yetkilendirilmesi özellikle bazı hastalıkların (uzun süreli bakım gerektiren hastalıkların) bakım sürecinde gerekli bir uygulama haline gelmiştir.

Araştırmacıların çoğu sağlık hizmeti bağlamında hasta yetkilendirmenin önemi konusunda hemfikir olmasına rağmen bu yapının benzersiz bir tanımı bulunmamaktadır (Bailo ve ark 2019). Hasta yetkilendirme insanların sağlıklarını etkileyen kararlar üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları bir süreçtir (Lin ve ark

2020). Başka bir deyişle yetkilendirme sağlık uzmanlarının bilgi ve kaynak elde etmelerine yardımcı olmak için hastalar ile iş birliği yaptıkları kolaylaştırıcı bir süreç olarak görülmektedir (Bailo ve ark 2019). Bazı araştırmacılar yetkilendirmeyi bireyin öz yeterliliğine olan inancını arttırdığı veya kişisel güçsüzlüğe olan inancını azalttığı bir süreç olarak tanımlamıştır (Davison ve Degner 1997). DSÖ ise yetkilendirmeyi insanların sağlıklarını etkileyen kararlar ve eylemler üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları bir süreç olarak tanımlamıştır (Van Corven ve ark 2021).

Hastanın sağlık hizmeti kararlarına katılım gereksinimi hakkındaki mevcut tartışmaların çoğu bir güçlendirme modeline dayanmaktadır. Bu bağlamda yetkilendirme insanların alacakları sağlık hizmetleri ile ilgili kararlara eşit olarak katılmasının teşvik edilmesini ifade etmektedir (Paterson 2001). Güçlendirme temelli bir yaklaşımda Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi içinde yer alan "kendini gerçekleştirme" basamağında olduğu gibi hastaların da hastalıkları konusunda kendini güçlendirerek yetkilendirme eğilimleri vardır (Aujoulat ve ark 2007). Hasta güçlendirme sayesinde bir hastanın alacağı kararlara karşı güven duygusu gelişmektedir. Hastada gelişen bu güven duygusu sonucunda hastanın kendi kaderini tayin edebilir hale gelmesi yetkilendirme süreci için önem arz etmektedir. Kısaca hastanın yetkilendirilmesi; hastaların kendi rollerini anlamalarını, ortak karar vermede bilgi sahibi olmalarını ve kendi kendini yönetme becerilerine sahip olmalarını gerektirmektedir (Kalantar-Zadeh ve ark 2021). Sonuç olarak da hastanın yetkilendirilmesi kendi kendine yönetim kapasitesini güçlendirmekte ve tedavi sonuçlarını iyileştirmektedir (Baumgart 2020).

Karar Verme

Ortak karar verme sağlık hizmeti sağlayıcısı düzeyinde hastanın güçlendirilmesini teşvik eden bir müdahale olarak tanımlanmaktadır (Hölmström ve Röing 2010). Eskiden sadece sağlık profesyonellerinin hastalık yönetimi hakkında karar vermesi gerektiğine inanılmaktaydı. Şimdi ise özellikle kronik hastalığı olan insanların hastalıkları hakkında karar verme sürecine ortak olması gerektiğine inanılmaktadır (Paterson 2001). Çünkü karar verme süreçlerine aktif olarak katılım sağlayan hastalar; hastalıkları ve tedavileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmakta, tedavinin etkileri konusunda daha gerçekçi beklentilere sahip olmakta, sağlık

çalışanlarına daha fazla güven duymakta, daha iyi risk algılamaları olmakta ve daha az karar çatışması yaşamaktadır (Lindig ve ark 2020).

Sağlık hizmetlerinin geleneksel olarak sunulduğu paradigma (sağlık uzmanları tarafından benimsenen karar verme mekanizmalarının kullanıldığı yaklaşım) hastaların ve toplulukların güçsüzlüğünü pekiştirmektedir (Segal 1998). Hastalar bu paradigma içerisinde çok pasif bir role bürünmektedir. Günümüzde bu paradigmanın tersine hastaları daha aktif hale getirmek için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Ayrıca hastaların sağlık durumları hakkında karar vermeye katılması hastalığın seyrinde olumlu sonuçlar meydana getirebileceği düşünülmektedir. Çünkü hastalar mevcut hastalığın kendisine olan etkisini en iyi bilen kişidir ve uygulanacak tedaviden veya sağlık tavsiyesinden en çok etkilenecek kişi kendisidir. Söz konusu durum kendisini ilgilendiren bir odak noktası halindeyken hastanın kendisi üzerinden alınacak sağlık kararlarına katılım sağlamak istemesi kaçınılmaz bir durumdur.

Hastalar bazı durumlarda ise karar verme sürecine katılım sağlamak istemeyebilmektedir. Çünkü hastalar bazen çok karmaşık olan sağlık bilgilerini öğrenerek zaman kaybı yaşamak istememektedir. Ya da hastalar sağlık kararlarında duygusal etkilenmeler yaşamaktan korkmaktadır ve bu yüzden karar verme sürecine katılmak istememektedir. Bunlarla birlikte hastaların karar verme sürecine katılmak istememesinin bir sebebi de hastalar doktorların kendilerine kızabileceklerini düşünmektedir. Çünkü hastalar doktorların bilgi birikimlerine müdahalede bulunulduğunu düşünmelerinden korkmaktadır. Bu yüzden hastalar çekimser bir davranış sergileyerek katılım sağlamak istememektedir (Tekin ve ark 2009).

Hasta ve sağlık hizmet sağlayıcısı arasındaki iletişimin geliştirilmesi hastanın karar verme sürecine katılımını, tedaviye ilişkin beklentilerini ve genel memnuniyetini etkilemektedir (Chen ve ark 2021). Bu noktada hasta ve sağlık hizmet sağlayıcısı arasındaki iletişimi geliştirmek için hastaların karar verme sürecine katılımını sağlamak önemli bir konu haline gelmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da bu durum gözlemlenmektedir. Örneğin Leona E.Sonson ve arkadaşları 2001 yılında astım tedavisi alan bireylerin memnuniyetsizlik durumları üzerine bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya katılan hastalarda karar alma sürecine dahil olmadıklarına inanan hastaların yarısının tedavilerinden memnun olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (Markson ve ark 2001). Söz konusu durumla ilgili olarak hasta ve sağlık hizmet sağlayıcısı arasındaki

iletişim yeterince gelişmediği için mevcut hastalar karar alma sürecine katılım sağlamamıştır. Ayrıca bu durum hastalar üzerinde pasif bir etkiye sebep olmuştur. Sonuç olarak da bu sebeplerden dolayı hastaların memnuniyetsizliklerinin arttığı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek bu hasta memnuniyetsizliklerini azaltmak için hastaların güçlendirilerek kendi sağlık kararlarını verebilmesini sağlamak gerektiği düşünülmektedir. Çünkü bireysel veya toplumsal düzeyde güçlendirilmiş bir kişi sağlıklarıyla ilgili kararları vererek yaşamları üzerinde kontrol sahibi olan kişilerdir (Tekin ve ark 2009). Bu durumda hastaların karar verme sürecine katılımını desteklemek hastaların güçlendirilmesinin vazgeçilmez bir parçası olduğunu göstermektedir.

Katılım

1977 yılında DSÖ hastaların sağlık hizmetlerine katılması gerektiğini vurgulamıştır. O zamandan günümüze kadar hastaların güçlendirilmesinin tıbbi ve tedavi kararlarına etkisi üzerine farklı şekillerde odaklanılmıştır (Holmström ve Röing 2010). DSÖ'ye göre katılım bir yaşam durumuna dahil olma anlamına gelmektedir (Kalantar-Zadeh ve ark 2021). Sağlık hizmetlerine katılım ise hasta ile sağlık hizmet sağlayıcısı arasındaki veya hasta ile sağlık sistemi arasındaki ilişki sırasında tanı ve tedavi sürecine gereken desteği sağlamak için yapılan tüm yardımları kapsayan her türlü etkileşimi ifade etmektedir (Kaya 2018). Buna bağlı olarak hasta güçlendirme uygulamasında hasta katılımı "hastanın sağlık hizmetini talep etmesi ile başlayıp ortaya çıkacak olan sağlık çıktısına (iyileşme, durumunu koruma, kötüleşme vb.) kadar olan süreçte (yani tedavinin her aşamasında) gerçekleşecek olan kararlara, tedavilere, eğitim programlarına vb. faaliyetlere hastanın aktif olarak etkinliğinin sağlanmasıdır" şeklinde tanımlanabileceği düşünülmektedir.

Hasta güçlendirme uygulamasının önemli hedeflerinden biriside hastaların sağlık hizmeti alım sürecine aktif olarak katılımını sağlamaktır. Aktif katılımlı hastalar sağlık personelleri ile iletişimi daha rahat bir şekilde kurabilmektedir. Ayrıca bu hastalar sağlıkları üzerinde karar verme yetkisini daha fazla kullanmaktadır. Örneğin HbA1C (şeker hastalığını kontrol altında tutmak için yapılan kan testi) kontrolünü ve aktif hasta katılımını arttırmak için ilk olarak Greenfield ve arkadaşları daha sonra Rost ve arkadaşları çalışma yapmıştır. Bu çalışmacılar hastaların doktorları ile daha etkili ve daha katılımcı iletişim kurabilmeleri için hastaların bilgi arama düzeylerini

geliştirici deneysel bir müdahale geliştirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda aktif katılımlı hastaların doktorları ile daha fazla iletişim kurdukları ve doktorlarının söylediklerinden olgusal ifade çıkarmada daha başarılı oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca aktif katılımlı hastaların HbA1C düzeylerinin daha düşük olduğu ve diyabetik durumlarını daha iyi kontrol edebildiklerini tespit etmişlerdir (Roter ve ark 2001).

Hasta ve toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlamanın; birey ve toplumun yetkilendirilmesi, hastanın gereksinimlerini karşılaması, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki iş birliğinin artması, hesap verebilirliği geliştirmesi, hasta merkezli bakımı arttırması, sağlığın geliştirilmesi, kaliteyi iyileştirmesi ve maliyetleri azaltması gibi olumlu sonuçları söz konusudur (Bayın 2016, Özkan 2017). Ayrıca hasta katılımının daha iyi sağlık sonuçlarına ve hasta güvenliğinin daha iyi bir hale getirilmesine katkıda bulunulacağı da düşünülmektedir (Palteki 2018).

İş Birliği

Hasta odaklı yaklaşımda iş birliği, hasta katılımı ve hasta sorumluluğu kavramları vazgeçilmez üç temel kavram haline gelmiştir (Kumbasar 2016). Günümüzde sağlığın geliştirilmesinde etkili bir rol oynar hale gelen iş birliği kavramı hasta ile doktor veya sağlık sunucusu arasındaki iş birliğini ifade etmektedir. Sağlık hizmetinde hasta ile doktorun gayesi hastanın fiziksel ve mental açıdan en iyi hale getirilmesini sağlamak ve hastanın refahını arttırmaktır. Hasta ve doktorun birlikte iş birliği yapması bu ortak gayenin gerçekleştirilmesini daha kolay hale getirebilmektedir. Bunun içinde doktorun hastayı güçlendirmesi ve hastaya sorumluluk vermesi gerekmektedir (Atıcı 2007).

Karar alma sürecinde aktif olarak iş birliği yapan hastalar kendileri için önemli olduğunu belirledikleri sonuçlara daha iyi ulaşabilmektedir. İş birliğinin yapılması sayesinde sağlık hizmet sunucuları dış motivasyonu sağlamak için daha az zaman harcamaktadır ve hastalar da hedef belirleme sürecine dahil oldukları için daha kolay iç motivasyonunu bulabilmektedir (Funnell ve Anderson 2004). Hasta ve doktor arasındaki karşılıklı iş birliğinde hastaların aktif katılımını sağlamak sorumluluk paylaşımı açısından doktorları da olumlu etkileyebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da iş birliğinin aktif katılım için önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Örneğin Street ve arkadaşları 2005 yılında bir araştırma yapmıştır.

Araştırma sonunda hekimlerin hastaları ile iş birliği yapmaya ve hastalarına yardımcı olmaya daha eğilimli olmasının hasta katılımını arttırdığını tespit etmişlerdir (Yılmaz 2020). Karşılıklı iş birliğine dayalı bir tedavi sürecinde hastaların tedavilerine katılım sağlama isteklerinin daha fazla olacağı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde sağlık hizmet sağlayıcısı ve alıcısı arasında yapılan iş birliği her iki tarafa da avantaj sağlamaktadır. Özellikle sağlık uzmanları sürekli olarak hastalarını yanlarında gözlem altında tutamamaktadır. Böyle bir durumda da sağlık uzmanlarının uyarıları (ilaç kullanımı vb.) ve tavsiyeleri konusunda hasta ile iş birliği yapması hastalığın seyrine olumlu katkı sağlayacağı ve sağlık uzmanının işini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Hasta ve sağlık hizmet sağlayıcısı arasındaki ilişkide işbirliğinin ve güçlendirmenin olması hastanın her gün sorumlu olduğu kronik hastalıklar için gerekli olmaktadır. Örneğin DM'de güçlendirme ve iş birliği sayesinde geliştirilmiş bir glisemik kontrol ortaya çıkmaktadır. Böylece daha fazla hasta memnuniyeti, daha iyi yaşam kalitesi, daha iyi iletişim (sağlık hizmeti sağlayıcıları ile) ve hastalığın getirdiği daha az sınırlama söz konusu olmaktadır (Dijkstra ve Grol 2002).

Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı insanların modern bir toplumda sağlığın karmaşık taleplerini karşılama kapasitelerini ele alan çok yönlü bir kavramdır (Lorini ve ark 2018). Ayrıca sağlık okuryazarlığı hastaların sağlık talimatlarına nasıl uyduğunun anlaşılmasıdır ve hastanın günlük tedavi uyumu ile sağlık anlayışını belirlemektedir (Suharti ve ark 2021). Modern bir toplumda çok boyutlu bir kavram olan sağlık okuryazarlığı, sağlık eşitsizliğini azaltmada kilit bir faktör olarak kabul edilmiştir (Syendsen 2020). Bu yüzden önemli bir kavram olarak görülen sağlık okuryazarlığı kavramına daha sonraki bölümlerde daha detaylı olarak değinilmiştir.

Bu bölümde hasta güçlendirme kavramı ile en çok ilişkilendirilen kavramlara yer verilmiştir. Bu kavramların tespiti ise çalışma için yapılan literatür araştırması sırasında gerçekleşmiştir. Ayrıca çalışma için yapılan literatür araştırması sonucunda hasta güçlendirme kavramının günümüzde hem sağlık personelleri hem de hastalar için önemli bir yer edinmeye başladığı ve güçlendirmenin hem sağlık sisteminde hem de sağlık hizmetinde verimliliği arttırdığı gözlemlenmiştir. Özellikle kronik hastalıkların tedavisi sürecinde hastalara ve sağlık personellerine hasta güçlendirme

uygulamalarının refah etkisi çok fazla olmaktadır. Ayrıca gelecek zaman diliminde kronik hastalıkların sayısında artış olacağı ve bunun sonucunda da sağlık sisteminde güçlükler ve finansal zorluklar ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Buna bağlı olarakta hasta güçlendirme uygulamalarına daha fazla ihtiyaç duyulması söz konucu olacaktır.

1.3. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı okuryazarlıkla ilgili karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır (Bakker ve ark 2021). OECD tartışmalı bir kavram olan okuryazarlığı "anlama, değerlendirme, kullanma ve etkileşim kurma becerisi" olarak tanımlamaktadır (Nutbeam ve Lloyd 2021). Okuryazarlığın çeşitli türleri vardır. Bunlardan bazıları şunlardır (Çimen 2015, Yeşildal 2018); anayasa okuryazarlığı, fen okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, coğrafya okuryazarlığı, dijital okuryazarlık, işyeri okuryazarlığı, ekonomi okuryazarlığı, çevre okuryazarlığı, eleştirel okuryazarlık, görsel okuryazarlık, kütüphane okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, araç okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, tarım okuryazarlığı, finans okuryazarlığı vb.

Sağlık okuryazarlığı terimi genellikle insanların aradığı sağlık ve tıpla ilgili bilgileri nasıl kullanıldığını açıklamak için kullanılmaktadır (Lupton 2021). Bu terim 1970'li yıllarda Amerika'da ortaya çıkmış, 1990'lı yıllarda Avrupa'da yer edinmeye başlamış, ülkemizde ise yaklaşık son on yıldır keşfedilmiş ve günümüzün okuryazarlık türleri içerisinde büyük öneme sahip olmuş bir kavramdır (Beyoğlu 2019, Gün ve ark 2021). Sağlık okuryazarlığı modern sağlığı geliştirme stratejilerinde önemli bir varlık haline gelmiştir (Koduah ve ark 2021). Sağlık okuryazarlığı temel okuryazarlık becerilerine (okuma, kelime bilgisi, heceleme ve anlama) ek olarak sağlık konularında da bilgi gerektirmektedir. Ayrıca modern bir toplumda insanların sağlık ihtiyaçlarına cevap verme kapasitesini ifade etmektedir (Van Hoa ve ark 2020).

Sağlık okuryazarlığı ilk kez bir terim ve kavram olarak tanıtıldığından beri birçok farklı şekilde tanımlanmıştır (Wittink ve Oosterhaven 2018). DSÖ'nün sağlık okuryazarlığı tanımı birçok ulusal ve uluslararası politikanın temelini oluşturmaktadır (Liebel 2021). 1998 yılında DSÖ tarafından sağlık okuryazarlığı bireylerin bilgiye erişmesi, bilgiyi anlaması ve bireylerin sağlığını iyileştiren ve sürdüren şekillerde kullanma motivasyonlarını ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler

olarak tanımlanmıştır (Duplaga ve Grysztar 2021). Günümüzde de sağlık okuryazarlığı kavramı kapsamlı ve yaygın olarak bireylerin bilgiye erişimini geliştirecek ve koruyacak şekilde sağlık bilgisine erişmesi, bu bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan motivasyon ve yeteneği belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir şeklinde tanımlanabilmektedir (Gorczynski ve ark 2020, Curtis ve ark 2021). Literatürde yer alan tüm sağlık okuryazarlığı tanımları genel olarak sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlığını geliştirmedeki temel unsurlardan biri olduğunu ve bu kavramın bir dizi okuma, dinleme, analiz etme, karar verme becerisini ve sağlıkla ilgili davranışları geliştirmek için kullanma becerisini içerdiğini vurgulamaktadır (Pirzadeh ve ark 2019). Kısaca sağlık okuryazarlığının mevcut tanımları insanların sağlık bilgilerini nasıl bulduğunu, anladığını, değerlendirdiğini, kullandığını ve ilettiğini dikkate almaktadır (Vamos ve ark 2020, Jafari ve ark 2021).

Her toplumda daha yüksek okuryazarlık oranlarına ve seviyelerine ulaşmaya değer verilmektedir. Çünkü yüksek okuryazarlık oranları hem doğrudan hem de dolaylı olarak sağlık sonuçlarını etkilemektedir (Nutbeam ve Lloyd 2021). Yüksek okuryazarlık oranlarına sahip olmak bireylerin veya ulusların yaşamlarını daha kaliteli bir şekilde sürdürebilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu açıdan bakıldığında kişilerin veya ulusların sağlık okuryazarlık oranlarının yüksek olması olumlu sağlık sonuçlarını da (daha sağlıklı olma ve hastalıkların tedavisinde daha başarılı olma gibi) beraberinde getirebileceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı kavramı özellikle sağlık sonuçlarının olumlu olmasını etkilemesi ve sağlık maliyetlerini azaltması bakımından günümüzde önemi giderek artmaktadır. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde bu konuya verilen önemin giderek arttığı gözlemlenmektedir.

1.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Günümüzde sağlık okuryazarlığı sosyal sağlık ve tedavi hizmetlerinin tanıtımında önemli bir konu haline gelmiştir (Jeihooni ve ark 2021). Modern toplumda çok boyutlu bir kavram olan sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizliğini azaltmada kilit bir faktör olarak kabul edilmiştir (Svendsen ve ark 2020). Sağlık okuryazarlığı sağlığın belirleyicisi olarak sağlıkta eşitliği artırmanın kritik bir yolu olarak kabul görmektedir (Fretian ve ark 2020). Sağlık okuryazarlığının sağlık bakımına erişimde ve bakım sonuçlarında sosyoekonomik eşitsizliğe yol açan bir potansiyeli olduğu varsayılmaktadır (Bakker ve ark 2021). Bu yüzden sağlık okuryazarlığı artık sağlık

eşitsizliklerinin altında yatan bir neden olarak kabul edilmiştir ve ulusal bir sağlık önceliği haline gelmiştir (Baskaradoss 2018). Kısaca sağlık eşitsizliklerinin artmasında veya bu eşitsizliklerin giderilmesinde sağlık okuryazarlığı önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin sağlık hizmetlerine erişmede ve bu hizmetleri kullanmada daha az zorluklar yaşayacağı düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı sağlık bilgisinin etkin kullanımı üzerinde de etkili olabilmektedir (Riiser ve ark 2020). Sağlık bilgisi hastaların tanılarını anlamalarına, tedavilerine karar vermelerine, prognozlarını tahmin etmelerine (verilere ve semptomlara bakılarak bir hastalığın seyri konusunda öngörüde bulunmalarına) ve hastalıkla baş etmelerine yardımcı olabilmektedir (Chen ve ark 2018). Örneğin gebe kadınlarda sağlık okuryazarlığı gebelik döneminin risk faktörlerini, sağlıklı yaşam tarzını ve gebelikte doğru beslenmeyi tespit etmek için gereken özel bilgi ve özel sosyal becerileri kapsamaktadır (Pirzadeh ve ark 2019). Kısaca yeterli sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olmak, başarılı bir sağlık bilgisi arayışı için çok önemlidir (Manganello ve ark 2017).

Sağlık okuryazarlığı kavramı hastaların ayakta bakım ihtiyaçlarını anlamak için çok önemlidir (Perrin ve ark 2021). Sağlığı etkin bir şekilde yönetmek, hastalıkları önlemek, sağlığı geliştirmek ve sağlık sistemlerini yönlendirmek amacıyla gereken beceri setini yansıtmak için sağlık okuryazarlığı kavramı geliştirilmiştir (Levin-Zamir ve Bertschi 2018). Ayrıca sağlık okuryazarlığı insanları ve toplulukları sağlık hizmetlerine katılmaları için teşvik eder, güçlendirir, sağlığı ve refahı iyileştirir, sağlık eşitsizliklerini giderir ve bireysel ve toplumsal direnç oluşturur (Spring 2020). Buna bağlı olarak bu kavram özellikle sağlığı geliştirmek için etkili ve önemli bir kavramdır.

Sağlık okuryazarlığı etkili müdahaleler oluşturmak ve sağlık sonuçlarını en üst düzeye çıkarmak için halk sağlığı uygulamalarının önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir (Nguyen ve ark 2020a). Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında çocuklar ve gençler sağlık okuryazarlığı araştırması ve müdahalesi için temel bir hedef grubu oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile bu kişilerin bilişsel, fiziksel ve duygusal gelişim süreçleri gerçekleşmektedir. Ayrıca sağlıkla ilgili davranışları ve becerileri de geliştirmektedir (Bröder ve ark 2017). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı riskler, kaynaklar ve tavsiyeler hakkında daha iyi bilgilendirilmemizi ve

ideal bir halk sağlığına ulaşmak için dayanışma temelli davranışları harekete geçirmemizi sağlamaktadır (Sentell ve ark 2020).

DSÖ dünya çapında halk sağlığını iyileştirmek için önemli bir strateji ve önlem olarak kamunun sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesini desteklemektedir (Mao ve ark 2021). Bununla birlikte DSÖ'nün Yedinci Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansında sağlığın teşviki için beş temel yoldan biri olarak sağlık okuryazarlığını listelemiştir (Baskaradoss 2018). Ayrıca bireylerin sağlığını geliştirmek ve sağlıklarıyla ilgili bireyleri güçlendirmek yirmi birinci yüzyılda Birleşmiş Milletlerin önceliği haline gelmiş ve halk sağlığının önemli bir hedefi olmuştur (Levin-Zamir ve Bertschi 2018). Son on yılda sağlık okuryazarlığı sağlık araştırmaları ve politikalarında önemli bir konu haline gelmiştir (Samerski 2019). Son yıllarda Avrupa'da da sağlık okuryazarlığı ile ilgili yürütülen araştırma miktarında önemli bir artış olmuştur (Walters ve ark 2020). Sağlık okuryazarlığı Avrupa'nın sağlık gündeminde önem kazanmıştır ve bireyin sağlık ve sağlık hizmetlerindeki rolüne ve sorumluluklarına vurgunun artması ile birlikte sağlık okuryazarlığına da artan bir ilgi söz konusudur (Svendsen ve ark 2020). Ayrıca 2016 yılında Şangay'da düzenlenen Dokuzuncu Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı'ndan doğan bildirgede de sağlık okuryazarlığının sağlığın kritik bir belirleyicisi olduğu belirtilmiştir (Duplaga 2020).

Modern toplumda sağlık okuryazarlığı daha yüksek olan bireyler, sağlık okuryazarlığı düşük olanlara kıyasla sağlıkta daha fazla avantajlara sahiptir (Svendsen ve ark 2020). Daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kişiler muhtemelen sağlık bilgilerini daha iyi algılayabilmektedir (Nguyen ve ark 2020b). Mesela sağlık okuryazarlığı hamileliği ve yeni doğanın durumunu etkileyebilmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı yüksek annelerin daha az düşük ve erken doğum yaptıkları gözlemlenmiştir. Bu araştırmada doğan bebeklerin ise ölüm oranları daha düşüktür. Ayrıca sağlık okuryazarlığı yüksek kadınlarda emzirmenin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Pirzadeh ve ark 2019). Sağlık okuryazarlığı yaşlılar içinde önemli olduğu düşünülen konulardan biridir (Sagong ve Yoon 2021). Çünkü bu yaş grubu sağlık bakımına daha fazla ihtiyaç duymakla birlikte daha fazla dezavantaja (kronik hastalık, yalnız yaşama, düşük gelir vb.) sahip olabilmektedir. Yaşlıların hastalıklarını kendilerinin yönetebilmesi ve sağlık bakımlarının bir kısmını kendisinin karşılayabilmesi açısından sağlık okuryazarlığı önem arz etmektedir.

ABD'de yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada birçok kişinin randevu makbuzundaki tarihi belirlemekte veya genel bir hastalık bilgi formunun kendi durumları ile ilgili kısımlarını anlamakta güçlük çektiği bulgusuna rastlanmıştır. Ayrıca birçoğunun hekimlerin kendilerine ne söylediğini anlamakta güçlük çektiği için hastalıklarıyla baş etmelerine yardımcı olmada doktorlarının sözlü iletişiminden yararlanamadıkları gözlemlenmiştir. Bu kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için gerekli olan sağlık okuryazarlığından yoksun oldukları belirlenmiştir (Schaeffer ve ark 2017). Bazı araştırmalar da daha kötü ağız sağlığı sonuçlarının düşük sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetlerinin daha düşük kullanımı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Batista ve ark 2018). Daha düşük sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip kişiler sağlıklarını daha kötü olarak değerlendirmekte ve daha olumsuz yaşam tarzı seçeneklerine sahip olmaktadır (Rowlands ve ark 2017). Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı sağlık ve sağlık hizmetlerinin alımı için olumsuz sonuçlara sahiptir (Schaeffer ve ark 2017). Kişiler yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı için sağlık hizmetlerini gereksiz kullanma, yanlış kullanma veya hiç kullanmama eğiliminde olacaktır.

Pandemi (Covid-19) sırasında da halkın ve bireyin sağlık okuryazarlığını artırma çabaları halk sağlığının kritik bir bileşeni haline gelmiştir (Kostavera ve ark 2021). Bu süreçte sağlık okuryazarlığı kişilerin virüsten korunması ve enfekte olmuş kişilerinde sağlıklarını kontrol edebilmesi açısından önem arz etmektedir. Çünkü Covid-19 salgınında en önemli kilit nokta özellikle medyada yer alan sağlık bilgilerini anlamak ve uygulamaktır (Karamüftüoğlu ve Atabek 2020). Bu süreçte ulusal veya uluslararası yapılan sağlık önlemlerini anlayabilmek, alınması gereken önlemleri uygulayabilmek ve gerekli hallerde sağlık hizmetinden faydalanabilmek sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koymuştur. Kısaca sağlık okuryazarlığı bu süreçte virüsten korunmayı ve enfekte olma durumunda kişinin sağlığı için ne yapması gerektiğini bilmesi durumunu kapsamaktadır.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı kişilerde akılcı ilaç kullanımı, sağlıklı yaşam tarzı, sağlığa zararlı beslenme şekli, sedanter yaşam tarzı, kısa veya uzun süreli hastalıkların yönetimi vb. durumları direkt olarak etkilemektedir (Yorulmaz ve Sezer 2021). Yaşamın her döneminde sağlıklı olmak ve hastalıklarla daha iyi mücadele edebilmek için sağlık bilgilerini okuyabilmek, anlayabilmek ve uygulayabilmek

kaliteli bir yaşam için vazgeçilmez bir konu haline gelmiştir. Söz konusu durum içinde yeterli veya yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmak gerekmektedir.

1.3.2. Kronik hastalıklar ve Sağlık okuryazarlığı

Yirmi birinci yüzyılda sağlık hizmeti sunucularının ve toplumların karşı karşıya kaldığı en önemli olay kronik hastalıkların artan yaygınlığıdır (Ahmadzadeh ve ark 2021). Kronik iltihaplı hastalıkları olan hastaların bakımı günümüz toplumunun en büyük zorluklarından biri haline gelmiştir (Carels ve ark 2021). Çünkü uzun süreli bakım gerektiren bu hastalıkların hasta tarafından kontrol edilememesi hastaya hem fiziksel hem mental hem de maddi olarak güçlükler yaşatmaktadır. Ayrıca hastalık hasta tarafından kontrol edilemediği için sağlık sunucularına da ekstra bir külfet oluşturmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü kronik durumları kapsamlı bir şekilde yönetmek için bireyler sağlık bilgilerini değerlendirebilmeli, anlayabilmeli ve kullanabilmelidir (Van Der Heide ve ark 2018). Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olanlar, düşük olanlara göre genellikle sağlıklarını daha etkili bir şekilde yönetebilmektedir (Spring 2020). Kronik hastalıklar uzun süreli bakım ihtiyacı gerektirmesi sebebi ile kişiler tarafından yönetilebilmesi önemli bir konu haline gelmiştir. Kronik rahatsızlıkları yönetmek ise sağlık okuryazarlığı düzeyine bağlı olabilmektedir (Perrin ve ark 2021). Sağlık okuryazarlığı sürdürülebilir eğitim ve iletişim yatırımları ile BOH'ların önlenmesi için çok önemli bir araç olarak görülmektedir (Paakkari ve Okan 2020). Söz konusu BOH'lar grubuna giren hastalıklar genellikle uzun süre devam eden KVH'ler, kronik solunum yolu hastalıkları, obezite ve DM gibi kronik hastalıkları kapsamaktadır (TÜSEB 2021).

Yapılan araştırmalar sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıklarını göstermiştir. Ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişiler kronik rahatsızlıklarını yönetmek konusunda güçlük çekmektedir. Örneğin DM ve astım gibi kronik bir hastalığı olan kişiler yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipse ilaçlarını doğru bir şekilde kullanamama ve sağlık uzmanlarının önerilerine uygulamakta güçlük çekme gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Buna bağlı olarak bu kişilerin sağlık durumlarını kötü olarak

nitelendirme olasılıkları artmaktadır (Vamos ve ark 2020). Sınırlı sağlık okuryazarlığı daha yüksek kronik hastalık vakalarıyla, daha kötü sağlık durumlarıyla, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmalarla ve daha yüksek sağlık bakım maliyetleriyle bağlantılıdır. Bu yüzden bu durumlara karşı sağlık okuryazarlığı becerileri kazanmak önemli bir konu haline gelmiştir (Shah ve ark 2021).

Kronik hastalıklara sahip kişiler üzerinde yapılan birçok çalışmada sağlık okuryazarlığının önemine dikkat çekilmiştir. Örneğin bir çalışmada KOAH'ya sahip kişilerde sağlık okuryazarlığının düşük olması daha yaşlı olmakla, hastalıkları hakkında bilgi eksikliğiyle, nefessizlik ve kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Dahası sağlık okuryazarlığı düşük olan KOAH hastalarında komorbid (iskelet kas güçsüzlüğü, kardiyovasküler sistem hastalıkları, DM, akciğer kanseri, anemi, depresyon vb. durumlar) riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Wahl ve ark 2021). Sudoreetal tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmada bir toplumdaki yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi yaş, ırk, cinsiyet ve gelir gibi faktörler ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre yetersiz sağlık okuryazarlığı %48 daha yüksek riskli DM ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca DM hastalarında zayıf sağlık okuryazarlığının hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki iletişimin kesilmesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Guo ve ark 2021). Başka bir deyişle söz konusu çalışma sağlık okuryazarlığı düşük DM hastalarının sağlık sunucuları ile daha az iletişim halinde olduğunu ifade etmektedir. Guo ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada ise DM hastalarının %67'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin genellikle daha iyi eğitimli ve daha yüksek gelir grubu içerisinde yer aldığı gözlemlenmiştir. Bu durumda kişinin eğitim düzeyinin ve gelir durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen birer faktörler olduğunu göstermektedir. Farklı bir çalışmada KVH olan kişilerde düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin olması uzun vadeli sağlık koşullarının sınırlı olması riskini arttırdığını ortaya koymuştur (Aaby ve ark 2017). Başka bir ifade ile düşük sağlık okuryazarlığına sahip kardiyovasküler hastalar uzun süre devam edecek olan sağlık bakımlarında yetersiz sağlık koşullarına sahip olabilmektedir. Yine artritli (kronik kemik iltihapları olan) hastalar üzerinde yapılan niteliksel bir araştırmada ise yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olanların interneti sağlıkla ilgili kaynaklar için kullanma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Manganello ve ark 2017). Bu durumda

yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kişilerin erişmek istediği sağlık bilgilerine rahatlıkla ulaşabildiklerini göstermektedir.

Sonuç olarak kronik hastalıkların (DM, KOAH, kardiyovasküler vb.) yan etkilerini yönetmek, test sonuçlarını (Örneğin; kan şekeri, kan basıncı) izlemek ve olası komplikasyonları taramak için sağlık hizmet sağlayıcıları ile hastalar arasında etkili bir iletişim olması ve hastanın kendi kendine hastalık yönetimini sağlaması gerekmektedir (Coughlin ve ark 2018). Buna bağlı olarak artan kronik hastalık bakımının yükünü sağlık hizmet sağlayıcılarından hastaya aktarmanın yardımcı yollarından birisi de sağlık okuryazarlığıdır. Bu sayede kronik hastalar kendi öz bakımlarını yaparken daha aktif bir karar verici konumda olabilmektedir.

1.3.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Literatürde sağlık okuryazarlığını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda en çok yaş (ileri yaş grubu ve yaşlı yetişkinler), gelir (düşük gelir, işsizlik vb.), cinsiyet (kadın), eğitim (düşük eğitim seviyesi, düşük okuryazarlık oranı vb.), demografik, kültürel ve çevresel faktörler gibi faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2018, Deniz ve ark 2020, Bakker ve ark 2021, Özcan ve Özkaraman 2021).

Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi düşük eğitim seviyesi, düşük gelir, etnik azınlık statüsü ve yalnız yaşamak gibi sosyal belirleyicilerle ilişkilendirilmiştir (Aaby ve ark 2017). Buna göre sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olma olasılığı en yüksek olan bazı nüfus kategorileri; yaşlı yetişkinler, ırksal olarak farklı olan gruplar, etnik azınlıklar, düşük eğitim seviyesine sahip olanlar, göçmenler ve sağlık durumu tehlikeye atılmış kişilerdir (Abdel-Latif 2020). Bu belirleyiciler kişilerin düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olma olasılığını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda söz konusu sosyal belirleyicilerin sağlık okuryazarlık düzeyini olumsuz etkilediği görülmektedir. Örneğin 2003 yılında ABD'de yaklaşık 80 milyon yetişkinin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tahmin edilmiş ve belirli nüfus gruplarında (yaşlılar, azınlıklar, İngilizce dışında başka bir dil konuşan yetişkinler, yoksulluk içinde yaşayan insanlar vb.) sınırlı sağlık okuryazarlığı oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Van Hoa ve ark 2020). Buna göre ABD'de ırksal ve etnik azınlıklar, İngilizce bilmeyenler, düşük gelirli ve düşük eğitimli olanlar, daha yaşlı olanlar ve

kırsal topluluklarda yaşayanlar orantısız bir şekilde düşük sağlık okuryazarlığına sahip olma eğilimindedir (Vamos ve ark 2020). Ayrıca ABD'de 65 yaş ve üzeri birçok yetişkinin genç bireylere kıyasla sağlıklarını kendi kendine yönetmek için gereken temel sağlık okuryazarlığı becerilerinden daha yoksun olduğu bilinmektedir (Shah ve ark 2021). Genç bireyler daha az bakıma muhtaç olduğu için yaşlı bireyler kadar dezavantaja sahip değildir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı yaşlı bireylerin daha savunmasız olduğu konulardan biridir (Sagong ve Yoon 2021). Çünkü sağlık okuryazarlığının düşük olması yaşlı bireyleri diğer yaş gruplarından daha fazla etkileyebilmektedir (Shah ve ark 2021). İsrail'de de ABD'ye benzer şekilde daha düşük sağlık okuryazarlığı daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişiler arasında ve azınlık toplulukları arasında daha sık rapor edilmiştir (Kostavera ve ark 2021). PaascheOrlow ve Wolf 'ün 2007 yılında yapmış olduğu bir araştırmada ve Özdemir ve arkadaşlarının 2010 yılında Türkiye'de gerçekleştirdiği bir araştırmada kadınların erkeklere göre daha düşük sağlık sağlık okuryazarlık durumuna sahip olduğu, gelir durumu ve öğrenim durumu daha yetersiz olan kişilerinde daha düşük sağlık okuryazarlık durumuna sahip olduğu ve ayrıca yaşlı ve kronik hastalığı olanların da daha düşük sağlık okuryazarlık durumuna sahip olduğu gibi bulgular gözlemlenmiştir (Değer ve Zoroğlu 2021). Almanya'da ise sağlık okuryazarlık düzeyi göç geçmişi olan, sosyal statüsü düşük olan ve ileri yaştaki kişiler arasında daha düşük tespit edilmiştir (Kostavera ve ark 2021).

Özetle sağlık okuryazarlığı sağlığın sosyal bir belirleyicisidir ve zayıf sağlık okuryazarlığı düşük eğitim, yoksulluk, işsizlik, yaşlılık, kronik hastalık ve düşük sosyoekonomik statü ile ilişkilendirilmektedir (Spring 2020, Değer ve Zoroğlu 2021). Bu yüzden bu faktörlerin kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyine olan etkisini en asgari düzeye indirmek önem arz eden bir konu haline gelmiştir.

1.3.4. Sağlık Okuryazarlığı Türleri

Sağlık okuryazarlığının işe yaraması için bireylerin sadece okuyabilmesi yeterli olmamaktadır. Aynı zamanda bireylerin bilgileri analiz etmesi ve iletilen materyalleri kullanması da gerekmektedir. Bu durumda Nutbeam'ın da vurguladığı gibi sağlık okuryazarlığına üç form vermektedir. Bunlar; işlevsel (okuma ve yazma), eleştirel (bilgiyi analiz etme) ve iletişimsel (iletişim kaynaklarından anlam çıkarm) sağlık okuryazarlık olarak ifade edilmektedir (Cui ve ark 2021, Guo ve ark 2021).

İşlevsel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık: Günlük durumlarda etkili bir şekilde işlev görebilmek için okuma ve yazmada yeterli olan temel becerilerdir. Bu sağlıkla ilgili broşürleri okuyabilmek veya bir hap şişesindeki etiketi okuyabilmek anlamına gelmektedir (Wittink ve Oosterhaven 2018). Başka bir deyişle işlevsel sağlık okuryazarlığı bireylerin ilgili sağlık bilgileri (Örneğin sağlık riskleri hakkındaki veya sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı hakkındaki bilgileri) edinmesi ve bu bilgiyi bir dizi öngörülen faaliyetlere uygulayabilmesi için yeterli olan temel düzey becerileri tanımlamaktadır (Nutbeam ve ark 2018).

İşlevsel sağlık okuryazarlığı okuryazarlık ve matematik becerilerinin ilaç etiketleri ve reçeteler gibi sağlıkla ilgili materyallere uygulanmasıdır. Örneğin bir ilacın reçetesini veya dozajını anlamak, sağlık riskleri hakkında bilgi sahibi olmak, hastalıkları üzerinde kontrol yeteneğine sahip olmak ve sağlık hizmetlerini gerektiğinde kullanmak gibi aktiviteleri gerçekleştirebilmek için gerekli olan okuma ve yazma becerilerini kapsamaktadır (Batista ve ark 2018). İşlevsel sağlık okuryazarlığı değerlendirilen en yaygın sağlık okuryazarlık türüdür (Fleary ve Joseph 2018). Fonksiyonel/İşlevsel sağlık okuryazarlığı araştırması bulguları (sağlıkla ilgili okuma yeteneği ve matematik becerileri gibi) dünya çapında nüfusun yarısından fazlasının sağlıkla ilgili materyalleri hem okumakta hem de kullanmakta güçlük çektiğini göstermektedir (Mullan ve ark 2017). Bu da dünya nüfusunun yarısından fazlasının fonksiyonel sağlık okuryazarlık becerilerine sahip olmadığını göstermektedir.

İletişimsel/Etkileşimli Sağlık Okuryazarlık: Sosyal yeteneklerle birlikte kognitif yeteneklerin olması ve değişişen yeni bilgileri koşullara uygulayabilme yeteğini ifade etmektedir (Karamüftüoğlu ve Atabek 2020). Başka bir ifade ile etkileşimli sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık bilgilerini anlamasına, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmasına, yeni bilgileri değişen koşullara uygulamasına ve mevcut bilgileri genişleterek kararlar almak için başkalarıyla etkileşime girmesine olanak tanıyan daha gelişmiş okuryazarlık becerilerini tanımlamaktadır (Nutbeam ve ark 2018). Kısaca iletişimsel sağlık okuryazarlığı her faaliyete aktif olarak katılabilme, farklı iletişim biçimlerini anlama ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulayabilme becerilerini kapsamaktadır (Shiratsuchi ve ark 2021).

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık bilgilerinden anlam çıkarmasına ve türetmesine olanak sağlayan gelişmiş becerileri temsil etmektedir (Riiser ve ark 2020). Ayrıca iletişimsel sağlık okuryazarlığı sağlık bilgilerini anlayarak değişen şartlara göre bu bilgileri kullanabilmesini ifade etmektedir (Yeşildal 2018). Bu iletişimsel sağlık okuryazarlık düzeyi yalnızca temel becerileri kapsamamakta aynı zamanda daha üst düzeyde sağlık okuryazarlık becerilerini kapsamaktadır (Çimen 2015).

Kritik/Eleştirel Sağlık Okuryazarlık: Bilgiyi eleştirel olarak analiz etme ve kullanma yeteneğidir (Perrin ve ark 2021). "Sağlık okuryazarlığı eleştirel düzeyde gelişmiş bir birey, sağlığın sosyal ve ekonomik boyutlarını anlayabilir, sağlık alanındaki makro politikaları analiz edebilir. Kişinin bu basamaktaki faaliyetleri yalnızca kendi sağlığıyla sınırlı kalmayıp, temiz gıda ve temiz su temini, çocuklar için güvenli oyun alanları gibi taleplerle toplum sağlığını da olumlu yönde etkilemeyi amaçlar" (Güven 2017). Kritik sağlık okuryazarlığı, bireylere sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileri üzerinde bireysel veya toplu çabalar yoluyla hareket etme gücü vermektedir (Fleary ve Joseph 2018). Kritik sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip hastalar kolay hasta olarak kabul edilen hastalardır. Çünkü bu hastalar sağlık hizmeti için zamanında gelebilen, hazırlanabilen ve tedavi için gereken hallerde kendini açıkça ifade edebilen hastalardır (Wittink ve Oosterhaven 2018). Söz konusu kritik düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip hastalar kendi sağlıklarını yönetmekte, sağlık bilgilerini anlamakta ve tavsiye edilen sağlık bilgilerini uygulamakta güçlük çekmemektedir.

Kritik sağlık okuryazarlığı sağlık bilgilerini eleştirel olarak değerlendirmek ve sağlığı kontrol altına almak için kullanılan gelişmiş becerileri ifade etmektedir (Riiser ve ark 2020). Bu yüzden bireylerin karmaşık sağlık sorunları üzerinde düşünebilme ve mevcut bilgileri eleştirel bir şekilde değerlendirebilme yeteneği olarak düşünüldüğünde, covid-19 gibi bir kriz sırasında önem arz eden bir düzey olarak görülmektedir (Abel ve McQueen 2020).

Kişilerin becerilerdeki farklılıklar işlevsel, etkileşimli ve kritik sağlık okuryazarlığı olarak kategorize edilmiştir. Böyle bir sınıflandırma, temel okuryazarlık çalışmalarından türetilmiştir ve beceri düzeylerindeki farklılıkların sağlıkla ilgili kararlar ve eylemler üzerindeki etkisine işaret etme avantajına sahiptir (Nutbeam ve

ark 2018). Sağlık okuryazarlığı işlevsel, etkileşimli ve kritik okuryazarlık düzeylerinin bir kombinasyonuna dayanan çok boyutlu bir yapı olarak da giderek daha fazla kabul görmektedir. Bunların hepsi insanların kendi sağlık bakımlarıyla nasıl etkileşimde bulunduklarını ve kararlar verdiklerini nihai olarak etkiledikleri için önemlidir (Mullan ve ark 2017).

1.3.5. Düşük sağlık okuryazarlığı

Düşük okuryazarlık genellikle sağlığın sosyal belirleyicileri (istihdam durumu, eğitim vb.) ile ilişkilidir (Nutbeam ve Lloyd 2021). Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması durumu hasta ve hekim iletişiminde tedavi protokollerini anlamada ve hastalık yönetiminde zorluklara, daha fazla sağlık hizmeti kullanımına ve daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir (Fretian ve ark 2020, Katz ve ark 2021). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinde teşhisleri ve tedavileri anlamanın önünde bir engel olarak kabul edilmektedir (Guo ve ark 2021). Düşük sağlık okuryazarlığı kişilerin ilaç uyumunun ve öz bakım becerisinin düşük olmasına, karar alma sürecine daha az katılmasına, hastalık yönetiminin daha kötü olmasına sebep olmakta ve kişilerin sağlık durumunu, sağlık taramalarını ve sağlığını geliştirme davranışlarını etkilemektedir (Reading ve ark 2017, Sagong ve Yoon 2021). Ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığı daha kötü sağlık durumu, artmış hastaneye yatma riski ve daha yüksek sağlık bakımı harcamaları gibi sonuçlarla da ilişkilendirilmiştir (Kostavera ve ark 2021). Kişiler yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadıklarında sağlıkları için neyin iyi neyin kötü olacağının kararını vermekte güçlük yaşayarak kötü sağlık davranışlarında bulunabilmektedir.

Birkaç çalışma sınırlı sağlık okuryazarlığının artan mortalite, daha fazla hastaneye yatış, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanımı, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar, sağlıkla ilgili bilinçli karar vermede ve tıbbi talimatları takip etmede güçlükler gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Svendsen ve ark 2020, Bakker ve ark 2021). Bununla birlikte düşük sağlık okuryazarlığı genel sağlık durumunun düşük olmasıyla, sağlıksız beslenmeyle, artan kiloyla ve yüksek riskli sağlık davranışlarına daha fazla katılım sağlamayla da ilişkili olduğu belirtilmiştir (Jafari ve ark 2021, Zhong ve ark 2021). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığının kişilerin gelecekteki fiziksel ve bilişsel işlevinin düşüşünü

hızlandırabileceği gibi mortaliteyi de artırabileceği öne sürülmüştür (Shiratsuchi ve ark 2021).

Düşük düzey sağlık okuryazarlığı gelişmiş ülkelerde dahil olmak üzere dünyanın her yerinde önemli bir sorun haline gelmiştir (Van Hoa ve ark 2020). Sağlık okuryazarlığı becerilerinin zengin ve gelişmiş ülkelerde bile sınırlı olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur (Vamos ve ark 2020). Örneğin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi (2009–2012) ile test edilen sekiz Avrupa ülkesindeki yetişkinlerin neredeyse yarısının sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğu tespit edilmiştir (Samerski 2019). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi ile test edilen sekiz ülkede (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya), 15 yaş üstü katılımcıların yaklaşık yarısının (%47,6) sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu ortaya koyulmuştur. Projeye tüm katılanların %12'si yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerine sahipken %35'i sorunlu sağlık okuryazarlığı becerilerine sahiptir (Wittink ve Oosterhaven 2018, Guo ve ark 2020). Bu ülkeler içerisinde Hollanda'daki katılımcıların %29'u, Bulgaristan'daki katılımcıların ise %62'si yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2018). Projeye katılan İrlandalıların ise %40 yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (Çimen 2015). Avustralyalıların ise yaklaşık %59'u yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığından muzdariptir (Abdel-Latif 2020). İspanya ise %42 oranında yeterli veya mükemmel okuryazarlık düzeyine sahipken %58'i yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2018). Bu projede genel olarak sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu gözlemlenmiştir. Söz konusu durum ABD'de de benzer şekildedir. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Amerikalıların yaklaşık üçte birinin yalnızca sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ve bu oranın 75 yaş ve üzerindekiler arasında %70'e kadar çıktığını tespit etmiştir (Zhang ve ark 2021b). ABD'li yetişkinlerin yaklaşık %36'sı (77 milyon kişi) temel veya altında sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (Chen ve ark 2018). ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı her on yetişkinden dokuzunun günlük yaşamlarında farklı ortamlarda rutin olarak kendilerine sunulan günlük sağlık bilgilerini kullanmakta zorluk çektiğini belirtmiştir (Vamos ve ark 2020). ABD'deki araştırmalar sağlık okuryazarlık oranının düşük olmasının daha yüksek hastaneye

yatma riski ile, hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk 30 gün içinde daha yüksek oranda yeniden yatış ile ve tıbbi acil servislere fazla kaynak sağlanması ile (acil servislerin daha sık kullanılmasına bağlı olarak) ilişkili olduğunu göstermektedir (Schaeffer ve ark 2017). Ülkemizde de 2014 senesinde yapılan ve ülkenin farklı bölgelerindeki yirmi üç şehri kapsayan araştırmada genel soy düzeyi %30,4 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca ülkemizdeki kişilerin %64,6'sında yetersiz veya sorunlu soy düzeyi söz konusudur (Okur ve ark 2021). Yine ülkemizde sağlık bakalığının yapmış olduğu bir araştırmada vatandaşların %68,9'nun yetersiz veya sorunlu soy düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Akbal ve Gökler 2020). Genel olarak ulusal ve uluslararası çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyinin birçok ülkede düşük veya yetersiz olduğu gözlemlenmiştir.

Geçmiş araştırmalar düşük sağlık okuryazarlığının çeşitli olumsuz sağlık sonuçları ve daha yüksek sağlık hizmeti maliyetleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Okan ve ark 2020). Literatürdeki çeşitli çalışmalar düşük sağlık okuryazarlığının kişilerin sağlık sonuçlarını, sağlık hizmetlerine erişimlerini, hastaneye yatışlarını ve acil sağlık bakımlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ayrıca bu çalışmalar düşük sağlık okuryazarlığının daha yüksek sağlık hizmeti maliyetlerine sebep olduğunu da ortaya koymaktadır (Reid ve Nel 2021). 2011 yılında Berkman ve arkadaşları tarafından yazılan sistematik derlemenin sonuçları düşük sağlık okuryazarlığının hastaneye daha sık başvuru ve daha fazla acil sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra düşük sağlık okuryazarlığının sağlık bilgilerinin daha az anlaşılmasıyla, yaşlı gruplarda daha kötü sağlık sonuçlarıyla ve daha yüksek ölüm oranlarıyla ilişkili olabileceği bulunmuştur (Duplaga 2020). Lee ve arkadaşları (2021) çalışmasında daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık bilgilerini arama konusunda daha rahat olduklarını, neyi arayacaklarını ve nasıl bulacaklarını bilmede daha becerikli olduklarını ve eriştikleri bilgileri yorumlamada daha rahat olduklarını gözlemlemiştir. Bennett ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sağlık okuryazarlığı düşük olan kadınların gebelik bakımına geç başladığı ve sağlık merkezlerine başvuru sıklığının yeterli olmadığı sonucu gözlenmiştir (Pirzadeh ve ark 2019). Çalışmalar düşük sağlık okuryazarlığı becerilerinin daha uzun vadeli durumlarda yaşamı sınırladığını ve özellikle yaşlı insanların sağlık koşullarını ve ilaçlarını yönetmede daha fazla zorluklar

yaşamasına sebep olduğunu ve daha erken ölüm riskini artırdığını göstermiştir (Rowlands ve ark 2017).

Düşük sağlık okuryazarlığının sonuçlarını genel hatları itibariyle; koruyucu veya önleyici sağlık hizmetlerinin az kullanımı, ilaçların üzerindeki bilgileri veya sağlık bilgilerini anlamakta güçlükler, geciken tıbbi teşhisler, karar alma sürecinde pasif olma, tıbbi talimatlara yeterince uymama, artan ölüm riskleri, hastalığın kendi kendine yönetiminin zayıflığı, kötü sağlık sonuçları, yüksek sağlık maliyetleri, hasta-sağlık sağlayıcısı iletişiminin zayıflığı, acil bakımları gereksiz kullanma, aranan sağlık birimlerine ulaşmada güçlükler, tarama programlarına zayıf katılım, hastaneye yatış oranlarında artış şeklinde özetleyebiliriz (Baskaradoss 2018, Çatı ve ark 2018, Chang ve ark 2020, Perrin ve ark 2021, Jafari ve ark 2021). Sonuç olarak düşük sağlık okuryazarlığı sessiz bir sağlık salgını olarak kabul edilmektedir (Jafari ve ark 2021). Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığının insanları sağlıklı yaşam tarzına ve davranışlarına teşvik ederek sağlığa fayda sağlayabileceği öne sürülmektedir. Daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip insanlar sık fiziksel egzersiz yapma, alkol kullanımını azaltma ve düzenli fiziksel muayenelere gitme gibi davranışlar sergilemektedir. Böylece bu kişilerin sağlıklı yaşam tarzlarına girme olasılığı daha yüksek olmaktadır (Zhang ve ark 2021b). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerle karşılaştırıldığında düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlık bilgilerini anlamakta ve uygulamakta daha fazla güçlük çekmektedir. Bu da bireylerin sağlıkları için olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Chen ve ark 2018). Kısaca daha iyi sağlık sonuçlarını yakalayabilmek için kişilerin mevcut sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırmak gerekmektedir.

1.4. Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Hasta güçlendirme çok boyutlu bir kavramdır. Anderson ve Funnel tarafından hasta güçlendirme sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastaların kendi sağlık kararlarını vermelerini ve hastalıklarının kontrolünü ele almalarını sağlamak için hastaların eleştirel düşünmesini ve özerk davranmasını sağlayan bir süreç olarak tanımlamıştır (Wang ve ark 2016). Sağlık okuryazarlığı ise bireylerin bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve sağlığı iyileştiren ve sürdüren şekillerde kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmaktadır (Zhong ve ark 2021). Sağlık okuryazarlığı geleneksel olarak hastanın yetkilendirilmesini

(güçlendirilmesini) artırmanın bir aracı olarak düşünülmüştür. Hastaların bilgi ve becerilerini geliştirmenin hastaları güçlendirdiği varsayılmıştır. Sonuç olarak bu yaklaşım sağlık okuryazarlığının artırılmasının hasta güçlendirmenin bir öncülü olduğunu savunmaktadır (Náfrádi ve ark 2018).

Düşük ve yetersiz sağlık okuryazarlığı kişinin tıbbi bakımlara daha az uyum sağlaması, sağlık sorunlarının ve mevcut tıbbi bilgilerinin daha zayıf anlaşılması, koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince anlayamaması, sağlık hizmetlerini kullanamaması ve daha kötü genel sağlık durumuna sahip olması ile ilişkilidir. Ayrıca düşük fonksiyonel sağlık okuryazarlığı da daha fazla hastaneye yatış, daha yüksek acil bakım kullanımı, daha düşük mamografi taraması alınması ve daha düşük grip aşısı oranları gibi çeşitli sağlık davranışları ve hasta sonuçlarıyla bağlantılıdır. Bununla birlikte kronik hastalıkları olan ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylere göre hastalıklarını daha az anlamakta ve daha olumsuz sağlık sonuçları yaşamaktadır (Eyüboğlu ve Schulz 2016, Náfrádi ve ark 2018). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığının sağlık maliyetlerinin artmasıyla, karar alma sürecinde pasif olunmasıyla ve ölüm risklerinin artmasıyla da ilişkisi bulunmaktadır (Baskaradoss 2018, Perrin ve ark 2021). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi ile birlikte sağlıkta söz konusu iyileşmelerin meydana geleceği düşünülmektedir. Hastaların güçlendirilmesi hastaların karar alma sürecinde bağımsızlığını artırma, kişilerin sağlık bakım maliyetlerini kontrol etme, sağlık sonuçlarını iyileştirme, hastaların sorumluluklarını artırma, kişinin günlük bakımını kontrol altında tutma, hasta merkezli yaklaşım, sağlık hizmeti sağlayıcılarında memnuniyet oluşturma, kronik hastalıkların bakımını kolaylaştırma ve sağlığı geliştirme gibi olumlu çıktılar ortaya koymaktadır (Funnell ve Anderson 2004, Schulz ve Nakamoto 2013, Kaya 2018).

Yapılan birçok çalışmada sağlık okuryazarlığının hastaların sağlıkları üzerinde olumlu etkiler yaratarak hastaları güçlendirdiğini iddia etmektedir. Fakat yapılan yeni çalışmalardan bazıları hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramlarının birbirinden farklı olduğunu vurgulamasına rağmen bu çalışmalarda her iki kavramında sağlıkla ilgili kararları ve davranışları alırken eşit derecede önemli faktörler olduğu düşünülmektedir (Camerini ve Schulz 2015).

Hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramlarının söz konusu faydaları düşünüldüğünde her iki kavramında sağlığı geliştirici bir unsur olduğu görülmektedir. Her iki kavramda hastalar ve sağlık sunucuları açısından önemli etkilere sahiptir. Bu kavramların birbirlerini destekler nitelikte olduğu öngörülmektedir. Bu açıdan bu iki kavramı birbirinden bağımsız değerlendirmenin doğru olmayacağı düşünülmektedir. Alan yazında da genellikle bu iki kavram arasındaki ilişki sağlığı güçlendirme modeli üzerinden ele alınmıştır. Schulz ve Nakamoto sağlık okuryazarlığı ve psikolojik güçlendirme (hasta güçlendirme) seviyelerine göre dört farklı hasta tipini tanımlayan 2*2'lik bir matris önermektedir. Dört hasta tipinin sağlık okuryazarlığı ve hasta güçlendirme açısından yüksek veya düşük olmalarına bağlı olarak farklı davrandıkları düşünülmektedir (Camerini ve Schulz 2015);

Tablo 1.1. Sağlığı Güçlendirme Modeli

		Psikolojik Güçlendirme	
		DÜŞÜK	YÜKSEK
Sağlık Okuryazarlık	YÜKSEK	Gereksiz yere bağımlı hasta	Etkili öz yönetici
	DÜŞÜK	Yüksek ihtiyacı olan hasta	Tehlikeli öz yönetici

Kaynak: (Schulz ve Nakamoto 2013)

Bu modele göre dört hasta tipini ele aldığımızda; ilk olarak hem güçlendirme hem de sağlık okuryazarlığı becerilerinden yoksun olan bir hasta (yüksek gereksinimli hasta) hastalığını yönetmek için büyük ölçüde yardıma ihtiyaç duymaktadır. İkincisi, sağlık okuryazarı olmayan fakat yetkilendirilmiş bir hasta (tehlikeli öz-yönetici) sağlıkla ilgili tehlikeli kararlar verebilmektedir. Üçüncüsü, sağlık okuryazarı ancak yetkilendirilmemiş bir hasta (gereksiz yere bağımlı hasta), hekime bağımlı kalabilmektedir. Dördüncüsü ise hem sağlık okuryazarı olan hem de güçlendirilmiş olan bir hastanın (etkili öz yönetici) kendi sağlığı ile ilgili faydalı uygulamalar geliştirdiği düşünülmektedir. Modelin yazarları sağlıklarını etkili bir şekilde kendi kendini yönetenlerin en iyi sağlık sonuçlarına sahip olacağını tahmin etmektedir.

Ayrıca gereksiz yere bağımlı hastaların muhtemelen doktorun talimatlarını sorgulamadan takip edeceğini, tehlikeli öz-yöneticilerin ise potansiyel olarak düşük sağlık sonuçlarına yol açan yararlı olmayan sağlık davranışlarına girme eğiliminde olduklarını ve yüksek düzeyde ihtiyaç duyan hastaların en savunmasız olanlar olduğunu düşünmektedirler (Náfrádi ve ark 2018). Sağlık güçlendirme modelinden de anlaşılacağı üzere hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığının birbirinden bağımsız düşünülmesi sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkiyebilmektedir.

Sağlık davranışı literatüründe hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramları baskın roller üstlenmiştir. Her iki kavramda sağlıkla ilgili davranışların önemli belirleyicisi ve hasta iletişimi ve halk sağlığı çabalarının sonuçları olarak geliştirilmiştir. Bununla birlikte araştırmalarda iki kavram sıklıkla birleştirilmektedir (Schulz ve Nakamoto 2013). Alan yazındaki bilgiler değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı ve hasta güçlendirmenin birbirinin yerine geçebilecek kavramlar olmadığı ancak bu iki kavramın birbirini destekler nitelikte olduğu ve ikisinin birlikte değerlendirilmesinin sağlığı geliştirici bir unsur olduğu gözlemlenmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın; amacı, önemi, tipi, evren ve örneklemi, veri toplama aracı, çalışma takvimi, bağımlı ve bağımsız değişkenleri, hipotezleri ve sınırlıkları verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Kronik hastalıkların giderek arttığı günümüz toplumlarında hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramları önemli bir odak noktası haline gelmektedir. Çünkü hastaları güçlendirmeye ve sağlık okuryazarlık seviyelerini arttırmaya yönelik uygulamalar sayesinde toplum sağlıkları konusunda daha güçlü, bilgili ve bilinçli bir hal almaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada kronik hastalıklara (DM, KOAH, astım, HT, kolesterol ve kalp damar hastalıkları) sahip kişilerde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2.2. Araştırmanın Önemi

Gelecek yıllarda kronik hastalığa sahip kişilerin sayısında önemli ölçüde artış olacağı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak sağlık sistemlerinde ihtiyacı karşılamada güçlükler yaşanacaktır. Ayrıca sağlık sistemlerinin finansal açıdan da sıkıntılarla karşılaşması olağan bir durum haline gelecektir (Van Eijk ve De Hann 1998). Fakat hastanın güçlendirilmesi ve öz yönetim eğitimleri kronik hastalığa sahip kişilerde olumlu sağlık sonuçlarına ve genel sağlık maliyetlerinde azalışlara imkan verebilmektedir (Mola ve ark 2008). Günümüzde sağlık okuryazarlığı sağlığın geliştirilmesi konusunda büyük öneme sahiptir. Doktorlar ve hastalar arasındaki asimetrik bilginin varlığı hastaları pasif bir hale getirerek hastaların sağlıklarına yeterince katkı sağlayamamaktadır. Bu noktada akıllara sağlık okuryazarlığının hastalar üzerindeki etkileri gelmektedir.

Hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik uygulamalar özellikle kronik hastalıkların olumsuz etkilerinin azaltılmasına ve kronik hastalığa sahip hastaların yaşam kalitesinin arttırılmasına yardımcı olmaktadır. Kronik hastalıkların uzun dönemli bakım ihtiyacı gerektirmesi sebebiyle her iki kavramın da önemi dikkat çekmektedir. Bu iki kavramda gerek kronik hastalıklı hasta açısından gerekse hizmet sağlayıcısı açısından olumlu etkiler ortaya koymaktadır.

Kronik hastalıklara sahip bireylerin günlük bakım ihtiyacını kendisinin en etkili şekilde karşılayabilmesi için hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyi birey açısından önem arz etmektedir (Aujoulat ve ark 2007). Çünkü kronik hastalıklar uzun süreli bakım ihtiyacı gerektiren hastalıklardır. Mevcut hastalıkları hakkında güçlendirilmiş ve sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan hastalar rahat bir şekilde günlük bakım ihtiyacı için etkili karar alma ve uygulama yapabilmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek ve güçlendirilmiş hastaların karar alma ve tedavi sürecinde daha aktif olması sağlık personellerinin sorumluluk yükünü ve iş yükünü azaltmak açısından da etkili olabilmektedir (Roter ve ark 2001). Bu açıdan düşünüldüğünde sağlık okuryazarlığı ve hasta güçlendirme çalışmalarının ülkemizdeki sağlık kurumlarında oluşan hasta yığılmaları ve maliyet artışları üzerinde olumlu etkiler yaratacağı düşünülmektedir. Bu çalışma sayesinde bu iki konunun kronik hastalıklar için öneminin vurgulanması hedeflenmiştir.

Uluslararası literatür incelendiğinde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı konuları üzerine yapılmış birçok çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmaların birçoğu hastaların güçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalardır. Ayrıca bununla birlikte söz konusu literatürde hasta güçlendirme düzeyini ve sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen bazı çalışmalarda söz konusudur. Fakat uluslararası literatürde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Ulusal literatür incelediğinde ise sağlık okuryazarlığı konusunda yapılmış birçok çalışma olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bu çalışmaların çoğunluğu sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmeye yönelik çalışmalardır. Hasta güçlendirme konusunda ise ulusal literatürde sadece birkaç çalışmaya rastlanmıştır. Fakat ulusal literatürde rastlanan çalışmalar içerisinde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi araştıran daha önceden yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple bu çalışmanın ulusal literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Tipi

Bilimsel araştırma sürecinde ortaya koyulan bilgiler sürekli yeni soruları oluşturmaktadır. Bu durumda bilimsel araştırmaların süreklilik gerektiren bir süreç olduğunu göstermektedir. Bilimsel araştırmaların çeşitli türleri bulunmaktadır. En genel kabul gören nicel ve nitel araştırma türleridir (Gürbüz ve Şahin 2018). Bu

araştırmada ise nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Nicel araştırmalar neden sonuç ilişkilerine dayalı gözlemlenebilir veya sayısallaştırabilir sonuçlar ortaya koyabilen objektif araştırmalardır (Türnüklü, 2001). Nicel araştırmalarda araştırılmak istenen konuların deney ve test etme yöntemi sayesinde sonuçları nesnel olarak ifade edilebilmektedir. (Gürbüz ve Şahin 2018). Bu yüzden bu araştırmada nicel araştırma yönteminin kullanılması uygun görülmüştür.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Evren araştırmayı kabul kılacak sonuçlara ulaşmayı sağlayacak genellenmiş bir grubu temsil etmektedir (Büyüköztürk ve ark 2019). Araştırmalarda evrenin tamamına ulaşmak olası bir durum değildir. Bu yüzden mevcut evreni sınırlandırmak gerekmektedir. Çalışılmak istenen evrenin bir bölümünün seçilmesi örneklemi ifade etmektedir ve bu örneklem evreni temsil etmektedir (Altunışık ve ark 2007). Nicel çalışmalarda evrenin ve örneklemin doğru belirlenmesi araştırma sonuçlarının doğrululuğunu sağlamlaştırmak adına çok önem arz etmektedir.

Çalışmanın evrenini Erzurum ilinde ikamet eden en az bir kronik hastalığa sahip 18 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Ancak mevcut hastalıklara ilişkin gerekli olan istatistiki bilgilere rastlanmadığı için araştırma evreni olarak Erzurum ilinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri kişiler kabul edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2018 yılında Erzurum ilinin nüfusu 767.848 kişiden oluşmaktadır. Bu nüfusun 241.375'ini (0-17) yaş arasında çocuk nüfusu oluşturmaktadır (TÜİK 2018). Buna göre Erzurum ili 18 yaş ve üzeri kişi sayısı 526.473'dir. Araştırmada il nüfusunun tamamına ulaşmanın güç olması sebebiyle evreni temsil edilecek örneklem grubu seçilmiştir. Bu örneklem şu formülle hesaplanmıştır (Karagöz 2014):

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1) + t^2.p.q}$$

N= evrendeki birey sayısı (526.473)

n= örnekleme alınacak birey sayısı

p= incelenecek olayın görüş sıklığı (0,20)

q =incelenecek olayın görülmeyiş sıklığı(1-p) (0,80)

t= belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d= olayın görüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma olarak simgelenmiştir (0,05)

$$n = \frac{526.473 \times (1,96)^2 \times (0,20)x(0,80)}{(0,05)^2 \times (526.473 - 1) + (1,96)^2 \times (0,20)x(0,80)}$$

$$n = 245,74$$

Buna göre %95 güven aralığında evreni asgari düzeyde temsil edecek örneklem büyüklüğü 246 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yüz yüze anket (225 kişi) ve çevrimiçi anket (193 kişi) uygulaması olmak üzere toplam en az bir kronik hastalığa sahip olan 418 kişiye ulaşılmıştır. Bu durumda araştırma için yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşıldığını göstermektedir. Veri toplama süreci sonunda 11 anket formu eksik cevaplanması veya katılım sağlamaktan vazgeçilmek istenmesi gibi sebeplerden dolayı araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Böylece araştırmamızın veri setini 407 adet anket formu oluşturmuştur.

2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada yer alan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik ve sosyal bilgilerine yer verilmiştir. Demografik ve sosyal veriler arasında; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu (çalışıyor veya çalışmıyor şeklinde), gelir durumu, mevcut kronik hastalığı (DM, KOAH, astım, HT, kolesterol ve kalp damar hastalıkları), yılda ortalama kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduğu ve genel sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği (İyi-orta-kötü şeklinde) gibi bilgiler istenmektedir. İkinci bölümde hasta güçlendirme düzeyini ölçmek için hasta güçlendirme ölçeği ve üçüncü bölümde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için sağlık okuryazarlığı ölçeği bulunmaktadır.

2.5.1. Hasta Güçlendirme Ölçeği

Çalışmada hasta güçlendirme düzeyini ölçmek için; 2012 yılında Small tarafından 47 soru şeklinde geliştirilen, 2018 yılında Kaya ve Işık tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak 37 ifadeye düşürülen hasta güçlendirme ölçeği kullanılmıştır.

Hasta güçlendirme ölçeği 5 alt boyuttan (Kimlik/Özdeşlik, Kişisel Kontrol, Karar Alma, Bilme ve Anlama, Başkaları ile etkileşim) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 5'li Likert tipi ölçek tarzında olup "Kesinlikle Katılıyorum=5", "Katılıyorum=4", "Kararsızım=3", "Katılmıyorum=2" ve "Kesinlikle Katılmıyorum=1" şeklindedir. Ölçekten alınan puan 5'e doğru yükseldikçe hasta güçlendirme düzeyi yüksek, 1'e doğru indikçe hasta güçlendirme düzeyi düşük değerlendirilmektedir (Kaya ve Işık 2018).

Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ölçek geneli için 0,920 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir (Kaya ve Işık 2018). Bu araştırmada ise katılımcıların verdiği cevaplarla elde edilen verilerle yapılan güvenirlik katsayısı 0,952'dir.

2.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) temel alınılarak Okyay ve arkadaşları tarafından geliştirilen (2016) 32 soruluk Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY_32) kullanılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği tedavi/hizmet alt boyutu ve hastalıkları önleme/sağlığı geliştirme alt boyutu olmak üzere toplam iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek soruları çok kolay (1), kolay (2), zor (3), çok zor (4) ve fikrim yok (5) şeklinde cevaplanan toplam 32 soruyu içermektedir. Ölçekteki puanlama çok kolay (1)-4 puan, kolay (2)-3 puan, zor (3)-2 puan, çok zor (4)-1 puan ve fikrim yok (5)-0 puan olarak hesaplanmıştır (İkiışık ve ark 2020). "Ölçek hesaplamasında her katılımcının 0-50 arası toplam puanı indeks olarak standardize edilmiştir. İndeks=(aritmetik ortalama-1) x [50/3] formülü ile her kişi için ayrı hesaplanmıştır. İndeks puanına göre sağlık

okuryazarlığı düzeyi kategorize edilmektedir" (Değer ve Zoroğlu 2021). Bu hesaplama sonucunda elde edilen puanlamalar (Soysal ve Obuz 2020);

Tablo 2.1. Katılımcıların T-SOY Düzey Sınıflaması.

Puan Aralığı	Okuryazarlık Durumu
0-25	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı
>25-33	Sorunlu/Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı
>33-42	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı
>42-50	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı

Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ölçek geneli için 0,927 olarak saptanmıştır. Bu da ölçeğin kabul edilebilir değerinin oldukça üzerinde olduğunu göstermektedir (Okyay ve ark 2016). Bu araştırmada ise katılımcıların verdiği cevaplarla elde edilen verilerle yapılan güvenirlik katsayısı 0,957'dir.

2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması Değerlendirilmesi

Araştırmada veriler amaçlı kolayda örnekleme yöntemi ile tanımlayıcı olarak 20.02.2021-10.07.2021 tarihleri arasında gönüllük esasında yüz yüze görüşme ve çevrimiçi olarak elde edilmiştir. Ayrıca veriler anket uygulama tekniği kullanılarak toplanmıştır. Bir anketin doldurulması için 10-15 dakikalık süre yeterli olmuştur. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak ilk önce veri kontrolü sağlanmıştır ve istatistiksel analizler bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 22.0 paket programından yararlanılmıştır. Araştırmada veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t- testi ve pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Verilerin analizi yapılmadan önce normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiştir. Normal dağılım için yapılan istatistiksel testte çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Araştırmacılar bu değerlerin +1,5 ve -1,5 arasında olmasını normal dağılım için yeterli görmektedir (Aminu ve Shariff 2014). Araştırmada kullanılan ölçek puanları da bu aralıktadır.

Tablo 2.1. Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeklerinin Normallik Dağılımları.

	Skewness	**Kurtosis**
Hasta Güçlendirme	-0,308	0,936
Sağlık Okuryazarlığı	-0,122	-0,029

2.7. Araştırmanın Etiği

Araştırmada kullanılacak Hasta Güçlendirme Ölçeği (Small 2012) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32) için Türkçe geçerliliğini ve güvenilirliğini yapan kişiler ile elektronik posta yoluyla irtibat kurularak gerekli izin alınmıştır (Ek-D'de verilmiştir). Ayrıca araştırmada kullanılan "Sağlığı Güçlendirme Modeli" içinde model sahibinden elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-E'de verilmiştir).

Katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile araştırma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra onamları alınarak ilgili anket formları en az bir kronik hastalığa sahip kişilerden doldurmaları istenmiştir (EK-A'da verilmiştir).

Araştırmanın yürütülebilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27.01.2022 tarihli ve 04 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır (EK-C'de verilmiştir).

2.8. Araştırmanın Hipotezleri

1.H_0 Hipotezi: Hastaların cinsiyeti ile hasta güçlendirme düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

2.H_0 Hipotezi: Hastaların cinsiyeti ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

3.H_0 Hipotezi: Hastaların sahip olduğu hastalık türü ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

4. H_0 Hipotezi: Hastaların sahip olduğu hastalık türü ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

5.H_0 Hipotezi: Hastaların medeni durumu ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

6.H_0 Hipotezi: Hastaların medeni durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

7.H_0 Hipotezi: Hastaların gelir düzeyi ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

8.H_0 Hipotezi: Hastaların gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

9.H_0 Hipotezi: Hastaların çalışma durumu ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

10.H_0 Hipotezi: Hastaların çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

11.H_0 Hipotezi: Hastaların yaşları ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

12.H_0 Hipotezi: Hastaların yaşları ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

13.H_0 Hipotezi: Hastaların öğrenim durumları ile hasta güçlendirme ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

14.H_0 Hipotezi: Hastaların öğrenim durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

15.H_0 Hipotezi: Hastaların yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

16.H_0 Hipotezi: Hastaların yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

17.H_0 Hipotezi: Hastaların genel sağlık durum değerlendirmeleri ile hasta güçlendirme ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

18.H_0 Hipotezi: Hastaların genel sağlık durum değerlendirmeleri ile sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

19.H_0 Hipotezi: Hastaların hasta güçlendirme düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak ilişki yoktur.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kronik hastalıklar sınırlandırılmıştır. Bu sınırlamada Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: BOH'ların Risk Faktörleri 2017 yılı verilerinden, Türkiye 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığından, Türkiye 2019 Sağlık İstatistikleri

Yıllığından ve DSÖ'nün "Küresel Sağlık Tahminleri ve Önde Gelen Ölüm ve Sakatlık Nedenleri" çalışmasından yararlanılmıştır.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: BOH'ların Risk Faktörleri 2017 verilerine göre; 2012 yılında dünyada gerçekleşmiş 56 milyon ölümün 38 milyonunu BOH'lar (uzun dönem bakım gerektiren veya ömür boyu süren bulaşıcı etkisi olmayan kronik hastalık dizisi) oluşturmaktadır. Dünya genelinde 2000 yılından beri BOH'lar artış göstermekte ve 2030 yılında ise BOH'lara bağlı ölümlerin 52 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. Bununla birlikte on beş yaş ve üzeri bireylerde HT, DM ve Yüksek Kolesterol Tanısı Alan Hastaların yüzde dağılımına göre; herhangi bir zamanda teşhis konulmuş (prevalans) hipertaniyon %16,2; DM %9,1; yüksek kolesterol ise %10,1 olmak üzere bu üç BOH'lara toplamda %35,4 tanı konulmuştur. Ayrıca Türkiye 2018 sağlık istatistikleri yıllığı verilerine göre; 2018 yılı ölüm nedenleri arasında BOH'lar yer almaktadır. BOH'lar içerisinden dört ana hastalık grubu belirlenmiştir ve bu hastalık grupları içerisinde DM, dolaşım sistemi hastalıkları ve kronik solunum yolu hastalıkları yer almaktadır. Bununla birlikte Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 yılı verilerinden Küresel Hastalık Yükü 2019 Türkiye Sonuçları' na göre; 2019 yılında üç ana grup hastalık içerisinden (Grup 1: Bulaşıcı Hastalıklar, Anne, Yenidoğan ve Beslenmeyle İlgili Hastalıklar. Grup 2: BOH'lar. Grup 3: Yaralanmalar) BOH'lar toplam Daly dağılımına göre 16,4 milyondur. Bu durumda BOH'ların toplam yükünün diğer grup hastalıklardan daha fazla olduğunu göstermiştir. DSÖ'nün "Küresel Sağlık Tahminleri ve Önde Gelen Ölüm ve Sakatlık Nedenleri" çalışmasına göre; 2019 yılında en büyük on küresel ölüm nedenleri arasında birinci sırada iskemik kalp hastalığı, ikinci sırada inme, üçüncü sırada obstrüktif akciğer hastalığı, altıncı sırada trakea, bronş ve akciğer kanserleri yedinci sırada alzheimer hastalığı ve diğer demanslar, dokuzuncu sırada DM ve ononcu sırada böbrek hastalıkları yer almaktadır (WHO 2021). Bu veriler ışığında çalışmada kronik hastalıklar kronik hastalıklar içerisinden en çok ölüme sebep olan ve toplumda en yaygın olduğu düşünülen DM, KOAH, astım, HT, kolesterol ve kalp damar hastalıkları şeklinde sınırlandırılmıştır.

Araştırma sadece Erzurum ilinde ikamet eden en az bir kronik hastalığa sahip 18 yaş ve üzeri kişileri kapsadığı ve Covid-19 pandemi sürecinde yürütüldüğü için

kronik hasta gruplarına ulaşmanın zor olması sebebiyle araştırma örnekleminde sınırlılığa sebep olmuştur.

Araştırma kapsamında ilgili alan yazında sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmış olması ve özellikle hasta güçlendirme üzerine ulusal literatürde çalışmalara çok az rastlanmış olması ve ulusal literatürde hasta güçlendirme ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara rastlanmamış olması bulguların tartışılmasında sınırlılıklara neden olmuştur.

3. BULGULAR

Bu bölümde en az bir kronik hastalığa sahip bireylerin hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada örneklem grubuna ait demografik bilgilerin açıklanması ve araştırmanın hipotezlerinin yanıtlanması için elde edilen verilerin uygun istatistiksel yöntem ve analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.

Özellikler		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	205	50,4
	Erkek	202	49,6
Medeni Durum	Evli	314	77,1
	Bekar	93	22,9
Yaş	18-34	107	26,3
	35-50	121	29,7
	51-64	88	21,6
	65 ve üzeri	91	22,4
Aylık Gelir (TL)	0-2500	122	30
	2501-3500	102	25
	3501-5000	104	25,6
	5001 ve üzeri	79	19,4
Öğrenim Durumu	İlköğretim	165	40,5
	Lise	103	25,3
	Ön Lisans ve üzeri	139	34,2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	232	57
	Çalışmıyor	175	43
Yıllık Ortalama Sağlık Kuruluşuna Gitme	0-7	174	42,8
	8-14	132	32,4
	15 ve üzeri	101	24,8
Genel Sağlık Durumunu Değerlendirme	İyi	129	31,7
	Orta	224	55
	Kötü	54	13,3
Toplam		**407**	**100**

Tablo 3.1.'de yer alan sosyo-demografik verilere göre araştırmaya katılan kronik hastalıklı hastaların %50,4'ü kadındır ve katılımcıların %77,1'i evlidir. Ayrıca katılımcıların %26,3'ü 18-34 yaş arasında, %29,7'si 35-50 yaş arasında, %21,6'sı 51-64 yaş arasında ve %22,4'ü 65 ve üzeri yaş aralığındadır. Aylık toplam gelir bazında katılımcılar incelendiğinde; katılımcıların 0-2500 lira arasında gelire %30'u, 2501-3500 lira arasında gelire %25'i, 3501-5000 lira arasında gelire %25,6'sı, 5001 ve üzerinde gelire %19,4'ü sahiptir. Katılımcıların %40,5'i ilköğretim, %25,3'ü lise, %34,2'si ön lisans ve üzeri (ön lisans, lisans ve yüksek lisans) öğrenim durumuna sahip olmakla birlikte; katılımcıların sadece herhangi bir işte %57'si çalışmaktadır. Tablo 3.1.'e göre katılımcıların %42,8'i 0-7 kez aralığında, %32,4'ü 8-14 kez aralığında ve %24,8'i 15 veya daha fazla yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitmektedir. Bununla birlikte katılımcıların %31,7'si genel sağlık durumunu iyi olarak, %55'i orta olarak ve %13,3'ü kötü olarak değerlendirmiştir.

Tablo 3.2. Katılımcıların Sahip Olduğu Kronik Hastalıklara İlişkin Bulgular.

Kronik Hastalık Türü	**n**	**%**
Diyabet Mellitus	135	19,8
KOAH	41	6,0
Astım	107	15,7
Hipertansiyon	168	24,6
Kolesterol	115	16,9
Kalp Damar Hastalıkları	116	17,0
Toplam	682	100,0

Tablo 3.2.'de Katılımcıların sahip olduğu kronik hastalıklara ilişkin verilere yer verilmiştir. Buradaki verilerde katılımcı sayısının toplamı örneklem sayısını geçmektedir. Söz konusu durum ise verilerin çoklu yanıt şeklinde toplanmasından kaynaklanmaktadır. Bu veriler ışığında katılımcıların %19,8'inin DM, %6'sının KOAH, %15,7'sinin Astım, %24,6'sının HT, %16,9'unun Kolesterol ve %17'sinin Kalp ve Damar Hastalıklarına sahip olduğu görülmektedir.

3.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 3.3. Hasta Güçlendirme Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.

Hasta Güçlendirme Ölçeği	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim.	3,16	1,24
Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım.	3,24	1,16
Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim.	3,42	1,24
Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım.	3,66	0,99
Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum.	3,57	0,97
Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum.	3,53	0,95
Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim.	3,33	1,15
Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim.	3,59	1,00
Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim.	3,49	0,98
Sağlık durumumla başa çıkmaktaki deneyimlerimi, benzer sağlık problemleri olan kişilerle paylaştım.	3,35	1,17
Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum.	3,65	1,03
Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var.	3,36	1,08
Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum.	3,46	1,03
Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum.	3,37	1,05
Sağlık durumumla ilgili 3luklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim.	3,43	1,06
Nasıl kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım.	3,28	1,05
Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim.	3,38	1,02
Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim.	3,48	1,08
Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur.	3,78	0,91
Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum.	3,76	0,92
Tedavi hakkında görüşümü değiştirirsem bunu doktorumla konuşabilirim.	3,72	0,97
Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum.	3,44	1,12
Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim.	3,55	1,02
Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum.	3,65	1,01
Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum.	3,70	0,96

Tablo 3.3 (Devam). Hasta Güçlendirme Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.

Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayışla kavrayabildiğimi paylaştım.	3,48	0,97
Sağlık durumum hakkında karar verme sürecine katılırım.	3,76	0,84
Sağlık durumumla ilgili 3luklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum.	3,74	,876
Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum.	3,77	0,93
Sağlık durumumu anlıyorum.	3,77	0,84
Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim.	3,47	1,01
Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim.	3,48	1,01
Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar benden tavsiye isterler.	3,27	1,09
Sağlık durumumla başa çıkabilmek için ihtiyacım olan tüm bilgiye sahibim.	3,37	1,05
Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum.	3,42	1,03
Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum.	3,45	1,04
Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum.	3,71	0,98
GENEL	**3,51**	**1,026**

Tablo 3.3. İncelendiğinde katılımcıların hasta güçlendirme ölçeği sorularına verilen cevaplarda en yüksek ortalamaya "Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur" sorusunun ($\bar{x}$=3,78), "Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum" sorusunun ($\bar{x}$=3,77) ve "Sağlık durumumu anlıyorum" sorusunun ($\bar{x}$ =3,77) sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca "Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim" sorusunun ($\bar{x}$ =3,16), "Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım" sorusunun ($\bar{x}$ =3,24) ve "Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar benden tavsiye isterler" sorusunun ($\bar{x}$ =3,27) en düşük ortalamaya sahip olan sorular olduğu görülmektedir. Kronik hastalığa sahip hastaların hasta güçlendirme ölçeği sorularına verdikleri cevapların genel ortalaması ise ($\bar{x}$=3,51) olarak tespit edilmiştir. Bu değer ortalamanın üzerinde bir değerdir.

Tablo 3.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	**Ortalama**	**Standart Sapma**
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	2,64	0,94
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	2,60	0,96
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	2,51	1,00
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	2,68	1,01
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	2,64	1,04
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	2,64	1,06
Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	2,56	1,08
Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlama	2,60	1,02
Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	2,42	1,04
Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	2,86	0,96
İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	2,70	1,07
Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	2,54	1,04
Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	2,49	1,07
Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	2,52	1,04
Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	2,35	1,02
Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	2,75	0,97
Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	2,67	0,98
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	2,66	1,04
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	2,65	1,00
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	2,57	1,03

Tablo 3.4 (Devam). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.

Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	2,51	1,07
Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	2,46	1,09
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	2,54	1,11
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	2,32	1,13
Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	2,31	1,14
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	2,45	1,05
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	2,36	1,06
Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	2,51	1,07
Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	2,35	1,05
Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	2,16	1,07
Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	2,44	1,04
Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	2,12	1,17
GENEL	**2,51**	**1,049**

Tablo 3.4.'te yer alan veriler dahilinde sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin sorulara verilen cevaplara göre; "Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak" sorusu ($\bar{x}$ =2,86), "Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak" sorusu ($\bar{x}$ =2,75) ve "İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak" sorusu ($\bar{x}$ =2,70) en yüksek ortalamaya sahip olan ölçek sorularıdır. En düşük ortalamaya sahip olan ölçek soruları ise; "Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak" ($\bar{x}$ =2,12) sorusu, "Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek" ($\bar{x}$ =2,16) sorusu ve "Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak" ($\bar{x}$ =2,31) sorusudur. Kronik hastalığa sahip hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği sorularına verdikleri

cevapların genel ortalaması ($\bar{x}$ =2,51) olarak bulunmuştur. Bu değer ise ortalamanın üzerinde bir değerdir.

Tablo 3.5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeyine İlişkin İstatistikler.

	n	**%**
Yetersiz SOY	199	48,9
Sorunlu-Sınırlı SOY	110	27,0
Yeterli SOY	57	14,0
Mükemmel SOY	41	10,1
TOTAL	**407**	**100,0**

Tablo 3.5.'e göre katılımcıların %48,9'nun "Yetersiz Sağlık Okuryazarlık" düzeyine (0-25 puan), %27'sinin "Sorunlu veya Sınırlı Sağlık Okuryazarlık" düzeyine (>25-33puan), %14'nün "Yeterli Sağlık Okuryazarlık" düzeyine (>33-42 puan) ve %10,1'nin ise "Mükemmel Sağlık Okuryazarlık" düzeyine (>42-50 puan) sahip olduğu görülmektedir.

3.3. Katılımcıların Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Değişkenlere Göre İncelenmesine Ait Bulgular

Tablo 3.6. Katılımcıların hasta güçlendirme düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyinin cinsiyet değişkenine göre incelenmesi.

	Cinsiyet	**n**	**Ort**	**SS**	**T**	**p**
Hasta Güçlendirme Düzeyi	Kadın	205	3,60	0,59	3,072	0,007
	Erkek	202	3,42	0,63		
Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Kadın	205	2,51	0,72	0,019	0,985
	Erkek	202	2,51	0,64		

Tablo 3.6. incelendiğinde katılımcıların cinsiyeti ile hasta güçlendirme ölçeği ve sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) ölçeğinin ortalama puanları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Cinsiyet ile hasta güçlendirme düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (t=3,072; p<0,05). Bu nedenle 1. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Kadınların hasta güçlendirme düzeyi ortalaması ($\bar{x}$ =3,60), erkeklerin hasta güçlendirme düzeyi ortalamasından ($\bar{x}$ =3,42) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında yapılan analiz sonucuna göre anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (t=0,019; p>0,05). Buna göre 2. H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.7. Katılımcıların hasta güçlendirme düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyinin medeni durum değişkenine göre incelenmesi.

	Medeni Durum	n	Ort	SS	t	p
Hasta Güçlendirme Düzeyi	Evli	314	3,50	0,61	-0,805	0,421
	Bekar	93	3,56	0,64		
Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Evli	314	2,54	0,66	1,491	0,137
	Bekar	93	2,42	0,74		

Tablo 3.7.'de katılımcıların medeni durumları ile hasta güçlendirme ölçeği ve sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) ölçeğinin ortalama puanları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Hasta güçlendirme düzeyi ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiş (t=-0,805; p>0,05) ve 5. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile medeni durum değişkeni arasında da anlamlı farklılık bulunmamıştır. Böylece 6. H_0 hipotezi de kabul edilmiştir (t=1,491; p>0,05).

Tablo 3.8. Katılımcıların hasta güçlendirme düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyinin çalışma durumu değişkenine göre incelenmesi.

	Çalışma Durumu	n	Ort	SS	t	p
Hasta Güçlendirme Düzeyi	Çalışıyor	232	3,54	0,60	1,057	0,291
	Çalışmıyor	175	3,47	0,64		
Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Çalışıyor	232	2,58	0,65	2,345	0,019
	Çalışmıyor	175	2,42	0,72		

Tablo 3.8.'de katılımcıların çalışma durumu ile hasta güçlendirme ölçeği ve sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) ölçeğinin ortalama puanları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda hasta güçlendirme ölçek ortalaması ile çalışma durumu arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlemlenerek (t=1,057; p>0,05), 9. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlık ölçek ortalaması ile çalışma durumu değişkeni arasında ise anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=2,345; p<0,05). Böylece 10. H_0 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 3.9. Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık durumlarının aylık ortalama gelire göre incelenmesi.

	Aylık Gelir	n	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe* veya Dunnett T3 Testi)
Hasta Güçlendirme	0-2500[1]	122	3,43	0,62	5,796	0,001	4>1,2*
	2501-3500[2]	102	3,39	0,59			
	3501-5000[3]	104	3,55	0,56			
	5001 ve üzeri[4]	79	3,74	0,66			
Sağlık Okuryazarlığı	0-2500[1]	122	2,23	0,70	14,635	0,000	2>1
	2501-3500[2]	102	2,46	0,53			3>1,2
	3501-5000[3]	104	2,70	0,60			4>1,2
	5001 ve üzeri[4]	79	2,77	0,76			

Tablo 3.9.'da araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip hastaların aylık toplam gelirleri ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Bu analize göre; hasta güçlendirme ortalaması ile gelir faktörü arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5,796$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Scheffe testi yapılmıştır. Scheffe test sonucunda farkın 0-2500 ($\bar{x}=3,43$) gelirli grup ortalamasının ve 2501-3500 ($\bar{x}=3,39$) gelirli grup ortalamasının 5001 ve üzeri ($\bar{x}=3,74$) gelirli grubun ortalamasından daha düşük ortalamaya sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu durumda 7. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ortalaması ile gelir faktörü arasında da anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=14,635$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Dunnett T3 testi yapılmıştır. Bu teste göre 2501-3500 ($\bar{x}=2,46$) gelirli grubun, 0-2500 ($\bar{x}=2,23$) gelirli gruptan ortalaması büyüktür, 3501-5000 ($\bar{x}=2,70$) gelir grubunun ise 0-2500 ($\bar{x}=2,23$) ile 2501-3500 ($\bar{x}=2,46$) gelir gruplarından ortalaması daha büyüktür ve 5001 ve üzeri ($\bar{x}=2,77$) gelir grubunun ortalamasının ise 0-2500 ($\bar{x}=2,23$) ile 2501-3500 ($\bar{x}=2,46$) gelir gruplarından ortalaması daha büyüktür. Fark bu gruplardan kaynaklanmaktadır. Böylece 8. H_0 hipotezi de reddedilmiştir.

Tablo 3.10. Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık durumlarının yaş gruplarına göre incelenmesi.

	Yaş Aralığı	n	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe* veya Dunnett T3 Testi)
Hasta Güçlendirme	18-34[1]	107	3,68	0,55	4,661	0,003	1>4
	35-50[2]	121	3,50	0,58			
	51-64[3]	88	3,48	0,60			
	65 ve üzeri[4]	91	3,35	0,71			
Sağlık Okuryazarlığı	18-34[1]	107	2,69	0,70	8,015	0,000	1,2,3>4*
	35-50[2]	121	2,54	0,58			
	51-64[3]	88	2,55	0,64			
	65 ve üzeri[4]	91	2,23	0,74			

Tablo 3.10.'da araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip hastaların yaşları ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Bu analize göre; hasta güçlendirme ortalaması ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=4,661$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Dunnett T3 testi yapılmıştır. Bu teste göre; farkın 18-34 ($\bar{x}=3,68$) yaş grup ortalamasının 65 ve üzeri ($\bar{x}=3,35$) yaş grup ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Böylece 11. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ortalaması ile yaş değişkeni arasında da anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=8,015$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Scheffe testi yapılmıştır. Scheffe testine göre farklılık 18-34 ($\bar{x}=2,69$) yaş grubunun, 35-50 ($\bar{x}=2,54$) yaş grubunun ve 51-64 ($\bar{x}=2,55$) yaş grubunun ortalamalarının 65 ve üzeri ($\bar{x}=2,23$) yaş grup ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Böylece 12. H_0 hipotezi de reddedilmiştir.

Tablo 3.11. Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamalarının öğrenim düzeylerine göre incelenmesi.

	Öğrenim Durumu	n	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe* veya Dunnett T3 Testi)
Hasta Güçlendirme	İlköğretim[1]	165	3,39	0,66	12,703	0,000	3>1,2
	Lise[2]	103	3,42	0,52			
	Ön Lisans ve üzeri[3]	139	3,72	0,58			
Sağlık Okuryazarlığı	İlköğretim[1]	165	2,25	0,71	30,195	0,000	2>1*
	Lise[2]	103	2,51	0,49			3>1,2*
	Ön Lisans ve üzeri[3]	139	2,83	0,64			

Tablo 3.11.'de araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip hastaların öğrenim durumları ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Bu analize göre; hasta güçlendirme ortalaması ile öğrenim durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=12,703$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Dunnet T3 testi yapılmıştır. Bu teste göre fark; ön lisans ve üzeri öğrenim durumuna sahip kişilerin ortalamasının ($\bar{x}=3,72$), lise ($\bar{x}=3,42$) ve ilköğretim ($\bar{x}=3,39$) öğrenim düzeyine sahiplerin ortalamasından ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmıştır. Bu durumda 13. H_0 hipotezi reddedilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ortalaması ile öğrenim durumu değişkeni arasında da anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=30,195$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Scheffe testi yapılmıştır. Bu teste göre farklılık; lise ($\bar{x}=2,51$) öğrenim durumuna sahip olanların ortalamalarının, ilköğretim ($\bar{x}=2,25$) öğrenim düzeyi ortalamasından daha yüksek olmasından; ön lisans ve üzeri ($\bar{x}=2,83$) mezun olanların ortalamasının ise ilköğretim ($\bar{x}=2,25$) ve lise ($\bar{x}=2,51$) öğrenim düzeyine sahip olanların ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmıştır. Bu farklılıklara bağlı olarak 14. H_0 hipotezi de reddedilmiştir.

Tablo 3.12. Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık durumlarının yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı değişkenine göre incelenmesi.

	Yıllık Ortalama Sağlık Kuruluşuna Gitme	n	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe* veya Dunnett T3 Testi)
Hasta Güçlendirme	0-7[1]	174	3,58	0,60	2,259	0,106	_*
	8-14[2]	132	3,49	0,56			
	15 ve üzeri[3]	101	3,42	0,71			
Sağlık Okuryazarlığı	0-7[1]	174	2,66	0,63	8,891	0,000	1>3*
	8-14[2]	132	2,49	0,67			
	15 ve üzeri[3]	101	2,30	0,74			

Tablo 3.12.'de araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip hastaların yıllık ortalama kaç kez sağlık kuruluşuna gitme değişkeni ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Bu analize göre; hasta güçlendirme ortalaması ile yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı değişkeni arasında anlamlı farklılık olmadığı edilmiştir ($F=2,259$; $p>0,05$). Böylece 15. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ortalaması ile yıllık ortalama kaç kez sağlık kuruluşuna gitme değişkeni arasında ise anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=8,891$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Scheffe testi yapılmıştır. Bu teste göre; yıllık ortalama 0-7 ($\bar{x}=2,66$) kez sağlık kuruluşuna gidenlerin ortalamasının, yıllık ortalama 15 ve üzeri ($\bar{x}=2,30$) sağlık kuruluşuna gidenlerin ortalamasından daha yüksektir. Farklılık bu gruplardan kaynaklanmaktadır. Böylece 16. H_0 hipotezi ise reddedilmiştir.

Tablo 3.13. Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık durumlarının genel sağlık durumlarına göre incelenmesi.

	Genel Sağlık Durumu	n	Ort	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe* veya Dunnett T3 Testi)
Hasta Güçlendirme	İyi[1]	129	3,70	0,63	23,267	0,000	1>2,3* 2>3*
	Orta[2]	224	3,51	0,53			
	Kötü[3]	54	3,05	0,68			
Sağlık Okuryazarlığı	İyi[1]	129	2,75	0,69	15,991	0,000	1>2,3* 2>3*
	Orta[2]	224	2,46	0,63			
	Kötü[3]	54	2,18	0,68			

Tablo 3.13.'de araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip hastaların genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Bu analize göre; hasta güçlendirme ortalaması ile genel sağlık durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=23,267$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Scheffe testi yapılmıştır. Scheffe testine göre; iyi ($\bar{x}=3,70$) düzey sağlık durumuna sahip olanların ortalaması orta ($\bar{x}=3,51$) ve kötü ($\bar{x}=3,05$) düzey sağlık durumuna sahip olanların ortalamasından daha yüksektir. Bununla birlikte orta ($\bar{x}=3,51$) düzey sağlık durumuna sahip kişilerin ortalaması da kötü ($\bar{x}=3,05$) düzey sağlık durumuna sahip olanların ortalamasından daha yüksektir. Bu nedenle 17. H_0 hipotezi ise reddedilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ortalaması genel sağlık durumu değişkeni arasında da anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=15,991$; $p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek için post-hoc testlerinden Scheffe testi yapılmıştır. Bu teste göre farklılık; iyi ($\bar{x}=2,75$) düzey sağlık durumuna sahip olanların ortalamasının orta ($\bar{x}=2,46$) ve kötü ($\bar{x}=2,18$) düzey sağlık durumuna sahip olanların ortalamasından daha yüksek olmasından ve orta ($\bar{x}=2,46$) düzey sağlık durumuna sahip olanların ortalamasının da kötü ($\bar{x}=2,18$) düzey sağlık durumuna sahip olanların ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Böylece 18. H_0 hipotezi ise reddedilmiştir.

Tablo 3.14. Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamalarının hastalık türlerine göre incelenmesi.

	Kronik hastalıklar	**Ort**	**SS**	**F**	**p**
Hasta Güçlendirme Düzeyi	Diyabet Mellitus	3,58	0,68	1,016	0,331
	KOAH	3,39	0,62		
	Astım	3,54	0,53		
	Hipertansiyon	3,51	0,67		
	Kolesterol	3,44	0,64		
	Kalp Damar Hastalıkları	3,34	0,63		

Tablo 3.14 (Devam). Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamalarının hastalık türlerine göre incelenmesi.

	Kronik hastalıklar	Ort	SS	F	p
Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Diyabet Mellitus	2,50	0,74	0,840	0,512
	KOAH	2,35	0,58		
	Astım	2,47	0,68		
	Hipertansiyon	2,45	0,73		
	Kolesterol	2,38	0,70		
	Kalp Damar Hastalıkları	2,48	0,61		

Tablo 3.14.'de araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip hastaların sahip oldukları kronik hastalık türleri ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların hasta güçlendirme ortalamaları ile hastalık türleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,016$; $p>0,05$). Bu sebeple 3. H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Bu analize göre; katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hastalık türleri arasında da anlamlı farklılık olmadığı gözlemlenmiştir ($F=0,840$; $p>0,05$). Böylece 4. H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.15. Katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasında korelasyon analizi.

Person Korelasyonu	**Hasta Güçlendirme**	**Sağlık Okuryazarlığı**
Hasta Güçlendirme	1	0,571**
Sağlık Okuryazarlığı	0,571**	1

P=0,000 (Sig. 0,01)

Araştırmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin hasta güçlendirme düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi puan ortalamaları arasında pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz yorumlaması "r<0.2 ise çok zayıf ilişki ya da korelasyon yok, 0.2-0.4 arasında ise zayıf korelasyon, 0.4-0.6 arasında ise orta şiddette korelasyon, 0.6-0.8 arasında ise yüksek korelasyon ve 0.8> ise çok yüksek korelasyon" şeklinde yapılmıştır (Şimşek ve ark 2021). Böylece yapılan korelasyon analizine göre hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve

anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$; $r=0,571$). Başka bir ifade ile kronik hastalıklı hastaların hasta güçlendirme düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Sonuç olarak 19. H_0 hipotezi reddedilmiştir.

3.4. Hasta Güçlendirme ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeklerinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Tablo 3.16. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Alt Boyutlarının ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Alt Boyutlarının Psikometrik Özellikleri.

			İfade Sayısı	Min	Max	Cronbach Alpha	Ort	SS	Normallik Testi	
									Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
HASTA GÜÇLENDİRME	Kimlik/Özdeşlik		9	3,36	3,77	0,849	3,58	0,99	-0,399	0,754
	Kişisel Kontrol		7	3,38	3,74	0,803	3,49	1,02	-0,319	0,408
	Karar Alma		8	3,16	3,76	0,777	3,51	1,04	-0,338	0,471
	Bilme ve Anlama		8	3,37	3,78	0,834	3,56	1,01	-0,358	0,548
	Başkaları ile Etkileşim		5	3,27	3,48	0,791	3,34	1,09	-0,407	-0,054
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	Tedavi Ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	4	2,56	2,68	0,832	2,63	1,02	-0,546	0,160
		Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	4	2,49	2,70	0,775	2,59	1,03	-0,465	0,307
		Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	4	2,35	2,54	0,701	2,45	1,02	-0,193	0,012
		Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	4	2,52	2,86	0,771	2,69	1,01	-0,452	0,260
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	4	2,36	2,66	0,802	2,51	1,05	-0,387	0,069
		Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	4	2,31	2,65	0,825	2,50	1,08	-0,490	-0,116
		Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	4	2,12	2,51	0,703	2,35	1,11	-0,136	-0,115
		Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	4	2,16	2,67	0,775	2,40	1,04	-0,228	-0,109

Tablo 3.16.'da görüldüğü üzere hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin psikometrik özellikleri verilmiştir. Hasta güçlendirme ölçeği beş alt

boyuttan oluşmaktadır. Kimlik/Özdeşlik alt boyutu dokuz ifadeden oluşmaktadır ve Cronbach Alpha değeri 0,849 olarak tespit edilmiştir. Kişisel kontrol boyutu yedi ifadeden oluşmaktadır ve Cronbach Alpha değeri 0,803 olarak tespit edilmiştir. Karar alma boyutu ise sekiz ifadeden oluşmakta ve Cronbah Alpha değeri 0,777 olarak tespit edilmiştir. Bilme ve anlama boyutu da sekiz ifadeden oluşmuş ve Cronbach Alpha değeri 0,834 olarak gözlemlenmiştir. Son olarak Başkaları ile etkileşim alt boyutu beş ifadeden oluşmuştur ve Cronbach Alpha değeri 0,791 olarak tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ise iki alt boyut ve onların alt kategorileri ile toplam sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Tedavi ve hizmet alt boyutunun dört alt kategorisi bulunmaktadır. Bunlar; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (Cronbach Alpha değeri 0,832), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (Cronbach Alpha değeri 0,775), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (Cronbach Alpha değeri 0,701) ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (Cronbach Alpha değeri 0,771) olup her biri dört ifadeden oluşmaktadır. Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi alt boyutununda dört alt kategorisi bulunmaktadır. Bunlar; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (Cronbach Alpha değeri 0,802), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (Cronbach Alpha değeri 0,825), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (Cronbach Alpha değeri 0,703) ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (Cronbach Alpha değeri 0,775)'dır. Ayrıca bunların da her biri dörder ifadeden oluşmaktadır.

Tablo 3.17. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız değişken	n	Kimlik/Özdeşlik (Ort±S.S.)	Kişisel Kontrol (Ort±S.S.)	Karar Alma (Ort±S.S.)	Bilme ve Anlama (Ort±S.S.)	Başkaları ile Etkileşim (Ort±S.S.)
Cinsiyet						
Kadın	205	3,67±0,63	3,57±0,68	3,59±0,62	3,64±0,68	3,49±0,73
Erkek	202	3,48±0,68	3,41±0,69	3,44±0,68	3,47±0,68	3,19±0,85
t		2,911	2,409	2,257	2,591	3,778
p		**0,004**	**0,016**	**0,025**	**0,010**	**0,000**
Medeni Durum						
Evli	314	3,57±0,65	3,48±0,69	3,49±0,64	3,55±0,68	3,33±0,82
Bekar	93	3,61±0,72	3,54±0,70	3,61±0,67	3,57±0,69	3,37±0,76
t		-0,526	-0,809	-1,573	-0,292	-0,394
p		**0,599**	**0,419**	**0,116**	**0,770**	**0,693**

Tablo 3.17 (Devam). Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız değişken	n	Kimlik/Özdeşlik (Ort±S.S.)	Kişisel Kontrol (Ort±S.S.)	Karar Alma (Ort±S.S.)	Bilme ve Anlama (Ort±S.S.)	Başkaları ile Etkileşim (Ort±S.S.)
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	232	3,61±0,64	3,54±0,67	3,53±0,64	3,62±0,65	3,31±0,84
Çalışmıyor	175	3,54±0,69	3,44±0,72	3,50±0,67	3,47±0,73	3,37±0,76
t		1,010	1,436	0,457	2,157	-0,740
p		**0,313**	**0,152**	**0,648**	**0,032**	**0,460**
Aylık Gelir						
0-2500[1]	122	3,50±0,65	3,42±0,71	3,44±0,67	3,41±0,71	3,35±0,73
2501-3500[2]	102	3,47±0,68	3,36±0,68	3,40±0,63	3,40±0,64	3,25±0,81
3501-5000[3]	104	3,61±0,61	3,55±0,62	3,54±0,57	3,66±0,59	3,27±0,85
5001 ve üzeri[4]	79	3,79±0,68	3,70±0,72	3,75±0,69	3,83±0,72	3,54±0,82
F		4,307	4,252	5,200	8,815	2,379
p		**0,005**	**0,006**	**0,002**	**0,000**	**0,069**
Fark (Scheffe*)		4>1,2*	4>1,2*	4>1,2*	4>1,2*	-*
Yaş Aralığı						
18-34[1]	107	3,69±0,66	3,67±0,61	3,67±0,59	3,75±0,59	3,53±0,71
35-50[2]	121	3,60±0,60	3,48±0,67	3,45±0,61	3,45±0,61	3,27±0,84
51-64[3]	88	3,57±0,61	3,49±0,69	3,50±0,64	3,50±0,64	3,27±0,84
65 ve üzeri[4]	91	3,42±0,77	3,31±0,77	3,42±0,74	3,42±0,74	3,27±0,79
F		2,843	4,495	3,254	7,647	2,871
p		**0,038**	**0,004**	**0,022**	**0,000**	**0,036**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		1>4*	1>4*	1>2	1,2>4	1>2,3,4*

Tablo 3.17 (Devam). Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız değişken	n	Kimlik/Özdeşlik (Ort±S.S.)	Kişisel Kontrol (Ort±S.S.)	Karar Alma (Ort±S.S.)	Bilme ve Anlama (Ort±S.S.)	Başkaları ile Etkileşim (Ort±S.S.)
Öğrenim Durumu						
İlköğretim[1]	165	3,44±0,69	3,36±0,74	3,42±0,68	3,37±0,74	3,32±0,75
Lise[2]	103	3,56±0,58	3,39±0,62	3,40±0,59	3,49±0,58	3,16±0,82
Ön Lisans ve üzeri[3]	139	3,76±0,65	3,73±0,63	3,70±0,62	3,83±0,61	3,50±0,83
F		9,054	12,647	8,977	18,909	5,540
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,004**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		3>1,2	3>1,2	3>1,2	3>1,2*	3>2
Yıllık Ortalama Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı						
0-7[1]	174	3,67±0,63	3,57±0,69	3,54±0,64	3,65±0,67	3,39±0,83
8-14[2]	132	3,56±0,63	3,46±0,61	3,51±0,60	3,55±0,61	3,28±0,79
15 ve üzeri[3]	101	3,45±0,74	3,39±0,78	3,48±0,74	3,41±0,77	3,34±0,78
F		3,598	2,529	0,272	3,917	0,683
p		**0,028**	**0,081**	**0,762**	**0,021**	**0,506**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		1>3*	-*	-	1>3	-*
Genel Sağlık Durumu						
İyi[1]	129	3,79±0,67	3,71±0,67	3,67±0,70	3,77±0,64	3,47±0,86
Orta[2]	224	3,57±0,59	3,49±0,60	3,52±0,57	3,56±0,61	3,36±0,73
Kötü[3]	54	3,12±0,74	2,96±0,81	3,12±0,71	3,03±0,82	2,94±0,83
F		20,591	24,955	14,229	24,207	8,598
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		1>2,3* 2>3*	1>2,3 2>3	1,2>3*	1>2,3 2>3	1,2>3*

Tablo 3.17.'de araştırmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farkların tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi ve bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutlarının cinsiyet değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tüm alt boyutlarda kadınların ortalaması erkeklere göre daha fazladır. Medeni durum değişkeni ile yapılan analize göre tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların herhangi bir işte çalışıp çalışmaması durumu ile bilme ve anlama alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiş olup ($p<0,05$), herhangi bir işte çalışanların ortalamasının çalışmayanların ortalmasına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ölçeğin diğer alt boyutları ile çalışma durumları arasında bir fark tespit edilememiştir. Hasta güçlendirme ölçeğinin başkaları ile etkileşim alt boyutunun, aylık gelir değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak diğer dört alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılıkta 5001 ve üzeri aylık gelire sahip kişilerin ortalamasının, 0-2500 ve 2501-3500 aralıklarında aylık gelire sahip kişilerin ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Yaş değişkeni ile yapılan analize göre tüm alt boyutlar ile aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş olup ($p<0,05$), tüm alt boyutlarda 18-34 yaş aralığında kişilerin ortalamasının diğer yaş gruplarının ortalamasına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların öğrenim durumları ile ölçeğin tüm alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tüm alt boyutlarda ön lisans ve üzeri öğrenim durumuna sahip olanların diğer öğrenim durumlarından daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı ile kimlik/özdeşlik ve bilme ve anlama alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki alt boyuttada yıllık ortalama 0-7 kez sağlık kurumuna gidenlerin ortalamasının 15 ve üzeri gidenlerin ortalamasından daha fazla olduğu görülmektedir. Ölçeğin diğer alt boyutları ile yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı arasında bir fark tespit edilememiştir. Hasta güçlendirme ölçeğinin beş alt boyutu ile katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Analize göre sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların ortalamalarının orta ve kötü olarak değerlendiren katılımcılara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 3.18. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Tedavi ve Hizmet Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız Değişken	n	Bilgiye Ulaşma (Ort±S.S.)	Bilgiyi Anlama (Ort±S.S.)	Bilgiyi Değerlendirme (Ort±S.S.)	Bilgiyi Kullanma/ Uygulama (Ort±S.S.)
Cinsiyet					
Kadın	205	2,57±0,91	2,55±0,83	2,41±0,77	2,66±0,82
Erkek	202	2,68±0,74	2,63±0,76	2,48±0,72	2,72±0,73
T		-1,255	-1,011	-0,936	-0,752
P		**0,210**	**0,313**	**0,350**	**0,453**
Medeni Durum					
Evli	314	2,65±0,83	2,62±0,77	2,46±0,72	2,72±0,75
Bekar	93	2,52±0,83	2,50±0,88	2,40±0,82	2,59±0,84
T		1,300	1,257	0,766	1,423
P		**0,194**	**0,210**	**0,444**	**0,156**
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	232	2,77±0,75	2,72±0,71	2,52±0,72	2,81±0,72
Çalışmıyor	175	2,43±0,89	2,42±0,87	2,36±0,76	2,52±0,81
T		4,056	3,808	2,115	3,806
P		**0,000**	**0,000**	**0,035**	**0,000**
Aylık Gelir					
0-2500[1]	122	2,27±0,82	2,23±0,85	2,20±0,76	2,36±0,77
2501-3500[2]	102	2,52±0,73	2,52±0,64	2,38±0,62	2,57±0,65
3501-5000[3]	104	2,86±0,75	2,81±0,71	2,64±0,69	2,95±0,72
5001 ve üzeri[4]	79	2,98±0,83	2,96±0,76	2,66±0,81	3,00±0,76
F		17,171	18,804	9,635	18,583
P		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Fark (Scheffe*)		3,4>1,2*	2,3>1* 4>1,2*	3,4>1*	3,4>1,2*

Tablo 3.18 (Devam). Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Tedavi ve Hizmet Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız Değişken	n	Bilgiye Ulaşma (Ort±S.S.)	Bilgiyi Anlama (Ort±S.S.)	Bilgiyi Değerlendirme (Ort±S.S.)	Bilgiyi Kullanma/ Uygulama (Ort±S.S.)
Yaş Aralığı					
18-34[1]	107	2,87±077	2,79±0,78	2,61±0,79	2,88±0,77
35-50[2]	121	2,70±0,74	2,69±0,68	2,47±0,67	2,81±0,68
51-64[3]	88	2,62±0,76	2,56±0,78	2,49±0,64	2,70±0,75
65 ve üzeri[4]	91	2,25±0,95	2,27±0,87	2,19±0,81	2,29±0,80
F		10,090	8,183	5,580	12,139
P		**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		1,2,3>4*	1,2>4*	1,3>4	1,2,3>4*
Öğrenim Durumu					
İlköğretim[1]	165	2,30±0,89	2,28±0,82	2,22±0,76	2,36±0,84
Lise[2]	103	2,64±0,64	2,59±0,61	2,46±0,58	2,78±0,54
Ön Lisans ve üzeri[3]	139	3,00±0,72	2,96±0,73	2,71±0,74	3,01±0,69
F		30,064	31,189	17,933	31,678
P		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		2>1* 3>1,2*	2,>1* 3>1,2*	2>1 3>1,2	2,>1* 3>1,2*
Yıllık Ortalama Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı					
0-7[1]	174	2,85±0,78	2,75±0,69	2,59±0,68	2,88±0,72
8-14[2]	132	2,56±0,80	2,59±0,78	2,39±0,76	2,64±0,74
15 ve üzeri[3]	101	2,32±0,85	2,33±0,90	2,27±0,78	2,42±0,82
F		14,292	9,387	6,619	11,704
P		**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		1>2,3*	1>3	1>3*	1>2,3*

Tablo 3.18 (Devam). Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Tedavi ve Hizmet Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız değişken	n	Bilgiye Ulaşma (Ort±S.S.)	Bilgiyi Anlama (Ort±S.S.)	Bilgiyi Değerlendirme (Ort±S.S.)	Bilgiyi Kullanma/ Uygulama (Ort±S.S.)
Genel Sağlık Durumu					
İyi[1]	129	2,91±0,76	2,83±0,81	2,68±0,75	2,94±0,72
Orta[2]	224	2,56±0,80	2,55±0,72	2,39±0,69	2,65±0,72
Kötü[3]	54	2,19±0,90	2,19±0,87	2,13±0,78	2,25±0,89
F		16,194	13,836	12,399	16,857
P		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Fark (Scheffe*)		1>2,3* 2>3*	1>2,3* 2>3*	1>2,3*	1>2,3* 2>3*

Tablo 3.18.'de araştırmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farkların tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi ve bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutlarının, cinsiyet değişkeni ve medeni durum değişkeni arasında yapılan analizlere göre bu değişkenler ile alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Katılımcıların herhangi bir işte çalışıp çalışmaması durumu ile tedavi ve hizmet alt boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiş olup ($p<0,05$), herhangi bir işte çalışanların ortalamasının çalışmayanların ortalamasına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutlarının, aylık gelir değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılıkta 5001 ve üzeri aylık gelire ve 3501-5000 arası aylık gelire sahip kişilerin ortalamasının, 0-2500 ve 2501-3500 arasında aylık gelire sahip kişilerin ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Yaş değişkeni ile yapılan analize göre tüm alt boyutlar ile aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş olup ($p<0,05$), tüm alt boyutlarda 18-34 yaş aralığında kişilerin ortalamasının diğer yaş gruplarının ortalamasına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların öğrenim durumları ile ölçeğin tüm alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir fark

olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Tüm alt boyutlarda ön lisans ve üzeri öğrenim durumuna sahip olanların ortalaması ilköğretim ve lise öğrenim durumuna sahiplerin ortalamasından daha yüksektir. Katılımcıların yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı ile tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Tüm alt boyutlarda yıllık ortalama 0-7 kez sağlık kurumuna gidenlerin ortalamasının 15 ve üzeri gidenlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutları ile katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Bu analizde sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların ortalamalarının orta ve kötü olarak değerlendiren katılımcıların ortalamalarına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 3.19. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız değişken	n	Bilgiye Ulaşma (Ort±S.S.)	Bilgiyi Anlama (Ort±S.S.)	Bilgiyi Değerlendirme (Ort±S.S.)	Bilgiyi Kullanma/ Uygulama (Ort±S.S.)
Cinsiyet					
Kadın	205	2,57±0,86	2,51±0,91	2,39±0,82	2,45±0,83
Erkek	202	2,45±0,80	2,48±0,83	2,31±0,79	2,35±0,77
t		1,447	0,366	0,977	1,140
p		**0,149**	**0,714**	**0,329**	**0,255**
Medeni Durum					
Evli	314	2,50±0,83	2,54±0,83	2,39±0,78	2,45±0,75
Bekar	93	2,55±0,85	2,36±0,99	2,20±0,85	2,24±0,94
t		-0,542	1,683	2,021	2,192
p		**0,588**	**0,093**	**0,044**	**0,029**
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	232	2,56±0,79	2,55±0,85	2,34±0,80	2,38±0,79
Çalışmıyor	175	2,44±0,89	2,42±0,90	2,36±0,82	2,42±0,81
t		1,452	1,506	-0,192	-0,485
p		**0,147**	**0,133**	**0,848**	**0,628**

Tablo 3.19 (Devam). Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız değişken	n	Bilgiye Ulaşma (Ort±S.S.)	Bilgiyi Anlama (Ort±S.S.)	Bilgiyi Değerlendirme (Ort±S.S.)	Bilgiyi Kullanma/ Uygulama (Ort±S.S.)
Aylık Gelir					
0-2500[1]	122	2,25±0,94	2,25±0,95	2,09±0,83	2,19±0,88
2501-3500[2]	102	2,41±0,72	2,44±0,74	2,43±0,65	2,43±0,62
3501-5000[3]	104	2,65±0,73	2,69±0,74	2,44±0,77	2,53±0,67
5001 ve üzeri[4]	79	2,84±0,79	2,70±0,96	2,52±0,90	2,51±0,96
F		10,087	6,689	6,177	4,433
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,004**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		3>1* 4>1,2*	3,4>1	2,3,4>1	3>1
Yaş Aralığı					
18-34[1]	107	2,80±0,77	2,65±0,92	2,45±0,83	2,50±0,94
35-50[2]	121	2,47±0,74	2,53±0,75	2,34±0,75	2,33±0,69
51-64[3]	88	2,55±0,82	2,55±0,90	2,38±0,74	2,51±0,70
65 ve üzeri[4]	91	2,17±0,91	2,22±0,90	2,21±0,88	2,27±0,84
F		10,142	4,361	1,470	2,115
p		**0,000**	**0,005**	**0,222**	**0,098**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		1>2,4* 3>4*	1>4*	-*	-
Öğrenim Durumu					
İlköğretim[1]	165	2,22±0,91	2,23±0,92	2,15±0,79	2,26±0,79
Lise[2]	103	2,44±0,60	2,52±0,75	2,31±0,75	2,32±0,71
Ön Lisans ve üzeri[3]	139	2,89±0,74	2,81±0,79	2,61±0,80	2,62±0,84
F		27,370	17,944	13,396	8,249
p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		3>1,2*	2>1* 3>1,2*	3>1,2	3>1,2

Tablo 3.19 (Devam). Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Hastalıklardan Korunma/Sağlığın geliştirilmesi Alt Boyutları Ortalamalarının Değerlendirmesi.

Bağımsız değişken	n	Bilgiye Ulaşma (Ort±S.S.)	Bilgiyi Anlama (Ort±S.S.)	Bilgiyi Değerlendirme (Ort±S.S.)	Bilgiyi Kullanma/ Uygulama (Ort±S.S.)
Yıllık Ortalama Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı					
0-7[1]	174	2,64±0,81	2,64±0,80	2,41±0,80	2,48±0,78
8-14[2]	132	2,51±0,79	2,50±0,89	2,32±0,76	2,39±0,79
15 ve üzeri[3]	101	2,28±0,88	2,26±0,92	2,27±086	2,27±0,85
F		6,180	6,058	1,058	2,174
p		**0,002**	**0,003**	**0,348**	**0,115**
Fark (Scheffe*)		1>3*	1>3*	-*	-*
Genel Sağlık Durumu					
İyi[1]	129	2,76±0,83	2,72±0,90	2,55±0,88	2,60±0,88
Orta[2]	224	2,44±0,79	2,45±0,82	2,28±0,76	2,35±0,75
Kötü[3]	54	2,17±0,85	2,18±0,89	2,15±0,70	2,13±0,72
F		11,567	8,254	6,472	7,890
p		**0,000**	**0,000**	**0,002**	**0,000**
Fark (Scheffe* veya Dunnett T3)		1>2,3*	1>2,3*	1>2,3	1>2,3*

Tablo 3.19.'de araştırmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farkların tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi ve bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarının, cinsiyet değişkeni arasında yapılan analizlere göre bu değişken ile alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p> 0,05$). Medeni durum değişkeni ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutunun bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama alt kategorileri arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) ancak bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulamaları alt kategorileri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu gruplarda evli katılımcıların

bekar katılımcılara göre ortalamaları daha yüksektir. Katılımcıların herhangi bir işte çalışıp çalışmaması durumu ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarının, aylık gelir değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Analize göre 5001 ve üzeri aylık gelire ve 3501-5000 arası aylık gelire sahip kişilerin ortalamasının, 0-2500 ve 2501-3500 aralıklarında aylık gelire sahip kişilerin ortalamasından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yaş değişkeni ile yapılan analize göre bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama alt boyutları ile aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş olup ($p<0,05$), bu alt boyutlarda 18-34 yaş aralığında kişilerin ortalamasının diğer yaş gruplarının ortalamasına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların öğrenim durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tüm alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tüm alt boyutlarda ön lisans ve üzeri öğrenim durumuna sahip olanların ortalamasının ilköğretim ve lise öğrenim durumlarına sahip olanlarının ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı ile bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu alt boyutlarda yıllık ortalama 0-7 kez sağlık kurumuna gidenlerin ortalamasının 15 ve üzeri gidenlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutları ile katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). Bu farklılığın sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların ortalamalarının sağlık durumunu orta ve kötü olarak değerlendiren katılımcılara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir.

3.5. Hipotez Yorumları

Tablo 3.20. Hipotez yorumları.

1	Hastaların cinsiyeti ile hasta güçlendirme düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.	**Red**
2	Hastaların cinsiyeti ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.	**Kabul**
3	Hastaların sahip olduğu hastalık türü ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.	**Kabul**
4	Hastaların sahip olduğu hastalık türü ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.	**Kabul**
5	Hastaların medeni durumu ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
6	Hastaların medeni durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
7	Hastaların gelir düzeyi ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
8	Hastaların gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
9	Hastaların çalışma durumu ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
10	Hastaların çalışma durumu ile hasta sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
11	Hastaların yaşları ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
12	Hastaların yaşları ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
13	Hastaların öğrenim durumları ile hasta güçlendirme ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
14	Hastaların öğrenim durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
15	Hastaların yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitmesi sayısı ile hasta güçlendirme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Kabul**
16	Hastaların yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitmesi sayısı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
17	Hastaların genel sağlık durum değerlendirmeleri ile hasta güçlendirme ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
18	Hastaların genel sağlık durum değerlendirmeleri ile sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.	**Red**
19	Hastaların hasta güçlendirme düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak ilişki yoktur.	**Red**

4. TARTIŞMA

Dünyada kronik hastalıklar her geçen gün artmaktadır. Artan kronik hastalıklar hem sağlık çalışanları hem de hastalar için külfet oluşturmaktadır. Ayrıca bu durum sağlık hizmetleri kullanımını ve sağlık harcamalarını da arttırmaktır. Bu yüzden hastaların kendi hastalıklarını yönetebilmesi önemli bir konu haline gelmiştir. Bu noktada hasta güçlendirme kavramı önem kazanmaktadır. Güçlendirilmiş hastalar hastalıkları konusunda daha özgür ve bilinçli kararlar vererek hastalıklarını kendileri kontrol edebilmektedir. Hasta güçlendirme kavramı dünyada çok uzun yıllardır var olan bir kavram olmakla birlikte ülkemizde de son yıllarda gündeme gelmeye başlamış bir kavramdır. Kronik hastalıkların yönetilmesine katkı sağlayacağı düşünülen bir başka kavramda sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı kavramı hem dünyada hem de ülkemizde uzun yıllardır gündemde olan bir kavramdır. Özellikle kronik hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerinin arttırılması hastaların başta doktor tavsiyelerine uymasını ve ilaçlarını doğru bir şekilde kullanmasını destekler niteliktedir. Hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramları Covid-19 pandemi sürecinde de önem arz eden bir kavram haline gelmiştir. Çünkü salgın bir hastalık söz konusu iken halkın uyarıları ve alınacak tedbirleri anlayabilmesi ve uygulayabilmesi önemli bir noktadır. Ayrıca bu süreçte sağlık hizmet kullanımının yoğun olması salgını tetikler bir nitelik haline getirmiştir. Özellikle kronik hastalığa sahip kişilerin risk grubunda olması nedeniyle bu süreçte günlük bakımları için sağlık kurumlarını sürekli olarak kullanması tehlike oluşturmaktadır. Bu yüzden kronik hastalığa sahip hastaların pandemi sürecinde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması hastalıklarını yönetebilmeleri açısından önemli hale gelmiştir. Bu çalışmada da kronik hastaların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin ölçülmesi ve iki kavram arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip katılımcıların %50,4'ü kadındır ve katılımcıların %77,1'i evlidir. Ayrıca katılımcıların %26,3'ü 18-34 yaş arasında, %29,7'si 35-50 yaş arasında, %21,6'sı 51-64 yaş arasında ve %22,4'ü 65 ve üzeri yaş aralığındadır. Aylık toplam gelir bazında katılımcılar incelendiğinde ise katılımcıların 0-2500 lira arasında gelire %30'u, 2501-3500 lira arasında gelire %25,1'i, 3501-5000 lira arasında gelire %25,6'sı, 5001 ve üzerinde gelire %19,4'ü sahiptir. Katılımcıların %40,5'i ilköğretim düzeyinde, %25,3'ü lise düzeyinde, %34,2'si ön lisans ve üzeri (ön

lisans, lisans ve yüksek lisans) düzeyinde öğrenim durumuna sahip olmakla birliklikte katılımcıların herhangi bir işte sadece %57'si çalışmaktadır. Katılımcıların %42,8'i 0-7 kez aralığında, %32,4'ü 8-14 kez aralığında ve %24,8'i ise 15 veya daha fazla yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitmektedir. Bununla birlikte katılımcıların %31,7'si genel sağlık durumunu iyi olarak, %55'i orta olarak ve %13,3'ü kötü olarak değerlendirmiştir.

4.1. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Bulgularına Ait Tartışma

Araştırmada hasta güçlendirme ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş ve yaş arttıkça hasta güçlendirme ortalamalarının azaldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca yine bu araştırmada öğrenim düzeyi arttıkça hasta güçlendirme ortalaması da artmaktadır. Acuña Mora ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında da hasta güçlendirme ile yaş değişkeni arasında bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Chiauzzi ve arkadaşlarının (2016) kronik hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada ise daha yaşlı ve daha eğitimli hastaların yüksek güçlendirme seviyelerine sahip olduğu tespit etmiştir. Bu durumda bu araştırmanın Chiauzzi ve arkadaşlarının çalışması ile bazı benzerlikler gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada cinsiyet ile hasta güçlendirme düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu ve kadınların hasta güçlendirme düzeylerinin erkeklerin hasta güçlendirme düzeylerinden daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Small ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) ise cinsiyet faktörü ile hasta güçlendirme arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ancak Chiauzzi ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek hasta güçlendirme düzeyine sahip olduğu bulgusuna rastlanmıştır. 2020 yılında yapılan "Hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi ilişkisi" isimli çalışmada ise bu araştırma ile benzer şekilde hasta güçlendirme düzeyi ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık sonucuna ve yaş arttıkça hasta güçlendirme ortalamasının azaldığı bulgusuna rastlanmıştır (Yılmaz ve ark 2020).

Bu çalışmada hasta güçlendirme ile hastalık türleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kaya'nın (2018) "Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki" isimli çalışmasında hasta güçlendirme ile hastalık türleri arasında anlamlı bir fark olduğunu tespit etmiştir. Bu farkın ise astım, kalp hastalıkları ve birden fazla kronik hastalığa sahip olma durumlarından kaynaklandığı gözlemlemiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında (2020) da kronik hastalık türleri ile hasta

güçlendirme ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş ve bu farklılığın Tiroid ve KOAH hasta gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Araştırmada hasta güçlendirme ölçeğinin tüm boyutları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ancak katılımcıların öğrenim durumları ile hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak bu araştırmada hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş ve kadınların hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyut ortalamalarının erkeklere göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Başka bir çalışmada hasta güçlendirmenin tüm alt boyutları ile cinsiyet değişkeni arasında ise anlamlı farklılık tespit edilememiştir (Yılmaz ve ark 2020). Kaya'nın araştırmasında (2018) hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutları ile medeni durum değişkeni arasında yapılan analizde; "karar alma" ve "başkaları ile etkileşim" alt boyutları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiş ancak ölçeğin diğer alt boyutları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir farlılık olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim durumları ile hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutları arasında yapılan analizde de kişilerin öğrenim durumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Kaya, 2018).

4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Bulgularına Ait Tartışma

Araştırmada kronik hastalığa sahip hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi ile yaş değişkeni ve öğrenim durumu değişkeni arasında anlamlı farklılıklar tespit edilerek katılımcıların öğrenim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlık ortalamalarının da arttığı bulgusuna rastlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlık ortalaması ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak katılımcının sağlık okuryazarlık ortalaması ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark olduğu ve herhangi bir işte çalışanların sağlık okuryazarlık ortalamasının herhangi bir işte çalışmayanların ortalamasından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Çiftci'nin çalışmasında (2015) sağlık okuryazarlık düzeyi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark olduğu bulgusuna rastlanmıştır. Aynı çalışmada eğitim seviyesine göre sağlık okuryazarlık düzeyi ortalaması arasında da anlamlı fark bulunmuş ve eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlık ortalama skor puanının da arttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca Çiftçi'nin çalışmasında (2015) cinsiyet ve kişinin çalışma durumu değişkenleri ile

sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu verilerde bu araştırmanın Çiftçi'nin araştırması (2015) ile benzerlikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Gezer'in (2020) çalışmasında ise yaş ve eğitim seviyesi değişkenleri ile kişinin sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada ise yaş değişkeni ile sağlık okuryazarlık ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (İnkaya ve Tüzer 2018). Bu durumda bu araştırmanın İnkaya ve Tüzer'in araştırması (2018) ile benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır Aynı şekilde Yeşildal ve Kaya'nın çalışmasında (2021) da yaş değişkeni ile sağlık okuryazarlık ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yine bu araştırma ile benzer şekilde Uysal ve Yıldız'ın çalışmasında (2021) ise cinsiyet değişkeni ile sağlık okuryazarlık ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak gelir değişkeni ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ilgaz'ın çalışmasında ise (2021) medeni durum ve gelir değişkenleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Başka bir çalışmada ise gelir değişkeni ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Çelikyürek ve ark 2020). Yine bir başka çalışmada ise medeni durum ile sağlık okuryazarlık arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve evli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Biçer ve Malatyalı 2018). Çetinel'in çalışmasında (2021) ise medeni durum değişkeni ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmada katılımcıların %48,9'nun yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ve sadece %24,1'nin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu oranda bu araştırmaya katılan katılımcıların neredeyse yarısının yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Berberoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında (2018) da katılımcıların %51,7'sinin yetersiz, %17,2'sinin ise yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Başka bir araştırmada ise %17,1'i yetersiz, %54'nün ise yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gözlemlenmiştir (Emre ve ark 2021). Soylar ve Kadıoğlu'nun araştırmasında (2020)

ise katılımcıların %39'unun yetersiz, %28,5'inin ise yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir.

Araştırmada kronik kronik hastalığa sahip katılımcıların sağlık okuryazarlık ortalamaları ile sahip oldukları hastalık türleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. İkiışık ve arkadaşlarının 2020 yılında yapmış oldukları çalışmada ise sağlık okuryazarlığı ile kişinin kronik hastalığa sahip olması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca Kavuncuoğlu'nun (2020) çalışmasında da kişilerin kronik hastalığının varlığı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında bir ilişkinin var olduğu tespit etmiştir. Literatürden verilen iki örnek çalışmada yapılan analiz sonucunda kişinin kronik hastalığa sahip olması ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ancak bu çalışmada yapılan analiz sonucunda hastalık türleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulgusudur.

Araştırmada kronik hastalığa sahip katılımcıların hasta güçlendirme düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi puan ortalamaları arasında yapılan analize göre hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyi ortalamaları ile genel sağlık durumu değişkeni arasında yapılan analizde de anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İyi düzey sağlık durumuna sahip olduğunun değerlendirmesini yapan katılımcıların daha yüksek sağlık okuryazarlık ve hasta güçlendirme düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Theys ve arkadaşları ise çalışmalarında (2021) hasta güçlendirmenin bazı faktörlerle (sağlık okuryazarlığı, hasta merkezli bakım vb.) olan ilişkilerini araştırmıştır. Araştırma sonunda hasta güçlendirme ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit etmiş ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmanın hasta güçlendirme müdahaleleri için gerekli olduğu vurgusu yapılmıştır. Guo ve arkadaşlarının araştırmasında ise (2021) sağlık okuryazarlığı ile diyabetin kendi kendine yönetilmesi değişkeni arasında zayıf pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Söz konusu diyabetin kendi kendine yönetilmesi değişkeninin kronik bir hastalığın yönetilmesini ifade ettiği düşünülürse (kronik hastaların güçlendirilmesini) bu değişkenlerin benzerliklerinin olabileceği düşünülmektedir. Náfrádi ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada ise Sağlığı Güçlendirme Modelinin, sağlık okuryazarlığı

düzeyinin ve hasta güçlendirme düzeyinin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile hastaların bağımsızlığını destekleyen hasta güçlendirme arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir. Ayrıca çalışmada sağlık okuryazarlığı yüksek ancak yetkilendirme düzeyi düşük olan katılımcılar daha iyi sağlık durumu bildirmiştir. Bu bulgu sonucunda da araştırmacılar sağlık okuryazarlığının hasta güçlendirmeden daha etkili bir belirleyici olduğu çıkarımında bulunmakla birlikte sağlık okuryazarlığı olmadan yüksek hasta güçlendirmenin sağlık durumu için faydalı olamayacağını belirtmişlerdir. Böylece Náfrádi ve arkadaşları araştırmasında hasta güçlendirme ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olmadığı bulgusuna rastlamış olmasına rağmen araştırmacılar bu iki kavramın birbirinden bağımsız kavramlar olmadığının vurgusunu yapmıştır. Camerini ve Schulz'un 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada da belirli bir kronik hastalığa sahip hastalarda sağlık okuryazarlığı ve hasta yetkilendirilmesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada kronik hastalıklı kişi sayısı her geçen gün artmaktadır. Bunun sonucunda hastaların bu hastalıkla yaşamayı öğrenmesi gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kronik hastalıklar hem hastalara hem sağlık çalışanlarına hem de sağlık sistemlerine ekstra külfet ortaya çıkarmaktadır. Bu yüzden kronik hastalıkların yönetilebilmesi önem arz eden bir konu haline gelmiştir. Bu hastalıkların yönetilebilmesi konusunda ise hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı kavramları öne çıkmaktadır. Bu araştırmada da en az bir kronik hastalığa sahip kişilerin hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

o Kronik hastalığa sahip katılımcıların %48,9'nun "Yetersiz Sağlık Okuryazarlık" düzeyine, %27'sinin "Sorunlu veya Sınırlı Sağlık Okuryazarlık" düzeyine, %14'nün "Yeterli Sağlık Okuryazarlık" düzeyine ve %10,1'nin ise "Mükemmel Sağlık Okuryazarlık" düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

o Kronik hastalığa sahip katılımcıların hasta güçlendirme düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunurken kronik hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

o Kronik hastalığa sahip katılımcıların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamaları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı farklılık olmadığı, çalışma durumu değişkeni ile hasta güçlendirme ortalaması arasında da anlamlı bir farklılık olmadığı ancak sağlık okuryazarlığı ortalaması ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu yapılan analizler sonucunda gözlemlenmiştir.

o Kronik hastalığa sahip katılımcıların aylık ortalama gelirleri, yaşları ve öğrenim durumları ile bu hastaların hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında yapılan analizler sonucunda ise bu değikenler arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

o Kronik hastalığa sahip katılımcıların yıllık ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı değişkeni ile hasta güçlendirme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ancak kronik hastalığa sahip katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yıllık

ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir.

o Kronik hastalığa sahip katılımcıların genel sağlık durumu algısı ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilirken kronik hastalığa sahip katılımcıların mevcut hastalık türleri ile hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

o Hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutlarının cinsiyet değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum değişkeni ile yapılan analize göre hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların herhangi bir işte çalışıp çalışmaması durumu ile bilme ve anlama alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ancak ölçeğin diğer alt boyutları ile çalışma durumları arasında bir fark tespit edilememiştir. Hasta güçlendirme ölçeğinin başkaları ile etkileşim alt boyutunun aylık gelir değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiş ancak diğer dört alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yaş değişkeni ile yapılan analize göre tüm hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutları ile aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların öğrenim durumları ile hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Hasta güçlendirme ölçeğinin bilme ve anlama alt boyutu ile meslek grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiş ancak diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Katılımcıların yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı ile kimlik/özdeşlik ve bilme ve anlama alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin diğer alt boyutları ile yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı arasında bir fark tespit edilememiştir. Hasta güçlendirme ölçeğinin beş alt boyutu ile katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

o Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutlarının cinsiyet değişkeni ve medeni durum değişkeni arasında yapılan analizlere göre bu değişkenler ile tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların herhangi bir işte çalışıp çalışmaması durumu ile tedavi ve hizmet alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi ve

hizmet alt boyutlarının aylık gelir değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yaş değişkeni ile yapılan analize göre tüm alt boyutlar ile aralarında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların öğrenim durumları ile ölçeğin tüm alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı ile tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutları ile katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

o Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarının cinsiyet değişkeni arasında yapılan analizlere göre bu değişken ile alt boyutlar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Medeni durum değişkeni ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutunun bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama alt kategorileri arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulamaları alt kategorileri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların herhangi bir işte çalışıp çalışmaması durumu ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarının aylık gelir değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yaş değişkeni ile yapılan analize göre bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama alt boyutları ile aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların öğrenim durumları ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tüm alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yıllık ortalama sağlık kurumuna gitme sayısı ile bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutları ile katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada ayrıca hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürde ise bu iki kavram arasında ilişkinin olmadığına dair bilgilere de rastlanmıştır. Ancak bu çalışma sonucuna ve genel literatür bilgilerine dayanarak bu iki kavramın birbirini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Hasta güçlendirme üzerine yapılan çalışmalar hem dünyada hem de Avrupa'da artmaktadır (Garattini ve Pandula 2018). Ayrıca literatürde yer alan çalışmalarda hasta güçlendirme kavramı ile ilişkili olan kavramlar arasında sağlık okuryazarlığı kavramı da yer almaktadır. Hasta güçlendirme kavramını sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendiren çalışmalar çok fazla olmamakla birlikte uluslararası literatürde önemli bir konu olarak yer aldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca ulusal literatürde de bu iki kavramı ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Öz-yönetim becerilerinin gelişimine rehberlik etmek için sağlık okuryazarlığı kavramının kullanılması sağlık sistemlerinin artan maliyetlerle mücadele etmesine ve iyi sağlık sonuçlarına ulaşmada destek sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığını geliştirerek daha iyi öz-yönetim sonuçları elde etmek hem birey hem de sağlık sistemi için faydalı olacağı düşünülmektedir (Levin-Zamir ve Peterburg 2001). Özellikle kronik hastalıklar için bu iki kavram önem arz etmektedir. Öztaş ve arkadaşları çalışmasında (2016) Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 2014 ve 2015 (ilk 3 ay) yıllarına ait toplam 15 aylık verinin incelemesini yapmıştır. Bu verilere göre araştırmacılar acil servise en çok başvuru yapanlar arasında kronik hastalığı olan kişilerin olduğunu gözlemlemiş ve kronik hastalıklarla mücadele etmek için sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılması gerektiği çıkarımında bulunmuştur. Kronik hastalıkların yönetimi ise hasta güçlendirme çalışmaları ile başarılabilmektedir. Bu yüzden kronik hastaların hastalıklarını yönetebilmelerini ve kendi sağlık kararlarını alarak uygun sağlık davranışlarını sergilemelerini sağlayabilmek için hem hasta güçlendirme hem de sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirecek çalışmaların birlikte yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu öneriler sunulmaktadır;

- Yaşlı ve kronik hastalığa sahip kişilere sağlık okuryazarlığı ve hasta güçlendirilme düzeylerine yönelik ön test ve son test uygulamalı olacak şekilde eğitimsel müdahale uygulamalarının yapılması önerilmektedir.
- Kronik hastalığa sahip hastaların genel sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirme kriterlerini belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Kronik hastalığa sahip kişilerin herhangi bir işte çalışma veya çalışmama durumlarının mevcut hastalıklarını nasıl etkilediklerine yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir.

o Kişilerin sağlık kurumuna gitme sıklığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik araştırılmaların yapılması önerilmektedir.

o Öğrenim düzeyi düşük olan kişilerde hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırmaya yönelik yapılacak eğitim çalışmalarının toplumun kolaylıkla ulaşabileceği medya araçları aracılığıyla yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Genel olarak literatür gözlemlerine dayanarak ise şu öneriler sunulmaktadır;

o Mevcut çalışmada araştırma evreninin kısıtlı olmasından dolayı bundan sonra yapılacak çalışmalarda evrenin daha geniş tutulması önerilmektedir.

o Ülkemizde kronik hastalığa sahip hastaların güçlendirilmesine yönelik randomize kontrollü çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

o Sağlık Bakanlığı'nın sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmalarına sağlık okuryazarlık düzeyini arttırıcı uygulamalarla birlikte hastanın güçlendirilmesine yönelik uygulamaların da eklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

o Uluslararası ve ulusal literatüre katkı sağlayacak hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

o Sağlık okuryazarlık düzeyinin ülke genelinde arttırılmasına yönelik projeler yapılması önerilmektedir.

o Kronik hastalıkların kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilememesine yönelik hastalara hastalıkları hakkında eğitimler verilmesi önerilmektedir.

o Sağlık okuryazarlığını etkiyen faktörlerin (cinsiyet, yaş, eğitim vb.), sağlık okuryazarlık düzeyine olan olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

o Kronik hastalığa sahip kişi sayısının artmasını önlemek amacıyla başta birinci basamak sağlık kurumları olmakla birlikte çeşitli sağlık kurumlarında kişilerin iyi sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimler verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

o Kronik hastalıkların kişilerde ne kadar sağlık masraflarına sebep olduğuna yönelik çalışmaların yapılması ve bu masrafların azaltılmasına katkıda bulunacak araştırmaların yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT, 2017. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. European journal of preventive cardiology, 24(17), 1880-1888.

Abdel-Latif MM, 2020. The enigma of health literacy and COVID-19 pandemic. Public Health, 185, 95.

Abel T, McQueen D, 2020. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. Health promotion international, 35(6), 1612-1613.

Acuña Mora M, Luyckx K, Sparud-Lundin C, Peeters M, van Staa A, Sattoe J, ... & Moons P, 2018. Patient empowerment in young persons with chronic conditions: Psychometric properties of the Gothenburg Young Persons Empowerment Scale (GYPES). PloS one, 13(7), e0201007.

Acuña Mora M, Sparud-Lundin C, Burström Å, Hanseus K, Rydberg A, Moons P, Bratt EL, 2019. Patient empowerment and its correlates in young persons with congenital heart disease. European Journal of Cardiovascular Nursing, 18(5), 389-398.

Agner J, Braun KL, 2018. Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. Patient education and counseling, 101(12), 2054-2064.

Ahmadzadeh I, Abdekhoda M, Bejani M, 2021. Improving self-care management in patients with breast cancer through health literacy promotion. Ethiopian Journal of Health Sciences, 31(1).

Akbal E, Gökler ME, 2020. Covıd-19 Salgını Sürecinde Eksikliği Ortaya Çıkan Bir Gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi, 5, 148-155.

Alam U, Asghar O, Azmi S, Malik RA, 2014. General aspects of diabetes mellitus. Handbook of clinical neurology, 126, 211-222.

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E, 2007. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı. 9. Baskı, Sakarya, Sakarya yayıncılık, s.144.

American Diabetes Association, 2014. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 37(Supplement 1), S81-S90.

Aminu IM and Sharif MNM, 2014. Strategic Orientation, Accesstofinance, Businens Enviromentant SMEs Performance in Nigeria: Data Screening and Preliminary Analysis. European Journal of Busineness and Management, 6(35), 124-132.

Anderson JM, 1996. Empowering patients: Issues and strategies. Social Science & Medicine, 43(5), 697–705. doi:10.1016/0277-9536(96)00153-0

Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC, 1995. Patient Empowerment: Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care, 18(7), 943–949. doi:10.2337/diacare.18.7.943

Anderson RM, Funnell MM 2010. Patient empowerment: Myths and misconceptions. Patient Education and Counseling, 79(3), 277–282. doi:10.1016/j.pec.2009.07.025

Asthma WG, 2020. What is asthma?. American Thoracic Society, 202, 25-26.

Atıcı E, 2007. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33(2), 91-96.

Aujoulat I, D' Hoore W, Deccache A, 2007. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? Patient Education and Counseling, 66(1), 13–20. doi:10.1016/j.pec.2006.09.008

Avcı YD, 2016. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 259-266.

Aydemir T, Çetin Ş, 2019. Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. Journal of Anatolian Medical Research, 4(3), 109-115.

Bailo L, Guiddi P, Vergani L, Marton G, Pravettoni G, 2019. The patient perspective: investigating patient empowerment enablers and barriers within the oncological care process. ecancermedicalscience, 13, 912.

Bakır N, Demir C, Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(3), 109-117.

Bakker MM, Putrik P, Rademakers J, van de Laar M, Vonkeman H, Kok MR, ... & Boonen A, 2021. Addressing Health Literacy Needs in Rheumatology: Which Patient Health Literacy Profiles Need the Attention of Health Professionals?. Arthritis care & research, 73(1), 100-109.

Barbosa HC, de Queiroz Oliveira JA, da Costa JM, de Melo Santos RP, Miranda LG, de Carvalho Torres H, ... & Martins MAP, 2021. Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: an integrative review of the literature. Patient Education and Counseling, 104(4), 689-702.

Baskaradoss JK 2018. Relationship between oral health literacy and oral health status. BMC Oral Health, 18(1), 1-6.

Batista MJ, Lawrence HP, de Sousa MDLR, 2018. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. BMC public health, 18(1), 1-9.

Baumgart A, Manera KE, Johnson DW, Craig JC, Shen JI, Ruiz L, ... & Tong A, (2020). Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: focus groups with patients and caregivers. Nephrology Dialysis Transplantation, *35*(11), 1949-1958.

Bayın G, 2016. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(5), 458-466.

Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, ve Ekerbiçer HÇ, 2018. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 8(3), 575-581.

Bernell S, Howard SW, 2016. Use your words carefully: what is a chronic disease?. Frontiers in public health, 4, 159.

Beyoğlu MM, 2019. Diyabetes Mellitus Veya Hipertansiyonu Olan Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Endişe Ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Ve Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerle Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van.

Biçer EB, Malatyalı İ, 2018. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 17(2), 1-15.

Boscart V, Crutchlow LE, Taucar LS, Johnson K, Heyer M, Davey M, ... & Heckman G, 2020. Chronic disease management models in nursing homes: a scoping review. BMJ open, 10(2).

Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M, 2015. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. BMC health services research, 15(1), 252.

Bröder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg TM, ... & Pinheiro P, 2017. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. BMC public health, 17(1), 1-25.

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F, 2019. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 25. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.

Büyükyılmaz F, Özdemir NG, 2018. "Total kalça ve diz protezi ile yeni yaşam": Hasta eğitiminde anahtar kavramlar. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 6(2), 86-96.

Camerini AL, Schulz PJ, 2015. Health literacy and patient empowerment: separating con-joined twins in the context of chronic low back pain. PLoS One, 10(2), 1-13.

Candan Ç, 2021. Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık bilimleri Ensitüsü, Denizli.

Carels C, Wauters L, Outtier A, Baert F, Bossuyt P, Colard A, ... & Veereman G, 2021. Health Literacy and Quality of Life in Young Adults From The Belgian Crohn's Disease Registry Compared to Type 1 Diabetes Mellitus. Frontiers in pediatrics, 9, 1-10.

Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Health and Economic Costs of Chronic Diseases. Erişim tarihi, 5 Mart 2021. Erişim adresi, https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/costs/index.htm

Chanez P, Wenzel S E, Anderson GP, Anto JM, Bel EH, Boulet LP, ... & Vachier I, 2007. Severe asthma in adults: what are the important questions?. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 119(6), 1337-1348.

Chang ME, Baker SJ, Marques ICDS, Liwo AN, Chung SK, Richman JS, ... & Chu DI, 2020. Health literacy in surgery. HLRP: Health Literacy Research and Practice, 4(1), 46-65.

Chen JJ, Roldan CS, Nichipor AN, Balboni TA, Krishnan MS, Revette AC, ... & Chen AB, 2021. Patient-Provider Communication, Decision-Making, and Psychosocial Burdens in Palliative Radiotherapy: A Qualitative Study on Patients' Perspectives. Journal of pain and symptom management, 62(3), 512-522.

Chen X, Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, ... & Orom H, 2018, Health literacy and use and trust in health information. Journal of health communication, 23(8), 724-734.

Chiauzzi E, DasMahapatra P, Cochin E, Bunce M, Khoury R, Dave P, 2016. Factors in patient empowerment: a survey of an online patient research network. The Patient-Patient-Centered Outcomes Research, 9(6), 511-523

Clark NM, 2003. Management of chronic disease by patients. Annual Review of Public Health, 24(1), 289-313.

Coughlin SS. Stewart JL, Young L, Heboyan V, De Leo, G, 2018. Health literacy and patient eb portals. International journal of medical informatics, 113, 43-48.

Cui GH, Li SJ, Yin YT, Chen LJ, Li JQ, Liang FY, ... & Chen L, 2021. The relationship among social capital, eHealth literacy and health behaviours in Chinese elderly people: a cross-sectional study. BMC Public Health, 21(1), 1-9.

Curtis LM, Kwasny MJ, Opsasnick L, O'Conor RM, Yoshino-Benavente J, Eifler M, ... & Wolf MS, 2021. Change in Health Literacy over a Decade in a Prospective Cohort of Community-Dwelling Older Adults. Journal of general internal medicine, 36, 916-922.

Çakır G, Altay N, 2021. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Bakımında Okul Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14(1), 55-,61.

Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y, 2018. Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 14(1), 67-88.

Çelik G, 2016. Tavuk Yumurtalarının Kolesterol ve Yağ Asidi İçeriklerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Bursa.

Çelikyürek NA, Acımış NM, & Özcan B, 2020. Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. Pamukkale Tıp Dergisi, 13(2), 258-266.

Çetinel Ö, 2021. Sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Bir özel hastane zinciri örneği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol üniversitesi Sağlık bilimleri Ensitüsü, İstanbul.

Çiftci Kİ, 2015. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ensitüsü, Erzurum.

Çimen Z, 2015. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Algısı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ensititüsü, İzmir.

Davison BJ, Degner LF, 1997. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. Cancer nursing, 20(3), 187-196.

Değer MS, Zoroğlu G, 2021. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanser Bilgi Yükü İlişkisi. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, 26(1), 108-117.

Deniz S, Bentli R, Kalkanlı MT, Fırıncı B, Yalınız F, Demir E, ... & Akbaba M, 2020. Malatya ilinde çalışan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 10(1), 28-36.

Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell Davies G, Harris M, 2008. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. Medical Journal of Australia, 188, 53-56.

Dijkstra R, Braspenning J, Grol R, 2002. Empowering patients: how to implement a diabetes passport in hospital care. Patient Education and Counseling, 47(2), 173–177. doi:10.1016/s0738-3991(01)00196-3

Duplaga M, 2020. Determinants and consequences of limited health literacy in polish society. International journal of environmental research and public health, 17(2), 642.

Duplaga M, Grysztar M, 2021. The Association between Future Anxiety, Health Literacy and the Perception of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. In Healthcare, 9(1), p. 43.

Emre N, Arslan M, Edirne T, Özşahin A, ve Çiğdem 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.

Erer S, 2010. Sağlık hizmetlerinde sorumluluğun paylaşılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 36(1), 33-38.

Erdoğan M, Kırılmaz H, 2020. Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım. İnsan ve İnsan, 7(24), 97-126.

Ercüment Ş, 2020. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hasta Eğitimi Alma Durumları Ve Aldıkları Eğitimin Hastalıkları Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya.

Eskildsen NB, Joergensen CR, Thomsen TG, Ross L, Dietz SM, Groenvold M, Johnsen AT, 2017. Patient empowerment: A systematic review of questionnaires measuring empowerment in cancer patients. Acta Oncologica, 56(2), 156-165.

Eurostat, 2021. Causes of death statistics. Erişim tarihi 8 Nisan 2021. Erişim adresi, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics#Causes_of_death_in_2017_of_people_below_65_years_of_age

European Commission, 2021. Non-communicable diseases. Erişim tarihi 8 Nisan 2021. Erişim adresi, https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/overview_en

Eyüboğlu E, Schulz, PJ 2016. Do health literacy and patient empowerment affect self-care behaviour? A survey study among Turkish patients with diabetes. BMJ open, 6(3), 1-7. e010186.

Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE, 2018. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. Journal of Adolescence, *62*, 116-127.

Fox S, Purcell K, 2010. Chronic disease and the Internet. DC: Pew Internet & American Life Project, Washington.

Fretian A, Bollweg TM, Okan O, Pinheiro P, Bauer U, 2020. Exploring associated factors of subjective health literacy in school-aged children. International journal of environmental research and public health, 17(5), 1720.

Funnell MM, 2000. Helping patients take charge of their chronic illnesses. Family practice management, 7(3), 47-51.

Funnell MM, ve Anderson RM, 2004. Empowerment and Self-Management of Diabetes. Clinical Diabetes, 22(3), 123–127. doi:10.2337/diaclin.22.3.123

Garattini L, Padula A, 2018. Patient empowerment in Europe: is no further research needed?. The European Journal of Health Economics, 19, 637-640.

Gezer MY, 2020. Bir fabrikada çalışan işçilerin sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gaziantep.

Godfrey S, 1985. What is asthma?. Archives of disease in childhood, 60(11), 997.

Gorczynski P, Currie A, Gibson K, Gouttebarge V, Hainline B, Castaldelli-Maia JM, ... & Swartz L, 2020. Developing mental health literacy and cultural competence in elite sport. Journal of Applied Sport Psychology, 33(4), 387-401.

Groene Y, Garcia-Barbero M, 2021. Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi. Erişim tarihi, 1 Haziran 2021. Erişim adresi, https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/4110/0/kanitkalitepdf.pdf

Guo S, Yu X, Davis E, Armstrong R, Riggs E, Naccarella L, 2020. Adolescent health literacy in Beijing and Melbourne: A cross-cultural comparison. International journal of environmental research and public health, 17(4), 1242.

Guo XM, Zhai X, Hou BR, 2021. Adequacy of health literacy and its effect on diabetes self-management: a meta-analysis. Australian journal of primary health, 26(6), 458-465.

Gücük S, Kayhan M, Türken Gel K, 2018. Hasta merkezli yaklaşım sadece aile hekimliği için mi geçerli olmalı? tekrarlayan arı sokmaları olan hasta örneği. Eurasian Journal of Family Medicine, 7(1), 37-40.

Gün M, Aslantekin F, Karadağ N, 2021. Tıp Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Durumu ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi Evaluating the Health Literacy of Medical and Vocational School of Health Services Students and Affecting Factors. Türkiye Bioetik Dergisi, 8(1), 34-43.

Gürbüz S, Şahin F, 2018. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Ankara, s.480.

Güven A, 2017. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Hage AM, Lorensen M, 2005. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. Nursing Philosophy, 6(4), 235–246. doi:10.1111/j.1466-769x.2005.00231.x

Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D, Green BB, Ginsburg AS, 2015. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review. Journal of medical Internet research, 17(2), 1-15. e52.

Hardman R, Begg S, Spelten E, 2020. What impact do chronic disease self-management support interventions have on health inequity gaps related to socioeconomic status: a systematic review. BMC health services research, 20(1), 1-15.

Health Forward, 2021. Egypt. Erişim tarihi, 8 Nisan 2021. Erişim adresi, https://healthforwardmena.org/regions/egypt/

Holmes MV, Ala-Korpela M, 2019. What is 'LDL cholesterol'?. Nature Reviews Cardiology, 16(4), 197-198.

Holmström I, Röing M, 2010. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. Patient Education and Counseling, 79(2), 167–172. doi:10.1016/j.pec.2009.08.008

Hopkins L, Chamberlain D, Held F, Riley T, Wang JZ J, Conte K, 2021. Collaborative Networks in Chronic Disease Prevention: What Factors Inhibit Partnering for Funding?. International Journal of Public Administration, 44(2), 91-99.

Horton WB, Barrett EJ, 2021. Microvascular dysfunction in diabetes mellitus and cardiometabolic disease. Endocrine Reviews, 42(1), 29-55.

Ilgaz A, 2021. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 8(2), 151-159.

İkiışık H, Turan G, Kutay F, Sever F, Keskin SN, Güdek H, ... & Maral I, 2020. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 73(3), 247-52.

İnkaya B, Tüzer H, 2018. Bir Üniversitenin Sosyal Ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi. Kocaeli Tıp Dergisi, 7(3), 124-129.

İstek N, Karakurt P, 2018. Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet Ve Öz-Bakım Yönetimi. Journal of Akademic Research in Nursing, 4(3), 179-182.

Jafari A, Sany SBT, Peyman N, 2021. The Status of Health Literacy in Students Aged 6 to 18 Old Years: A Systematic Review Study. Iranian Journal of Public Health, 50(3), 448-458.

Jaskula K, Sacharczuk M, Gaciong Z, Skiba DS, 2021. Cardiovascular Effects Mediated by HMMR and CD44. Mediators of Inflammation, 2021, 1-9.

Jeihooni AK, Khaleghi AA, Piñeiro B, Harsini PA, Rakhshani T, 2021. The association between health literacy and theory of planned behavior with performance of cancer screening tests among rural patients: Cross-sectional study. Current Psychology, 1-11.

Jeong YJ, Ahn JM, Hyun J, Lee J, Kim JH, Yang Y, ... & Park DW, 2021. Ten- year outcomes after drug- eluting stents or bypass surgery for left main coronary disease in patients with and without diabetes mellitus: the PRECOMBAT extended follow- up study. Journal of the American Heart Association, 10(14), 1-11. e019834.

John JR, Jones A, Neville AM, Ghassempour S, Girosi F, Tannous WK, 2020. Cohort profile: effectiveness of a 12-month patient-Centred medical home model versus standard care for chronic disease management among primary care patients in Sydney, Australia. International journal of environmental research and public health, 17(6), 2164.

Jørgensen CR, Thomsen TG, Ross L, Dietz SM, Therkildsen S, Groenvold M, ... & Johnsen AT, 2018. What facilitates "patient empowerment" in cancer patients during follow-up: a qualitative systematic review of the literature. Qualitative health research, 28(2), 292-304.

Kalantar-Zadeh K, Li PKT, Tantisattamo E, Kumaraswami L, Liakopoulos V, Lui SF, ... & Tong A, 2021. Living well with kidney disease by patient and care partner empowerment: kidney health for everyone everywhere. Nephrology Dialysis Transplantation, 36(2), 197-201.

Kamei T, Kanamori T, Yamamot, Y, Edirippulige S, 2020. The use of wearable devices in chronic disease management to enhance adherence and improve telehealth outcomes: A systematic review and meta-analysis. Journal of Telemedicine and Telecare, 0(0), 1-18.

Karagöz Y, 2014. SPSS Uygulamalı Biyoistatistik. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 150-153.

Karamüftüoğlu N, Atabek D, 2020. Sağlık Okuryazarlığında Yeni Bir Alan: Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı. Turkey Health Literacy Journal, 1(2), 57-75.

Kahvecioğlu Y, 2021. Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörlerini Bilmenin Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Katz P, Dall'Era M, Trupin L, Rush S, Murphy LB, Lanata C, ... & Yazdany J, 2021. Impact of Limited Health Literacy on Patient- Reported Outcomes in Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis care & research, 73(1), 110-119.

Kavuncuoğlu DD, 2020. Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Etkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum.

Kaya N, 2018. Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kaya N, Işık O, 2018. Hasta güçlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. İşletme Bilimi Dergisi, 6(1), 27-42.

Kaya N, Işık O, 2019. Hastaların Hasta Güçlendirmeyle İlgili Değerlendirmeleri. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, 1523-1534, 25 Ekim 2019, Sakarya.

Khuntia J, Yim D, Tanniru M, Lim S, 2017. Patient empowerment and engagement with a health infomediary. Health Policy and Technology, 6(1), 40-50.

Koduah AO, Amoah PA, Nkansah JO, Leung AY, 2021. A Comparative Analysis of Student and Practising Nurses' Health Literacy Knowledge in Ghana. In Healthcare, 9(1), p.38.

Korkmaz DS, 2021. Hipertansiyon Hastalarında Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara.

Kostavera U, Albright CL, Berens EM, Polansky P, Kadish DE, Ivanov LL, Sentell TL, 2021. A Multilingual Integrative Review of Health Literacy in Former Soviet Union, Russian-Speaking Immigrants. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(2), p.657.

Köhler AK, Tingström P, Jaarsma T, Nilsson S, 2018. Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. BMC family practice, 19(1), 1-10.

Kumbasar B, 2016. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde iletişim. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3(1), 85-90.

Lambrinou E, Hansen TB, Beulens JW, 2019. Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. European journal of preventive cardiology, 26(2), 55-63.

Lebina L, Kawonga M, Oni T, Kim HY, Alaba OA, 2020. The cost and cost implications of implementing the integrated chronic disease management model in South Africa. Plos one, 15(6), 1-15.

Lee HY, Jin SW, Henning-Smith C, Lee J, Lee J, 2021. Role of Health Literacy in Health-Related Information-Seeking Behavior Online: Cross-sectional Study. Journal of Medical Internet Research, 23(1), 1-10.

Levin-Zamir D, Bertschi I, 2018. Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. International journal of environmental research and public health, 15(8), 1643.

Levin-Zamir D, Peterburg Y, 2001. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. Health promotion international, 16(1), 87-94.

Liebel AM, 2021. What Counts as Literacy in Health Literacy: Applying the Autonomous and Ideological Models of Literacy. Literacy in Composition Studies, 8(2), 123-135.

Lin CY, Cheung MK, Hung AT, Poon PK, Chan SC, Chan CC, 2020. Can a modified theory of planned behavior explain the effects of empowerment education for people with type 2 diabetes?. Therapeutic advances in endocrinology and metabolism, 11, 1-12.

Lindig A, Hahlweg P, Frerichs W, Topf C, Reemts M, Scholl I, 2020. Adaptation and qualitative evaluation of Ask 3 Questions—a simple and generic intervention to foster patient empowerment. Health Expectations, 23(5), 1310-1325.

Liu J, Ran Z, Wang F, Xin C, Xiong B, Song Z, 2021. Role of pulmonary microorganisms in the development of chronic obstructive pulmonary disease. Critical Reviews in Microbiology, 47(1), 1-12.

Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L, Bechini A, Boccalini S, ... & Bonaccorsi G, 2018. Health literacy and vaccination: A systematic review. Human vaccines & immunotherapeutics, 14(2), 478-488.

Lupton D, 2021. 'Things that matter': poetic inquiry and more-than-human health literacy. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 13(2), 267-282.

Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B, 2016. Self-management skills in chronic disease management: what role does health literacy have?. Medical Decision Making, 36(6), 741-759.

Manganello J, Gerstner G, Pergolino K, Graham Y, Falisi A, Strogatz D, 2017. The relationship of health literacy with use of digital technology for health information: implications for public health practice. Journal of public health management and practice, 23(4), 380-387.

Mao Y, Xie T, Zhang N, 2021. Chinese Students' Health Literacy Level and Its Associated Factors: A Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(1), 204.

Markson LE, Vollmer WM, Fitterman L, O'Connor E, Narayanan S, Berger M, Buist AS, 2001. Insight Into Patient Dissatisfaction With Asthma Treatment. Archives of Internal Medicine, 161(3), 379-384. doi:10.1001/archinte.161.3.379

Markwart H, Bomba F, Menrath I, Brenk-Franz K, Ernst G, Thyen, U, ... & Schmidt S, 2020. Assessing empowerment as multidimensional outcome of a patient education program for adolescents with chronic conditions: A latent difference score model. PloS one, 15(4), 1-14.

Martinon P, Fraticelli L, Giboreau A, Dussart C, Bourgeois D, Carrouel F, 2021. Nutrition as a key modifiable factor for periodontitis and main chronic diseases. Journal of Clinical Medicine, 10(2), 197.

Mola E, De Bonis JA, Giancane R, 2008. Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. European Journal of General Practice, 14(2), 89–94. doi:10.1080/13814780802423463

Mullan J, Burns P, Weston K, McLennan P, Rich W, Crowther S, ... & Osborne RH, 2017. Health literacy amongst health professional university students: a study using the Health Literacy Questionnaire. Education Sciences, 7(2), 54.

Nafradi L, Nakamoto K, Schulz PJ, 2017. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. PloS one, 12(10), 1-23.

Náfrádi L, Nakamoto K, Csabai M, Papp-Zipernovszky O, Schulz PJ, 2018. An empirical test of the Health Empowerment Model: Does patient empowerment moderate the effect of health literacy on health status?. Patient education and counseling, 101(3), 511-517.

Neder JA, Berton DC, O'Donnell DE, 2021. Is this asthma, COPD, or both?. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 47(2), 1-2.

Newman TV, San-Juan-Rodriguez A, Parekh N, Swart EC, Klein-Fedyshin M, Shrank WH, Hernandez I, 2020. Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. Research in Social and Administrative Pharmacy, 16(9), 1155-1165.

Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TT, Pham KM, ... & Duong TV, 2020a. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. Journal of clinical medicine, 9(4), 965.

Nguyen HT, Do, BN, Pham KM, Kim GB, Dam HT, Nguyen TT, ... & Duong TV, 2020b. Fear of COVID-19 scale—associations of its scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(11), 4164.

Nutbeam D, Lloyd JE, 2021. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Review of Public Health, 42, 159-173.

Nutbeam D, McGill B, Premkumar P, 2018. Improving health literacy in community populations: a review of progress. Health Promotion International, 33(5), 901-911.

Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D, 2020. Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. International Journal of Environmental Research and public health, 17(15), 5503.

Okyay P, Abacıgil F, 2016. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Sağlık Bakanlığı, p. 43- 60. Erişim adresi, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf

Okur E, Evcimen H, Şentürk AY, 2021. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30(1), 18-24.

Omorogiuwa A, Oaikhena GA, Okioya P, Akubueze D, Owobu E, Enahoro I, ... & Otoghile T, 2021. Diabetes mellitus: prevalence amongst university staff in southern Nigeria and attitude towards routine glycemic/glucosuric checkup. International Journal of Biomedical and Health Sciences, 6(1), 25-29.

Özcan G, Özkaraman A, 2021. Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14(1), 3-16.

Özcan S, Baş K, Taş Y, 2013. Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama. In International Conference On Eurasian Economies, s. 820-830.

Özkan O, 2017. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(2), 1759-1770.

Öztaş D, Güzeldemirci GB, Özhasanekler A, Yıldızbaşı E, Karahan S, Eray İK, ... & Akçay M, 2016. Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 3, 255-262.

Öztürk YE, Kıraç R, Kavuncu B, 2018. Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yeterlilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. In Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi 2nd International Social and Educational Science Symposium, 195-207, 22-24 Ekim 2018, Konya.

Paakkari L, Okan O, 2020. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. The Lancet Public Health, 5(5), 249-250.

Packard C, Chapman MJ, Sibartie M, Laufs U, Masana L, 2021. Intensive low-density lipoprotein cholesterol lowering in cardiovascular disease prevention: opportunities and challenges. Heart, 107, 1369-1375.

Palteki T, 2018. Kalite iyileştirilmesi çalışmalarında hasta katılımının önemi. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1(2), 16-21.

Paterson B, 2001. Myth of empowerment in chronic illness. Journal of Advanced Nursing, 34(5), 574–581. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01786.x

Perrin A, Siqueira do Prado L, Duché A, Schoott AM, Dima AL, Haesebaert J, 2021. Using the Brief Health Literacy Screen in Chronic Care in French Hospital Settings: Content Validity of Patient and Healthcare Professional Reports. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(1), 96.

Pirzadeh A, Nodooshan T, Nasirian M, 2019. Association between maternal health literacy level and prenatal care in Iran. Journal of Health Literacy, 4(1), 60-67.

Poulter NR, Borghi C, Parati G, Pathak A, Toli D, Williams B, Schmieder RE, 2020. Medication adherence in hypertension. Journal of hypertension, 38(4), 579-587.

Reading SR, Go AS, Fang MC, Singer DE, Liu ILA, Black MH, ... & Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation–Cardiovascular Research Network (ATRIA- CVRN) Investigators, 2017. Health literacy and awareness of atrial fibrillation. Journal of the American Heart Association, 6(4), 1-9.

Reid M, Nel M, 2021. Validation of the Sesotho Health Literacy Test (SHLT): An indigenous, general health literacy test. Cogent Social Sciences, 7(1), 1855743.

Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR, 2020. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. PloS one, 15(8), 1-13.

Roberts KJ, 1999. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. Health Expectations, 2(2), 82–92. doi:10.1046/j.1369-6513.1999.00048.x

Roter DL, Stashefsky-Margalit R, Rudd R, 2001. Current perspectives on patient education in the US. Patient Education and Counseling, 44(1), 79–86. doi:10.1016/s0738-3991(01)00108-2

Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T, 2017. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. Health promotion international, 32(1), 130-138.

Sagong H, Yoon JY, 2021. Pathways among Frailty, Health Literacy, Acculturation, and Social Support of Middle-Aged and Older Korean Immigrants in the USA. International journal of environmental research and public health, 18(3), 1245.

Samerski S, 2019. Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. Social Science & Medicine, 226, 1-8.

Saygılı MS, Kar A, Uğurluoğlu Ö, 2020. Hasta Merkezli Bakım Yetkinlik Ölçeği: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(4), 416-426.

Schaeffer D, Berens EM, Vogt D, 2017. Health literacy in the German population: results of a representative survey. Deutsches Ärzteblatt International, 114(4), 53.

Schineider-Kamp A, Askegaard S, 2020. Putting patients into the centre: Patient empowerment in everyday health practices. Health, 24(6), 625-645.

Schulz PJ, Nakamoto K, 2013. Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. Patient education and counseling, 90(1), 4-11.

Segal L, 1998. The importance of patient empowerment in health system reform. Health Policy, 44(1), 31–44. doi:10.1016/s0168-8510(98)00007-4

Sentell T, Vamos S, Okan O, 2020. Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the world: more important than ever in a time of COVID-19. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(9), 1-13.

Shah A, Macauley C, Ni L, Bay AA, Hackney ME, 2021. The Relationship Between Attitudes about Research and Health Literacy among African American and White (Non-Hispanic) Community Dwelling Older Adults. Journal of racial and ethnic health disparities, 1-10.

Shiratsuchi D, Makizako H, Nakai Y, Taniguchi Y, Akanuma T, Yokoyama K, ... & Yoshida H, 2021. Association of Health Literacy with the Implementation of Exercise during the Declaration of COVID-19 State of Emergency among Japanese Community-Dwelling Old-Old Adults. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4), 2100.

Small NL, 2012. Patient Empowerment in Long-Term Condition: Development and Validation of A New Measure. Unpublished Phd Thesis, Manchester, University of Manchester.

Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J, 2013. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. BMC health services research, 13(1), 1-15.

Sopiah P, Haryeti P, Sukaesih NS, Nuryani R, Lindasari SW, 2021. Total Cholesterol Levels And Degrees Of Hypertensıon In The Elderly Hypertensıon. Journal of Nursing Care, 4(1), 295-301.

Soylar P, Kadıoğlu BU, 2020. Yetişkin Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Obeziteyle İlişkili Bazı Davranışlarının İncelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 10(2), 270-276.

Soysal A, Obuz E, 2020. Sağlık okuryazarlığı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi sağlık yönetimi öğrencileri üzerinde bir araştırma. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 17(2), 1198-1217.

Spring H, 2020. Health literacy and COVID- 19. Health Information and Libraries Journal, 37(3), 171-172.

Ståhl E, Lindberg A, Jansson SA, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, ... & Lundbäck B, 2005. Health-related quality of life is related to COPD disease severity. Health and quality of life outcomes, 3(1), 1-8.

Suharti B, Kartika T, Sugiyanta S, 2021. Culture and social: herbal medicine as health communication to build urban community empowerment. Jurnal Studi Komunikasi, 5(1), 151-164.

Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, ... & Torp-Pedersen C, 2020. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health, 20, 1-12.

Svensberg K, Trapnes E, Nguyen D, Hasan RA, Sund JK, Mathiesen L, 2021. Patients' perceptions of medicines information received at hospital discharge in Norway: a qualitative interview study. International journal of clinical pharmacy, 43(1), 144-153.

Şentürk SGŞ, Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 9-13.

Şimşek Ş, Özübek B, Yağcı N, 2021. Ege ve İç Anadolu Bölgelerinde Nörolojik Rehabilitasyon Alanında Çalışan Fizyoterapistlerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD, 6(1), 50-61.

Mete DU, 2020. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021. Kronik Hava Yolu Hastalıkları, Kalp Damar Hastalıkları. Erişim tarihi 6 Haziran 2021. Erişim adresi, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-anasayfa

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2018. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Erişim tarihi, 8 Nisan 2021. Erişim adresi, https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1pdf.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019. Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2018. Erişim tarihi, 5 Aralık 2020. Erişim adresi, https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/36134/0/siy2018trpdf.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021. Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2019. Erişim tarihi, 10 Temmuz 2021. Erişim adresi, https://www.saglikaktuel.com/d/file/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf

Tekin A, Kaya E, Demirel M, Yazıcı SÖ, 2009. Güçlendirme bağlamında internetin hasta-hekim ilişkilerine etkisi. Selçuk İletişim, 6(1), 23-36.

Temel K, Aydın M, 2018. Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(4), 745-765.

Temeloğlu Şen E, Sertel Berk Ö, Sindel D, 2019. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 82(1), 52-61.

Theys S, Malfait S, Eeckloo K, Verhaeghe S, Beeckman D, Van Hecke A, 2021. Patient empowerment in Flemish hospital wards: a cross-sectional study. Acta Clinica Belgica, 76(6), 453-461.

Timmis A, Townsend N, Gale CP, Torbica A, Lettino M, Petersen SE, ... & Vardas P, 2020. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2019. European heart journal, 41(1), 12-85.

Trummer UF, Mueller UO, Nowak P, Stidl T, Pelikan JM, 2006. Does physician–patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? Patient Education and Counseling, 61(2), 299–306. doi:10.1016/j.pec.2005.04.009

TÜİK, 2018. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. Erişim tarihi, 20.11.2020. Erişim adresi, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2018-30709

Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2017. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri. Erişim tarihi 1 Haziran 2021. Erişim adresi,

https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf

Türnüklü A, 2001. Eğitim bilim alanında aynı araştırma sorusunu yanıtlamak için farklı araştırma tekniklerinin birlikte kullanılması. Eğitim ve Bilim, 26(120), 8-13.

TÜSEB, 2021. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Nelerdir?. Erişim tarihi 8 Nisan 2021. Erişim adresi, https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/10-08-2021__611284782296e__bulasici_olmayan.pdf

Uysal N, & Yıldız G, 2021. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin İncelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 43-48.

Vamos S, Okan O, Sentell T, Rootman I, 2020. Making a case for "Education for Health Literacy": an international perspective. International journal of environmental research and public health, 17(4), 1436.

Van Corven, CT, Bielderman A, Wijnen M, Leontjevas R, Lucassen PL, Graff MJ, Gerritsen D, L, 2021. Defining empowerment for older people living with dementia from multiple perspectives: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies, 114, 1-11.

Van Der Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald JM, 2018. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. Journal of Clinical Epidemiology, 102, 134-138.

Van Eijk JT, De Haan M, 1998. Care for the chronically ill: the future role of health care professionals and their patients. Patient Education and Counseling, 35(3), 233-240. doi:10.1016/s0738-3991(98)00066-4

Van Hoa H, Giang HT, Vu PT, Van Tuyen D, Khue PM, 2020. Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. BioMed research international, 2020, 1-7.

Vedel-Krogh S, Nielsen SF, Nordestgaard BG, Lange P, Vestbo J, 2021. Asthma and COPD versus phenotypic traits: Toward precision medicine in chronic airway disease. Respiratory Medicine, 186, 1-9.

Wagner EH, 1998. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. Effective clinical practice, 1(1), 2-4.

Wagner EH, 2000. The role of patient care teams in chronic disease management. Bmj, 320(7234), 569-572.

Wahl AK, Osborne RH, Larsen MH, Andersen MH, Holter IA, Borge CR, 2021. Exploring health literacy needs in Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. Heart & Lung, 50(3), 417-424.

Wallerstein N, 1992. Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. American Journal of Health Promotion, 6(3), 197–205. doi:10.4278/0890-1171-6.3.197

Walters R, Leslie SJ, Polson R, Cusack T, Gorely T, 2020. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. BMC public health, 20(1), 1-17.

Wang RH, Hsu HC, Lee YJ, Shin SJ, Lin KD, An LW, 2016. Patient empowerment interacts with health literacy to associate with subsequent self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: a prospective study in Taiwan. Patient Education and Counseling, 99(10), 1626-1631.

Weiss MA 2006. Empowerment: A Patient's Perspective. Diabetes Spectrum, 19(2), 116–118. doi:10.2337/diaspect.19.2.116

Wittink H, Oosterhaven J, 2018. Patient education and health literacy. Musculoskeletal Science and Practice, 38, 120-127.

WHO, 2020. The top 10 causes of death. Erişim tarihi, 5 Mart 2021. Erişim adresi, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

WHO, 2020. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Erişim tarihi, 5 Mart 2021. Erişim adresi, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates

WHO (Regional Office for Africa), 2021. Erişim tarihi, 6 Haziran 2021. Erişim adresi, https://www.afro.who.int/search/node?keys=non-communicable%20diseases&page=0

WHO, 2021. Countries, Erişim tarihi, 6 Haziran 2021. Erişim adresi, https://www.who.int/countries/#C

Wu J, Chang L, Yu G, 2020. Effective data decision-making and transmission system based on mobile health for chronic disease management in the elderly. IEEE Systems Journal, 1-12.

Yağbasan M, Çakar F, 2006. Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (15), 609-629.

Yawn BP, Han M, Make BM, Mannino D, Brown RW, Meldrum C, ... & Martinez FJ, 2021. Protocol Summary of the COPD Assessment in Primary Care To Identify Undiagnosed Respiratory Disease and Exacerbation Risk (CAPTURE) Validation in Primary Care Study. Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation, 8(1), 60-75.

Yeh MY, Wu SC, Tung TH, 2018. The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. Applied Nursing Research, 39, 11-17.

Yeşildal M, 2018. Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Yeşildal M, Kaya ŞD, 2021. Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği. Sağlık Bilimleri Dergisi, 30(2), 174-181.

Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M, 2017. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi, (14), 217-231.

Yılmaz A, Kar A, Kaya M, 2020. Hasta Güçlendirme Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. İşletme Bilimi Dergisi, 8(1), 97-114.

Yılmaz F, 2020. Doktor Hasta İletişiminde Sosyal Gradyan. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, 110-132.

Yorulmaz DS, Sezer HK, 2021. Hemşirelik ile İlk ve Acil Yardım Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(1), 337-352.

Zhang F, Or PP, Chung JW, 2021b. How different health literacy dimensions influences health and well- being among men and women: The mediating role of health behaviours. Health Expectations, 24, 617-627.

Zhang Y, Xu Y, Liu N, Yan D, Zhou S, He M, ... & Yuan B 2021a. Real-World Study on Upper/Lower Respiratory Tract Microbiome Changes in AECOPD and COPD, Research Square, 1-20.

Zhao J, Han H, Zhong B, Xie W, Chen Y, Zhi M, 2021. Health information on social media helps mitigate Crohn's disease symptoms and improves patients' clinical course. Computers in Human Behavior, 115, 1-10.

Zhong Y, Schroeder E, Gao Y, Guo X, Gu Y, 2021. Social Support, Health Literacy and Depressive Symptoms among Medical Students: An Analysis of Mediating Effects. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(2), 633.

8. TURNITIN RAPORU

KRONİK HASTALARDA HASTA GÜÇLENDİRME VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEĞİ

Yazar Merve Ağlamiş

Gönderim Tarihi: 25-Oca-2022 05:23PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1747852183
Dosya adı: Y_KSEK_L_SANS_TEZ.docx (1.47M)
Kelime sayısı: 35622
Karakter sayısı: 246253

KRONİK HASTALARDA HASTA GÜÇLENDİRME VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEĞİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%17	%4	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%3
2	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
5	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	%1
6	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

www.erpacongress.com