



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Merva SÖKMEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL

ANKARA
2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Merva SÖKMEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL

ANKARA
2019

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirttiğim hususların doğruluğunu beyan ederim.

Merva SÖKMEN

Tarih: 22.07.2019

İmza:



KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında

Merva SÖKMEN tarafından hazırlanan

“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının
Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

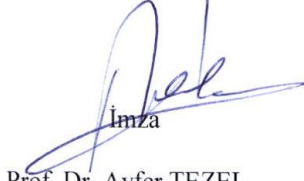
Tez Savunma Tarihi: 22.07.2019

İmza 

Dr. Öğr. Üyesi Dercan GENÇBAŞ

Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jüri Başkanı

İmza 

Prof. Dr. Ayfer TEZEL

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Danışman

İmza 

Dr. Öğr. Üyesi Deniz HARPUTLU

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim
kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Mehmet AKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	2
1.2.1. KOAH'ın Sınıflandırılması	4
1.2.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi	5
1.2.3. KOAH'ın Risk Faktörleri	6
1.2.3.1. Genetik Faktörler	7
1.2.3.2. Hava Yolu Hiperreaktivitesi ve Astım	7
1.2.3.3. Yaş ve Cinsiyet	8
1.2.3.4. Sigara	8
1.2.3.5. Mesleki Toz ve Kimyasallar	9
1.2.3.6. İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği	9
1.2.3.7. Akciğer Gelişimi ve Büyümesi	10
1.2.3.8. Enfeksiyonlar	11
1.2.3.9. Sosyoekonomik Durum	11
1.2.3.10. Beslenme ile İlgili Faktörler	12
1.2.3.11. Mesleki Maruziyet	12
1.2.4. KOAH'ın Klinik Özellikleri	13
1.2.5. KOAH'da Teşhis ve Tedavi	14
1.3. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)	17
1.3.1. Okuryazarlık Kavramı ve Okuryazarlık Türleri	17
1.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı	18
1.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli	20
1.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	22
1.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	23
1.3.5.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	24
1.3.5.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	25
1.3.5.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı	25
1.3.6. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemede Kullanılan Araçlar	26
1.3.7. Yetersiz/Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	27
1.3.8. Sağlık Okuryazarlığının Etkileşim Alanları	29
1.3.9. Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı	30
1.3.10. KOAH ve Sağlık Okuryazarlığı	32

2. GEREÇ VE YÖNTEM	35
2.1. Araştırmanın Şekli	35
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	35
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	35
2.4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Seçim Kriterleri	35
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	36
2.6. Veri Toplama Araçları	36
2.7. Veri Toplama Süreci	38
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
2.9. Araştırma ile İlgili Etik İzinler	39
2.10. Verilerin Analizi	39
3. BULGULAR	41
4. TARTIŞMA	54
4.1. Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Değerlendirmeler	54
4.2. Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler	55
4.3. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler	59
4.4. KOAH SOY Bilgi Puanı ile Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Değerlendirmeler	64
4.5. Genel Sağlık Okuryazarlık ve KOAH Sağlık Okuryazarlığı bilgi puanları ortalamalarına ilişkin değerlendirmeler	69
4.6. Araştırma Sorularına İlişkin Değerlendirmeler	69
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
5.1. Sonuçlar	71
5.2. Öneriler	72
ÖZET	74
KAYNAKLAR	76
EKLER	84
EK-1. Durum Tanılama Bilgi Formu	84
EK-2. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formu Cevap Anahtarı	88
EK-3. Onam Formu	89
EK-4. Kurum İzni	90
EK-5. Etik Kurul Kararı	91
ÖZGEÇMİŞ	92

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın başından sonuna kadar her aşamasında bana destek olan, çok kıymetli bilgileri ve tecrübeleri ile yol gösteren, çalışma boyunca sabır ve hoşgörüsünü esirgemeyen, saygıdeğer tez danışmanım Prof.Dr.Ayfer TEZEL'e sonsuz teşekkür ederim.

Çalışma süresince bana maddi ve manevi destek sağlayan, hayatımın her döneminde yanımda olan değerli eşim H. Taha SÖKMEN'e, moral kaynağım olan oğullarım Tunay ve Kutay'a, çalışmada verdiği destek için kardeşim Safa KAPLAN'a çok teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATS	Amerikan Toraks Derneği
ATT	Antitripsin
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ERS	Avrupa Solunum Derneği
FEV1	Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuvar Volüm
FVC	Zorlu Vital Kapasite
GOLD	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi
HLS-EU	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı
KOAH	Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı
MART	Tıbbi Terminoloji Başarılı Okuma Testi
MAKS	Maksimum
MİN	Minimum
n	Örneklem Sayısı
NAAL	Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi
NVS	En Yeni Vital Bulgu Testi
REALM-SF	Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-Kısa Formu
SAHLSA-50	İspanyol Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirmesi
SFT	Solunum Fonksiyon Testi
SS	Standart Sapma
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
TDK	Türk Dil Kurumu
TOFHLA	Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgüt
WRAT-R	Geniş Aralık Başarı Testi-Revize
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
$\bar{x}$	Ortalama

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	21
Şekil 1.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Birey	27
Şekil 1.3. Sağlık Okuryazarlığına Etkisi Olan Potansiyel Müdahale Alanları	31



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Bronkodilatör Sonrası FEV1'e Göre KOAH Şiddetinin Sınıflandırılması	4
Çizelge 1.2.	Türkiye'de Ölüm Nedenleri Dağılımı 2017-2018	6
Çizelge 1.3.	HLS-EU Kavramsal Modeline Dayalı Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Matrisi	21
Çizelge 1.4.	Sağlık Okuryazarlığının Etkileri	30
Çizelge 1.5.	Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı ve Sayısı	33
Çizelge 3.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Çizelge 3.2.	Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı	45
Çizelge 3.3.	Genel Sağlık Okuryazarlık Bilgi Formuna Verilen Yanıtların Dağılımı	46
Çizelge 3.4.	KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formuna Verilen Yanıtların Doğruluk Oranları	48
Çizelge 3.5.	KOAH SOY ve Genel SOY Bilgi Puanı Genel Ortalaması	49
Çizelge 3.6.	KOAH SOY ve Genel SOY Bilgi Puanı Karşılaştırması	49
Çizelge 3.7.	Sosyo-Demografik özelliklere göre, KOAH SOY Bilgi puanı Ortalamalarının Dağılımı	50
Çizelge 3.8.	Sağlık Durumu Bilgilerine Göre, KOAH SOY Bilgi puanı Ortalamalarının Dağılımı	54

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Sağlık alanında gerçekleşen gelişmeler ve ilerlemeler bireylerin sağlığa erişimini artırmıştır. Bu durumun bir sonucu olarak, bireylerin kendi sağlığı konusundaki sorumlulukları artmıştır. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan yöntemler ve araçlar her geçen gün değişmekte, sağlık literatürüne giren bilgilerin doğruluğu ve doğru bilgilerin yorumlanması zorlaşmaktadır (WHO, 1998; Kutner ve ark., 2006).

Bireylerin sağlık konusunda doğru bilgi sahibi olması, mevcut iyilik halinin devam ettirilmesi ve anksiyeteden korunmada ayrıca, bir hastalıkla karşılaşmaları durumunda ise hastalığa ilişkin bilgileri anlama ve hastalığı yönetmede kritik öneme sahiptir (Ishikawa ve ark. 2008). Bireylerin kendi sağlıkları konusunda doğru bilgiye ulaşma, bu bilgileri anlama ve yorumlamaları sağlık okuryazarlık düzeyleriyle ilişkilidir.

Nutbeam'a (2000) göre sağlık okuryazarlığı, bireyin kişisel yaşamını ve yaşam koşullarını değiştirerek, kendisinin ve toplumun sağlığını iyileştirecek bir takım bilgi, kişisel beceri ve güveni kazanması demektir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı broşürleri okumaktan ve randevu alabilmekten daha fazlasını ifade etmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesi ile hastalık yönetimi başarısının arttığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir (Pleasant ve Kuruvilla, 2008). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında da hastalığın kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetim programlarının önemi giderek artmaktadır (Adams ve ark., 2007).

Sağlık uzmanlarının çoğuna göre hastalık yönetimi, hastalık tedavisinden daha çok, hastaya öz yönetim becerisi kazandıracak çeşitli öğretim yöntemlerinin

hazırlanması ve güçlendirilmesini içerir (Bourbeau ve Palen, 2009). Etkili bir hastalık yönetimi sayesinde hastalık belirtilerinin, acil servise başvuruların ve hastaneye yatışların azalması ile hastalık nedeniyle ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik etkilerin sınırlanması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artması sağlanabilir (Taylor ve ark., 2005).

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla yapılmış bir araştırmadır. KOAH'lı hastaların sağlık okuryazarlıklarının değerlendirilmesi sonucu edilen bilgiler ile hastaların tedaviye uyumunu engelleyen durumların ortadan kaldırılması için yapılacak girişimlerin planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma ile aşağıda yer alan üç sorunun cevabı aranmaktadır. Bu sorular;

1. Sosyo-Demografik özellikler KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanını etkiler mi?
2. Sağlık Durumu ile ilişkili özellikler KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanını etkiler mi?
3. KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanı ile genel sağlık okuryazarlığı bilgi puanı arasında ilişki var mı?

1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Amerikan Toraks Derneği (ATS)'nin yaptığı tanıma göre, amfizem ya da kronik bronşit nedeniyle ekspiratuar hava akımında kısıtlamadır. KOAH, zararlı partikül ya da gazlar nedeniyle akciğer ve hava yollarının artmış inflamatuvar yanıtı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, kalıcı hava akımı kısıtlamasıyla karakterize, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (GOLD, 2015). Genellikle ilerleyici olan hava akımındaki bu kısıtlamaya hava yolu duyarlılığı da eşlik eder ve kısmen geri dönüşlü olabilir (Amerikan Toraks Derneği, 2005). KOAH kısmen geri dönüşlü olmakla birlikte çoğunlukla ilerleyici bir seyir izleyen solunum yolu tıkanıklığı, akciğer inflamasyonuna eşlik eden sistemik etkileri olan,

orta ve ileri yaş grubu hastalığıdır. Hastalığın en başta gelen nedenlerinden biri sigaradır (Marciniuk ve ark. 2010).

Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) birlikte oluşturduğu çalışma grubu tarafından 2001 yılında ilk Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi) raporu yayınlanmıştır. Çok uluslu bir girişim olan GOLD'un oluşturulmasının başlıca amacı, KOAH ile ilgili farkındalık düzeyinin artırılması, KOAH nedeniyle oluşan morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Basılı materyaller, internet aracılığı ve KOAH Günü gibi etkinliklerle uygulanabilirliğin artırılması hedeflenmiştir (Türk Toraks Derneği, 2014).

KOAH nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları, işgücü kayıpları ve artan sağlık harcamaları toplum üzerindeki sosyoekonomik yükü giderek arttırmaktadır (Tatlıcıoğlu, 2007). Hastalığın küresel bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesi, hastalığa olan ilginin artmasına neden olmaktadır (Tatlıcıoğlu, 2007). Gelecek yıllarda morbidite ve mortalite oranının daha da artması beklenen KOAH'ın doğrudan (tanı/tedavi harcamaları) ve dolaylı maliyeti (sakatlık nedeniyle ortaya çıkan ekonomik sonuçları, iş gücü kaybı, erken ölüm, hastalık sebebiyle ortaya çıkan aile harcamaları) oldukça yüksektir. Hastalığın küresel ekonomik maliyetinin 2.1 trilyon dolar olduğu ve 2030 yılına kadar bu maliyetin iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (Bloom ve ark. 2011).

KOAH'ın ileri evrelerinde bozulan klinik tabloya komplikasyonlar eklenmekte, bu durum hastanın yaşam kalitesinin azalmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Yıldırım, 2014). Literatürdeki çalışmalar KOAH'ın hastanın günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek bağımlılık düzeyini artırdığını ortaya koymaktadır (Kaya ve ark., 2010; Aras ve Tel, 2008). KOAH nedeniyle meydana gelen fizyopatolojik değişikliklere bağlı olarak solunum aktivitesi önemli ölçüde değişmektedir. Hastalar dispne, uykusuzluk ve yorgunluk nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmaktadır. Hastalar fonksiyon kayıpları nedeniyle yalnızca fiziksel bakımdan değil ruhsal, sosyal ve ekonomik bakımdan da

olumsuz yönde etkilenmektedirler. Hastalık sürecindeki ilerleyişle birlikte bağımlılık artmakta ve sosyal aktiviteler sınırlanmaktadır. Bu nedenle aile ve toplumun kendisinden beklediği rolleri yerine getiremeyen hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı artmaktadır (Aras ve Tel, 2009).

1.2.1. KOAH'ın Sınıflandırılması

Kolayca erişilebilmesi ve tekrarlayabilen akciğer testi olması nedeniyle spirometri, hava akımı kısıtlamasını en iyi ölçen yöntemdir. Spirometrik sınıflandırma KOAH'ın şiddetine göre yapılır. Spirometrik ölçümler yapılırken hastanın yaşı, boyu, cinsiyeti ve ırkına göre belirlenen referans aralıkları karşılaştırılarak değerlendirme yapılmaktadır. FEV1 ve FVC değerleri ile oranlarına bakıldığı zaman, bronkodilatör sonrası FEV1'e göre KOAH sınıflaması Çizelge 1.1'de gösterildiği gibidir (GOLD, 2017).

Çizelge 1.1. Bronkodilatör Sonrası FEV1'e Göre KOAH Şiddetinin Sınıflandırılması (GOLD, 2017)

EVRE	Spirometri (Bronkodilatör Sonrası)	
Evre 1: Hafif	FEV1≥%80 (beklenen) Kronik öksürük ve balgam çıkarma semptomları olabilir, ama her zaman yoktur.	FEV1/FVC<%70
Evre 2: Orta	%50≤FEV1<%80 (beklenen) Tipik olarak efora bağlı nefes darlığı vardır. Öksürük ve balgam çıkarma da olabilir.	
Evre 3: Ağır	%30≤FEV1<%50 (beklenen) Nefes darlığında artış, egzersiz kapasitesinde azalma, halsizlik ve hemen her zaman hastanın yaşam kalitesi üzerinde etki yapan, yineleyen alevlenmelerle karakterizedir.	
Evre 4: Çok Ağır	FEV1<%30 (beklenen) ya da FEV1<%50 (beklenen) ve kronik solunum yetmezliği* Şiddetli hava akımı kısıtlamasıyla karakterizedir.	
FEV1: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm FVC: Zorlu vital kapasite * Solunum yetmezliği: Deniz seviyesinde ve oda havası solunurken PaO ₂ <60mmHg ve/veya PaCO ₂ >50mmHg		

KOAH'ın hasta üzerindeki etkileri hava akımının kısıtlılık derecesi ve semptomların şiddetine bağlı olarak değişir. Bu nedenle spirometrik evreleme

uygulamaya dönük pratik bir yaklaşım olarak kabul edilmekte, bir eğitim aracı ya da ilk tedavi yaklaşımı için genel bir gösterge olarak kabul edilmektedir (GOLD, 2006). GOLD (2017), KOAH'ın sınıflandırılmasında yalnızca FEV1 seviyesinin dikkate alınarak yapılacak bir evrelemenin yetersiz olacağını ifade etmiştir. Evreleme yapılırken semptomların varlığı, hava yolu obstrüksiyonu ve alevlenme riskinin de olduğu bileşik evreleme yapılmasını tavsiye etmiştir.

1.2.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi

KOAH, morbidite ve mortalite oranlarının yüksekliği nedeniyle önemi giderek artan hastalıklardan biri olmasına rağmen, hastalığın yeterli düzeyde bilinmiyor olması ve teşhis konulamaması, hastalık konusundaki epidemiyolojik verilerin yeterli düzeyde olmamasına neden olmuştur (Kocabaş, 2010). Profesyonel sağlık çalışanları ve kamuoyunun KOAH konusundaki bilinç eksikliği, hastalık tanı ve şiddetinin değerlendirilmesinde standart kriterlerin olmaması, hastalık semptomlarının göz ardı edilmesi gibi sebeplerle elde edilen verilerin KOAH'ın gerçekte olması gereken prevalansını olduğundan düşük düzeyde gösterdiğini ifade etmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

KOAH'ın mortalite, morbidite ve prevalansı ülkeden ülkeye ve ülke içindeki farklı gruplara göre değişiklik göstermektedir. KOAH prevalansı ve hastalık yükü, risk faktörleri ile maruziyet sıklığı ve süresi buna ek olarak dünya nüfusunun giderek yaşlanmasına paralel biçimde gelecekte artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. 2010 yılında kronik solunum sistemi hastalıkları nedeniyle meydana gelen 3.8 milyon ölümün 2.9 milyonunun nedeni KOAH'dır. (Türk Toraks Derneği, 2010). Bugün tüm dünyada ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer alan KOAH'ın tüm ölümlerin %5.5'inden sorumlu olduğu görülmüştür. Hastaların %60-%85'inin hala teşhis edilmemiş olduğu bilinmektedir. Bu durum KOAH konusundaki en başta gelen sorunlardan biridir. Teşhis edilmeyen bu hastalar genelde hafif ya da orta şiddette KOAH'a sahiptirler (Türk Toraks Derneği, 2014).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) yaptığı “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018” isimli çalışması 2017 yılındaki ilk üç hastalık grubu sıralamasının 2018 yılında değişmediğini göstermiştir. Çizelge 1.2’de de gösterildiği üzere solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümler, 2017 yılında tüm vakaların %11,8’nin, 2018 yılında ise %12,5’nin nedenidir (TÜİK, 2018).

Çizelge 1.2. Türkiye’de Ölüm Nedenleri Dağılımı 2017-2018 (TÜİK, 2019).

	2017(r)		2018	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Toplam	423 878	100	421 164	100
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	167 267	39,5	161 920	38,4
İyi ve Kötü Huylu Tümörler(maling ve bening neoplazmalar)	81 886	19,3	83 163	19,7
Solunum Sistemi Hastalıkları	50 623	11,8	52 568	12,5
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	20 623	4,9	20 766	4,9
Endokrin(iç salgı bezi), Beslenme ve Metabolizmayla İlgili Hastalıklar	20 219	4,8	20 074	4,8
Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmeler	21 533	5,1	18 462	4,4
Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas iskelet sistemi hastalıkları vb.)	62 126	14,7	64 211	15,2
Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir. (r) İdari kayıtların güncellenmesi nedeniyle, 2017 yılına ait veriler revize edilmiştir.				

1.2.3. KOAH’ın Risk Faktörleri

KOAH önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak kabul edilmiş olmasına rağmen, ülkemizde ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında ilk 20 hastalık arasında üçüncü sırada yer almaktadır. KOAH başta sigara olmak üzere diğer risk faktörlerine maruz kalma ile genetik ve çevresel faktörlerin bir etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin benzer sigara kullanma öyküsü olan her iki kişiden birinde KOAH gelişimi, genetik farklılıklara ve yaşam sürelerine bağlıdır. Hastalığın gelişimine neden olan risk faktörleri oldukça karmaşık bir biçimde birbirleriyle ilişkilidir ve bu ilişkilerin anlaşılabilmesinde daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalığın oluşumunda rol oynayan risk faktörlerinden bazıları; genetik faktörler, yaş, çevre, stres, beslenme, sosyoekonomik durum, solunum yolu enfeksiyonları, iç ve dış ortam hava kirliliği olarak sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

1.2.3.1. Genetik Faktörler

KOAH gelişimine neden olan en karakterize genetik risk faktörü alfa-1 (α -1) antitripsin (ATT) eksikliğidir. ATT bir proteaz enzim inhibitörüdür ve hücrelerden salınan zararlı enzimlerin akciğerde oluşturacağı yıkımı önleyecek şekilde görev yapmaktadır. Bu görev yerine getirilmediğinde alveol duvarı zarar görür ve sonuçta amfizem gelişir (Russi, 2008).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, KOAH gelişimine yatkınlık ile bazı genetik faktörlerin birbiri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Poligenetik bir hastalık olarak kabul edilen KOAH, genetik faktörler ve çevre etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Kalıtsal olarak şiddetli α -1 antitripsin eksikliği, bu hastaların yalnızca %1-3'ü arasında görülmektedir (GOLD, 2006). Molino (2004), belirgin risk faktörü olmayan 40 yaş altındaki amfizem ağırlıklı KOAH'lı hastalarda, ATT eksikliğinin araştırılması gerektiğini önermiştir. Alfa-1 antitripsin dışındaki genetik bozukluklar KOAH gelişimine etkili olmakla birlikte tek başına hastalığa neden olmaz. Bu kişilerde hastalığın gelişebilmesi, başta sigara olmak üzere bir takım çevresel ve mesleki maruziyet vb. risk faktörlerinin etkili olması gereklidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011).

1.2.3.2. Hava Yolu Hiperreaktivitesi ve Astım

Çocukluk çağı astımının genellikle iyi bir prognoza sahip olduğuna inanılmaktadır. Sadece astım semptomları göz önüne alındığında, astımlı çocukların neredeyse %50'si erişkin olduğunda asemptomatik olmaktadır. Bununla birlikte, çocukluk çağı astımı öyküsü olan bu asemptomatik erişkinlerin çoğunda, hava yolu obstrüksiyonu olsun ya da olmasın, kalıcı bronşiyal aşırı duyarlılık bulunmaktadır. Çocukluk döneminden itibaren bronş aşırı hassasiyeti öyküsü olan ya da astım nedeniyle tedavi görenlerin %20'sinde ilerleyen yaşlarla birlikte KOAH geliştiği izlenmiştir (Vonk, 2003).

1.2.3.3. Yaş ve Cinsiyet

Yaşın KOAH için bir risk faktörü olduğu konusu hala tartışılmaktadır. Yaşlanma faktörü mü yoksa yaşam süresinin uzunluğuyla birlikte maruziyetin artma süresindeki uzunluk mu KOAH'a neden oluyor sorusu tartışmanın odak noktasını oluşturmaktadır (GOLD, 2015; Türk Toraks Derneği, 2014). Cinsiyet bakımından değerlendirildiğinde ise erkeklerin erken yaşlarda sigaraya başlaması, daha uzun süre içmeye devam etmesi ve mesleki maruziyetin daha yoğun olması, erkeklerde KOAH'ın daha sık görülmesine neden olmaktadır (Chapman ve ark., 2001).

KOAH geleneksel olarak 40 yaş üstü erkek hastalığı olarak kabul edilse de hastalığın son 20 yıldaki prevalans ve mortalitesi, kadınlarda erkeklere oranla daha çok artış olduğunu göstermektedir (GOLD, 2015; Türk Toraks Derneği, 2014). Bu durumun muhtemel nedeni son yıllarda kadınların iş hayatında daha fazla bulunması ve sigara içme durumlarının yaygınlaşması olarak kabul edilmektedir (Chapman ve ark., 2001).

Gelir düzeyi yüksek ülkelerdeki kadınlar arasında sigara içme oranının artması, gelir düzeyi düşük ülkelerde ise kadınların iç ortam hava kirliliğine maruz kalması, erkek ve kadınlar arasında hastalığın benzer oranlarda olmasının nedeni olarak görülmektedir. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar, erkek ve kadınların sigara dumanından etkilenmesinde hormonal nedenlerin de etkili olduğunu göstermiştir (Aryal ve ark., 2014).

1.2.3.4. Sigara

Sigara KOAH'a neden olan en önemli risk faktörlerinin başında yer almaktadır. Sigara içmeyenlerle kıyaslandığında sigara içenlerin FEV1'deki yıllık azalma hızı ve KOAH nedenli mortalite hızı daha yüksektir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü, 2011; Kocabaş, 2010).

Sigara dumanına maruz kalan pasif içici kişilerde KOAH gelişme riski hiç sigara içmeyen kişilerle göre belirgin olarak artmaktadır (Günen ve ark., 2008). Pasif içici kişinin etkilenme düzeyini, maruz kalınan süre ve maruz kalma yoğunluğu belirlemektedir. Hastalığın gelişmesinde sigara içmenin yanında kişinin sigaraya başlama yaşı, içilen günlük sigara sayısı ve sigara içme süresi gibi faktörler de önemli görülmektedir. Yapılan çalışmalar hastalığın oluşumunda içilen sigaranın çeşidinin (ince sigara veya düşük nikotinli sigara) ya da kullanma şeklinin (pipo, nargile) bir öneminin olmadığını göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü, 2011).

1.2.3.5. Mesleki Toz ve Kimyasallar

Bazı iş yerlerinde organik ve inorganik tozlar, dumanlar ve gazlarla uzun süreli yoğun ve uzun süreli karşılaşan çalışanlarda mesleki maruziyet sonucu KOAH daha sık görülmektedir. Sigara içicisi olmayan kişilerdeki KOAH'ın %30'u mesleki maruziyetle ilişkilidir. Mesleki maruziyet hastalık riskini 2-3 kat artırırken, sigara içimi eşlik ettiğinde bu risk 6 katına çıkmaktadır. Maden işçiliği, metal işçiliği, ulaşım sektörü, odun/kâğıt üretiminde çalışma, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği bu mesleklerle örnek olarak verilebilir (GOLD, 2006; Samurkaşoğlu, 2003).

1.2.3.6. İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği

KOAH gelişimine neden olan faktörlerden biri de iç ve dış ortam hava kirliliğidir. İç ortam hava kirliliğinin başta gelen nedeni odun, odun kömürü, çalı, tezek vb. gibi biyomas yakıtların doğru bir biçimde izole edilmeden kullanılmasıdır. Biyomas yakıtlar yemek yapmak ya da ısınmak gibi amaçlarla yakıldığında ortaya çıkan zararlı bir takım gazların ve partiküllerin solunması yolu ile maruziyet oluşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü, 2011).

Değişik sınıflandırmalar yapılmakla birlikte iç ortam hava kirleticiler genellikle altı temel başlık altında incelenmektedir. Bunlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014);

1. Mikroorganizma ve alerjenler
2. Yanma sonucu oluşular (karbondioksit, karbonmonoksit, kükürtdioksit, nitrojen oksitler, partikül maddeler)
3. Formaldehit ve uçucu organik bileşikler
4. Asbest
5. Sigara dumanı
6. Radon

Son yıllarda KOAH ve dış ortam hava kirliliği arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalar, dış ortam hava kirliliğinin çocuk ve yetişkinlerin akciğer fonksiyonlarını etkilediği, hastalık belirtilerini ve alevlenmelerini tetiklediğini ortaya koymuştur. Ortaya çıkan bu sonuçlar, dış ortam hava kirliliğinin KOAH mortalitesi için bir risk olduğunu göstermiştir. Uzun vadeli retrospektif bir çalışma ve prospektif bir araştırma, biyokütle üzerindeki dış ortam hava kirliliği maruziyetindeki azalmanın 1 saniye içinde zorlu ekspiratuvar volümde (FEV1) ve KOAH riskinde azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Hu ve ark., 2015).

Sanayi sektörünün gelişimi ile birlikte, kullanılan hammadde ve yarı mamüllerin çeşitlenmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkan ve havada asılı kalan gaz, duman ve partiküllerin akciğer hastalıklarını tetiklediği bildirilmiştir. Ayrıca bahsi geçen maddelerin yoğunluğu ve bu maddelere maruz kalma süresi ile hastalığın atak göstergesi arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Türk Toraks Derneği, 2010).

1.2.3.7. Akciğer Gelişimi ve Büyümesi

Akciğer gelişimi intrauterin dönem, doğum ve çocukluk dönemleriyle ilişkili bir süreçtir. Bu sürecin herhangi bir döneminde meydana gelen olumsuzluklar, akciğerlerin büyümesini etkiler. Ulaşılması gereken maksimum akciğer fonksiyonuna ulaşamayan bireyler KOAH olma açısından yüksek riske sahiptirler. İntrauterin dönemde sigaraya maruz kalma, beslenme, doğum ağırlığı, genetik eğilim, aktif ya da pasif sigara kullanımı, bronşiyal hiperreaktivite, eozinofili, atopi ve yoksulluk vb.

etkenler akciğer gelişimini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden bazılarıdır (GOLD, 2006; Türk Toraks Derneği 2014). Akciğer gelişiminin anne karnından başlaması, akciğer gelişimi üzerinde etkili olan faktörlerin anne karnından itibaren takip edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Türk Toraks Derneği 2010).

1.2.3.8. Enfeksiyonlar

Küçük yaşlarda geçirilmiş solunum yolu enfeksiyonları, akciğer gelişimi ve savunma sistemine yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle ilerleyen yıllarda KOAH geliştirme riski oluşturur. İleri yaşlarda geçirilen ve ataklara neden olan enfeksiyonlar da fonksiyonel bozulmayı hızlandırabilir (Samurkaşoğlu, 2003). Çocukluk döneminde geçirilen enfeksiyonlar nedeniyle akciğer fonksiyonları bozulmuş sigara içen kişiler, çocukluk döneminde akciğer fonksiyonları bozulmamış sigara içen kişilere göre daha ağır fonksiyonel bozulma ile karşılaşabilirler. Son dönemlerde KOAH patogenezinde latent viral enfeksiyonların önemi giderek daha fazla tartışılmaya başlamıştır (Türk Toraks Derneği, 2010).

1.2.3.9. Sosyoekonomik Durum

Düşük sosyoekonomik durumda olma ve kötü beslenme ile KOAH gelişimi arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Fakat tespit edilen ilişkinin gerçek mi yoksa kötü koşullar altında yaşayanların esasen bilinen birçok risk faktörüne yaşam koşulları nedeniyle daha fazla maruz kalmaları nedeniyle mi olduğu hususu tam olarak açıklık kazanmamıştır (Türk Toraks Derneği, 2010).

Avrupa Solunum Derneği (ERS) ve Amerikan Toraks Derneği'nin ortak yayınladığı bir rapora göre, sağlık hizmetlerinde eşitsizlik, diğer sistem hastalıklarına göre solunum sistemi hastalıklarında daha yaygındır. Bu durumun başlıca nedeni, farklı toplumsal grupların yaşadıkları çevrelerin farklı olması ve yaşanan çevrenin solunum üzerindeki etkisidir. Sosyoekonomik bakımdan en düşük durumdaki

grupların, en yüksek durumdaki gruplara göre solunum yolu hastalıklarına yakalanma oranı 14 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Türk Toraks Derneği, 2014).

1.2.3.10. Beslenme ile İlgili Faktörler

KOAH gelişiminde beslenmenin rolünün ne olduğu ya da hangi düzeyde olduğu konusunda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Malnütrisyon ve kilo kaybının solunum kas kitlesinde ve kas gücünde azalışa neden olduğuna ilişkin sonuçlar bulunmuştur. Deney hayvanları üzerinde uygulanan çalışmalar, amfizem gelişimi ile açlık ve anabolik/katabolik durum arasında bir ilişkili olduğunu göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, KOAH’da akciğer hasarı açısından önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Kötü beslenme solunum kaslarını olumsuz etkilemekte, akciğerin parankim yapısını bozmakta ve amfizematöz değişiklikler meydana gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

1.2.3.11. Mesleki Maruziyet

Amerikan Toraks Derneğinin yayınladığı bir raporda, KOAH gelişiminde %10-20 oranında mesleki maruziyetin sorumlu olduğu ifade edilmiştir (Türk Toraks Derneği, 2010). KOAH açısından en önemli risk grupları; maden ve metal işçiliği (silika, kömür, kadmiyum gibi), ulaşım sektörü, odun/kağıt/çimento sektörü, hububat, pamuk ve yün işçiliği olarak sıralanmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2014).

Finlandiya’da yapıla bir araştırma, mesleğe dayalı sosyoekonomik durumun KOAH prevalansı ile anlamlı düzeyde ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma elde edilen verilerin değerlendirilmesinde GOLD kriterleri kullanılmıştır. Yaşa, sigara içimi öyküsüne ve astım hikâyesine ek olarak, meslek temelli sosyoekonomik durum popülasyondaki KOAH ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Hastalık prevalansı

el işçiliği yapanlarda %10, el işçiliği yapmayan yardımcı çalışanlarda %10.2 ve profesyonellerde ise %2.8 bulunmuştur. Mesleğe dayalı sosyoekonomik durum, yalnızca muhtemel mesleki maruziyetler yüzünden değil, mesleği yansıtan sosyoekonomik durumlarla (yoksulluk, eğitim düzeyi, çevresel faktörler vb.) da ilişkilidir (Kainu ve ark., 2013).

Mesleki maruziyet nedeniyle KOAH gelişimini önlemede, iş yerlerinde yasal kontrollerin ve gerekli alt yapının oluşturulması önem taşımaktadır. Ayrıca riskli iş yerlerinde çalışanlara ve yöneticilere yönelik eğitimler verilmeli, iş yerleri yeterli düzeyde havalandırılarak çalışanların solunum koruyucu gerekler kullanmaları teşvik edilmeli ve denetlenmelidir (Türk Toraks Derneği, 2014).

1.2.4. KOAH'ın Klinik Özellikleri

KOAH'da ortaya çıkan en belirgin semptomlar öksürük, nefes darlığı ve balgam çıkarmadır. Bu semptomlardan öksürük ve balgam çıkarma en erken ortaya çıkan semptomlar olarak kabul edilir. Sigara içenler çoğunlukta olmak üzere hastalar hekime öksürük şikâyeti ile başvururlar. Ancak hekime geldiklerinde akciğer fonksiyonlarının yarısı kaybedilmiş ve ileri evrede nefes darlığı gelişmiş durumdadır. Solunum fonksiyonlarının kaybı ile semptomların şiddeti arasında bir korelasyon bulunmaması, bazı hastalarda ise hastalığın ileri dönemleri olmasına karşın hiçbir yakınmasının olmaması, hastaların çoğuna tanı konmakta gecikilmesine neden olmaktadır. Hastalık belirtilerinin kronik bir biçimde ilerlemesi ve hastalık ataklarının şiddetinin artması KOAH'ın tipik belirtisidir. Zaman ilerledikçe hastaların fiziksel aktivitelerinde kısıtlılık, yaşam kalitelerinde azalma ve hastalığın mortalitesinde artış meydana gelmektedir (Başyigit, 2010).

Hastalıkta görülen diğer semptomlar ise göğüs ağrısı ve hırıltılı solunumdur. Bu semptomlar spesifik olmayan semptomlar olarak değerlendirilir ve bu semptomların görülmemesi hastalığın tanısını ortadan kaldırmaz. Bazen hırıltılı solunum ve dispne olması yanlışlıkla astım teşhisi konulmasına neden olabilmektedir (GOLD, 2006).

Hastalığın ilerleyen dönemlerinde iştahsızlık, kilo kaybı ve kaşeksi görülmektedir. Kilo kaybı istenmeyen bir durum olmakla birlikte kötü prognozun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle tüberküloz ve malignite yönüyle araştırılması gerekmektedir. Hastalığın ilerleyen safhalarında hastalarda aktivite kısıtlılığı ve eve bağımlılığın bir sonucu olarak sosyal izolasyon, depresyon ve anksiyete ortaya çıkabilir (GOLD, 2006; Pauwels ve Rabe, 2004).

1.2.5. KOAH'da Teşhis ve Tedavi

KOAH çoğunlukla 45 yaş üstü yetişkinlerde görülmekle beraber, KOAH'ın gelişimi kişiler arasında büyük değişkenlikler göstermekte ve hastaların hepsinde aynı şekilde seyretmemektedir. Fakat hastalık, özellikle zararlı etkenlere maruziyetin devam etmesiyle genellikle ilerleyicidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

KOAH teşhisinin konulmasında hasta öyküsü önemli yer tutar. Hastanın risk faktörleriyle karşılaşma öyküsü (mesleki maruziyet, sigara içme vb.), hastanın nefes darlığı, öksürük ve balgam şikâyetleri, göğüste sıkışma hissi ve genetik faktörler teşhis konulurken dikkate alınmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2010). Hastalığın teşhisinde tıbbi öykü dışında fizik muayene, radyolojik testler, laboratuvar testleri ve solunum fonksiyon testi (SFT) önemli bir yer tutulmaktadır (GOLD, 2015).

Hastalığın teşhisinde hasta öyküsü, fizik muayene ve hastalığı tanılamaya yönelik yapılan testler dışında kullanılan başlıca tanı yöntemleri spirometri ve arter kan gazı değerlendirmeleridir. Spirometrik ölçümlerde FEV1, FVC ve FEV1/FVC oranları kullanılmaktadır. FEV1 hastalık şiddetinin belirlenmesinde tek başına kullanılsa da tanı koymak için sadece FEV1 değerine bakmak yeterli değildir. Bu nedenle hastalarda arter kan gazı değerlendirilir. Arter kan gazı değerlendirmelerinde genelde PaO₂ ve Ph'da düşme, PaCO₂'de ise yükselme tespit edilir (Türk Toraks Derneği, 2014; Atasever ve Erdinç, 2003).

Geçmişten günümüze KOAH, geri dönüşümsüz hava yolu obstrüksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım hekimlerin hastalığa yönelik tutumunu olumsuz yönde etkilemiştir (Türk Toraks Derneği, 2010). Son yıllarda KOAH patogenezinin daha iyi anlaşılması ve hastalığa dair geçmişteki bilgilerin güncellenmesi hastalığın tedavisinin daha başarılı olmasına neden olmuştur. Erken teşhis ve uygun tedavi sayesinde hastalık seyrinin değiştirilebileceği ortaya çıkmıştır. Bu gelişme hastalığın önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak kabul edilmesine neden olmuştur. Günümüzde hastalığın tedavisinde dört temel yaklaşım söz konusudur Bunlar (GOLD, 2014; Türk Toraks Derneği, 2010; Fabri ve ark., 2003);

1. Hasta eğitimi,
2. Risk faktörlerinin azaltılması,
3. Alevlenmelerin tedavisi ve
4. Stabil KOAH tedavisidir.

KOAH'ın tedavisinde çok sayıda parametrenin değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü hastalığın şiddeti, semptomları, ilerleme hızı ve komorbid hastalıklar hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bu nedenle hastaya uygulanacak tedavinin de bireyselleştirilmesi önem taşımaktadır (Miravitles, 2012).

Hastalığın tedavisi farmakolojik, uzun süreli oksijen kullanımı, cerrahi tedavi ve pulmoner rehabilitasyonu kapsamaktadır. Farmakolojik tedavi uygulamasında bronkodilatörler, kortikosteroidler yer almaktadır. İhtiyaç duyulması halinde ise antibiyotikler, antidepresanlar, mukolitik ve ekspektoranlar kullanılmaktadır (Polat, 2013). Cerrahi tedavide ise büllektomi, akciğer volümünü azaltıcı cerrahi uygulamalar ve akciğer transplantasyonu yer almaktadır (Türk Toraks Derneği, 2010). Pulmoner rehabilitasyonunun bileşenler ise (Clark ve Decramer, 2000);

- Egzersiz eğitimi,
- Hastanın ve hasta ailesinin eğitimi,
- Nutrisyonel değerlendirme ve destek tedavisi,

- Psikolojik değerlendirme ve destek tedavisi,
- İş ve uğraş terapisinden oluşmaktadır.

Hastalığın tanı ve tedavisinde konusunda hastaların eğitilmesi ve tedaviye ortak edilmesi, hastaların tedaviye uyum düzeyini artırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

KOAH'da esas olan hastalığın önlenmesidir. Fakat hastalık teşhis edildikten sonra hasta ve hasta yakınlarına hastalıkla ilgili bilgi verilmeli, hastanın tedavi sürecine etkin katılımı sağlanmalı ve mümkün olduğu kadar aktif bir yaşam sürmesi için yönlendirilmelidir. Hastalığın tedavisinde hasta eğitimi mutlaka yer almalıdır. Hastalığın şiddetine göre eğitim bireyselleştirilmeli ve hastalığın ilerlemesiyle uyumlu olacak şekilde ortaya çıkan ihtiyaçlar bağlamında eğitimler sürdürülmelidir. Uzman denetiminde ve desteği altında gerçekleştirilecek eğitim tedavinin etkinliğini artıracaktır (Fabri ve ark., 2003).

Rehabilitasyonun programının temel ögesi eğitimidir. Hastaya evde takip etmesi istenilen programla ilgili rehberler verilmelidir. Düzenli aralıklarla hastanede ve evde kontroller yapılması, hastayı motive edecektir. Hastalar ilaç tedavisi, oksijen tedavisi ve inhalasyon/egzersiz araçları gibi tedavide kullanılan araçlar ile ilgili eğitilmelidir. Eğitim programında; alevlenme nedenleri, hava yolu hijyeni, beslenme tarzı, nefes alma teknikleri, hastalıklardan ve hastalık komplikasyonlarından korunma gibi birçok konu yer almalıdır. KOAH'da hasta eğitiminin olduğu kadar hasta yakınlarının eğitiminin de önemli olduğu unutulmamalıdır (Ovayolu ve ark.'dan aktaran Aytac, 2015).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının yönetiminde en temel gereksinimlerden birisi sağlık uzmanları ve hastalar arasındaki iletişimidir (Sadeghi ve ark., 2013). Örneğin, hem temel bakımda hem de uzman bakımında, hastaların bakıma daha fazla katılımı sağlamak için uygulanan hasta eğitimi, hastaların ilaçlarını kendi başlarına düzgün şekilde almalarında, sağlık bakım alışkanlıklarını sürdürmelerinde ve akut KOAH alevlenmelerine zamanında müdahalede hastayı teşvik etmede önemlidir. Hastalık yönetimi konusunda eğitim verilen 7 poliklinikteki 191 KOAH hastasını içeren bir çalışmada, eğitim alan hastaların daha az hastaneye kaldırıldığı ve acil

servise daha az başvuru yaptıkları görülmüştür. Bu hastalar eğitim verilmeyen KOAH'lı hastalara göre tedavi aldıkları doktorlarına daha az başvurdıkları belirlenmiştir (Bourbeau ve ark., 2003).

1.3. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)

Sağlık okuryazarlığı kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için ilk olarak okuryazarlık kavramının ve okuryazarlık türlerinin ne olduğunun bilinmesi faydalı olacaktır.

1.3.1. Okuryazarlık Kavramı ve Okuryazarlık Türleri

Türk Dil Kurumu okuryazarlığı, “Okuryazar olma durumu” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2018). Okuryazarlık dar anlamda, bir dili okuma, yazma, dinleme, anlama ve konuşma becerisi olarak tanımlanabilir (Kanj ve Mitic, 2009). Geniş anlamda ise toplumdaki her kişinin yaşamları boyunca sayıları okuyabilme, okuma-yazma, bilgi edinme, fikir ve düşüncelerini ifade etme, karar alma ve sorun çözme becerisi olarak tanımlanır (Young ve ark., 2001).

Başka bir tanımda UNESCO okuryazarlığı, “Okuryazarlık, değişen bağlamlarla ilişkili basılı ve yazılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, iletişim kurma ve hesaplama becerisidir” şeklinde tanımlamıştır. Okuryazarlık, bireylerin amaçlarını gerçekleştirmelerine, bilgi ve potansiyellerini geliştirmelerine ve daha geniş bir topluma tam olarak katılmalarına olanak sağlayan bir öğrenme süreci içerir. " şeklinde tanımlamıştır (UNESCO, 2004).

Okuryazarlık bilişsel becerilerle birlikte sosyal durumlarında değerlendirildiği çok boyutlu bir kavramdır (Mancusa, 2008). Okuryazarlık oranları bir bölgenin ya da bir ülkenin gelişmişlik göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler okuryazarlık kavramının yeniden yorumlanmasına ve alanın genişlemesine neden olmuştur. Literatürde çok sayıda okuryazarlık türü ifade

edilmekle birlikte son yıllarda en fazla dijital okuryazarlık, görsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı, finansal okuryazarlık, kültürel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı gibi okuryazarlık türleri ön plana çıkmıştır (Nutbeam, 2009).

1.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Yapısı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974’de Scott Simonds tarafından okullarda diğer dersler gibi sağlık okuryazarlığı dersinin verilebileceğini ifade ettiği “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” isimli makalede yer almıştır. 2003 yılında Amerika’da gerçekleştirilen Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan sonra literatürde geniş yer bulmuştur. Bugün sağlıkçılar ve siyaset bilimcilerinde de içinde yer aldığı pek çok farklı disiplinden araştırmacının çalışma konusu olmuştur (Egbert ve Nanna, 2009).

Sağlık okuryazarlığı, insanın sağlık bilgilerine erişimini ve bunun etkili bir şekilde kullanılma kapasitesini geliştirme ve karar almasında kritik önem taşır (WHO, 1998).

Sağlık okuryazarlığı bireyin kendi hayatı konusunda değerlendirme yapması ve karar almasında sağlık bilgisini elde etme, elde ettiği bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulamada bireylerin bilgi, motivasyon ve yeterliklerini gerektiren bir kapsam ve çerçeveye sahiptir (Sørensen ve ark., 2012). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, bireyin koruyucu, geliştirici ve kaybedilen sağlığı geri kazanmaya yönelik sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde edebilmesi, yorumlayabilmesi ve anlayabilmesi olarak tanımlanabilir (Peerson ve Saunders, (2009).

Tanrıöver ve ark. (2014) ise sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili karmaşık okumaları dinleyip anlamayı, analitik düşünmeyi ve kişinin kendi sağlığı ile ilgili karar verme becerisi ile bu beceriyi kullanabilmeyi içerdiğini ifade etmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve erken teşhis, sağlık hizmeti ve politika yapma vb. konuların bir tarafında

yer alan herkesi ilgilendirmektedir. Sağlık okuryazarlığı becerileri, sağlıkla ilgili konuşma ve tartışma, sağlıkla ilgili bilgileri okuma, kendisi ya da ailesinin sağlığı için kullanılan tıbbi cihazları kullanabilme (termometre, tansiyon ölçme aleti gibi) ilaçların dozunu ve zamanını ayarlayabilmek için gereklidir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık çıktıları arasındaki ilişki incelendiğinde, sınırlı düzeyde sağlık bilgisine sahip kişilerin hastaneye başvurma ve acil servisi kullanma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanımının bir sonucu olarak acil servisi daha fazla kullanma, sağlık bakım maliyetlerinin yükselmesiyle ilişkilendirilmektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Hastalar ve sağlık hizmeti kullanıcıları, geçmişte çoğu sağlık uzmanları tarafından yazılmış sınırlı düzeyde sağlık bilgisi ile karşılaşmakta idi. Bugün ise internet vb. teknolojik ilerlemeler ve sağlık sunucuların hastaları bilgilendirme ihtiyacının ortaya çıkmasını içeren toplumdaki son eğilimler ve nedeniyle çok çeşitli sağlık bilgileri mevcuttur. Güvenilir sağlık bilgilerine daha fazla erişim sağlanması, hastalar ve sağlık hizmeti tüketenler için küçük ya da büyük sağlık kararları verilmesinde somut faydalar sağlayabilir. Hastalar çoğu zaman bilgi sahibi olmadıkları tedavi seçenekleri hakkında büyük miktarda, kafa karıştırıcı ya da çelişkili durumla karşı karşıya kalırlar. İnsanlar kendilerinin, ailelerinin ya da toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için tavsiyeler, uyarılar ve yönergeleri anlamalıdır. Aynı zamanda, güvenli ve uygun sağlık hizmeti almalarını sağlamak için aktif bir şekilde yer almalıdırlar (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Daha da önemlisi, sağlık hizmeti talebi olanların hepsinin, başvurusu ile ilgili konuda bilgi ve yeterliliğinin olduğu kabul edilmektedir. Sağlık bilgisinin ve sağlık okuryazarlığının önemi geçmişe kıyasla bugün daha çok önem kazanmıştır. Diğer taraftan sağlık konusundaki bilgileri iletmek bugün daha zordur. Bu durumun başlıca nedenleri (Tanrıöver ve ark., 2009):

- Karmaşık tanı koyma sürecinin olması,
- Sürekli yeni araştırmaların yapılması ve bu araştırma bulgularının çokluğu,
- Genel okuryazarlık düzeyinin sınırlılığı,

- Kültürel farklılıkların etkisi,
- Yaş nedeniyle ortaya çıkan fiziksel ve bilişsel değişimler,
- Dinleme,  ğrenme ve hatırlamayı etkileyebilecek çeşitli duygusal durumlardır.

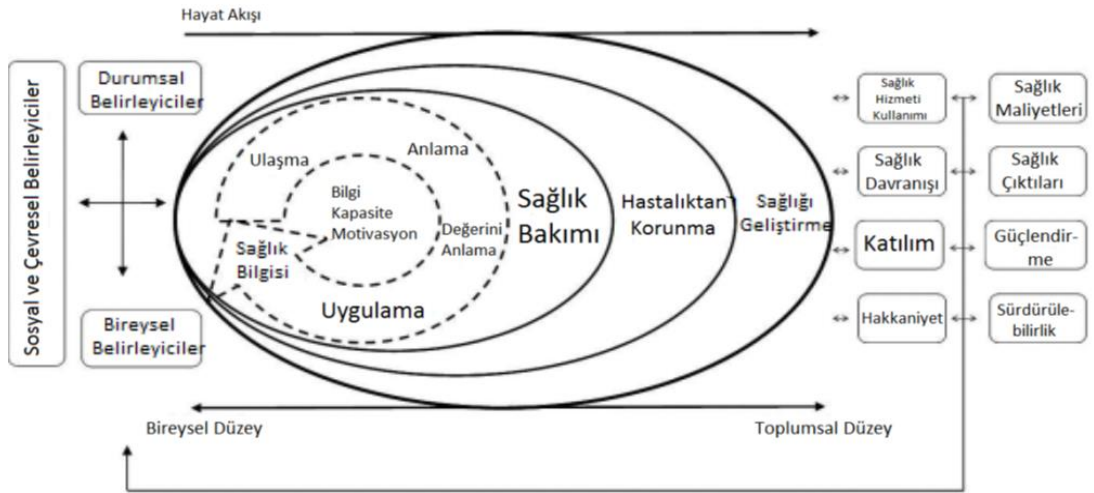
1.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığı farklı kuruluşlar tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Ancak sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak, sağlık bilgisi elde etme, elde edilen bilgiyi kullanma ve eğitim programları ile geliştirilmesinden oluşan bir dizi bireysel beceri olarak değerlendirilmesi düşüncesi ön plana çıkmaktadır (Baker, 2006).

HLS-EU mevcut kavramsal modellerin temel boyutlarını yakalayan entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli önermiştir. Önerilen model, sağlık okuryazarlığının ana boyutlarını özetleyen kavramsal bir modelin özelliklerini (Şekil 1.1'deki ortadaki merkezleri bir oval şekli temsil etmektedir) birleştiren ve sağlık okuryazarlığını etkileyen proksimal ve distal faktörlerin yanı sıra sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçlarını birbirine bağlayan yolları gösteren mantıksal bir modeldir (Sörensen ve ark., 2012).  zet olarak model, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçleriyle ilgili insanların yetkinliklerini gerektirmektedir. Bu süreçteki dört yetkinlik aşığıdaki gibidir (Sörensen ve ark., 2012).

1. Ulaşma, sağlık bilgi arama, bulma ve elde etme becerisini ifade eder.
2. Anlama, erişilen sağlık bilgisini kavrama becerisini ifade eder.
3. Değerlendirme, erişilen sağlık bilgisini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değerlendirme becerisini tanımlar.
4. Uygulama, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi için karar vermek üzere bu bilgileri kullanma ve iletişim kurma becerisini ifade eder.

Bu yetkinliklerin her biri, sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil eder, belirli bilişsel nitelikler gerektirir ve sağlanan bilgilerin kalitesine bağlıdır (Sörensen ve ark., 2012).



Şekil 1.1. HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (Sørensen ve ark., 2012).

Kavramsal model, sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olmak üzere üç alan ve sağlıkla alakalı bilgi ile ilgilenmenin dört modu (ulaşım / edinme, anlama, değerini anlama / yargılama / değerlendirme ve uygulama/kullanma) arasında ayırma yapmaktadır. Üç alan ve dört modu birleştiren 12 hücreli bir 3*4 matrisi, her bir hücrenin sağlık okuryazarlığının 12 teori temelli alt boyutlarından biri olarak yorumlanabileceği şekilde ortaya çıkmaktadır (Çizelge 1.3).

Çizelge 1.3. HLS-EU Kavramsal Modeline Dayalı Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Matrisi ((Sørensen ve ark., 2012).

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Sağlıkla İlgili Bilgileri Değerlendirme	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Uygulama/Kullanma
Sağlık Bakımı	1. Tıbbi ya da klinik konularda bilgilere erişme	2. Tıbbi bilgiyi anlama ve anlam kazanma becerisi	3. Tıbbi bilgiyi yorumlayabilme ve değerlendirebilme	4. Tıbbi konular hakkında bilinçli kararlar alma becerisi
Hastalıktan Korunma	5. Risk faktörleri hakkında bilgiye erişebilme	6. Risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olma ve anlam kazanma	7. Risk faktörleri üzerinde bilgi yorumlama ve değerlendirme becerisi	8. Risk faktörleri ile ilgili bilgilerin doğruluğunu yanlışlığını değerlendirme
Sağlığı Geliştirme	9. Sağlık ile ilgili konularda kendini güncelleme becerisi	10. Sağlık ile ilgili bilgileri anlama ve anlam kazanma	11. Sağlıkla ilgili konularda bilgi yorumlama ve değerlendirme yeteneği	12. Sağlık konularında yansıtılan bir görüş oluşturma yeteneği

Sağlık okuryazarlığı birçok etkenin bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıkan bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığının ortaya çıkması ve gelişmesi için belirli durumların gerçekleşmesi gerekmektedir. Bunlardan ilki bireyin mevcut eğitimi, bilgi ve okuduğunu anlama düzeyidir. İkinci bireyin sağlık konusunda eğitim alması ve eğitim sonrasında bilgi ve yeteneğini geliştirmesidir. Uygulanacak sağlık eğitimi kişinin öz yönetim ve sosyal becerilerinin gelişmesini sağlayacaktır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının gelişmesi kişinin sağlık davranış ve uygulamalarının değişmesine neden olur. Bireylerin kendi sağlığı konusunda doğru davranışlar sergilemesi toplumun sağlığının gelişmesine katkı sağlayacaktır (Nutbeam, 2000).

1.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Kişinin kendi sağlığını yönetebilmesinde kritik öneme sahip olan sağlık okuryazarlığı konusunda Weiss ve ark. (2005), sağlık çalışanlarının vital bulguları olduğu gibi hastaların sağlık okuryazarlığı bilgi düzeylerini de değerlendirmeleri gerektiğini önermişlerdir. Bu öneri sağlık görevlilerinin bir hizmet sunumundan sonra (tansiyon, ateş, solunum, nabız ölçme gibi) hastaların bilgi düzeyleri konusunda geri bildirim almasını ifade etmektedir. Hastaların sağlık bilgi düzeylerinin belirlenmesi, hastaların sağlık bilgisi düzeylerinin artırılması, hastalıkla baş etme yeteneğinin geliştirilmesi ve olumlu sağlık çıktılarına neden olacağı için bir ihtiyaçtır. Sağlık okuryazarlığı sayesinde insanlar (Ratzan, 2001);

1. Sağlık sistemi ile ilgili bilgileri bilme, karmaşık sağlık formlarını anlama ve doldurabilme, sağlık hizmeti ve sunucularını konumlayabilme yeteneği kazanır.
2. Kendi sağlık öykülerini hizmet sunucularına doğru aktarabilmeyi öğrenir.
3. Kişisel bakım ve kronik hastalıkların yönetiminde sürecin aktif katılımcısı olur.
4. Sağlık ile ilgili ihtimal ve risk gibi kavramları daha kolay anlayabilirler.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgiler değerlendirildiğinde, bu bilgilerin ister elektronik ortamda isterse de sağlık hizmetinin alındığı ortamda olsun oldukça önemli

olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması durumunda elde edilen bilginin güvenilirliği sorgulanacak, bunun bir sonucu olarak doğru ve güvenilir bilgiye erişim hızlanacaktır. Ayrıca sağlık hizmeti alımında ve tedavi süreci boyunca sağlık personeli ile uygun iletişim kurulacaktır (Türkoğlu, 2016).

Sürdürülebilir sağlık sisteminin kurulması ve toplum sağlığının geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığı büyük önem taşır. Bireyin ve dolayısıyla toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi, ülkenin sağlık politikalarının temel hedeflerinden biri olmalıdır (Tanrıöver ve ark., 2009).

1.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Günümüzde hastaların tedavi sürecine katılımının kritik öneme sahip olduğu vurgulanmakta, hastaların sağlık hizmet sürecine katılımı sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Özellikle kronik hastalıklar söz konusu olduğunda hastaların öz bakımı daha önemli hale gelmektedir. z bakımın tedavi üzerindeki etkisi sağlık okuryazarlığı düzeylerinin oluşmasına neden olmaktadır (Ishikawa ve ark., 2008). Nutbeam (2006) okuryazarlık kavramına ilişkin fikirler bağlamında üç farklı okuryazarlık düzeyi modeli geliştirmiştir. Bunlar;

1. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı
2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı
3. Kritik sağlık okuryazarlığıdır.

Eğitim, sağlık okuryazarlığı ve diğer sağlığın geliştirilmesi ıktıları arasında bir ilişki vardır. Örneğin sağlık okuryazarlığının gelişmiş olması, sağlıklı bir yaşam tarzı seçimi ve tedaviye uyum da dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde kullanılmasını destekleyebilir. Diğer taraftan, kritik sağlık okuryazarlığına ulaşmaya yönelik eğitim programları, toplumsal eylem kapasitesini artıracak ve bu da toplumsal politikanın değişmesine ve sağlıkla ilgili örgütsel uygulamalara ynlendirilebilecektir. Toplum geliştirme programları yoluyla uygulanacak sağlık eğitimi, bireysel yaşam

tarzlarına ve sağlık sistemi kullanımına yönelik programların yanı sıra tüm nüfusun sağlığına fayda sağlayabilecek olan sağlık, sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileri değiştirmeye yönelik olabilir (Nutbeam, 2006).

1.3.5.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, sağlık riskleri ile ilgili gerçek bilgilerin iletişimine ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına dayalı geleneksel sağlık eğitimi sonuçlarını yansıtmaktadır. Bu yönde gerçekleştirilen faaliyetler genellikle bireysel fayda sağlasa da aşı ve tarama programlarına katılımın teşvik edilmesiyle toplumsal fayda yönünde de yönlendirilebilir. Bilgilendirici broşürlerin basılması ve geleneksel hasta eğitimi bu kapsamda değerlendirilebilir (Nutbeam, 2006).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı insanın sağlık bilgilerine erişimini ve bunları etkili bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirmede büyük önem taşımaktadır. Bu okuryazarlık düzeyi daha genel okuma yazma seviyelerine bağlıdır. Genel okuryazarlık seviyesinin düşük olması, insanların sağlığı hakkında kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini kısıtlayarak ve sağlık okuryazarlığını kendisinin geliştirilmesini engelleyerek doğrudan etkileyebilir (Bilgel ve ark., 2017).

Yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, reçeteler, randevu kartları, ilaç etiketleri ve sağlık hizmetini kullanma yönergeleri gibi sağlıkla ilgili malzemeleri okuma yazma becerilerini uygulayabilme anlamına gelir (Parker ve ark., 1995).

Bu düzeyde bireyin karşı karşıya kalabileceği en önemli sorun, kendi durumu ile ilgili faydalanabileceği temel bilgi kaynaklarına karar vermek, bunlara nasıl ulaşacağı, ulaştığı bilgiler ile kendi sağlığını yönetmesine yardımcı olacak mevcut sağlık sistemini nasıl kullanacağıdır (Bilgel ve ark., 2017).

1.3.5.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

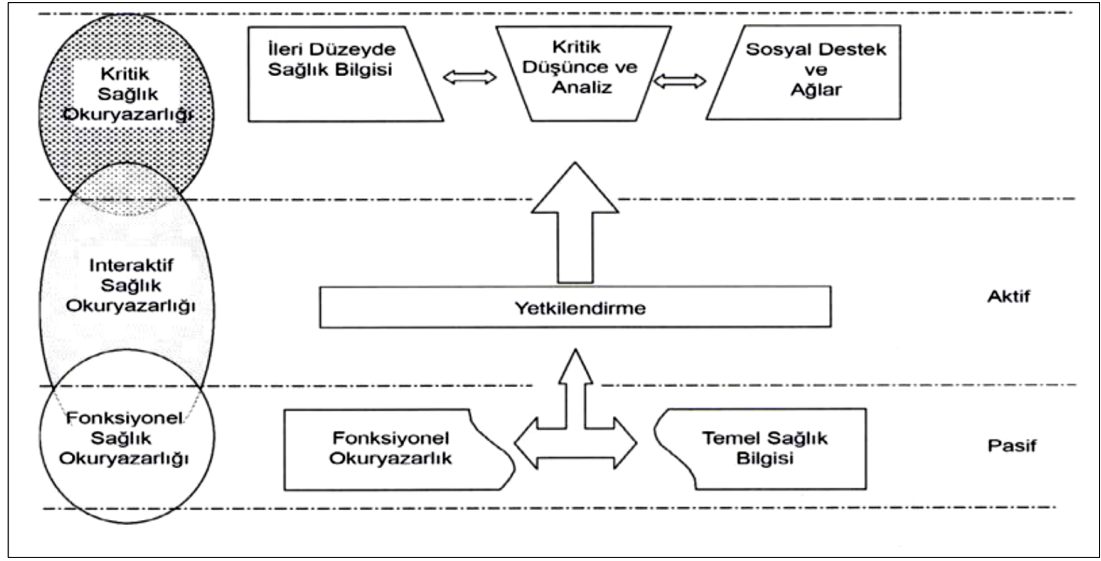
İnteraktif sağlık okuryazarlığı son 20 yıl içinde gelişen sağlık eğitimi yaklaşımının sonuçlarını yansıtmaktadır. Bu okuryazarlık türü, destekleyici bir ortamda kişisel becerilerin geliştirilmesine odaklanmıştır. Bu faaliyetlerin neticesi toplumsal faydadan çok bireysel fayda ile sonuçlanmaktadır. Kişisel ve sosyal beceri gelişimine ve davranışsal sonuçlara yönelik birçok okul sağlığı eğitimi programı bu tür faaliyetlere örnek olarak verilebilir (Nutbeam, 2006). Bu yaklaşım, bireylerin sahip oldukları bilgi sayesinde bağımsız hareket etmesine, motivasyon ve özgüven geliştirmesine yöneliktir (Özdemir ve ark., 2010).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendine yararlı bilgileri seçebilmesi, iletişiminin güçlenmesi, toplumsal koşullardaki ve sağlık sistemlerindeki değişimleri kavraması ve uygulamasını içermektedir (Tones, 2002).

1.3.5.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Kritik sağlık okuryazarlığı etkin sosyal ve politik eylemlerin yanı sıra bireysel eylemi desteklemeye yönelik bilişsel ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtmaktadır. Bu paradigmanda sağlık eğitimi, sağlıkla ilgili sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileri dikkate alan çeşitli eylem biçimleri ile ilgili bilgi iletişimi ve beceri geliştirmeyi içerebilir. Bu tür sağlık okuryazarlığı, bireye sağlanan faydalar yanında, toplumsal faydalarla da bağlantılı olabilir (Nutbeam, 2006). Bu nedenle eğitim programları hazırlanırken, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerini etkilemek amaçlanmalıdır. Bu amaçla hazırlanacak eğitimler, bireysel ve toplumsal kapasiteyi arttırmaya yönelik sonuçlar verecektir (Sadeghi ve ark., 2013).

Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin her biri etkili sağlık politikalarının oluşturulabilmesi ve uygulanmasında etkili bir araç olarak kullanılabilir. Bu politikaların oluşturulabilmesi için öncelikli olarak toplumun temel okuryazarlık seviyesinin ölçülmesi gerekmektedir (Türkoğlu, 2016).



Şekil 1.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Birey (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

1.3.6. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemede Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi amacıyla çeşitli testler ve ölçüm araçları geliştirilmiştir. Sağlık sisteminin karmaşıklığı ve sağlık okuryazarlığı üzerinde çok sayıda girdi ve çıktının etkili olması, sağlık okuryazarlığının ölçülebilmesiyle ilgili tartışmalara neden olmuştur (Haesum ve ark., 2015). Bu eleştirilere karşın sağlık okuryazarlığının ölçülmesine yönelik testler geliştirilmekte ve uygulanmaktadır (Türkoğlu, 2016; Sayah ve Williams, 2012). Sağlık okuryazarlığını belirlemek amacıyla geliştirilen bu araçların gelişimi, yapısı, kapsamı ve ölçüm özellikleri birbirinden farklılık göstermektedir (Sayah ve Williams 2012). Ölçüm araçlarının değerlendirilmesi dört ana boyuta göre gerçekleştirilir (Peiravian ve ark., 2014). Bu boyutlar aşağıda açıklandığı gibidir.

Kelime Tanıma Testleri: Geniş Aralık Başarı Testi-Revize (WRAT-R), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-Kısa Formu (REALM-SF), İspanyol Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirmesi (SAHLSA-50) ve Tıbbi Terminoloji Başarılı Okuma Testi (MART) (Peiravian ve ark., 2014).

Okuma-Anlama Testleri: Bu testler çoğunlukla eğitim ortamlarında kullanılır (Peiravian ve ark., 2014).

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık Testleri: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) ve En Yeni Vital Bulgu Testi (NVS) (Peiravian ve ark., 2014).

İnformal Testler: Bu testler klinik ortamlarda kullanılabilen üç dört maddeden oluşan sağlık okuryazarlığın testleridir (Peiravian ve ark., 2014; Sayah ve Williams 2012).

1.3.7. Yetersiz/Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan bireyler, sağlık personelinin konuşmalarını, elektronik ortamdaki bilgileri, sağlık hizmeti sunucularının ilettiği bilgileri ve hasta eğitimi için hazırlanmış broşürleri anlamada zorluk yaşadıklarını ifade etmektedir. Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığı, hastaların tedaviye uyum sağlamalarında, kendi sağlık durumlarını ve hastalık semptomlarını doğru biçimde ifade etmelerinde de sorun yaşamalarına neden olmaktadır (Williams ve ark., 2002). Hastalar, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu düşündüren çeşitli davranışlar sergilemektedirler. Bunlar şu şekilde özetlenebilir (Yılmazel, 2014):

- Sağlık personelinden yardım talep etme,
- Hastaneye başvurmak için yanında birisine ihtiyaç duyma,
- Randevulara uymama,
- Bahanelere başvurma (Gözlüklerim yanımda değil),
- İlaç kullanımı ya da tedaviye uyum sağlayamama,
- Tavsiye edilen müdahalelere yanlış uyum gösterme,
- Karar vermeyi erteleme (Ben bunu eve gittiğimde okuyacağım gibi),
- Diğer insanları takip etme (Davranışları taklit etme).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, yetersiz sağlık okuryazarlığı ile hastaların bilgi, sağlık davranışları, sağlık sonuçları ve tıbbi maliyetleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (Baker, 2006). Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin diğerlerine göre daha fazla hastane ve acil servise başvurdukları görülmüştür. Ayrıca bu kişilerin

hastanede yatış süreleri daha uzun, gereksiz yapılan tetkikleri daha fazla ve hastane masrafları daha yüksektir. Bunun bir sonucu olarak sağlık sunucuların gereksiz kullanımı ve iş gücü kaybı ortaya çıkmakta, ayrıca artan sağlık harcamaları ekonomik açıdan gereksiz yük oluşturmaktadır (Eichler ve ark., 2009).

Hastalıklar açısından değerlendirildiğinde ise sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olanlara göre koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bireylerin kronik hastalıkların yönetiminde daha başarısız olduğu, morbidite ve mortalite oranlarının ise daha yüksek olduğu görülmüştür (Baker ve ark., 1998).

Sınırlı ya da yetersiz sağlık okuryazarlığının birey, toplum ve sağlık sistemi üzerindeki olumsuz etkileri (Tanrıöver ve ark., 2009);

- Daha sağlıksız yaşam,
- Kronik hastalıklar konusundaki eksikliğin (hipertansiyon, diyabet vb.) bir sonucu olarak verilen eğitimleri anlamada zorlanma,
- Sağlığını koruma ve koruyucu sağlık hizmetleri konusundaki bilgi eksikliği ve bu hizmetleri yeterli düzeyde kullanamama (aşılar, tarama, egzersiz programları vb.),
- Acil servis kullanımında ve hastane yatışlarında artış,
- Verilen tedaviye uygun davranmada güçlük yaşama (ilaç tedavisine, kontrollere uyum vb.),
- İlaç uygulama hatalarında artış,
- Sağlık harcamalarında artış ve
- Mortalite oranlarında artış olarak ifade edilebilir.

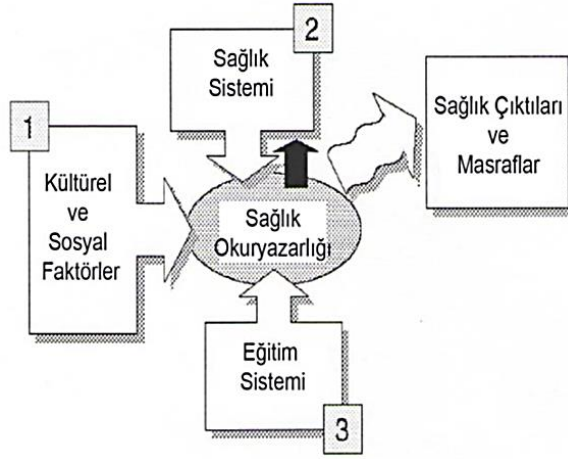
Sadeghi ve ark. (2013) azalmış ve yeterli sağlık okuryazarlığına ilişkin olası etkileri Çizelge 1.4'deki gibi özetlemiştir.

Çizelge 1.4. Sağlık Okuryazarlığının Etkileri

Azalmış Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı
Hastalık ve hastalık yönetimi hakkında daha az bilgi	Sağlıkla ilgili faktörlerin farkındalığında artış
Hastalığın önlenmesine ilişkin bilgilerin bulunamaması	Daha fazla korunma ve sosyal eylem
Tıbbi bilgiyi anlama becerisinde azalış	Hastalıkların önlenmesinde artış
Utanma ve ayıp olacak hisleri nedeniyle anlama adına soru sormama olasılığında artış	Sağlık ile ilgili bilgilere erişme ve hizmetleri kullanma becerisinde artış
Öz yönetim yeteneğinde azalış	Sağlık hizmeti sunucuları ile daha iyi iletişim
Sağlığı hakkında karar alma sürecine katılma olasılığında azalma	Uzmanların önerilerine uyma olasılığında artış
Reçeteyle satılan ilaç etiketlerinin yanlış okunması ve ilaç kullanma hataları olasılığında artış	Daha iyi hastalık yönetimi
Tedavi önerilerine uyum oranında azalış	Sağlık durumunun iyileşmesi
Hastaneye kaldırma ihtimalinde yükseliş	Hastaneye yatma ihtimalinde azalış
Sağlık sistemi üzerinde yük artışı	Sağlıkta eşitsizliğin ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin önündeki engellerde azalış

1.3.8. Sağlık Okuryazarlığının Etkileşim Alanları

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin oluşmasında ve şekillenmesinde eğitim sisteminin, kültürel yapının, toplumsal faktörlerin ve sağlık sisteminin yapısının etkileri bulunmaktadır. Bu faktörlerin tümü belirli oranlarda sağlık sonuçlarını ve sağlık nedeniyle oluşan maliyetleri etkilemektedir. Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı, bireylerin içinde bulunduğu sağlık sistemi, eğitim sistemi, iş, aile, toplumun sosyal ve kültürel aktörleri ile etkileşiminin bir sonucu olarak şekillenmektedir (Kutner ve ark., 2006). Şekil 1.4’de, sağlık okuryazarlığı konusunda sorumluluk alması gereken ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin oluşturulmasında etkili olan üç önemli sektör gösterilmiştir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).



Şekil 1.3. Sağlık Okuryazarlığına Etkisi Olan Potansiyel Müdahale Alanları (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Sağlık okuryazarlığı bağlamını oluşturan sektörler kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemidir. Bu sektörler, hem sağlık okuryazarlığı geliştirmek için hem zorlukları hem de fırsatları sunan müdahale noktaları sağlamaktadır. Gösterilen ilişki nedensel bir model değildir. Sağlık okuryazarlığının muhtemel belirleyicileri tedavi edilmesi zor sağlık sorunları kadar çeşitli ve karmaşıktır. Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki nedensel ilişkiler henüz belirlenmemiş olsa da, birikimli ve tutarlı bulgular, nedensel bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu faktörler arasındaki nedensel ilişkilerin doğasını belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Bireyin öz bakımı da sağlık okuryazarlığının etkileşim alanlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bireyin öz bakımı, bireyin hastalık belirtilerini yönetebilmesi, tedaviye yönelik sorumluluklarını alabilmesi ile sağlık ve iyilik halinin devam etmesini sağlayacak görevlerini yerine getirmesi olarak açıklanmaktadır. Bireylerin karmaşık sağlık bilgilerini anlayacak ve uygulayacak öz bakım yeteneklerinin olması beklenmektedir (Türkoğlu, 2016).

1.3.9. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Ülkemizde sağlık okuryazarlığının belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Yapılan çalışmaların sonuçlarında ise sağlık okuryazarlık

düzeyinin oldukça düşük olduğu ifade edilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010). Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı tarafından 2005 yılından beri sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla, “Gençlere Sağlık” eğitimi kapsamında bireylerin sağlık bilgisinin geliştirilmesine yönelik olarak çalışmalar yapılmaktadır. Verilen eğitimler içerisinde; hijyen, sağlık, bağımlılık, beslenme, kazalardan korunma, sağlık hakkı ile ilaç kullanımı gibi temel sağlık eğitimi ve uygulamalarına yönelik bilgiler verilmektedir (Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı, 2005).

Türkiye’de sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, 15 sorudan oluşan bir sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır. Erişkinlerin yarısının sağlık okuryazarlığı bakımından yeterli bulunduğu çalışmada, kırsal ya da kentsel yaşamın, sosyal sınıfın, eğitim düzeyinin ve medyayı takip etmenin sağlık okuryazarlığını etkilediği bulunmuştur. Ayrıca çalışmada düşük sağlık okuryazarlığın, sağlıkla ilgili bilgileri anlama, prosedür ve talimatları uygulamada ve sağlık hizmetlerine erişimde olumsuz etkilere neden olduğu tespit edilmiştir (Dündar ve Dede, 2012).

Tanrıöver ve arkadaşları (2014), tarafından “Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesi” amacıyla bir çalışma yürütülmüştür. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçeklerinin kullanıldığı çalışma, 23 ilde rastgele seçilen 4924 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Türkiye’nin sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak tespit edilmiştir. Toplumun %64,6’sının yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı saptanmıştır. Ülkemizde yaklaşık 53 milyon erişkinin olduğu değerlendirildiğinde, 35 milyon civarında kişinin yetersiz ya da sorunlu okuryazarlık durumunda olduğu söylenebilir. Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonuçları Çizelge 1.5’te gösterilmiştir.

Çizelge 1.5. Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı ve Sayısı (Tanrıöver ve ark., 2014).

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Her Bir Düzeydeki Erişkinlerin Oranı (yüzde)	Karşılık Gelen Erişkin Nüfus (milyon)
Yetersiz	24,5	13,2
Sorunlu	40,1	21,6
Yeterli	27,8	15,0
Mükemmel	7,6	4,1

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, Türkiye’de sağlık okuryazarlığının sorunlu olduğu ve sağlık sistemindeki iyileştirme ve kalite geliştirmeye yönelik yapılacak çalışmaların başarısında, öncelikli olarak toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesine yönelik girişimlere ihtiyaç olduğunu göstermiştir (Tanrıöver ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 yılında yayınlanan ‘Health Literacy Around the World’ isimli raporda, Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin genel sağlık okuryazarlık düzeyleri ülkeler arasında farklılıklar gösterilmiştir. Raporda ayrıca üye ülkelerin kendi sınırları içerisindeki sağlık okuryazarlık düzeyleri de yayınlanmıştır. Buna göre, Almanya’nın yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi yaklaşık %54 iken İspanya’nın sağlık okuryazarlık düzeyi %41 olarak bulunmuştur. Tanrıöver ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen çalışmada ise Türk toplumunun “yeterli” ve “mükemmel” sağlık okuryazarlık düzeyi toplamı yaklaşık olarak %35 olarak tespit edilmiştir. Bu oran Avrupa ülkeleri ortalaması ile kıyaslandığında oldukça geride yer almaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığın Amerikalı yetişkinlerin %50’sini etkilemekte olduğu ve bu durumun kaliteli sağlık hizmetini engellediği ifade edilmektedir (Andrus ve Roth, 2002).

1.3.10. KOAH ve Sağlık Okuryazarlığı

Son yıllarda hastalar ve ailelerinin eğitime yönelik verilen önem artmaktadır. Bireylerin sağlık konusunda bilgi sahibi olması, mevcut iyilik halinin devam

ettirilmesi ve anksiyeteden korunmada ayrıca, bir hastalıkla karşılaşmaları durumunda ise hastalığa ilişkin bilgileri anlama ve hastalığı yönetmede kritik öneme sahiptir (Ishikawa ve ark. 2008).

KOAH ve diğer kronik hastalıklarda, yetersiz sağlık okuryazarlığının kaynak kullanımı ve sağlık sonuçları üzerindeki etkisi giderek daha fazla kabul edilen bir konu olmaktadır. Okuryazarlık becerileri yetersiz olan hastaların sağlık bilgilerine erişme, anlama ve uygulama konusunda önemli engellerle karşı karşıya olduğu göz önüne alındığında, sağlık okuryazarlığının sağlık uygulayıcıları tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Risk altındaki toplumlarda sağlık okuryazarlığına ilişkin testler uygulanırken kültür ve kullanılan dilin test sonuçları üzerindeki etkisine dikkat etmelidir (Sadeghi ve ark., 2013).

KOAH'lı hastalarda azalmış sağlık okuryazarlığı, hipofiz ile ilişkili soyut akıl yürütme ve hafıza bozukluklarının yanı sıra, öğrenme, anlama ve karar verme yeteneğini etkileyen ikincil depresyon ve anksiyete bozuklukları ile de karışabilir. Astım ve KOAH'lı hastalarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgi çok sınırlı iken, yetersiz okuryazarlık astım bilgisi ve öz bakımın önündeki bir engel olarak tanımlanmıştır. Her iki grup da ilaca bağlılık için geliştirilmiş eğitimden yarar görmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığının yaşlı nüfusta daha yaygın olduğu göz önüne alındığında, KOAH'lı olanlar özellikle risk altında olabilir (Sadeghi ve ark., 2013).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kronik hastalığa sahip bireyler, yeterli sağlık okuryazarlığı olanlara kıyasla hastalığın altta yatan durumlarını anlamada, semptomlarını yönetmekte ve sağlık durumu hakkında bilgiye sahip olmada daha olumsuz bir durumdadır. Ayrıca bu hastalar verilen tıbbi tavsiyelere daha iyi uyum sağlayamamakta ve bu hastaların hastaneye yatış oranları yükselmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalık bilgisi arasındaki ilişki, astımı, diyabeti, kalp yetmezliği ve hipertansiyonu olan hastalar ile de benzerlik göstermektedir (Sadeghi ve ark., 2013).

Bireyler arasındaki dil kökenli, yaşlılık, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum ve sağlık hizmetlerine erişim gibi farklılıklar duruma olumsuz yönde katkı sağlamaktadır. Sağlık hizmeti veren ve alan arasındaki bilgi asimetrisi ise bilginin alınırken önemli ölçüde kaybolmasına ya da yanlış anlaşılmasına neden olmaktadır (WHO, 1998; Kutner ve ark., 2006). Sağlık hizmeti sunucuları, hasta ihtiyaçlarına yönelik bireysel hizmet sunmak amacıyla danışmanlık ve eğitim etkinliklerini değerlendirebilmede KOAH sağlık okuryazarlığı ölçeği ile elde edilen hasta yanıtlarından toplanan bilgileri kullanabilirler. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların eğitim ihtiyaçları hastaya özgü olmalıdır (Maples ve ark., 2009).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 01.11.2017-06.02.2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvuran, 18 yaş ve üzeri olan ve KOAH tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Aslantekin (2012) tarafından yapılan “Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tip II Diyabetli Hasta Örneği)” adlı benzer çalışmadan faydalanılmıştır. Araştırmada örneklem büyüklüğü, tip 1 hata (alfa) %5 ve tip 2 hata (beta) %10 düzeyinde tespit etmeye imkân tanıyacak şekilde belirlenmiştir. Alt gruplardan hastalık süresi temel alınarak yapılan güç analizinde, örneklem büyüklüğü 222 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamında 250 hastayla görüşülmüş, çalışmaya katılmayı kabul eden 228 hasta ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

2.4. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Seçim Kriterleri

- Hastaların 18 yaş ve üzerinde olması
- Hastaların gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmesi

- KOAH tanısı alma süresinin 6 (altı) ay ve daha fazla olması
- İşitme ve konuşma engelinin olmaması
- İletişim (dil) engelinin olmaması

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

2.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Kişisel Tanımlayıcı Özelliklere Ait Değişkenler; Yaş, Cinsiyet, Medeni durum, Öğrenim durumu, Çalışma durumu, Algılanan ekonomik durumu

Hastalıkla İlişkili Özelliklere Ait Değişkenler; KOAH dışında kronik bir hastalığı olma durumu, Sürekli kullanılan ilaç, Tütün ve mamüllerini kullanma durumu, Beden Kitle İndeksi (BKİ), Sosyal güvenceye sahip olma, En uzun süre yaşanan yerleşim yeri, Hastalık süresi, Son 1 yılda KOAH veya başka nedenle hastaneye yatma durumu

2.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Genel Sağlık Okuryazarlık Bilgi Puan Ortalamaları
- KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puan Ortalamaları

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatür incelemesi sonucu araştırmacı tarafından oluşturulan Durum Tanılama Bilgi Formu ile toplanmıştır. Durum Tanılama Bilgi Formu dört bölümden oluşmaktadır:

- 1) *Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu*: Bu form hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çocuğunun olup olmadığı, aile tipi, sağlık güvencesi, vücut ağırlığı, mesleği, ekonomik durumu, oturduğu evin tipi ve en uzun süre yaşadığı yer ile ilgili bilgileri içeren 14 sorudan oluşmaktadır.
- 2) *Sağlık Durumu Bilgi Formu*: Bu form hastanın KOAH dışında ek kronik bir hastalığı olma durumu, sürekli kullanılan ilaç, tütün ve mamüllerini kullanma durumu, beden kitle indeksi (BKİ) sosyal güvenceye sahip olma, en uzun süre yaşanan yerleşim yeri, hastalık süresi, son 1 yılda KOAH veya başka nedenle hastaneye yatma durumu ile ilgili bilgileri içeren, hastanın genel sağlık durumunu ve hastalığına ilişkin bilgileri sorgulayan, sözel beyana göre cevaplanan 8 sorudan oluşmaktadır.
- 3) *Genel Sağlık Okuryazarlık Bilgi Formu*: Bu form hastanın sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu, hastaneye tek başına gidebilme durumu, evde ilaçlarını düzenli kullanma durumu, evde ilaçlarını yardımsız kullanabilme durumu, ilaç kutuları üzerindeki tüm talimatları anlama durumu, ilaç prospektüslerindeki bilgileri anlama durumu, hastanede doktor/hemşirenin hastalığı ile ilgili verdiği bilgileri anlama durumu, hastaneden verilen form ve eğitim materyallerini (broşür, kitapçık) anlama durumu gibi hastanın genel sağlık durumunu yönetebilme becerilerini sorgulayan 8 sorudan oluşmaktadır. Genel Sağlık Okuryazarlık Bilgi Formundaki soruların ifadeleri Hiçbir Zaman 0, Nadiren 1, Bazen 2, Çoğu Zaman 3, Her Zaman 4 puanlanarak elde edilen toplam puana göre Genel Sağlık Okuryazarlık Bilgi Puanı hesaplanmıştır. Hastaların bu formdan alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 32'dir. Bilgi formunun Cronbach Alfa güvenilirliği 0,762 olarak bulunmuştur.
- 4) *KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formu*: Hastanın hastalığını yönetebilme konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formunun oluşturulmasında White ve arkadaşları (2006) tarafından yayınlanan "Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ): Testing What We Teach Patients About COPD" çalışma ve "Global Strategy for the Diagnosis, Management and

Prevention of COPD'den (GOLD 2017) yararlanılmıştır. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formundaki yirmi sorudan oluşan ifadelere verilen doğru yanıtların 1, yanlış ve bilmiyorum yanıtlarının 0 olarak kodlanması ve ortalama alınarak 100 ile çarpılması sonucu KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı hesaplanmıştır. Hastaların bu formdan alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür. Bu bilgi formunun KR-20 güvenilirliği %86 olarak bulunmuştur.

2.7. Veri Toplama Süreci

- Araştırma verileri, hastaneye muayene veya kontrol amacı ile gelen, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar arasından ulaşılan hastalar ile yüz yüze görüşerek Durum Tanılama Bilgi Formu kullanılarak toplanmıştır.
- Hastalar ile görüşme, muayene sonrası poliklinik sekreterliği odasında yapılmıştır.
- Hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek Gönüllü Onam Formu doldurulması istenmiştir. Gönüllü Onam Formu iki nüsha doldurtulmuştur. Bir nüshası katılımcıya verilmiştir.
- Soru formlarındaki ifadeler araştırmacı tarafından hastaya sözel olarak sorulmuş ve alınan cevaplar araştırmacı tarafından soru formunda ilgili alanlara yazılmıştır.
- Bir hastadan veri toplama süresi ortalama 15 dakikadır.

Ön Uygulama: Durum Tanılama Bilgi Formunun ön denemesi 18 yaş ve üzeri KOAH tanısı alan 20 kişiye yapılmıştır. Anlaşılamayan sorularda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Ön denemede kullanılan Durum tanılama bilgi formları verilerin değerlendirilmesinde kullanılmamıştır.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları Polikliniklerine başvuran 6 ay ve daha uzun süredir KOAH tanılı ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hastalarla sınırlıdır. Durum Tanılama Bilgi Formunda yer alan soruların hastaların sözel beyanlarına göre cevaplanması araştırmanın sınırlılığıdır.

2.9. Araştırma ile İlgili Etik İzinler

Araştırmaya başlamadan önce Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden kurumsal izin alınmıştır. Durum Tanılama Bilgi Formunun uygulanacağı kişilerden yazılı/sözlü onam alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin ismi, telefon numarası, adresi vb. gibi kişisel bilgileri alınmamıştır.

2.10. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Bilgi puanları normal dağılıma sahip olmadığından Parametrik olmayan yöntemler tercih edildi. İki grup ortalamalarının karşılaştırılmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunduğunda, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. İki ortalama arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için Korelasyon Analizi yapıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

2.11.Çalışma Takvimi

	Ocak 2017					
	Şubat 2017					
	Mart 2017					
	Nisan 2017					
	Mayıs 2017					
	Haziran 2017					
	Temmuz 2017					
	Ağustos 2017					
	Eylül 2017					
	Ekim 2017					
	Kasım 2017					
	Aralık 2017					
	Ocak 2018					
	Şubat 2018					
	Mart 2018					
	Nisan 2018					
	Mayıs 2018					
	Haziran 2018					
	Temmuz 2018					
	Ağustos 2018					
	Eylül 2018					
	Ekim 2018					
	Kasım 2018					
	Aralık 2018					
	Ocak 2019					
	Şubat 2019					
	Mart 2019					
	Nisan 2019					
	Mayıs 2019					
	Haziran 2019					
	Temmuz 2019					
Tez Raporunun Hazırlanması						
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi						
Veri Toplama Süreci						
Literatür Tarama Genel Bilgilerin Oluşturulması						
Etik Kurul ve Kurum izinlerinin alınması						
Tez Önerisi Hazırlama						

3. BULGULAR

Bu tez çalışmasının bulguları aşağıdaki başlıklara göre sunulmuştur.

- Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlık ve KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgilerine İlişkin Bulgular.

3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş $\bar{X} \pm SS = 65,08 \pm 11,773$ Min – Maks = 20,00-89,00		
Cinsiyet		
Erkek	153	67,1
Kadın	75	32,9
Toplam	228	100
Medeni Durum		
Evli	142	62,3
Hiç evlenmedi	6	2,6
Boşanmış ya da Ayrı Yaşıyor	11	4,8
Eşi Ölmüş	69	30,3
Toplam	228	100
Öğrenim Durumu		
Okuma Yazma Bilmiyor	95	41,7
Okuma Yazma Biliyor	15	6,6
İlkokul	67	29,4
Ortaokul/İlköğretim	34	14,9
Lise ve Dengi Okullar	12	5,3
Üniversite	5	2,2
Toplam	228	100
Çocuk Varlığı		
Hayır	25	11,0
Evet	203	89,0
Toplam	228	100
Sağlık Güvencesi		
Var	224	98,2
Yok	4	1,8
Toplam	228	100

Çizelge 3.1. (Devam) Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	113	49,6
Geniş Aile	102	44,7
Parçalanmış Aile	13	5,7
Toplam	228	100
BKİ		
Zayıf	7	3,2
Normal	61	28,2
Fazla Kilolu	113	52,3
Obez	35	16,2
Toplam	216	100
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20	8,8
Çalışmıyor	208	91,2
Toplam	228	100
Ekonomik Durum		
Gelirim Giderimden Fazla	19	8,3
Gelirim Giderime Eşit	45	19,7
Gelirim Giderimden Az	164	71,9
Toplam	228	100
Evi Tipi		
Apartman Dairesi	159	69,7
Müstakil Ev	43	18,9
Gecekondu	24	10,5
Diğer	2	0,9
Toplam	228	100
Evin Isınma Sistemi		
Kalorifer/Kombi	177	77,6
Elektrikli Isıtıcı	2	0,9
Kömür Sobası	46	20,2
Diğer	3	1,3
Toplam	228	100
En Uzun Süre Yaşadığınız Yer		
Şehir Merkezi	144	63,2
İlçe	40	17,5
Köy	43	18,9
Yurt Dışı	1	0,4
Toplam	228	100

Çizelge 3.1’de araştırmaya katılan hastaların Sosyo-Demografik bilgilerine ilişkin bulgulara yer verildi. Çalışmaya katılan hastaların %67,1’inin erkek, %32,9’unun kadın olduğu saptandı. Hastaların %62,32’sinin evli, %2,6’sının hiç evlenmemiş, %4,8’inin boşanmış yada ayrı yaşıyor olduğu saptandı. Hastaların aile tiplerinin %49,6’sının çekirdek aile, %44,7’sinin geniş aile, %5,7’sinin parçalanmış aile olduğu ve hastaların %89,0’unun çocuğunun olduğu saptandı. Hastaların yaş ortalaması $65,08 \pm 11,77$ olarak bulundu.

Hastaların öğrenim durumlarının %41,7 okuma yazma bilmiyor, %6,6 okuma yazma biliyor, %29,4 İlkokul, %14,9 ortaokul/İlköğretim, %5,3 lise ve dengi okullar, 2,2 üniversite ve üstü olarak dağılım gösterdiği saptandı. Hastaların %98,2'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %91,2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %71,9'unun gelirinin giderinden az olduğunu ifade ettiği saptandı (Çizelge 3.1).

Hastaların en uzun süre yaşadığı yerin %63,2 şehir merkezi, %17,5 ilçe, %18,9 köy olarak dağılım gösterdiği ve %69,7'sinin apartman dairesinde, %18,9'unun müstakil evde, %10,5'inin gecekonduda yaşadığı saptandı (Çizelge 3.1).

3.2. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.2. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlık Durumu Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
KOAH Tanısı Konulduktan		
Sonra Geçen Süre $\bar{x} \pm SS = 98,75 \pm 70,13$ Min – Maks = 12,00-336,00		
Genel Olarak Sağlığını Değerlendirme		
Çok İyi	5	2,2
İyi	17	7,5
Orta	35	15,4
Kötü	82	36,0
Çok Kötü	89	39,0
Toplam	228	100
Görme Sorunu		
Hayır Yok	178	78,1
Evet, Yardımcı Cihaz Kullanmıyorum	46	20,2
Evet, Yardımcı Cihaz Kullanıyorum	4	1,8
Toplam	228	100
KOAH'dan Başka Bir Hastalık		
Var	44	19,3
Yok	184	80,7
Toplam	228	100
Son 1 Yıl İçerisinde Hastaneye Yatma		
Evet	193	84,6
Hayır	35	15,4
Toplam	228	100
Hastaneye Yatma Nedeni		
KOAH Atağı Nedeniyle	189	97,9
Diğer Nedenler	4	2,1
Toplam	193	100
Sigara Kullanımı		
Hayır, Kullanmıyorum	52	22,8
Bıraktım	118	51,8
Evet, Kullanıyorum	58	25,4
Toplam	228	100
Evde Konsantratör (Oksijen Cihazı) Varlığı		
Var	180	78,9
Yok	48	21,1
Toplam	228	100

Çizelge 3.2’de araştırmaya katılan hastaların sağlık durumu bilgilerine ilişkin bulgulara yer verildi. Hastaların %25,4’ünün halen sigara kullandığı, %51,8’inin sigarayı bıraktığı, %22,8’inin sigara kullanmadığı saptandı (Çizelge 3.2).

Araştırmaya katılan hastaların %20,8’inin görme sorunu olduğu ama yardımcı cihaz kullanmadığı, %1,82’sinin görme sorunu olup yardımcı cihaz kullandığı saptandı. Hastaların %78,9’unun evinde konsantratör (oksijen cihazı) olduğu saptandı. Hastaların genel olarak sağlık durumlarını kötü (%36,0) ve çok kötü (%39,0) olarak değerlendirdikleri saptandı (Çizelge 3.2).

Araştırmaya katılan hastaların KOAH tanısı alma süresi ortalaması $98,750 \pm 70,131$ (ay) olarak belirlendi. Hastaların %80,7’sinin KOAH’dan başka bir hastalığı olmadığı saptandı. Hastaların son 1 yıl içerisinde %84,6’sının hastaneye yattığı ve hastaneye yatma nedeninin %97,9’unun KOAH atağı nedeniyle olduğu saptandı (Çizelge 3.2).

3.3. Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlık ve KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgilerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3. Genel Sağlık Okuryazarlık (SOY) Bilgi Formuna Verilen Yanıtların Dağılımı

Cevaplar	Hiçbir Zaman		Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel SOY Bilgilerine Ait İfadeler										
Sağlık Kontrollerine Düzenli Gitme	3	1,3	21	9,2	31	13,6	129	56,6	44	19,3
Hastaneye Tek Başına Gitme	121	53,1	41	18,0	25	11,0	31	13,6	10	4,4
Evdeki İlaçları Düzenli Kullanma	6	2,6	12	5,3	18	7,9	84	36,8	108	47,4
Evde İlaçları Yardımsız Kullanabilme	65	28,5	57	25,0	45	19,7	46	20,2	15	6,6
İlaç Kutuları Üzerindeki Tüm Talimatları Anlayabilme	107	46,9	40	17,5	45	19,7	22	9,6	14	6,1
İlaç Prospektüslerindeki Bilgileri Anlayabilme	148	64,9	16	7,0	31	13,6	18	7,9	15	6,6
Doktor/Hemşirenin Hastalık ile İlgili Verdiği Bilgileri Anlayabilme	45	19,7	28	12,3	87	38,2	52	22,8	16	7,0
Hastaneden Verilen Form ve Eğitim Materyallerini anlayabilme	106	46,5	36	15,8	43	18,9	29	12,7	14	6,1

Çizelge 3.3'te hastaların Genel Sağlık Okuryazarlık Bilgi Formundaki sorulara verilen cevapların dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların “sağlık kontrollerinize düzenli gidiyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar, %1,3 hiçbir zaman, %9,2 nadiren, %13,6 bazen, %56,6 çoğu zaman, %19,3 her zaman şeklinde olmuştur. Hastaların “hastaneye tek başınıza gidebiliyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar %53,1 hiçbir zaman, %18,0 nadiren, %11,0 bazen, %13,6 çoğu zaman, %4,4 her zaman şeklinde olmuştur.

Hastaların “evinizde ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar %2,6 hiçbir zaman, %5,3 nadiren, %7,9 bazen, %36,8 çoğu zaman, %47,4 her zaman şeklinde, “evde ilaçlarınızı yardımsız kullanabiliyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ise %28,5 hiçbir zaman, %25,0 nadiren, %19,7 bazen, %20,2 çoğu zaman, %6,6 her zaman şeklinde olmuştur.

Hastaların “ilaç kutuları üzerindeki tüm talimatları anlayabiliyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar %46,9 hiçbir zaman, %17,5 nadiren, %19,7 bazen, %9,6 çoğu zaman, %6,1 her zaman şeklinde ve “ilaç prospektüslerindeki bilgileri anlayabiliyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar %64,9 hiçbir zaman, %7,0 nadiren, %13,6 bazen, %7,9 çoğu zaman, %6,6 her zaman şeklinde olmuştur.

Hastaların “hastanede doktor/hemşirenin hastalığınız ile ilgili verdiği bilgileri anlıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar %19,7 hiçbir zaman, %12,3 nadiren, %38,2 bazen, %22,8 çoğu zaman, %7,0 her zaman şeklinde olmuştur.

Hastaların “hastaneden verilen form ve eğitim materyallerini (broşür,kitapçık) anlayabiliyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar %46,5 hiçbir zaman, %15,8 nadiren, %18,9 bazen, %12,7 çoğu zaman, %6,1 her zaman şeklinde olmuştur.

Çizelge 3.4. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formuna Verilen Yanıtların Doğruluk Oranları (n=228)

Sorular	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik (Süreğen) kelimesi şiddetli anlamında kullanılır.	76	33
KOAH'ın tanısı sadece solunum testleriyle konur.	9	4
Kanda oksijen seviyeleri KOAH'da her zaman düşüktür.	7	3
KOAH daha çok 40 yaş üstü bireylerde görülür.	202	89
KOAH vakalarının büyük çoğunluğu sigara içiminden kaynaklanmaktadır.	208	91
Sigarayı bırakmak genellikle akciğer fonksiyonlarının iyileşmesiyle sonuçlanır.	2	1
KOAH mesleğe bağlı olarak maruz kalınan tozdan kaynaklanabilir.	205	90
KOAH, genellikle kalıtsal/ailesel bir hastalıktır.	10	4
KOAH'da ayak ve el bileklerinde şişme yaygındır.	24	11
KOAH'da yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır.	212	93
KOAH'da sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı yaygındır.	1	0
KOAH' da nefes darlığı oksijen seviyelerinizin düşük olduğu anlamına gelmektedir.	0	0
Öksürükle balgam çıkarma KOAH'da yaygın bir belirtidir.	205	90
Gün içinde yeterli su içmeyen hastalarda balgamı temizlemek daha zordur.	207	91
İçe çekilen (inhaler) nefes açıcı ilaçlar ve nefes egzersizleri balgamı temizlemeye yardım edebilir.	207	91
Solunum yolu enfeksiyonlarında balgam sıklıkla renklidir (Sarı ya da Yeşil).	203	89
Solunumu iyileştirmek için yürüyüş egzersizleri, nefes alma egzersizlerinden daha iyidir.	76	33
Hem uzun hem kısa etkili nefes açıcı ilaçlar aynı gün kullanılabilir.	172	75
Hava odacığı (balon şeklinde plastik aparatlar ör: nebuhaler ve aerochamber) yıkandıktan sonra havluyla kurutulmalıdır.	53	23
Antibiyotik tedavisi, hastalık hafif olmasına rağmen alevlenme için gereklidir.	61	27

Çizelge 3.4'te hastaların KOAH SOY bilgi formundaki sorulara verilen yanıtların doğruluk oranları yer almaktadır. Hastalar "KOAH'da yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır." sorusuna %93, "KOAH vakalarının büyük çoğunluğu sigara içiminden kaynaklanmaktadır.", "Gün içinde yeterli su içmeyen hastalarda balgamı temizlemek daha zordur.", "İçe çekilen (inhaler) nefes açıcı ilaçlar ve nefes egzersizleri balgamı temizlemeye yardım edebilir." sorularına ise %91 oranında doğru yanıt vermişlerdir.

Çizelge 3.5. KOAH SOY ve Genel SOY Bilgi Puanı Genel Ortalaması

	n	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Maks.
KOAH SOY Bilgi Puanı	228	46,93 ± 16,20	0	70
Genel SOY Bilgi Puanı	224	13,45 ± 5,82	2	30

Hastaların “KOAH SOY bilgi puanı” ortalaması (46,93 ± 16,20) olarak bulunmuştur. Hastalar 0 ile 70 puan arasında dağılmaktadır (Çizelge 3.5).

Hastaların” Genel Sağlık Okuryazarlık bilgi puanı” ortalaması 13,45 ± 5,82 olarak bulunmuştur. Hastaların genel sağlık okuryazarlık bilgi puanı 2 ile 30 puan arasında dağılmaktadır (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.6. KOAH SOY ve Genel SOY Bilgi Puanı İlişkisi

		KOAH SOY Bilgi Puanı	Genel SOY Bilgi Puanı
KOAH SOY Bilgi Puanı	Pearson Correlation	1	,545**
	Sig. (2-tailed)		,000
	n	228	224
Genel SOY Bilgi Puanı	Pearson Correlation	,545**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	n	224	224

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hastaların” Genel Sağlık Okuryazarlık bilgi puanı” ile “KOAH SOY bilgi puanı” arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,545$, $p=0,0001$), (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Sosyo-Demografik özelliklere göre, KOAH SOY Bilgi Puanı Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	$\bar{X} \pm SS$	Test Değeri	Önemlilik (p)
Cinsiyet				
Erkek	153	49,48	U=4683,5	0,021
Kadın	75	41,73		
Medeni Durum				
Evli	142	50,70 ^{ab}	KW =31,067	0,000
Hiç Evlenmedi	6	54,17 ^c		
Boşanmış ya da Ayrı Yaşıyor	11	40,00 ^a		
Eşi Ölmüş	69	39,64 ^{bc}		
Çocuk Varlığı				
Hayır	25	49,20	U=2298	0,429
Evet	203	46,65		
Öğrenim Durumu				
Okuma Yazma Bilmiyor	95	37,21 ^{abcd}	KW=91,886	0,000
Okuma Yazma Biliyor	15	46,00 ^{efgh}		
İlkokul	67	51,64 ^{aeij}		
Ortaokul/İlköğretim	34	57,65 ^{bfi}		
Lise ve Dengi Okullar	12	63,75 ^{cgj}		
Üniversite	5	58,00 ^{dh}		
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	113	49,42 ^a	KW=6,194	0,045
Geniş Aile	102	44,36 ^a		
Parçalanmış Aile	13	45,38		
Sağlık Güvencesi				
Var	224	47,08	U=336,5	0,381
Yok	4	38,75		
Beden Kitle İndeksi				
Zayıf	7	38,57	KW=6,014	0,111
Normal	61	47,05		
Fazla Kilolu	113	48,94		
Obez	35	42,14		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	20	60,50	U=782	0,000
Çalışmıyor	208	45,62		
Ekonomik Durum				
Gelirim Giderimden Fazla	19	50,26	KW=0,379	0,828
Gelirim Giderime Eşit	45	46,67		
Gelirim Giderimden Az	164	46,62		
Evi Tipi				
Apartman Dairesi	159	48,05	KW=4,302	0,231
Müstakil Ev	43	45,93		
Gecekondu	24	40,62		
Diğer	2	55,00		
En Uzun Süre Yaşadığı Yer				
Şehir Merkezi	144	49,17 ^a	KW=19,404	0,000
İlçe	40	48,75 ^b		
Köy	43	37,79 ^{ab}		
Yurt Dışı	1	45,00		

* Aynı sütunda yer alan a,b,c,d,e,f,g,h,i,j harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.7’de Sosyo-Demografik özelliklere göre, KOAH SOY Bilgi Puanı Ortalamalarının Dağılımına ilişkin bulgulara yer verilmiştir

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının “aile tipi” değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=6,194$; $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çekirdek aile olanların KOAH SOY bilgi puanları ($49,42\pm14,62$), geniş aile olanların KOAH SOY bilgi puanlarından ($44,30\pm17,60$) yüksek bulunmuş ve farkın çekirdek aile ile geniş aile arasında olduğu belirlenmiştir.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının “en uzun süre yaşadığı yer” değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=19,404$; $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın en uzun süre şehir merkezinde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında ve en uzun süre ilçede yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre; en uzun süre yaşadığı yer şehir merkezi olanların KOAH SOY bilgi puanları ($49,17\pm15,78$), köy ($37,79\pm17,19$) olanlardan yüksek bulunmuştur. En uzun süre yaşadığı yer ilçe olanların KOAH SOY bilgi puanları ($48,75\pm13,48$), köy ($37,79\pm17,19$) olanlardan yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının “medeni durum” değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=31,067$; $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın evli olanlar ile boşanmış ya da ayrı yaşıyor olanlar ve eşi ölmüş olanlar arasında, hiç evlenmeyenler ve eşi ölmüş olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre; medeni durumu evli olanların KOAH SOY bilgi puanları

(50,70±14,31), boşanmış ya da ayrı yaşıyor (40,00±20,25) olanlardan yüksek bulunmuştur. Medeni durumu evli olanların KOAH SOY bilgi puanları (50,70±14,31), eşi ölmüş (39,64±16,88) olanlardan yüksek bulunmuştur. Hiç evlenmeyenlerin KOAH SOY bilgi puanları (54,17±11,58), eşi ölmüş (39,64± 16,88) olanların puanından yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının “öğrenim durumu” değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=91,886; $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın okuma yazma bilmeyenler ve bilenler ile ilköğretim, ortaokul/ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre; ilköğretim mezunu olanların bilgi puanları (51,64±10,39), okuma yazma bilmeyenlerden (37,21±17,21) yüksek bulunmuştur. Ortaokul/İlköğretim mezunu olanların bilgi puanları (57,65±13,16), okuma yazma bilmeyenlerden (37,21±17,21) yüksek bulunmuştur. Lise ve dengi okul mezunu olanların bilgi puanları (63,75±2,26), okuma yazma bilmeyenlerden (37,21±17,21) yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunu olanların bilgi puanları (58,00± 9,08), okuma yazma bilmeyenlerden (37,21±17,21) yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olanların bilgi puanları (51,64±10,39), okuma yazma bilenlerden (46,00± 2,80) yüksek bulunmuştur. Ortaokul/İlköğretim mezunu olanların bilgi puanları (57,650±13,156 okuma yazma bilenlerden (46,00±2,80) yüksek bulunmuştur. Lise ve dengi okul mezunu olanların bilgi puanları (63,75±2,26), okuma yazma bilenlerden (46,00±2,80) yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunu olanların bilgi puanları (58,00±9,08), okuma yazma bilenlerden (46,00±2,80) yüksek bulunmuştur. Ortaokul/İlköğretim mezunu olanların bilgi puanları (57,65±13,17), ilköğretim mezunu olanlardan (51,64±10,39) yüksek bulunmuştur. Lise ve dengi okul mezunu olanların bilgi puanları (63,75±2,26), ilköğretim mezunu olanlardan (51,64±10,39) yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=782,000; p<0,05). Çalışanların KOAH SOY bilgi puanları (60,50±7,93), çalışmayanların bilgi puanlarından (45,62±16,20) yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=4683,500; p<0,05). Erkeklerin KOAH SOY bilgi puanları (49,48±13,23), kadınların bilgi puanlarından (41,73±20,11) yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3.8. Sağlık Durumu Bilgilerine Göre, KOAH SOY Bilgi puanı Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Durumu Bilgileri	Sayı (n)	$\bar{X}$	$\pm$ SS	Test Değeri	Önemlilik (p)
Genel Olarak Sağlığını Değerlendirme					
Çok İyi	5	57,00	10,95	KW=18,231	0,001
İyi	17	58,24 ^{abc}	9,83		
Orta	35	51,14 ^{ad}	12,84		
Kötü	82	45,85 ^b	16,19		
Çok Kötü	89	43,54 ^{cd}	17,28		
Görme Sorunu					
Hayır Yok	178	49,33 ^a	14,62	KW=18,584	0,000
Evet, Yardımcı Cihaz Kullanmıyorum	46	38,37	18,77		
Evet, Yardımcı Cihaz Kullanıyorum	4	38,75 ^a	20,16		
KOAH’tan Başka Bir Hastalık					
Var	44	40,00	19,29	U=2948	0,004
Yok	184	48,59	14,96		
Son 1 Yıl İçerisinde Hastaneye Yatma					
Evet	193	45,08	16,15	U=1720	0,000
Hayır	35	57,14	12,32		
Hastaneye yatma nedeni					
KOAH Atağı Nedeniyle	189	45,50	15,63	U=262	0,279
Diğer Nedenler	4	25,00	28,87		
Sigara Kullanımı					
Hayır, Kullanmıyorum	52	42,31 ^a	17,84	KW=14,973	0,001
Bıraktım	118	46,27 ^b	14,43		
Evet Kullanıyorum	58	52,41 ^{ab}	16,79		
Evde Konsantratör Varlığı					
Var	180	45,44	15,47	U=2840	0,000
Yok	48	52,50	17,78		

* Aynı sütunda yer alan a, b, c ve d harf indislerinin aynı harfleri arasındaki fark anlamlıdır.

Çizelge 3.8’de Hastaların sağlık durumu bilgilerine göre, KOAH SOY bilgi puanı ortalamalarının dağılımına yer verilmiştir.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının “genel olarak sağlığını değerlendirme” değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=18,231; $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın genel olarak sağlığını iyi değerlendirenler ile orta, kötü ve çok kötü değerlendirenler arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre; genel olarak sağlığını iyi şeklinde değerlendirenlerin bilgi puanları ($58,24\pm9,83$), orta olarak değerlendirenlerden ($51,14\pm12,84$) yüksek bulunmuştur. Genel olarak sağlığını iyi şeklinde değerlendirenlerin bilgi puanları ($58,24\pm9,83$), genel olarak sağlığını kötü şeklinde değerlendirenlerden ($45,85\pm16,19$) yüksek bulunmuştur. Genel olarak sağlığını iyi şeklinde değerlendirenlerin bilgi puanları ($58,24\pm9,83$), çok kötü şeklinde değerlendirenlerin bilgi puanlarından ($43,54\pm17,28$) yüksek bulunmuştur. Genel olarak sağlığını orta şeklinde değerlendirenlerin bilgi puanları ($51,14\pm12,84$), çok kötü şeklinde değerlendirenlerden ($43,54\pm17,26$) yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının görme sorunu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=18,584; $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın görme sorunu olmayanlar ile görme sorunu olup yardımcı cihaz kullananlar arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre; görme sorunu olmayanların KOAH SOY bilgi puanları ($49,33\pm14,68$), görme sorunu olan ve yardımcı cihaz kullananların ($38,37\pm18,77$) puanından yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı

bulunmuştur (KW=14,973; $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın sigara kullananlar ile sigara kullanmayan ve sigarayı bırakmış olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre; sigara kullananların bilgi puanları ($52,41\pm16,79$), sigara kullanmayanların bilgi puanlarından ($42,31\pm17,84$) yüksek bulunmuştur. Sigara kullananların bilgi puanları ($52,41\pm16,79$), sigarayı bırakmış olanların bilgi puanlarından ($46,27\pm14,43$) yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının evde konsantratör varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=2840,000; $p<0,05$). Evde konsantratör olanların KOAH SOY bilgi puanları ($45,44\pm15,47$), evde konsantratör olmayanların bilgi puanından ($52,50\pm17,78$) düşük bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının KOAH'dan başka bir hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=2948,000; $p<0,05$). KOAH'dan başka bir hastalığı olanların bilgi puanları ($40,00\pm19,29$), KOAH'dan başka bir hastalığı olmayanların bilgi puanlarından ($48,59\pm14,96$) düşük bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları ortalamalarının son bir yıl içerisinde hastaneye yatma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1720,000; $p<0,05$). Son 1 yıl içerisinde hastaneye yatanların KOAH SOY bilgi puanları ($45,08\pm16,15$), son 1 yıl içerisinde hastaneye yatmayanların KOAH SOY bilgi puanlarından ($57,14\pm12,32$) düşük bulunmuştur.

4. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının tartışma bölümü aşağıdaki başlıklara göre altı bölüm halinde sunulmuştur.

- Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Değerlendirmeler
- Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler
- KOAH Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler
- KOAH SOY Bilgi Puanı ile Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Değerlendirmeler
- Genel Sağlık Okuryazarlık ve KOAH Sağlık Okuryazarlığı bilgi puanları ortalamalarına ilişkin değerlendirmeler.
- Araştırma Sorularına İlişkin Değerlendirmeler

4.1. Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmaya katılan erkek (%67,1) hastaların oranı kadın (%32,9) hastalara göre daha fazla olmuştur. Medeni durum bakımından çalışmaya katılım ise sırasıyla en fazla evli (%62,3) olanlar ve eşini (%30,3) kaybeden katılımcılardır. Çalışmaya katılanların önemli bir bölümünün (%41,7) okuma yazma bilmediği görülmüştür. Eğitim alan katılımcılar içerisinde ise en fazla katılım ilkokulu bitiren katılımcılardan (%29,4) oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %57'sinin 65 yaş üstünde olduğu görülmüş olup, yaş ortalaması $65,08 \pm 11,77$ olarak bulunmuştur.

Hastaların tamamına yakını (%89) çocuk sahibidir. Hastaların aile yapısı, yarısına yakını çekirdek aile (%49,6) iken yarısına yakını geniş aile (%44,7) tipindedir. Hastaların neredeyse tamamın (%98,2) sağlık güvencesi bulunmakta ve %91,2'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Gelir durumu bakımından hastaların %71,9'u gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların yarısından fazlası

(%69,7) apartman dairesinde otururken, %77,6'sının evi kalorifer ya da kombi sistemi ile ısıtılmaktadır. En uzun süre yaşanan yer sırasıyla şehir merkezi (%63,2), köy (%18,9), ilçe (%17,5) ve yurt dışı (%0,4) olarak dağılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların BKİ'sine göre, yarısından fazlasının kilo problemi vardır. Hastaların %52,3'ü fazla kilolu olarak %16,2'si obez olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcılardan genel olarak sağlık durumlarını “çok iyi” den “çok kötü” ye doğru değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırmaya katılan 171 kişi (%75) kendi sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendirirken, 35 kişi (%15,4) orta ve sadece 22 kişi (%9,7) iyi ve çok iyi olarak değerlendirmiştir. Çalışmaya katılanların önemli bir bölümü (%78,1) görme sorunu olmadığını söylemiş, görme sorunu olduğunu söyleyenlerin %1,8'i bir cihaz kullanmaktayken, %20,2'si ise herhangi bir cihaz kullanmamaktadır.

KOAH nedeniyle tedavi olan hastaların %19,3'nün başka bir hastalığı daha bulunmaktadır. Hastaların %84,6'sının bir yıl içinde hastaneye yatış yaparak tedavi olduğu ve onların yatışlarının en önemli nedeninin bir KOAH atağı (%97,9) olduğu bulunmuştur.

KOAH tedavisi olanların %22,8'i sigara kullanmazken %25,4'nün sigara kullanmaya devam ettiği ve yarısının (%51,8) sigarayı bıraktığı görülmüştür. Bununla birlikte hastaların çoğunluğunun (%78,9) evinde oksijen cihazı bulunmaktadır.

KOAH tanısı alma süreleri 1 yıl ile 28 yıl arasında değişirken, KOAH tanısı alma ortalama süresi ise 8 yıldır ($98,75 \pm 70,13$ ay).

4.2. Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler

Hastaların genel sağlık okuryazarlık durumlarını belirlemek amacıyla çeşitli sorular yöneltilmiştir. Hastaların kendilerine yöneltilen sorulara verdikleri cevaplar incelenmiş ve hastaların genel sağlık okuryazarlık durumları değerlendirilmiştir.

Sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz? sorusuna hastaların %75,9'u "çoğu zaman" ya da "her zaman" cevabını verirken sadece %1,3'ü hiçbir zaman cevabını vermiştir. Bu cevaplardan hastaların genelinin sağlık kontrollerini düzenli olarak takip ettiği sonucuna ulaşılabılır. Fakat yine önemli bir bölümünün sağlık kontrollerine gitmelerine rağmen bu durumun düzenli olmadığı da önemli bir sonuçtur.

Tek başına hastaneye gidebiliyor musunuz? şeklindeki soruya hastaların %18'i "çoğu zaman" ya da "her zaman", %11'i ise "bazen" yanıtını vermişlerdir. Bu oldukça düşük bir orandır. Hastaların %53,1 yani yarısı "hiçbir zaman" hastaneye tek başlarına gelemeyeceklerini söylemektedir. Aynı soruya Uğurlu (2011) tarafından yapılan çalışmada hastaların %33'ü "her zaman" %29,5'i "bazen" ve %29,7'si "hiçbir zaman" cevabını vermiştir. Aslantekin, Yumrutaş ve Uysal'ın (2012) çalışmalarında ise hastalar %22,5'i hastaneye yalnız gelediklerini söylemiştir. Kronik hastalarla yapılan başka bir çalışmada hastaların %66,7'sinin hastaneye "hiçbir zaman" yalnız gelemeyeceği bulunmuştur (Çiftci, 2015). Çalışmamızda hastaneye tek başına gidemeyen hasta oranının yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle çalışmaya katılan KOAH teşhisli hastaların yarısı hastaneye gelmek için bir başkasına ihtiyaç duymaktadır. KOAH hastalığı olanların büyük bölümünün ileri yaş hastalardan oluştuğu bilinmektedir. Acil bir durumunda hastaneye tek başına gidilememesi hastanın sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesiyle sonuçlanacaktır (Sadeghi ve ark., 2013; Roberts ve ark., 2008).

"Evinizde ilaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?" sorusuna verilen yanıtlar incelenmiştir. "Çoğu zaman" ve her zaman" cevabı %84,2 olurken "hiçbir zaman" cevabı %2,6 olarak bulunmuştur. Hastaların çoğunun evinde ilaçlarını düzenli olarak kullandıkları söylenebilir.

Evinizde ilaçlarınızı yardımsız kullanabiliyor musunuz? sorusuna hastaların %26,8'i "çoğu zaman" ve her zaman" cevabını vermişlerdir. İlaçları "her zaman" yardım almadan kullandığını söyleyen hastaların oranı %6,6'dır. Bu cevaplardan genel olarak hastaların ilaçlarını evde bir yardım almadan kullanamadıkları sonucuna

ulaşılabilir. Aynı soruya Uęurlu'nun (2011) ęalıřmasında hastaların %25,9'u "her zaman" cevabını vermiştir. Uęurlu'nun ęalıřması ile kıyaslandığında bizim ęalıřmamızdaki oran oldukęa dūřuktur. Uęurlu'nun (2011) ęalıřmasında ęeřitli polikliniklerden hastalar ęalıřmanın örneklemine oluşturmuştur. Bizim ęalıřmamızın örneklemine ise KOAH'lı hastalar oluşturmuştur.

İlağ kutuları üzerindeki tüm talimatları anlayabiliyor musunuz? sorusuna hastaların %9,6'sı ęoęu zaman ve %6.1'i her zaman, %46,9'u ise hiğbir zaman cevabını vermişlerdir. Bařka bir ęalıřmada KOAH'lı hastaların ilağların kullanma talimatlarına uyma durumları için hastaların %22,6'sı zor ve çok zor cevaplarını vermişlerdir (Tre, 2018). Bizim ęalıřmamızda verilen cevaplar incelendiğinde, hastaların genel olarak ilaę kutuları üzerindeki talimatları anlayamadıkları sonucuna ulaşılabilir. Literatürde sağlık okuryazarlığı dūřuk kişilerin, kendilerine verilen tedaviyi tam olarak anlayamadıkları için uygulayamadıkları belirtilmektedir. (Sadeghi ve ark., 2013; Roberts ve ark., 2008). Bu bağlamda KOAH'lı hastaların ilaę kutuları üzerindeki talimatları anlayamamaları, sağlık bakımından risk ile sonuçlanacaktır (Roberts ve ark., 2008).

İlaç prospektüslerindeki bilgileri anlayabiliyor musunuz? sorusuna hastaların %7,9'u ęoęu zaman ve 6,6'sı her zaman cevabını vermişlerdir. Hastaların %64,9'u ise hiçbir zaman cevabını vermişlerdir. Hastaların çok azı ilaç prospektüslerini anlayabiliyorken ęoęu ilaç prospektüslerini anlayamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu soruya Uğurlu (2011) tarafından yapılan ęalıřmada hastaların %18,9'u "hiçbir zaman" cevabını vermişlerdir. Çiftci'nin (2015) ęalıřmasında kronik hastaların %46,8'i prospektüsleri "hiçbir zaman" anlayamadığını belirtmiştir. Başka bir ęalıřmada kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalardan ilaç prospektüslerini anlayabildiğini ifade edenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi, ilaç prospektüslerini anlayamadığını ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur (punar, 2014). Prospektste yazan ilaç bilgilerinin anlaşılamaması, hastada çıkması muhtemel yan etkilerin kontrol edilmemesi ya da ilacın kullanımı ile ilgili bilgilerin ğrenilememesiyle veya yanlış öğrenilmesiyle sonuçlanacaktır.

Hastanede doktor/hemşirenin hastalığınız ile ilgili verdiği bilgileri anlıyor musunuz? sorusuna hastaların %22,8'i çoğu zaman ve %7,0'si her zaman cevabını vermişlerdir. Hastaların neredeyse %70'i bu soruya hiçbir zaman, nadiren ya da “bazen” şeklinde cevap vermişlerdir. Doktorların verdiği bilgiyi hastaların anlayabilmesi sorusuna Uğurlu'nun (2011) çalışmasında hastaların %11,5'i “hiçbir zaman”, “nadiren” ya da “bazen” cevabını vermişlerdir. Türe (2018) tarafından KOAH'lı hastalarla yapılan başka bir çalışmada, doktorların verdiği bilgiyi “zor” ve “çok zor” anladığını söyleyenlerin oranı %19,3 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, hastalarının sağlık personelinin verdiği bilgiyi anlamama oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık personelinin KOAH hastalığı konusundaki bilgilendirmelerini hastaların çoğu tam olarak anlamamaktadır. Hastalığı konusunda bilgilendirilemeyen hastaların tedaviye uyumları da tam olarak sağlanamayacaktır. Betz ve ark. (2008) ve Sezgin (2011), sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalara kıyasla sağlık personelinin verdiği bilgileri anlamakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaneden verilen form ve eğitim materyallerini (broşür, kitapçık) anlayabiliyor musunuz? sorusuna hastaların %12,7'si “çoğu zaman” ve %6,1'i “her zaman” cevabını vermişlerdir. Hastaların %46,5'i ise “hiçbir zaman” cevabını vermişlerdir. Uğurlu (2011) tarafından yapılan çalışmada aynı soruyu hastaların %14,2'si “hiçbir zaman” şeklinde cevaplamıştır. Türe'nin (2018) çalışmasında KOAH'lı hastaların %54,8'i sağlıkla ilgili materyalleri anlama durumlarını “zor” ve “çok zor” olarak tanımlamıştır. Williams ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların basit sağlık materyallerini okuyamadığı ya da okuyabilmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada ise sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bulunan kişilerin hastanede verilen yazılı materyalleri okudukları ve doldurdıkları bulunmuştur. (Özdemir ve ark., 2010). Mevcut çalışmada hastaların neredeyse yarısı hastanelerde verilen eğitim materyallerini hiç bir zaman anlayamadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bu soruya nadiren ya da bazen anlıyoruz cevapları da verilmiştir. Sağlık personelinin bilgilendirmesini anlamakta zorlanan hastaların dağıtılan bilgilendirme materyallerini de anlayamaması hastalığı konusunda bilgi alma yollarının tamamen kapalı olması

anlamına gelmektedir. Kale ve arkadaşları (2015), düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların diğer hastalara göre sağlık hizmeti verenlerin talimatlarını anlamadıklarını ve tedaviye uyum sağlamadıklarını ifade etmişlerdir.

4.3. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler

Hastaların KOAH sağlık okuryazarlık durumlarını belirlemek amacıyla çeşitli sorular yöneltilmiştir. Hastaların kendilerine yöneltilen sorulara verdikleri cevaplar incelenmiş ve hastaların KOAH sağlık okuryazarlık durumları yorumlanmıştır. Hastaların alabilecekleri en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 100'dür. Hastaların "KOAH SOY bilgi puanı" ortalaması olan ($46,93 \pm 16,20$) değer, alınabilecek en yüksek puan dikkate alındığında düşük olarak değerlendirilebilir.

Hastalara "kronik kelimesinin şiddetli anlamına geldiği" söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastaların %33,3 doğru cevap vermiştir. Hastaların %21,5'i yanlış cevap verirken %45,2'si bilmiyorum cevabını vermiştir. Bu soruyu hastaların neredeyse üçte biri doğru yanıtlamıştır. Hastaların çoğu kronik kelimesinin anlamını bilmemektedir. White ve ark (2006)'nın yaptığı çalışmada ise hastaların %56'sı kronik kelimesinin şiddetli anlamına geldiğini ifade etmiştir.

Hastalara "KOAH'ın tanısının sadece solunum testleriyle konulduğu" söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların sadece %3,9'u doğru cevap vermiştir. Hastaların yarısından fazlası (%57,9) yanlış cevap verirken %38,2'si ifadenin doğru olup olmadığını bilmediğini söylemiştir. Çalışmaya katılan hastaların tamamı KOAH tanılıdır ve bu tanıyı almak için tanı testleri uygulanmıştır. Bu durum KOAH tanısı almış kişilerin tamamına yakınının bu konuda doğru bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir.

Hastalara "kanda oksijen seviyeleri KOAH'da her zaman düşük olduğu" söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastaların sadece %3,1'i doğru cevap vermiştir. Hastaların çoğu (%77,6) bu ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %19,3'ü

yanlış cevap vermiştir. Hastaların tamamına yakını KOAH'lı bir hastanın kanındaki oksijen seviyesi konusunda doğru bilgiye sahip değildir.

Hastalara “KOAH’ın daha çok 40 yaş üstü bireylerde görüldüğü” söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %88,6’sı doğru cevap vermiştir. Hastaların %10,1’i bu ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken sadece %1,3’ü bu ifadeye yanlış cevap vermiştir. KOAH’ın daha çok 40 yaş üstü bireylerde görüldüğü konusunda hastaların doğru bilgiye sahip oldukları görülmüştür.

Hastalara “KOAH vakalarının büyük çoğunluğunun sigara içiminden kaynaklandığı” söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %91,2’si doğru cevap vermiştir. Hastaların %7,9’u ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %0,9’u bu ifadenin yanlış olduğunu söylemiştir. Sigara içiminin KOAH’a neden olabileceği konusunda hastaların tamamına yakını doğru bilgiye sahiptir. White ve ark (2006) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. White ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada, hastaların %96’sı sigara içmenin KOAH hastalığına neden olacağını ifade etmiştir.

Hastalara “sigarayı bırakmanın genellikle akciğer fonksiyonlarının iyileşmesiyle sonuçlanacağı” söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastaların %0,9’u doğru cevabı vermiştir. Hastaların %91,7’si ifadeye yanlış cevap vermişken %7,5’i ifadenin doğruluğunu bilmediğini ifade etmiştir. Sigara bırakmanın akciğer fonksiyonlarına yapacağı etki konusunda hastaların tamamına yakınının yanlış bilgiye sahip olduğu görülmüştür. White ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada ise aynı ifadeye hastaların %76’sı yanlış cevap vermiştir.

Hastalara “KOAH’ın mesleğe bağlı olarak maruz kalınan tozdan kaynaklanabileceği” söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %89,9’u doğru cevabı vermiştir. Hastaların %10,1’i bu ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken hastalardan hiçbiri bu ifadeye yanlış cevap vermemiştir. KOAH’ın nedenlerinden biri olan mesleki maruziyet konusunda hastaların doğru bilgiye sahip olduğu görülmüştür.

Hastalara “KOAH’ın genellikle kalıtsal/ailesel bir hastalık” olduğu söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastaların %4,4’ü doğru cevabı vermiştir. Hastaların %10,1’i bu ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken hastaların %85,5’i bu ifadeye yanlış cevap vermiştir. Hastaların KOAH’ın genellikle kalıtsal bir hastalık olduğunu düşünmesi hastalığa yakalanmamak konusunda gerekli önlemleri almaya engel olabilir.

Hastalara “KOAH’da ayak ve el bileklerinde şişmenin yaygın” olduğu söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastaların %10,5’i doğru cevabı vermiştir. Hastaların %14,9’u bu ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %74,6’sı bu ifadeye yanlış cevap vermiştir. KOAH’da el ve ayak bileklerinde şişme yaygın olmamasına karşın hastaların büyük bölümü bu belirtilerin KOAH’la ilgili olduğunu düşünmektedir. White ve ark. (2006)’nın çalışmasından da hastalar ayak bileklerindeki şişmelerin KOAH’ın yaygın belirtilerinden biri olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları da bizim çalışmamızdaki bulguyu desteklemektedir. Hastalığın belirtileri konusunda bilgi sahibi olmamak ya da yanlış bilgi sahibi olmak başka bir hastalığın teşhisini engelleyebilir ya da geciktirebilir.

Hastalara “KOAH’da yorgunluk ve hırıltılı solunumun yaygın” olduğu söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %93’ü doğru cevabı vermiştir. Doğru cevabın yüksek olmasının en temel nedeni muhtemelen yorgunluk ve hırıltılı solunumun KOAH’ın en bilinen belirtilerinden biri olmasıdır (GOLD, 2006). Hastaların %6,1’i bu ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken sadece %0,9’u ifadeye yanlış cevap vermiştir.

Hastalara “KOAH’da sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısının yaygın” olduğu söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye sadece bir hasta (%0,4) doğru cevabı vermiştir. Hastaların %6,1’i ifadenin doğruluğunu bilmediğini ifade ederken %93,4’ü bu ifadeye yanlış cevap vermiştir. Hastaların neredeyse tamamına yakınının bu ifadeye yanlış cevap vermesi hastalık konusundaki bilgilerinin yeterli olmadığına bir işaret olarak değerlendirilebilir. White ve ark (2006) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların %64’ü aynı ifadeye yanlış cevap vermişlerdir. Bu oran bizim çalışmamızdaki orana kıyasla nispeten daha düşüktür. Göğsünde sıkıştırıcı tarzda bir ağrı olan hastalar bunun

nedeninin KOAH olabileceğini düşünerek kalp muayenesi olmayı ihmal edebilir, ağır bir hastalık tablosu ya da ölümle karşılaşabilirler (Aytaç, 2015).

Hastalara “KOAH’da nefes darlığının oksijen seviyelerinin düşük olduğu anlamına geldiği” söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastalardan hiçbirisi doğru cevabı vermemiştir. Hastaların %7,5’i ifadenin doğru olup olmadığını bilmediğini söylerken, %92,5’i ifadeye yanlış cevap vermiştir. Hastalardan hiçbirinin bu ifadeye doğru cevabı vermemesi nefes darlığı ve oksijen seviyesi konusunda yanlış bilgilere sahip olduklarını göstermiştir. White ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların %56’sı “KOAH’da nefes darlığının oksijen seviyelerinin düşük olduğu anlamına geldiği” şeklindeki ifadeye ilişkin yanlış cevap vermişlerdir.

Hastalara “öksürükle balgam çıkarmanın KOAH’da yaygın bir belirti” olduğu söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %89,9’u doğru cevabı vermiştir. Hastaların %9,2’si ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %0,9’u yanlış cevap vermiştir. Öksürükle balgam çıkarma KOAH’da yaygın bir belirtidir (GOLD, 2017; Başyigit, 2010; Türk Toraks Derneği, 2010). Hastaların çoğu muhtemelen bu belirtiyi deneyimledikleri için büyük oranda bu belirtiyeye doğru cevabı vermişlerdir.

Hastalara “gün içinde yeterli su içmeyen hastalarda balgamı temizlemenin daha zor” olduğu söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %90,8’i doğru cevabı vermiştir. Hastaların %8,8’i ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken sadece bir hasta (%0,4) bu ifadeye yanlış cevap vermiştir. Bir önceki ifadede KOAH’da balgamın yaygın bir belirti olduğu konusunda doğru cevabı veren hastalar, balgamın çıkarılması için gün içerisinde yeterli miktarda su içilmesinin gerekliliğini bilmektedirler.

Hastalara “içe çekilen (inhaler) nefes açıcı ilaçlar ve nefes egzersizlerinin balgamı temizlemeye yardım edebileceği” söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %90,8’i doğru cevabı vermiştir. Hastaların %8,3’ü ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %0,9’u ifadeye yanlış cevap vermiştir. Balgama ilişkin diğer iki ifadeye büyük oranda doğru cevap veren hastalar ilaçlar ve nefes egzersizlerinin balgamı temizlemeye yardım edeceği konusunda da büyük oranda doğru cevabı vermişlerdir.

Hastalara “solunum yolu enfeksiyonlarında balgamin sıklıkla renkli (sarı ya da yeşil)” olduğu söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %89’u doğru cevabı vermiştir. Hastaların %9,6’sı ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %1,3’ü ifadeye yanlış cevap vermiştir. KOAH’da balgam ile ilgili olarak hastaların büyük çoğunluğu doğru bilgiye sahiptir. White ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların %84’ü bir solunum yolu enfeksiyonundan sonra balgamin genel olarak renkli olduğu sorusuna doğru cevap vermişlerdir.

Hastalara “solunumu iyileştirmek için yürüyüş egzersizlerinin, nefes alma egzersizlerinden daha iyi” olduğu söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %33,3’ü doğru cevabı vermiştir. Hastaların %9,2’si ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken hastaların yarısından fazlası (%57,5) bu ifadeye yanlış cevap vermiştir. KOAH’da yürüyüşün önemi konusunda hastaların çoğunun yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Hastalara “hem uzun hem kısa etkili nefes açıcı ilaçların aynı gün kullanılabileceği” söylenmiştir. Doğru olan bu ifadeye hastaların %75,4’ü doğru cevabı vermiştir. Hastaların %19,7’si ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %4,8’i bu ifadeye yanlış cevabı vermiştir. Hastaların büyük çoğunluğu kısa ve uzun etkili nefes açıcı ilaçların birlikte kullanımı konusunda bilgi sahibidir. Fakat hastaların neredeyse %20’si doğru bilginin ne olduğu konusunda bilgi sahibi değildir. Özellikle bu hastaların bilgilendirilmesi ve bilgiye erişimi konusunda çaba sarf dilemelidir.

Hastalara “hava odacığının (balon şeklinde plastik aparatlar ör: nebuhaler ve aerochamber) yıkandıktan sonra havluyla kurutulması gerektiği” söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastaların %7,5’i doğru cevabı vermiştir. Hastaların %69,3’ü ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %23,2’si bu ifadeye yanlış cevabı vermiştir. İlaç aparatları konusunda çok az sayıdaki hasta doğru bilgiye sahiptir. Hastaların çok büyük bölümünün ise bu konuda bir bilgileri yoktur.

Hastalara “antibiyotik tedavisinin hastalığın hafif olmasına rağmen alevlenme için gerekli” olduğu söylenmiştir. Yanlış olan bu ifadeye hastaların %26,8’i doğru cevabı

vermiştir. Hastaların %9,2'si ifadenin doğruluğunu bilmediğini söylerken %64'ü bu ifadeye yanlış cevabı vermiştir. KOAH'da antibiyotik kullanımı konusunda hastaların çoğu yanlış bilgiye sahiptir. KOAH tedavisinde ilaçlara yönelik ifadelere verilen cevaplar genel olarak değerlendirildiğinde hastaların bu konuda bilgilendirilmeye ihtiyacının olduğu görülmektedir. White ve ark. (2006)'nın çalışmasında ise aynı ifadeyi hastaların %60'ı doğru cevaplayarak aşırı antibiyotik kullanımının dirençli bakterilerin gelişmesine neden olacağını belirtirken, %40 bilmediğini belirtmiştir.

4.4. KOAH SOY Bilgi Puanı ile Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Değerlendirmeler

Hastaların KOAH SOY bilgi puanları BKİ, ekonomik durum, ev tipi, çocuk varlığı, sağlık güvencesi ve hastaneye yatma nedeni değişkenlerine göre bir farklılık göstermemiştir.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanı ortalamaları aile değişkenine göre farklılık göstermiştir. Çekirdek Aile olanların bilgi puanları ($49,42 \pm 14,62$), Geniş Aile olanların bilgi puanlarından ($44,36 \pm 17,60$) yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanı ortalamaları köyde ($37,79 \pm 17,19$) yaşayanlara göre şehirde ($49,17 \pm 15,78$) ve ilçede ($48,75 \pm 13,48$) yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Çiftçi (2015) tarafından kronik hastalarla yapılan çalışmada da köyde yaşayan hastaların KOAH SOY bilgi puanı ortalaması ilçe ve şehir merkezinde yaşayanlara göre daha düşüktür. Üçpınar'ın (2014) çalışmasında şehir merkezinde yaşayanların köyde yaşayanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Köye göre şehir merkezlerinde yaşayanların eğitim düzeyi bakımında daha iyi olması bu farklılığın bir nedeni olabilir. Bir diğer nedeni ise şehirde sağlık hizmetlerine erişimin ve hastalık hakkında bilgi alabilmenin köye göre daha kolay olmasıdır.

Hastaların KOAH SOY bilgi puanı ortalamalarının “genel olarak sağlığını değerlendirme” değişkeni açısından farklılaştığı bulunmuştur. Kendi sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin puanlarının ($58,24 \pm 9,83$) sağlığını orta ($51,14 \pm 12,83$), kötü ($45,85 \pm 16,19$) ve çok kötü ($43,54 \pm 17,28$) olarak değerlendirenlerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. KOAH SOY bilgi puanı yüksek olan hastalar kendi sağlığını iyi olarak değerlendirmekte, bilgi puanı azaldıkça hastaların değerlendirmeleri de kötüye doğru eğilim göstermektedir. Hastaların bilgi düzeyinin düşük olması kendi sağlık durumlarını yanlış değerlendirebileceklerine işaret edebilir. Tokuda ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, psikolojik ve fizyolojik sağlığını kötü olarak değerlendirenler ile düşük sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bezer şekilde başka bir çalışmada fiziksel olarak sağlığını kötü olarak ifade edenlerin puanları ile yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (Mancusa, 2008).

Hastaların KOAH SOY bilgi puanı ortalamaları görme sorunu değişkeni açısından farklılaşmıştır. Görme sorunu olmayanların bilgi puanları ($49,33 \pm 14,62$), görme sorunu olan ve yardımcı cihaz kullananlarınkinden ($38,37 \pm 18,77$) daha yüksektir. Hastaların görme problemi olması muhtemelen hastalığı hakkındaki bilgileri okumasına engel olacaktır. Ayrıca ilaçların kullanım talimatlarını ve ilaç prospektüslerini okumalarını da zorlaştıracaktır. Sezer (2012) tarafından yapılan çalışmada aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi ile görme sorunu değişkeni arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları medeni durum değişkenine göre farklılaşmıştır. Evli kişilerin bilgi puan ortalamaları ($50,70 \pm 14,31$), boşanmış ya da ayrı yaşayanların ($40,00 \pm 20,25$) ve eşi ölmüş olanların bilgi puanlarından ($39,64 \pm 16,88$) daha yüksektir. Ayrıca hiç evlenmeyenlerin bilgi puan ortalamaları ($54,17 \pm 11,58$) eşi ölmüş olanların puanlarından ($39,64 \pm 16,88$) daha yüksektir. punar’ın (2014) alışmasında medeni duruma göre evli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi bekr bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinde daha yüksek bulunmuştur. Fakat Tre (2018) tarafından yapılan çalışmada KOAH’lı hastaların sağlık okuryazarlığı puanı medeni duruma göre farklılık göstermemiştir.

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre farklılaşmıştır. Okuma yazma bilmeyenlerin puan ortalamaları (37,21±17,21), eğitim durumu ilköğretim (51,640 ± 10,386), ortaokul/ilköğretim (57,65±13,17), lise ve dengi okullar (63,75±2,26), üniversite ve üstü (58,00±9,08) olan kişilerin puan ortalamalarından daha düşüktür. Bununla birlikte okuma yazma bildiğini ifade eden hastaların bilgi puanları diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir (Türe, 2018). Eğitim düzeyi düştükçe sağlık okuryazarlık düzeyi de azalmaktadır (Nutbeam, 2008). Özdemir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyinde ilişki bulunmuş, eğitim düzeyi düşük olanların sağlık okuryazarlık düzeyinin de düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çiftçi'nin (2015) çalışmasında okuryazar olmayanların sağlık okuryazarlığı puanı ile diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Türe'nin (2018) çalışmasında KOAH'lı hastalardan okuryazar olmayanların oranı yetersiz sağlık okuryazarlığı grubunda daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi düştükçe sağlık okuryazarlık düzeyi de düşmüştür. Üçpınar'n (2012) çalışmasında eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasında bir ilişki bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça sağlık bilgilerini kavrama durumunun arttığı bulunmuştur (Benson ve Forman, 2012). Bu bilgiler okuma yazma bilmenin ve eğitim almanın kişilerin KOAH SOY bilgi puanlarına olan olumlu yöndeki etkisini çok net bir biçimde göstermektedir. Buradan eğitim durumu yüksek hastaların KOAH SOY bilgi puanlarının da yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonucun literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmüştür (Pan ve ark., 2010; Jovic-Vranes ve ark., 2011).

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları sigara kullanım değişkenine göre farklılaşmıştır. Sigara kullananların bilgi puanları (52,41±16,79), sigara kullanmayanların (42,31±17,86) ve sigarayı bırakmış olanların bilgi puanlarından (46,27±14,43) yüksektir. Bu sonuç sigara kullanan KOAH'lı hastaların hastalık ve riskleri ile ilgili bilgilili olmalarına karşın sigara kullanımına devam ettiklerini göstermektedir. Türe (2018) tarafından KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Hastaların sigara tüketimi konusunda sağlık

okuryazarlık düzeyleri yüksek bulunmasına karşın hastaların sigara tüketimlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Puente-Maestu ve arkadaşlarının çalışmasında da sağlık okuryazarlığı ve KOAH arasındaki ilişki incelenmiş sigara kullananların %46,1'nin sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada ise sigara kullanım durumu (halen kullanma, bırakma ve hiç kullanmama) ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Üçpınar, 2014). Mevcut çalışmadan farklı bir sonuç olmasının muhtemel nedeni Üçpınar'ın çalışmasının kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarla, bu çalışmada ise KOAH'lı hastalarla çalışılmış olmasıdır.

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları çalışma durumu değişkenine göre farklılaşmıştır. Çalışanların bilgi puanları ($60,50 \pm 7,93$), çalışmayanların bilgi puanlarından ($45,62 \pm 16,20$) yüksektir. İş hayatı belirli bir eğitim almayı gerektirir. Eğitim durumu değişkeni sonuçları eğitim almanın bilgi puanını olumlu yönde etkilediğini göstermişti. Bu iki değişkenin birbiri ile bağlantılı olması ve çalışan kişilerin hastalığı konusunda bilgiye daha kolay erişebilme durumu bilgi puanını artırabilir.

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları cinsiyet değişkenine göre farklılaşmıştır. Erkeklerin bilgi puanları ($49,48 \pm 13,23$), kadınların bilgi puanlarından ($41,73 \pm 20,10$) yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınlarda daha düşük bulunmuştur (Özdemir ve ark., 2010). Benzer sonuca Pan ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da ulaşılmıştır. Bu sonuçlar, kadınların genel olarak eğitimde fırsat eşitsizliğine sahip olmasının bir yansıması olarak sağlık okuryazarlık puanlarının da düşük olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin dünyada kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (WHO, 2009). Fakat Üçpınar (2014), Türe (2018) ve Sezer (2012) tarafından yapılan çalışmalarda ise cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sezer (2012) anlamlı fark bulunamamasının nedenini çalışmada erişkin yaş grubu oranının fazla olmasıyla açıklamıştır. Türe (2018) ise

cinsiyet açısından fark görülmemesinin nedenini çalışmada cinsiyet dağılımının homojen olmaması ile açıklamıştır.

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları evde konsantratör varlığı değişkenine göre farklılaşmıştır. Evde konsantratör olanların bilgi puanları ($45,44 \pm 15,46$), evde konsantratör olmayanlarınkinden ($52,50 \pm 17,78$) düşüktür. Evinde oksijen cihazı kullanan hastaların sağlık durumlarının diğer hastalara göre daha ağır olmasına rağmen bilgi puanları daha düşüktür.

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları KOAH'dan başka bir hastalığı olma değişkenine göre farklılaşmıştır. KOAH dışında bir hastalığı olan hastaların bilgi puanları ($40,00 \pm 19,29$), hastalığı olmayanların bilgi puanlarından ($48,59 \pm 14,95$) daha düşüktür. Yalnızca KOAH hastalığı olanlar bu hastalıklarına yoğunlaşacaklar ve hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olacaktır. Diğer taraftan bu farklılık sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin sağlık hizmetlerine daha sık başvurması ve bakımları ile ilgili farkındalıklarının yüksek olması şeklinde de yorumlanabilir. Çiftci (2015) tarafından yapılan çalışmada aynı sonuca ulaşılmıştır. Kronik hastalığına eşlik eden başka bir hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı puanları başka bir hastalığı olmayanların puanlarından daha düşük çıkmıştır.

Hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları son 1 yıl içerisinde hastaneye yatma değişkenine göre farklılaşmıştır. Son 1 yıl içerisinde hastaneye yatanların %97,9'u KOAH nedeniyle yatmıştır. Hastaneye yatanların bilgi puanları ($45,08 \pm 16,15$), hastaneye yatmayanların bilgi puanlarından ($57,14 \pm 12,32$) düşük bulunmuştur. Son 1 yıl içinde hastaneye yatmayanların bilgi puanlarının yüksek olması, KOAH sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması nedeniyledir. Böylelikle hastalığı konusunda daha fazla bilgisi olanlar daha çok sağlığına ve hastalığının gerektirdiği önlemlere dikkat edecek ve hastaneye yatış yapmak durumu ile karşılaşmayacaktır. Benzer şekilde, Omachi ve arkadaşlarının (2013) düşük sağlık okuryazarlığı ile KOAH'lı hastaların sağlık durumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların diğer hastalara göre KOAH'la ilişkili olarak hastaneye başvurularının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Türe (2018) tarafından yapılan çalışmada da, hastalarda sağlık okuryazarlığının yükselmesi ile hastalığın daha iyi kontrol edileceği bu sayede atakların azalacağı ve hastaneye başvuru oranlarının da düşeceği ifade edilmiştir.

4.5. Genel Sağlık Okuryazarlık ve KOAH Sağlık Okuryazarlığı bilgi puanları ortalamalarına ilişkin değerlendirmeler

Hastaların” Genel Sağlık Okuryazarlık bilgi puanı” ile “KOAH SOY bilgi puanı” arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Genel sağlık okuryazarlık bilgi puanı yüksek olan hastaların KOAH SOY bilgi puanlarının da yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlık kontrollerine düzenli giden, hastaneye tek başına gidebilen, evinde ilaçlarını düzenli ve yardımsız kullanabilen, ilaç kutuları üzerindeki tüm talimatları ve ilaç prospektüslerindeki bilgileri anlayabilen, hastanede doktor/hemşirenin hastalığı ile ilgili verdiği bilgileri anlayabilen ve hastaneden verilen form ve eğitim materyallerini (broşür, kitapçık) anlayabilen KOAH’lı hastalar hastalıkları ile ilgili bilgilere daha kolay ulaşabilmekte, verilen bilgileri anlayarak hastalık sürecini daha iyi yönetebilmektedirler (Betz ve ark., 2008; Sezgin, 2013; Omachi ve ark., 2013; Türe, 2018).

4.6. Araştırma Sorularına İlişkin Değerlendirmeler

Araştırmada “Sosyo-Demografik özellikler KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanını etkiler mi?” sorusu için yapılan değerlendirmelerde; cinsiyetin, medeni durumun, öğrenim durumunun, aile tipinin, çalışma durumunun ve en uzun süre yaşanan yerin KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanını etkilediği belirlenmiştir.

“Sağlık durumu ile ilişkili özellikler KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanını etkiler mi?” sorusu için yapılan değerlendirmelerde; hastanın genel sağlığını değerlendirme durumu, görme sorununun varlığı, KOAH dışında hastalığının olma durumu, son bir yıl içerisinde hastaneye yatma durumu, sigara kullanma durumu ve

evde konsantratör varlığının KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanını etkilediği belirlenmiştir.

“KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanı ile genel sağlık okuryazarlığı bilgi puanı arasında ilişki var mı?” sorusu için yapılan değerlendirmelerde; Hastaların” Genel Sağlık Okuryazarlık bilgi puanı” ile “KOAH SOY bilgi puanı” arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,545$, $p=0,0001$).



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

KOAH konusunda yapılan çalışmaların büyük bölümü KOAH'ın tanımı ve prevalansına odaklı olarak gerçekleştirilmektedir. KOAH'ın günümüze kadar farklı şekillerde ele alınmasına karşın KOAH'ta sağlık okuryazarlığı tartışması nispeten yeni bir konudur.

Çalışmada KOAH tanılı hastaların genel sağlık okuryazarlık bilgileri ve KOAH sağlık okuryazarlık bilgileri değerlendirilmiş ve KOAH SOY bilgilerinin sosyodemografik bilgiler ve sağlık durumu bilgilerine göre farklılaşma durumları incelenmiştir. Ayrıca genel sağlık okuryazarlık bilgi puanı ve KOAH sağlık okuryazarlık bilgi puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların 0 ile 70 puan arasında değerlendirilen “KOAH SOY bilgi puanı” ortalaması ($46,930 \pm 16,197$) olarak bulunmuştur. Hastaların 2 ile 30 puan arasında dağılım gösteren “Genel Sağlık Okuryazarlık bilgi puanı” ortalaması $13,45 \pm 5,823$ olarak bulunmuştur. Hastaların “Genel Sağlık Okuryazarlık bilgi puanı” ile “KOAH SOY bilgi puanı” arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmış olup, Genel sağlık okuryazarlık bilgi puanı yüksek olan hastaların KOAH SOY bilgi puanlarının da yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların geneli sağlık kontrollerine düzenli olarak gitmekte ve ilaçlarını düzenli olarak kullanmaktadır. İlaçlarını kullanırken ise genel olarak ilaç kutuları üzerindeki ve ilaç prospektüslerindeki talimatları anlayamamakta bir başka kişinin yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Diğer taraftan çalışmaya katılan hastaların yarısı hastaneye tek başına gidemediğini ifade etmiştir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının verdiği bilgileri ve yazılı materyalleri hastaların anlamakta zorlandıkları veya anlayamadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hastalar açısından verilen bilgiler hastaların kapasitelerinin üzerindedir. Hastaların kendilerine

verilen bilgileri doğru bir biçimde anlaması, reçetelerini, ilaç kutularını, doktorların ve hemşirelerin verdikleri bilgileri ve onlara verilen bilgilendirici sağlık materyallerini anlamaları tedaviye daha iyi uyum sağlamalarına yardım edecektir.

Bu çalışmadan; eğitim düzeyi düşük, kendi sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanlar, köyde yaşayanlar, görme sorunu olanlar, eşini kaybetmiş ve yalnız yaşayanlar, bir işte çalışmayanlar, kadınlar ve KOAH dışında bir hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu ve risk grubunda bulundukları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sigara kullandığını ifade eden KOAH'lı hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Sigara kullanmaya devam eden KOAH'lı hastalar, hastalık durumları ve sigaranın vereceği zararlar konusunda bilgili olmalarına karşın bu davranışlarına devam etmektedirler.

5.2. Öneriler

Hastalar ve sağlık çalışanları arasında hastalık durumları ve tedavileri konusunda sürekli bilgi alış verişi gerçekleşmektedir. Her ne kadar sağlık çalışanları mümkün olan en iyi bilgiyi hastalara sunmuş olsalar bile hastalar bu bilgiyi anlayamıyorsa verilen bilginin faydası olmayacaktır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının hastaların eğitim ve sağlık okuryazarlık düzeyini değerlendirerek, hastaların sağlık ve tedavilerine ilişkin açıklamaları onların anlayabileceği şekilde basit ve anlaşılır şekilde ifade etmeleri gerekmektedir. Hastalara hastaneye ilk başvurularında yapılacak sağlık okuryazarlık testi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesi sağlık çalışanlarının hastalarla iletişimlerinde rehberlik yapacaktır.

Sağlık çalışanlarının hasta ile iletişimlerinde hastanın durumuna göre anlatacağı bilgileri gerekirse açıklayıcı ve basitleştirici şekilde anlatması gerekmektedir. Çalışmadan hastaların ilaç kutularını, prospektüsleri ve doktor/hemşirelerin anlattığı bilgileri anlamakta zorlandıkları sonucuna ulaşıldığından gerektiği durumda ilaç kartları ya da anlatımı kolaylaştıracak görsel materyaller kullanılmalı ve hastalara verilmelidir.

Hastaların ilaçlarını doğru şekilde ve düzenli kullanmasında sorun yaşamamaları için KOAH'lı hastalara sağlık çalışanlarının daha fazla dikkat göstermesi gerekmektedir.

Çalışmada eğitim durumu en belirleyici sağlık okuryazarlık düzeyi faktörlerinden biri olarak bulunmuştur. Bu nedenle hastalara yönelik her türlü faaliyette eğitim durumu düşük kişiler riskli grupta değerlendirilmelidir.

Merkeze uzak kırsal ve köyde yaşayanların KOAH sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük olduğundan özellikle perifer alanlarda yaşayan hastaların eğitimi ve bilgilendirilmelerine daha fazla önem verilmelidir. Gerekirse bu bölgelerde bulunan KOAH tanılı, kadın ve özellikle yalnız yaşayan hastalara yönelik yeni eğitim programları planlanabilir.

Sigara kullanmaya devam eden hastaların KOAH sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Bilgileri olsa dahi bu hastalar davranışlarını değiştirmemekte ve sigara kullanımına devam etmektedirler. Bu gruba yönelik ikna edici bilgilendirme hedeflenmelidir.

Genel olarak okuryazarlık özelde ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmelidir. Sağlık okuryazarlık düzeyini artıracak toplumsal projeler teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı türdeki bir araştırmadır. Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesine Göğüs Hastalıkları Poliklinikleri'ne 01.11.2017-06.02.2018 tarihleri arasında başvuran hastalarla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini polikliniğe başvuran 18 yaş ve üzeri 6 ay ya da daha uzun süredir KOAH tanısı alan 228 hasta oluşturmaktadır. Gerekli kurum izinleri tamamlanmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan durum tanılama bilgi formu 14 sorudan oluşan Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, 8 sorudan oluşan Sağlık Durumu Bilgi Formu, 8 sorudan oluşan Genel Sağlık Okuryazarlık Bilgi Formu ve 20 sorudan oluşan KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formu olmak üzere toplam 50 sorudan oluşmaktadır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 24 paket programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistikler (yüzde dağılımı, aritmetik ortalama ve standart sapmalar), Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların çoğu (%75,9) düzenli olarak sağlık kontrollerine giderken önemli bir bölümü (%52,3) hastaneye tek başına gidememektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilaç kutusunu okuma, ilaç prospektüslerini okuma, sağlık personelinin anlama ve hastaneden verilen eğitim materyallerini anlama konusunda daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların 0 ile 70 puan arasında değerlendirilen "KOAH SOY bilgi puanı" ortalaması $(46,930 \pm 16,197)$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmadan, eğitim düzeyi düşük, kendi sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanlar, köyde yaşayanlar, görme sorunu olanlar, eşini kaybetmiş ve yalnız yaşayanlar, bir işte çalışmayanlar, kadınlar ve KOAH dışında bir hastalığı olanların KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanı düzeyinin düşük olduğu ve bu hastaların risk grubunda bulundukları sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının, hastaların sağlık ve tedavileri ile ilgili açıklamaları, onların anlayabileceği basit ve anlaşılır şekilde ifade etmeleri gerekmektedir. Hastalara hastaneye ilk başvurularında yapılacak sağlık okuryazarlık testi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesi, sağlık çalışanlarının hastalarla iletişimlerinde rehberlik yapacaktır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmeli zamanda sağlık okuryazarlık düzeyini artıracak toplumsal projeler teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Kronik Hastalık, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Okuryazarlık, Sağlık Okuryazarlığı

SUMMARY

Assessment of Health Literacy in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

This is a descriptive study to evaluate the health literacy of individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The study was carried out with the patients who applied to the Chest Diseases Polyclinics of Health Sciences University Ankara Atatürk Chest Diseases and Chest Surgery Training and Research Hospital between the dates of 01.11.2017-06.02.2018. The sample of the study consisted of 228 patients aged 18 years or older who had been diagnosed with COPD for 6 months or more. Necessary institutional permits were completed and informed consent was obtained from patients who agreed to participate in the study. The questionnaire used in the research consists of a total of 50 questions, namely the Socio-Demographic Characteristics Information Form consisting of 14 questions, the Health Status Information Form consisting of 8 questions, the General Health Literacy Information Form consisting of 8 questions and the COPD Health Literacy Information Form consisting of 20 questions. In the analysis of the data obtained from the study, SPSS 24 package program was used, descriptive statistics (percentage distribution, arithmetic mean and standard deviations), Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test were used. While most of the patients (75.9%) participating in the study were regularly going to three health checks, a significant portion (52.3%) could not go to the hospital alone. The level of health literacy was found to be lower in reading the drugbox and the drug leaflets in addition to understanding the health staff and educational materials given from the hospital. The average of patients' COPD ancestral knowledge score which evaluated between 0 and 70 was found to be $(46,930 \pm 16,197)$. From this study, COPD health literacy knowledge score was found to be low in those with low educational level, those who defined their own health status as poor, those who lived in villages, who had vision problems, who lost their partner and lived alone, who did not work, in women and those with a disease other than COPD and it was concluded that these patients were in the risk group. Health professionals need to explain the patient's health and treatment information in a simple and understandable way that they can understand. Determining the level of health literacy as a result of the health literacy test to be made to the patients at the first admission to the hospital will lead to the communication of the health workers with the patients. It should be aimed to increase the level of health literacy and at the same time, social projects that will increase the level of health literacy should be encouraged and supported.

Keywords: Chronic Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Literacy, Health Literacy

KAYNAKLAR

- ADAMS SG, SMITH PK, ALLAN PF, ANZUETO A, PUGH JA, CORNELL JE (2007). Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*, **167**: 551-561.
- AL SAYAH F, WILLIAMS B (2012). An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, **36(1)**: 27-31.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY (1995). Standarts for the diagnosis and care of the patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, **152**: 77-121.
- ANDRUS MR, ROTH MT (2002). Health literacy: A review. *Pharmacotherapy*, **22**: 282-302.
- ARAS A, TEL H (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, **10**: 63-68.
- ARYAL S, DIAZ-GUZMAN E, MANNINO DM (2014). Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, **9**: 1145-1154.
- ASLANTEKİN F (2011). Yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumları ve etkileyen faktörler: Tip II diyabetli hasta örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.
- ASLANTEKİN F, YUMRUTAŞ M, UYSAL M (2012). Tip II diyabetli hastaların sağlık okuryazarlık durumlarının değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim Adresi: [http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/934]. Erişim Tarihi: 10/12/2018.
- ATASEVER A, ERDİNÇ E (2003). KOAH erken tanısı, *Toraks Dergisi*, **4(1)**: 82-87.
- AYTAÇ SÖ (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (KOAH) verilen inhaler eğitimin hastaların yorgunluk düzeylerine, günlük yaşam aktivitelerine ve solunum fonksiyon testlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
- BAKER DW (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, **21(8)**: 878-883.
- BAKER DW, PARKER RM, WILLIAMS MV, CLARK WS (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, **13(12)**: 791-798.

- BAŞYİĞİT İ (2010). KOAH tanımı ve klinik özellikleri. *Türk Toraks Derneği Toraks Cerrahisi Bülteni*, **1(2)**: 102-104.
- BENSON JG, FORMAN, WB (2002). Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: Use of the test of functional health literacy. *Gerontology*, **48(2)**: 93-97.
- BETZ CL, RUCCIONE K, MEESKE K, SMITH K, CHANG N (2008). Health literacy: A pediatric nursing concern, *Pediatric Nursing*, **34(3)**: 231-239.
- BİLGEL N, SARKUT P, BİLGEL H, OZCAKİR A (2017). Functional health literacy in a group of Turkish patients: A pilot study. *Cogent Social Sciences*, **3(1)**: 1-12.
- BLOOM DE, CAFIERO ET, JANÉ-LLOPIS E, ABRAHAMS-GESSEL S, BLOOM LR, FATHIMA S, FEIGL AB, GAZIANO T, MOWAFI M, PANDYA A, PRETTNER K, ROSENBERG L, SELIGMAN B, STEIN A, WEINSTEIN C (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum. Erişim Adresi: [<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>]. Erişim Tarihi: 01.01.2018.
- BOURBEAU J, JULIEN M, MALTAIS F, ROULEAU M, BEAUPRÉ A, BÉGIN R, RENZI P, NAULT D, BORYCKI E, SCHWARTZMAN K, SINGH R, COLLET JP (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives of Internal Medicine*, **163(5)**: 585-591.
- BOURBEAU J, PALEN VDJ (2009). Promoting effective selfmanagement programmes to improve COPD. *European Respiratory Journal*, **33(3)**: 461-463.
- BUDAK R (2010). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı görülme sıklığına aktif ve pasif sigara içiciliğinin etkisi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2009). Improving Health Literacy for Older Adults: Expert Panel Report 2009. US Department of Health and Human Services. Atlanta.
- CHAPMAN KR, TASKHIN DP, PYE DJ (2001). Gender bias in the diagnosis of COPD. *Chest*, **119(6)**: 1691-1695.
- ÇİFTÇİ Kİ (2015). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
- CLARK CJ, DECRAMER M (2000). The definition and rationale for pulmonary rehabilitation. *ERS Pulmonary Rehabilitation Monograph*, **13**: 1-6.

- DÜNDAR PE, DEDE B (2012). Manisa’da Seçilen Kentsel ve Gecekondu Bölgelerinde Yetişkinlerde Sağlık Okur-Yazarlığı ve Etkili Faktörler. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa. 296-299.
- EGBERT N, NANNA KM (2009). Health literacy: challenges and strategies. *The Online Journal of Issues in Nursing*, **14(3)**: 1-9.
- EİCHLER K, WIESER S, BRÜGGER U (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal of Public Health*, **54(5)**: 313.
- FABBRI LM, ROMAGNOLI M, CORBETTA L, CASONI G, BUSLJETIC K, TURATO G, TURATO G, LIQABUE G, SAETLA M, PAPI, A (2003). Differences in airway inflammation in patients with fixed airflow obstruction due to asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, **167(3)**: 418-424
- GOLD (2006). Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Erişim Adresi: [http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf]. Erişim Tarihi: 01/01/2017.
- GOLD (2015). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Erişim Adresi: [<http://www.goldcopd.org>]. Erişim Tarihi: 02/01/2017.
- GOLD (2017). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Erişim Adresi: [<http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>]. Erişim Tarihi: 01/01/2018.
- GUNEN H, HACİEVİLİYAGİL SS, YETKİN O, GULBAS G, MUTLU LC, PEHLİVAN E (2008). Prevalence of COPD: First epidemiological study of a large region in Turkey. *European Journal of Internal Medicine*, **19**: 499-504.
- HAESUM E, KORSBAKKE L, EHLERS L, HEJLESEN OK (2015). Validation of the test of functional health literacy in adults in a Danish population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **29(3)**: 573-581.
- HU G, ZHONG N, RAN P (2015). Air pollution and COPD in China. *Journal of Thoracic Disease*, **7(1)**: 59-66.
- İNCİRKUŞ K, NAHCİVAN NÖ (2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği hasta formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **4(1)**: 102-109.
- ISHIKAWA H, TAKEUCHI T, YANO E (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, **31(5)**: 874-879.

- JOVIC-VRANES A, BJEGOVIC-MIKANOVIC V, MARINKOVIC J, KOCEV N. (2011). Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *International Journal of Public Health*, **56(2)**: 201-207.
- KAINU A, ROUHOS A, SOVIJARVI A, LINDQVIST A, SARNA S, LUNDBÄCK B (2013). COPD in Helsinki, Finland: Socioeconomic status based on occupation has an important impact on prevalence. *Scand J Public Health*, **41(6)**: 570-578.
- KANJ M, MITIC W (2009). Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. 7. Global Conference on Health Promotion. Nairobi, Kenya: Conference Book, 1-46.
- KAYA E, ÖZBEK S, TEKİN A, ERGİN S, YAMAN A (2010). KOAH'lı hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **13(2)**: 111-116.
- KOCABAŞ A (2010). KOAH epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Türk Toraks Derneği Toraks Cerrahisi Bülteni*, **1(2)**: 105-113.
- KUTNER M, GREENBURG E, JIN Y, PAULSEN C (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- MANCUSO JM (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, **10(3)**: 248-255.
- MAPLES P, FRANKS A, STEVENS AB, WALLACE LS (2009). Development and validation of a low-literacy chronic obstructive pulmonary disease knowledge questionnaire (COPD-Q). *Patient Education and Counseling*, **81(1)**: 19-22.
- MARCINIUK DD, BROOKS D, BUTCHER S, DEBIGARE R, DECHMAN G, FORD G, PEPIN V, REID D, SHEEL AW, STICKLAND MK, TODD DC, WALKER SL, AARON SD, BALTER D, BOURBEAU J, HERNANDEZ P, MALTAIS F, O'DONNELL DE, BLEAKNEY D, CARLIN B, GOLDSTEIN R, MUTHURI SK (2010). Optimizing pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease—practical issues: A Canadian thoracic society clinical practice guideline. *Canadian Respiratory Journal*, **17(4)**: 159-168.
- MIRAVİTLLES M, CALLE M, SOLER-CATALUÑA JJ (2012). Clinical phenotypes of COPD: Identification, definition and implications for guidelines. *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*, **48(3)**: 86-98.
- MOLFINO NA (2004). Impact of basic research on tomorrow's medicine: Genetics of COPD. *Chest*, **125(5)**: 1929-1940.
- NIELSEN-BOHLMAN L, KINDIG DA, PANZER AM (Eds.) (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press. Erişim Adresi: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25009856>]. Erişim Tarihi: 12/01/2018.

- NUTBEAM D (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, **15**(3): 259-267.
- NUTBEAM D (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?, *Int J Public Health*, **54**: 303–305.
- NUTBEAM D (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, **67**(12): 2072-2078.
- OMACHI TA, SARKAR U, YELİN EH, BLANC PD, KATZ PP (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med*, **28**(1): 74–81.
- ONGANER E, BOZKURT B, KILIÇ M (2014). Hastalar için hasta güvenliği. *J Kartal TR*, **25**(2): 171-174.
- OZDEMİR H, ALPER Z, UNCU Y, BİLGEL N (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, **25**(3): 464-477.
- PAN FC, SU C, CHEN C (2010). Development of a health literacy scale for Chinese-speaking adults in Taiwan. *Int J Biolog Life Sci*, **6**(3): 150-156.
- PARKER RM, BAKER DW, WILLIAMS MV, NURSS JR (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, **10**: 537–541.
- PAUWELS RA, RABE KF (2004). Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *The Lancet*, **364**(9434): 613-620.
- PEERSON A, SAUNDERS M (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, **24**(3): 285-296.
- PEIRAVIAN F, RASEKH HR, HASHEMI HJ, MOHAMMADI N, JAFARI N, FARDI, K. (2014). Drug literacy in Iran: the experience of using “the single item health literacy screening (SILS) tool”. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*, **13**: 217-224.
- PFIZER VE TÜRKİYE VE TOPLUM GÖNÜLLÜLERİ VAKFI (2005). Gençlere Sağlık Projesi. Erişim Adresi: [<https://tr.scribd.com/document/66924391/Genclere-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-2011-Ocak-Haziran-Ara-Rapor>]. Erişim Tarihi: 17/01/2018.
- PLEASANT A, KURUVILLA S (2008). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*, **23**: 152-159.
- POLAT H (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalarına uygulanan refleksolojinin dispne ve yorgunluğa etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

- PUENTE-MAESTU L, CALLE M, RODRIGUEZ-HERMOSA JL, CAMPUZANO A, DIEZ JM, ALVAREZ-SALA JL, PUENTE-ANDUES L, PEREZ-GUTIERREZ MJ, LEE SYD (2016). Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease, *Respiratory Medicine*, **115**: 78-82.
- RATZAN SC. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, **16(2)**: 207-214.
- ROBERTS NJ, GHIASSI R, PARTRIDGE MR (2008). Health Literacy in COPD, *International Journal Chronic Obstruct Pulmonary Disease*, **3(4)**: 499–507.
- RUSSI EW (2008). Alpha-1 Antitrypsin now available, but do we need it?. *Swiss Medical Weekly*, **138(13-14)**: 191-196.
- SAMURKAŞOĞLU B (2003) Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Ankara. Bilimsel Tıp: 9–20.
- SADEGHİ S, BROOKS D, STAGG-PETERSON S, GOLDSTEIN R (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, **10(1)**: 72-78.
- SEZER A (2012). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- SEZGİN D (2011). Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi, 1. Baskı, Ayrıntı Yayınları, Ankara.
- SØRENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELİKAN J, SLONSKA Z, BRAND H (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, **12(1)**: 80.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2011). Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Tanı ve Tedavisinde Birinci Basamak Hekimler için Eğitim Modülü. Sağlık Bakanlığı Yayınları, No: 808, Ankara, 102-160.
- TANRIÖVER DM, YILDIRIM, HH, READY ND, ÇAKIR B, AKALIN HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 1. Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara. 5-96.
- TATLICIOĞLU T (2007). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **55(3)**: 303-318.
- TAYLOR SJC, CANDY B, BRYAR RM, RAMSAY J, VRIJHOEF HJM, ESMOND G, WEDZICHA JA, GRIFFITHS JC (2005). Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence, *BMJ*, **331(7515)**: 1-7.

TDK (2018). Erişim Adresi: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a54f896a59da5.86308385]. Erişim Tarihi: 09/01/2018.

TOKUDA Y, DOBA N, BUTLER JP, PAASCHE-ORLOW MK (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, **75(3)**: 411-417.

TONES BK (2002). Health literacy: New wine in old bottles?. *Health Education Research*, **17(3)**: 287-290.

TÜİK (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri, Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> Erişim Tarihi: 15/01/2018.

TÜRE D (2018). Koah hastalarında sağlık okuryazarlığı ve gold sınıflaması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

TÜRK TORAKS DERNEğİ (2010). Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, **11(1)**: 6-64.

TÜRK TORAKS DERNEğİ (2014). Türk Toraks derneği kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşı raporu. *Türk Toraks Dergisi*, **15(2)**: 1-76.

T.C. SAğLIK BAKANLIğI (2014). Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı (2014-2017) T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, No: 947, Ankara, 1-131.

TÜRKOğLU Ç (2016). Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

UğURLU Z (2011). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

UNESCO (2004). The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs. Paris: UNESCO.

ÜÇPUNAR E (2014). Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

VONK JM, JONGEPIER H, PANHUYSSEN CIM, SCHOUTEN JP, BLEECKER ER, POSTMA DS (2003). Risk factors associated with the presence of irreversible airflow limitation and reduced transfer coefficient in patients with asthma after 26 years of follow up. *Thorax*, **58(4)**: 322-327.

WEISS BD, MAYS MZ, MARTZ W, CASTRO KM, DEWALT DA, PIGNONE MP, MOCKBEE J, HALE, FA (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, **3(6)**: 514-522.

WHITE R, WALKER P, ROBERTS S, WHITE P (2006). Bristol COPD knowledge questionnaire (BCKQ): Testing what we teach patients about COPD. *Chronic Respiratory Disease*, **3(3)**: 123-131.

WHO (1998). Health promotion glossary. Erişim Adresi: [http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf]. Erişim Tarihi: 11/01/2018.

WHO (2009). Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. Erişim Adresi: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf]. Erişim Tarihi: 12/12/2018.

WILLIAMS MV, DAVIS T, PARKER RM, WEISS BD (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, **34(5)**:383-389.

WILLIAMS MV, PARKER RM, BAKER DW, PARIKH NS, PITKIN K, COATES, WC, NURSS JR (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Jama*, **274(21)**: 1677-1682.

YILDIRIM N (2014). Hastaneye yatırılan KOAH alevlenmelerinin tedavi maliyetlerini etkileyen klinik faktörler. *Eurasian J Pulmonol*, **16**: 210-211.

YILMAZ F, ÇOLAK YM, ERSOY K (2010). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkisi, IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Antalya.

YILMAZEL G (2014). Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişki. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

YOUMANS S, SCHILLINGER D (2003). Functional health literacy and medication use: the pharmacist's role. *Ann Pharmacother*, **37**: 1726-1729.

YOUNG S, MACRAE C, CAIRNS G, PIA A (2001). Adult Literacy and Numeracy in Scotland. The Scottish Government Publications, Scotland. 1-50.

EKLER

EK-1. Durum Tanılama Bilgi Formu

No:

Tarih:/...../2017

Bu çalışma Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin hastalıklarını yönetebilme konusundaki yetkinliklerini değerlendirmek için yapılan bir araştırmadır. Vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Durum Tanılama Bilgi Formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Araştırma sonuçları Türkiye’de KOAH olan bireylerin sağlığı ile ilgili yapılacak çalışmalara önemli katkı sağlayacaktır. Merva SÖKMEN

Başvurduğu sağlık kurumu

Atatürk Göğüs Hastalıkları Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Başvuru nedeni:.....

1-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

S.1. Yaşınızı belirtiniz?

S.2. Cinsiyet: 1.Erkek 2. Kadın

S.3.Medeni durumunuzu belirtiniz?

1. Evli
2. Hiç evlenmemiş
3. Boşanmış ya da ayrı yaşıyor
4. Eşi ölmüş
5. Diğer:.....

S.4. Öğrenim durumunuzu belirtiniz?

1. Okuma yazma bilmiyor
2. Okuma yazma biliyor
3. İlkokul
4. Ortaokul/İlköğretim
5. Lise veya dengi okullar
6. Üniversite ve üstü

S.5. Çocuğunuz var mı?

1. Hayır
2. Evet

S.6. Ailenizin tipini en iyi tarif eden seçenek hangisidir?

- 1.Çekirdek aile
- 2 Geniş aile
- 3.Parçalanmış aile

S.7. Sağlık güvenceniz var mı? 1. Var

2. Yok

S.8.Boy uzunluğunuz nedir? cm

1.Bilmiyorum

S.9. Vücut ağırlığınız nedir? Kg 1.Bilmiyorum

S.10. BKİ: Zayıf < 18,50 Normal 18,50 - 24,99

Fazla kilolu 25,00 - 29,99 Obez $\geq$ 30,00

S.11. Şu an herhangi bir gelir getiren işte çalışıyor musunuz?

1. Çalışıyor.....
2. Çalışmıyor.

S.12. Size göre ekonomik durumunuz nasıldır?

1. Gelirim giderimden fazla
2. Gelirim giderime eşit
3. Gelirim giderimden az

S.13. Oturduğunuz evin tipini aşağıdaki seçeneklerden hangisi en uygun tarif etmektedir?

1. Apartman dairesi
2. Müstakil ev
3. Gecekondu,
4. Diğer.....

S.14. En uzun süre yaşadığınız yer hangisidir?

- 1.Şehir Merkezi
- 2.İlçe
- 3.Köy
4. Yurt Dışı
5. Diğer, belirtiniz:.....

2-SAĞLIK DURUMU BİLGİ FORMU

S.15. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok İyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok Kötü

S.16. Görme sorunuz var mı?

1. Hayır Yok
2. Evet, yardımcı cihaz kullanmıyorum
3. Evet, yardımcı cihaz kullanıyorum, cihazı belirtiniz:.....

S.17. Hekim tarafından TANISI KONMUŞ 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden KOAH'dan başka bir hastalığınız (kronik hastalık) var mı?

- 1.Var, belirtiniz:.....
- 2.Yok

S.18. KOAH tanısı ne zaman konuldu?

- ay önce
..... yıl önce (Seçeneklerden sadece biri doldurulacak)

S.19. Son 1 yıl içerisinde hastaneye yattınız mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır (22.Soruya Geçiniz)

S.20.Hangi nedenle hastaneye yattınız?

1. KOAH atağı nedeniyle
2. Diğer Nedenler

S.21. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır, kullanmıyorum
2. Bıraktım
3. Evet kullanıyorum

S.22.Evde konsantratör (oksijen cihazı) var mı?

1. Var
2. Yok

3- GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIK BİLGİ FORMU

SORULAR	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
S.23. Sağlık kontrollerinize düzenli gidiyor musunuz?					
S.24.Hastaneye tek başınıza gidebiliyor musunuz?					
S.25. Evinizde ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?					
S.26.Evde ilaçlarınızı yardımsız kullanabiliyor musunuz?					
S.27.İlaç kutuları üzerindeki tüm talimatları anlayabiliyor musunuz?					
S.28.İlaç Prospektüslerindeki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
S.29.Hastanede doktor/hemşirenin hastalığınız ile ilgili verdiği bilgileri anlıyor musunuz?					
S.30.Hastaneden verilen form ve eğitim materyallerini (broşür, kitapçık) anlayabiliyor musunuz?					

4- KOAH SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLGİ FORMU

Şimdi size KOAH ile ilgili bazı sorular soracağım. Lütfen bu sorulara doğru, yanlış ya da bilmiyorum şeklinde cevap veriniz.

Soru No	SORULAR	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
31	'Kronik (Süreğen)' kelimesi şiddetli anlamında kullanılır.			
32	KOAH'ın tanısı sadece solunum testleriyle konur.			
33	Kanda oksijen seviyeleri KOAH'da her zaman düşüktür.			
34	KOAH daha çok 40 yaş üstü bireylerde görülür.			
35	KOAH vakalarının büyük çoğunluğu sigara içiminden kaynaklanmaktadır.			
36	Sigarayı bırakmak genellikle akciğer fonksiyonlarının iyileşmesiyle sonuçlanır.			
37	KOAH mesleğe bağlı olarak maruz kalınan tozdan kaynaklanabilir.			
38	KOAH, genellikle kalıtsal/ailesel bir hastalıktır.			
39	KOAH'ta ayak ve el bileklerinde şişme yaygındır.			
40	KOAH'ta yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır.			
41	KOAH'ta sıkıştıracı tarzda göğüs ağrısı yaygındır.			
42	KOAH'da nefes darlığı oksijen seviyelerinizin düşük olduğu anlamına gelmektedir.			
43	Öksürikle balgam çıkarma KOAH'da yaygın bir belirtidir.			
44	Gün içinde yeterli su içmeyen hastalarda balgamı temizlemek daha zordur.			
45	İçe çekilen (inhaler) nefes açıcı ilaçlar ve nefes egzersizleri balgamı temizlemeye yardım edebilir.			
46	Solunum yolu enfeksiyonlarında balgam sıklıkla renklidir (Sarı ya da Yeşil).			
47	Solunumu iyileştirmek için yürüyüş egzersizleri, nefes alma egzersizlerinden daha iyidir.			
48	Hem uzun hem kısa etkili nefes açıcı ilaçlar aynı gün kullanılabilir.			
49	Hava odacığı (balon şeklinde plastik aparatlar ör: nebuhaler ve aerochamber) yıkandıktan sonra havluyla kurutulmalıdır.			
50	Antibiyotik tedavisi, hastalık hafif olmasına rağmen alevlenme için gereklidir.			

EK-2. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formu Cevap Anahtarı

Soru No	SORULAR	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
31	'Kronik (Süreğen)' kelimesi şiddetli anlamında kullanılır.		*	
32	KOAH'ın tanısı sadece solunum testleriyle konur.	*		
33	Kanda oksijen seviyeleri KOAH'da her zaman düşüktür.		*	
34	KOAH daha çok 40 yaş üstü bireylerde görülür.	*		
35	KOAH vakalarının büyük çoğunluğu sigara içiminden kaynaklanmaktadır.	*		
36	Sigarayı bırakmak genellikle akciğer fonksiyonlarının iyileşmesiyle sonuçlanır.		*	
37	KOAH mesleğe bağlı olarak maruz kalınan tozdan kaynaklanabilir.	*		
38	KOAH, genellikle kalıtsal/ailesel bir hastalıktır.		*	
39	KOAH'ta ayak ve el bileklerinde şişme yaygındır.		*	
40	KOAH'ta yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır.	*		
41	KOAH'ta sıkıştıracı tarzda göğüs ağrısı yaygındır.		*	
42	KOAH' da nefes darlığı oksijen seviyelerinizin düşük olduğu anlamına gelmektedir.		*	
43	Öksürikle balgam çıkarma KOAH'da yaygın bir belirtidir.	*		
44	Gün içinde yeterli su içmeyen hastalarda balgamı temizlemek daha zordur.	*		
45	İçe çekilen (inhaler) nefes açıcı ilaçlar ve nefes egzersizleri balgamı temizlemeye yardım edebilir.	*		
46	Solunum yolu enfeksiyonlarında balgam sıklıkla renklidir (Sarı ya da Yeşil).	*		
47	Solunumu iyileştirmek için yürüyüş egzersizleri, nefes alma egzersizlerinden daha iyidir.	*		
48	Hem uzun hem kısa etkili nefes açıcı ilaçlar aynı gün kullanılabilir.	*		
49	Hava odacığı (balon şeklinde plastik aparatlar ör: nebuhaler ve aerochamber) yıkandıktan sonra havluyla kurutulmalıdır.		*	
50	Antibiyotik tedavisi, hastalık hafif olmasına rağmen alevlenme için gereklidir.		*	

EK-3. Onam Formu

Çalışmanın Başlığı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Araştırmacı: Merva SÖKMEN

Bu çalışmada Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan yani akciğerlerdeki hava yollarının daralmasına bağlı olarak nefes alıp verme sırasında hava akımının kısıtlanmasına neden olan kronik bir hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan Durum Tanılama Bilgi Formu kullanılacaktır. Durum Tanılama Bilgi Formu dört bölümden oluşmaktadır. Bu araştırmada yer almanız durumunda öngörülen süre 15 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 222 olarak planlanmaktadır.

Bu çalışma hastalar üzerinde herhangi bir ruhsal ya da fiziksel rahatsızlık yaratmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırma Türkiye’de KOAH olan bireylerin sağlığı ile ilgili yapılacak çalışmalara önemli katkı sağlayacaktır.

Durum Tanılama Bilgi Formu ile ilgili Etik Kurul izni ve Kurum izni alınmıştır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu onam formunun bir nüshası tarafıma verildi.

Tarih:

Katılımcının Adı-Soyadı ve İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı ve İmzası:

Çalıştığı Kurum

Telefon Numarası:

EK-4. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ankara 2. Bölge K.H.B. Genel Sekreterliği
S.B.Ü. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 53610172-604.01.02
Konu : Merva SÖKMEN/Araştırma İzni

ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 13/06/2017 tarih ve 9573 sayılı yazınız.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Merva SÖKMEN' in "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okur Yazarlığının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapabilmesi hakkındaki ilgide kayıtlı yazınız ile ekleri incelenmiştir.

Söz konusu çalışma hizmeti aksatmayacak şekilde Merva SÖKMEN tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğinize gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüş olup, ayrıca mezkur Üniversiteye yazılı olarak bilgi verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.

Doç. Dr. Göktürk FINDIK
Hastane Yöneticisi

EK-5. Etik Kurul Kararı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 13/03/2017

Toplantı Sayısı: 5

Karar Sayısı : 84

84-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencilerinden **Merva Sökmen**'in "KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı çalışması ile ilgili 07/06/2016 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencilerinden **Merva Sökmen**'in "KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı çalışması ile ilgili araştırmanın, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
13/03/2017


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Merva
Soyadı : SÖKMEN
Doğum yeri ve tarihi : Kahramanmaraş 16.12.1979
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Medeni Durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : mervasokmen@gmail.com

II- Eğitimi

2012 - : Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana
Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans (Tez Aşaması)
1999 - 2003 : Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksek Okulu- Hemşirelik
Bölümü
1994 - 1998 : İçel 70.Yıl Sağlık Meslek Lisesi

III- Deneyimi

2018 - Halen : Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi-İnsan Kaynakları
Birim Sorumlusu
2014 -2018 : Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği-
İdari Hizmetler Başkanlığı – Uzman - İnsan Kaynakları
Koordinatörü
2012- 2014 : Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği-
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı-Uzman (Sağlık Bakım Hizmetleri
Birimi, İnsan Kaynakları Planlama)
2010 - 2012 : AEAH Kalite Yönetim Birimi
2005 - 2010 : AEAH Başhemşire Yardımcılığı
2001 - 2005 : AEAH Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

1999 - 2001 : Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi(AEAH) KBB Kliniği
1998 - 1999 : K.Maraş Aslanbey Sağlık Ocağı

IV- Diğer Bilgiler

- Temel Yönetim Becerileri Eğitimi (2008)
- Yönetici ve Yönetici Adayları Mentorluk ve Kişisel Gelişim Seminerleri (2010)
- Hastane HKS Uygulamalarına Yönelik Eğitim (2011)
- Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği ve Enfeksiyon Kontrol Hekimliği Eğitim Programları (2006)
- Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon Eğitimi (2010)
- Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Standartları Eğitim Toplantısı - SİF Akademi&JCI (2005)
- 3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi (2011)
- Hastane Enfeksiyonları Kongresi (2006)
- Acil Hemşireliği Kursu Eğitimci Olarak (2007)
- Atatürk Üniversitesi ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Uzaktan Eğitim Ebelik ve Hemşirelik Programları Staj Eğitimcisi (Üç Dönem) (2010-2011)
- Altındağ Belediyesi Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü İşbirliği ile Hanım Lokalleri ve Gençlik Merkezlerinde Eğitim ve Seminerlere Katkı.
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü-Ön İncelemeci Eğitimi (2013)
- Sağlıkta İnsan İş Gücü (2014)
- Bilgisayar Programcılık Kurs Sertifikası
- Bilgisayar Operatörlüğü - İşletmenliği Kurs Sertifikası (Tüm Office Programları)