**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ YAŞAM KALİTESİ VE İLAÇ UYUMU İLE İLİŞKİSİ**

**ÖZET**

**Amaç**: Kronik hastalığı olan bireylerin, hastalıkları hakkında aldıkları kararlar; sağlık sonuçları ile verilen sağlık hizmetinin etkinliğini ve kalitesini önemli bir düzeyde etkilemektedir. Hastalar tarafından alınan kararlar daha çok sağlıkla ilgili becerileri, kapasiteleri ve bilgileri neticesinde oluşmaktadır. Bu durum literatürde ‘sağlık okur-yazarlığı’ olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntemler:** Çalışmamıza 2018 yılı Ocak-Nisan ayları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’na bağlı Aile Sağlığı Merkezi’nde kayıtlı olup en az bir kronik hastalığı (diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalıkları) olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalarlar yüz yüze görüşülerek; Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği ve Modifiye Morisky Ölçeği (MMÖ) uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya kriterleri karşılayan 150 hasta dahil edildi. 65 yaş üstündeki katılımcıların, 65 yaş altındaki katılımcılara göre; işçilerin diğer meslek gruplarına göre; MMÖ bilgi düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre; MMÖ motivasyon düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre istatistiki açıdan daha yüksek puanlı ASOY değerlerine sahip oldukları görülmüştür. ASOY puanları ile MMÖ arasında (Pearson korelasyon değeri=0,266, p<0,01) ve SF-12’nin 8 alt boyutu arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon tespit edildi (p<0,05).

**Sonuçlar:** Kronik hastalığa sahip bireylerle, yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi hem bireylerin kendi sağlık yönetimlerini gerçekleştirmesine katkı sağlayacak, hem de başta acil servisler olmak üzere sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk ve iş yükünün azaltılmasına pozitif yönde etki ederek daha kaliteli hizmet verilmesine imkan sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler**: kronik hastalıklar, yaşam kalitesi, ilaç uyumu, ASOY

**GİRİŞ**

Hastalar, sağlık sisteminin temel öğesi olup, bireylerin hastalıkları hakkında aldıkları kararlar, sağlık sonuçları ile verilen sağlık hizmetinin etkinliğini ve kalitesini önemli bir düzeyde etkilemektedir. Hastalar tarafından alınan kararlar ise daha çok sağlıkla ilgili becerileri, kapasiteleri ve bilgileri neticesinde oluşmaktadır. Bu durum literatürde ‘’sağlık okur-yazarlığı’’ olarak adlandırılmaktadır (1).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığı hakkında; bilgi arama, anlama ve onay verme, riskleri anlama yeteneğidir (2). Sağlık okuryazarlığı ‘insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterliliktir’ şeklinde de tanımlanmıştır (3).

Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA 2013) verilerine göre ülkemizde nüfusun %8’ini oluşturan 65 yaş üstü bireylerin %25’inin en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır (4). Hastaya önemli ve karmaşık bir yük getiren, kronik hastalığın yönetiminde hastanın sağlık okuryazarlığı büyük bir öneme sahiptir (5). Hastalık ve yetersizliğin olumsuz algılanması olarak tanımlanabilen düşük sağlık durumunun düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (6). Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça diyabet komplikasyonlarının azaldığı, astım ve hipertansiyon nedenli ilaç kullanımına uyumun arttığı, sağ kalım oranları ve hastaneye başvuru sürelerinin ise azaldığı gösterilmiştir (7-5-8-9-10). Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

**MATERYAL VE METOD**

**Çalışma Tasarımı**

Çalışmamıza kesitsel olarak 2018 yılı Ocak-Nisan ayları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne (EASM) başvuran 545 hasta değerlendirildi. En az bir kronik hastalığı olan (diyabet, kronik akciğer hastalığı, kardiovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi hastalıkları), 18 yaşından büyük ve okur-yazarlığı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. 18 yaş altı olan, okur-yazarlığı olmayan, kognitif ve psikiyatrik bozukluğu olan, Türkçe bilmeyen ve sağlık çalışanı yada sağlıkla ilgili bir okulda öğrenci olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kriterlere uygun 150 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma öncesi hastalara detaylı bilgi verildi ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alındı. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan ve Çalışmanın Aile Sağlığı Merkezleri’nde yapılmış olması sebebiyle Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden gerekli izin alındı. Hastaların Hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, eğitim düzeyi, mevcut kronik hastalığı, düzenli olarak kullandığı ilaç veya ilaçlar, son bir yıl içinde EASM başvuru sayısı, son bir yıl içinde hastaneye başvuru sayısı, son bir yıl içerisinde hastaneye yatışının olup olmadığı ve son bir yıl içerisinde acil servis başvurusu olup olmadığı Bireysel Görüşme Formu adı altında değerlendirildi.

**Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR)**

Hastalar T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı tarafında Türkçeye uyarlanan ve 15 yaş üzerindeki bireylerde; kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini içeren, sağlık okur yazarlığını değerlendirme ölçeği olarak kullanılan ASOY-TR ile değerlendirildi. 47 maddeden oluşan ölçeğin kavramsal çerçevesi 12 boyuttan oluşmaktadır. Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. “Bilmiyorum” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek 23 toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde standardize edilmiştir. Ölçekte 0 en düşük, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi;

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

>25-33 puan: sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı

>33-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

>42-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı

 olmak üzere dört kategoride değerlendirilmiştir.

**SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği**

Hastalara ayrıca genel sağlık kavramlarını içeren, sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilen SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği uygulandı. Bu ölçek Ware ve ark. tarafından geliştirilmiştir ve olup; fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması, enerji ve genel sağlık anlayışı olarak 8 alt başlıkta değerlendirilen SF-36’nın modifikasyonu ile oluşturulmuştur (11). Bu ölçek sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (12).

**Modifiye Morisky Ölçeği**

MMÖ, antihipertansif ilaç tedavisine uyumu değerlendirmede aile hekimlerine yardımcı olmak üzere altı soruluk bir ankettir. Her soru “evet” ya da “hayır” olarak cevaplanmaktadır. Değerlendirmede; 2 ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1. 2. ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3.,4. ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (13). Ayrıca ölçekten 4 ve üzeri puan alan hastalar ilaç uyumu yüksek olarak değerlendirilirken; 3 ve altında puan alanlar ise uyumsuz olarak değerlendirilmektedir.

**İstatistiksel Analiz**

 Çalışmanın verileri SPSS 23.0.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ± standart sapma ve n (%) olarak verildi. Gruplar arasında numerik verilerin farkının belirlenmesinde Student-t Testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare Testi ve korelasyon analizi için ise Pearson Korelasyon Analizi Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edildi.

**SONUÇLAR**

Çalışmaya dahil edilen 150 hastanın; 69’u (%46) erkek, 81’i (%54) kadındı. Yaş ortalaması ise 56 ±13,3 yıl idi. Hastalardan 111’i (%73,3) 65 yaş altı, 39’u (%26,7) 65 yaş üstü idi. Hastaların %85,3’ü (n=128) evli, %14,7’si ise bekardı (n=22).

Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde 32’si ilkokul (%21,3), 10’u ortaokul (%6,7), 18’u lise (%12), 47’si üniversite (%31,3) mezunu idi. Yüksek lisans eğitimi alan kişi sayısı 5 (%3,3), doktora eğitimini tamamlayan kişi sayısı ise 38 (%25,3) idi. Buna göre her üç kişiden yaklaşık biri üniversite mezunu idi. Araştırmaya katılan her beş kişiden yaklaşık biri ise ilkokul mezunu idi.

Araştırmaya katılan kişiler meslek açısından değerlendirildiğinde katılımcıların 44’ü (%29,3) akademisyen, 43’ü (%28,7) ev hanımı, 28’i (%18,7) öğretmen,14’ü (%9,3) memur, 12’si (%8) diğer mesleklerden, 9’u (%6) ise işçi idi. Hastaların ortalama aylık geliri 4557±3380 TL idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve meslek) Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1.** **Hastaların demografik özellikleri (n=150)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **n** | **%** |
| **Yaş** |  |  |
| 65 yaş altı | 111 | 73.3 |
| 65 yaş üstü | 39 | 26.7 |
| **Cinsiyet** |  |  |
| Kadın | 81 | 54,0 |
| Erkek | 69 | 46,0 |
| **Medeni Durum**  |  |  |
| Bekar | 22 | 14,7 |
| Evli | 128 | 85,3 |
| **Eğitim Seviyesi** |  |  |
| İlkokul  | 32 | 21,3 |
| Ortaokul | 10 | 6,7 |
| Lise  | 18 | 12 |
| Üniversite | 47 | 31,3 |
| Yüksek lisans | 5 | 3,3 |
| Doktora  | 38 | 25,3 |
| **Meslek** |  |  |
| Ev Hanımı | 43 | 28,7 |
| İşçi | 9 | 6,0 |
| Memur | 14 | 9,3 |
| Akademisyen | 44 | 29,3 |
| Öğretmen | 28 | 18,7 |
| Diğer | 12 | 8,0 |

Araştırmaya katılan kişilerin 39’unda (%26) hipertansiyon (HT), 41’inde (%27,3) diyabetes mellitus, 35’inde (%23,3) KOAH, 33’ünde (%22) osteoporoz ve 8’inde (%5,3) romatoid artrit vardı (Tablo 2).

**Tablo 2**. **Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **n** | **%** |
| **Tip 2 Diyabet** |  |  |
| Var | 41 | 27,3 |
| Yok | 109 | 72,7 |
| **Hipertansiyon** |  |  |
| Var | 39 | 26,0 |
| Yok | 111 | 74,0 |
| **KOAH** |  |  |
| Var | 35 | 23,3 |
| Yok | 115 | 76,7 |
| **Osteoporoz** |  |  |
| Var | 33 | 22,0 |
| Yok | 117 | 78,0 |
| **Romatoid artrit** |  |  |
| Var | 8 | 5,3 |
| Yok | 142 | 94,7 |

Çalışmamızda bireysel görüşme formundaki sorulardan biri olan “Okumanızı engelleyecek düzeyde görme sorununuz var mı?” sorusuna 121 kişi (%80,7) hayır cevabını verdi. Evet cevabını veren kişi sayısı ise 29 (%19,3) idi. Formda yer alan diğer bir soru ise “Size söylenenleri duymanızı engelleyecek işitme sorununuz var mı?’’ sorusu idi. Bu soruya hayır cevabını verenlerin sayısı 126 kişi (%84) idi. Evet cevabı veren kişi sayısı ise 24 (%16) idi.

Bireysel görüşme formunda katılımcılara sorulan “Son 1 yıl içerisinde kronik hastalığınızdan dolayı hastaneye başvurdunuz mu?” soruya evet cevabını verenlerin oranı %83,3 (n=125) idi. Bu soruya hayır cevabı verenlerin oranı ise %16,7 (n=25) idi. Formda yer alan diğer bir soru olan “Son 1 yıl içerisinde kronik hastalığınızdan dolayı herhangi bir hastanenin acil servisine başvurdunuz mu?” sorusuna evet cevabı verenlerin sayısı 77 (%51,3) iken, hayır cevabını verenlerin sayısı 73 (%48,7) idi. “Son 1 yıl içerisinde Hastaneye başvurduğunuzda serviste yatış yaptınız mı?” sorusuna evet cevabını verenlerin sayısı ise 27 (%18), hayır cevabını verenlerin sayısı 123 (%82) idi.

Katılımcıların kronik hastalıklarından dolayı hastaneye başvurduklarında serviste yatış yaptıkları gün sayısı ortalama 1,13±2,44 olarak tespit edildi. En uzun yatış süresinin 10 gün olduğu tespit edildi. Diğer taraftan acil başvuru sayılarının ortalama değeri ise 0,76±0,87 idi .

## **Katılımcıların ASOY Sonuçlarının Bazı Bağımsız Değişkenler ile İlişkisi**

Katılımcıların ortalama ASOY puanı 28,7±7,09 olarak belirlendi. En az alınan puan 10,6, en fazla alınan puan ise 45,3 idi. Araştırmaya katılan kişilerin yaş sınıflaması ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması Tablo 3’de görülmektedir. 65 yaş altı kişilerin ortalama ASOY puanı 29,9±6,4, 65 yaş üstü kişilerin ortalama ASOY puanı 25,3±7,7 idi. Yaş sınıflamasına göre yapılan analizlerde ortalama ASOY puanının 65 yaş üstünde anlamlı derecede düştüğü görüldü (p<0,001).

**Tablo 3. Katılımcıların yaş sınıflaması ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması**

|  |  |
| --- | --- |
| **Yaş Sınıflaması** |  **Ortalama ASOY puanı ± SS** |
| 65 yaş altı | 29,9±6,4 |
| 65 yaş üstü | 25,3±7,7 |

 SS: Standart sapma, p<0,001

Katılımcıların cinsiyetleri ile ortalama ASOY puanı incelendiğinde kadınların ortalama ASOY puanı 28,05±7,4 iken, erkeklerin ortalama ASOY puanı 29,53±6,6 idi. Tablo 5’den de görüldüğü üzere cinsiyet sınıflamasına göre yapılan analizlerde, ortalama ASOY puanı açısından erkekler ile kadınlar arasında istatistiki açıdan bir farklılık görülmedi (p=0,311).

Araştırmaya katılan kişilerin ortalama ASOY puanları ile medeni durumları incelendiğinde, evli olanların ortalama ASOY puanı 28,3±6,8 iken, bekar olanda bu oran 30,7±8,2 idi. Bekar olanların ortalama ASOY değerleri ile evli olanların ortalama ASOY puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmedi (p=0,156).

Araştırmaya katılan kişilerin ortalama ASOY puanları ile meslekleri karşılaştırıldığında ev hanımlarının ortalama ASOY puanının 25,6±6,1, işçilerin 23,0±7,8, memurların 28,8±5,6, akademisyenlerin 32,4±6,3, öğretmenlerin 28,6±6,8 ve diğer meslek gruplarının ise 30,5±7,3 idi (Tablo 5). Varyans analizi sonucunda meslek faktörü önemli (p<0,001) bulundu. Buna göre işçilere ait ortalama ASOY puanı akademisyen ve diğer meslek gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdi.

Araştırmaya katılan kişilerin son bir yıl içerisinde hastanede yatanların ortalama ASOY puanı 28,2±6,8 iken, hastanede yatmayanların ASOY puanı ise 31,2±7,7 idi. Bu sonuca göre son bir yıl içerisinde hastaneye başvuranlarla, başvurmayanların ortalama ASOY puanına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,055).

Araştırmaya katılan kişilerin son bir yıl içerisinde acil servise başvuru durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması Tablo 4’da görülmektedir. Son bir yıl içerisinde acil servise başvuranların ortalama ASOY puanı 27,4±7,1 iken, acil servise başvurmayanların ortalama ASOY puanı ise 30,0±6,7 idi. Araştırmaya katılan kişilerin acil servise başvurularıyla ortalama ASOY puanı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldüğü saptandı. (p<0,05).

**Tablo 4**: **Katılımcılardan son bir yıl içerisinde acil servise başvurma durumları ile ortalama ASOY puanı karşılaştırılması**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acil Servise** **Başvuru Durumu** | **Ortalama ASOY****Puanı ± SS** |
| Evet | 27,4±7,1 |
| Hayır | 30,0±6,7 |

SS: Standart sapma, p<0,05

Araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalıkları ve ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması Tablo 5’de görülmektedir. Hipertansiyonu olanların ortalama ASOY puanı 29,5±8,1 iken; olmayanların ortalama ASOY puanı 28,4±6,6 idi (p=0,434). Diyabetes mellitus hastalarının ortalama ASOY puanı 30,3±5,5 olup, diyabet olmayanların ortalama ASOY puanı ise 28,1±7,5 idi (p=0,093). KOAH olanların ortalama ASOY puanı 27,1±7,3 iken olmayanların ortalama ASOY puanı 29,2±6,9 idi (p=0,127). Osteoporozu olanların ortalama ASOY puanı 26,9±6,6 iken olmayanların ortalama ASOY puanı 29,2±7,1 idi (p=0,107). Romatoid artriti olanların ortalama ASOY puanı 32,9±5,3 iken olmayanların ortalama ASOY puanı 28,4±7,1 idi (p=0,083). Araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalıklarının olup olmamasıyla ortalama ASOY puanı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

**Tablo 5**: **Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kronik Hastalık** | **Ortalama ASOY Puanı ±SS** | **p** |
| **Hipertansiyon**Var Yok | 30,3±5,528,4±6,6 | 0,434 |
| **Diyabetes Mellitus**VarYok | 30,3±5,528,1±7,5 | 0,093 |
| **KOAH**VarYok | 27,1±7,329,2±6,9 | 0,127 |
| **Osteoporoz**VarYok | 26,9±6,629,2±7,1 | 0,107 |
| **Romatoid Artrit**VarYok | 32,9±5,328,4±7,1 | 0,083 |

 SS: Standart sapma, p>0,05

Araştırmaya katılan kişilerin görme ve işitme sorunları ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması Tablo 6’da verildi. Görme sorunu olanların ortalama ASOY puanı 24,6±6,9 iken olmayanların ortalama ASOY puanı ise 29,7±6,8 idi (p<0,001). İşitme sorunu olanların ortalama ASOY puanı 24,8±7,2 iken işitme sorunu olmayanların ortalama ASOY puanı 29,4±6,8 idi (p<0,01).

Araştırmaya katılan kişilerin MMÖ puanı ile ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde MMÖ’ye göre düşük bilgi düzeyi olanların ortalama ASOY puanı 27,4±6,5 idi. Buna karşın yüksek bilgi düzeyi olanların ortalama ASOY puanı ise 29,8±7,4 idi. Bu iki ortalama arasındaki fark ise istatistiki açıdan önemli bulundu (p<0,05).

MMÖ düşük motivasyon düzeyi olanların ortalama ASOY puanı 27,8±6,5 olup, yüksek motivasyon düzeyi olanların ortalama ASOY puanı 30,06±7,6 idi. MMÖ bilgi düzeyi parametresinde olduğu gibi MMÖ motivasyon parametresinde de ortalamalara arasında istatistiki açıdan önemli farklılık belirlendi ve en düşük ortalama değer yüksek motivasyon seviyesinde saptandı (p<0,05).

**Tablo 6: Katılımcıların görme ve işitme sorunlarıyla ortalama ASOY puanlarının karşılaştırılması**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ortalama ASOY Puanı ± SS** |  **p**  |
| **Görme sorunu**Var Yok | 30,3±5,528,4±6,6 | <0,001 |
| **İşitme sorunu**VarYok | 30,3±5,528,1±7,5 | <0,01 |
| **Bilgi**DüşükYüksek | 27,4±6,529,8±7,4 | <0,05 |
| **Motivasyon**DüşükYüksek | 27,6±6,530,6±7,67 | <0,05 |

Araştırmaya katılan hastaların ortalama ASOY puanları ve MMÖ puanları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olan bireylerin ASOY puanları ile MMÖ arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur (Pearson korelasyon değeri (pk) =0,266, p<0,01).

Kronik hastalığı olan bireylerin ASOY puanları ile SF-12’nin 8 alt boyutu arasında genel sağlık algısı (pk=0,555), fiziksel fonksiyon (pk=0,329), fiziksel rol (pk=0,376), emosyonel rol (pk=0,396), ağrı (pk=0,446), sosyal işlevsellik (pk=0,362), ruhsal sağlık (pk=0,475) ve vitalite (pk=0,467) arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon tespit edildi (p<0,05).

**TARTIŞMA**

Çalışmada katılımcıların ASOY puanları ile ruhsal sağlık durumları, sosyal işlevsellik, emosyonel rol, fiziksel rolleri ve fiziksel fonksiyonları ve genel sağlık algıları arasında pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı üzerine sürdürülen araştırmalar neticesinde ise sağlığını iyi ve çok iyi algılayan, yaşam kalitesini iyi ve çok iyi olarak değerlendiren, sağlık hizmetlerine erişmede hiç zorluk yaşamayan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanının da daha yüksek olduğu kanaatine varılmıştır (14). Buna göre kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça genel sağlık algılarında da iyileşme görüleceği söylenebilir.

ASOY ve yaş değişkeninde kişilerin yaşları yükseldikçe hastalıkları kabullenme ve kötüleştiğini algılamada güçlük çektikleri literatürde yaygın bir görüştür (7), (13). Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerde düşük okuryazarlık oranının etkili olduğu ve bundan dolayı bu bireylerin hastaneye yatış ve acile başvuru tutumlarının artış gösterdiği de konuyla ilgili diğer bir araştırmada gözlemlenmiştir (15). Yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin en düşük seviyede sağlık okuryazarlığına sahip oldukları ifade edilmiştir (16), (17). Çalışmamızda da 65 yaş üstü bireylerde SOY düzeyinin anlamlı derecede düştüğünü ve SOY düzeyinin arttıkça acil servise başvurma oranının azaldığını tespit ettik.

Araştırmada katılımcıların ilaç kullanımındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla MMÖ’den yararlanılmıştır. Araştırma sonunda bu ölçeğin ilaç kullanma alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi vermesine rağmen kronik hastalıkların uzun süreli tedavileri sırasında ilaç kullanımının sürekliliği hakkında bilgi sağlanmasında yetersiz olduğu kanaatine varılmıştır. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığının daha az mamografi taramaları ve influenza aşısı, uygunsuz ilaç kullanımı ve ilaç etiketlerini anlayamama, acil servislere daha fazla başvuru ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (18). Literatürde ilaç kullanımına ilişkin bulgularla mevcut bu çalışmada elde edilen MMÖ bilgi ve MMÖ motivasyon bulguları örtüşmektedir. Çalışmamızda kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleriyle ilaç uyumu arasında yakın bir ilişki saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kişilerin kronik hastalıklarda hastalığa ilişkin dönemleri etkin biçimde yönetme kabiliyetlerinin düşüklüğü sebebiyle acile gitme ve hastane yatış sürelerinin fazla olduğu ifade edilmektedir (19). Bir çalışmada ise bireylerin %10’u aç karnına ilaç almaları gerektiğini anlamamış, %26’sı bir sonraki randevu tarihini, %59’u ilaç alma sıklığını, %5’i ise standart onam formunu kavrayamadığı tespit edilmiştir (20). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının düşük olmasının hem bireye hem de ülkelere ciddi sorunlar getirdiği sonucuna varılmıştır (21). Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında ise bireylerin ilaç talimatları, onay formları, tıbbi terimler gibi sağlıkla ilgili terimleri okumakta zorlandığı, bunun nedenin ise çok fazla tıbbi terim kullanılması olduğu, ancak bireylerin anlamadıkları konuları sıklıkla sormaktan çekindikleri belirtilmiştir (22). Çalışmamızda da son bir yıl içinde acil başvurusu olan hastaların SOY düzeylerinin belirgin seviyede düşük olduğu görülmüştür. Bu durum sağlık okuryazarlık düzeyi ile acile başvuru arasında yakın ilişki olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşlılarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, yoksullarda, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi kullanamayanlarda daha düşük olduğu belirtilmektedir (23). Sağlık okuryazarlığına ilişkin yürütülen diğer çalışmalarda da düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin daha fazla hastaneye yattıklarını ifade edilmektedir (18). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanan, yaşam kalitesinin ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurken; yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin; yetersiz sağlık bilgisine sahip olmalarından dolayı, hastalanma riskleri yüksek, tedavi yöntemlerini anlama düzeyleri düşük, hastaneye yatma sıklığı yüksek bireyler olduğu ve bundan dolayı sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesine neden olduğu belirtilmektedir (24) (25). Fakat araştırmamızda ASOY ile hastaneye yatış arasında bir ilişki saptanmamıştır. Daha geniş örneklem grubunda yapılacak çalışmalarla bu konuda daha fazla veri elde edilebilecektir.

Kronik hastalığa sahip bireylerin karmaşık ve ciddi yükler taşımaları sebebiyle hastalıklarının yönetiminde sağlık okuryazarlığının bireye olumlu yönde etki ettiği ifade edilmektedir (6). Ayrıca yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığının hastaların kronik hastalıklar konusundaki eğitimlerine ciddi bir engel olduğu belirtilmektedir (9). Sağlık okuryazarlığı, hastaneye başvurma ve mortalite oranı üzerine yürütülen araştırmalarda, sağlık okuryazarlık oranının artmasıyla bireylerin mortalite oranlarının düştüğü ve hastaneye başvurma tutumlarında azalma gözlendiği ortaya konulmuştur (8,7,13). Türkiye'de ise konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, acile başvurma düzeyinin Avrupa ülkelerinden daha fazla olduğu ve bu sonucun düşük sağlık okuryazarlığından ileri geldiği rapor edilmiştir. (26).

**SONUÇ**

Mevcut çalışmamızın sonuçlarına dayanarak sağlık okuryazarlığı hakkında toplumda farkındalık oluşturulmalı, riskli gruplar öncelikli olmak üzere toplumun sağlık okuryazarlık düzeyi değerlendirilmelidir. Sağlık okuryazarlığı konusu ilköğretim, lise ve üniversite müfredatında yer almalıdır. Ülkemizde sağlık okuryazarlığının ciddiye alınması ve bu konuda farkındalık oluşturulması sağlık alanındaki eşitsizlikleri minimize ederek bireylerin sağlık düzeylerini iyileşmesine ve daha kaliteli hayata kavuşmasına imkan sunacaktır. Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerle, yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi hem bireylerin kendi sağlık yönetimlerini gerçekleştirmede bireylere katkı sağlayacak hem de sağlık kuruluşlarının ve özellikle acil servislerindeki yoğunluk ve iş yükünün azaltılmasında pozitif yönde etki ederek daha kaliteli hizmet verilmesine imkan sunacaktır.

**KAYNAKLAR**

1. Australian Commission On Safety And Quality In Health Care.Consumers, The Health System And Health Literacy :Taking Action To Improve Safety And Quality.Consultation Paper.Sydney,2013.
2. Bilir N.Sağlık Okuryazarlığı.Türk J Public Health 2014;12(1):61-68
3. Sorenson K. Van Den Broucke S,Fullam J Qamp ;Et Al.(HLS-EU)Consortium Health Literacy Project EUROPEAN .Health Literacy And Public Health:A Systematic Rewiew And Integration Of Definitions And Models.BMC Public Health 2012 ;25 (12):80
4. T.C Sağlik Bakanliği Sağliğin Geliştirilmesi Genel Müd. Sağlığın Teşviği Daire Başkanlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenililirlik Ve Geçerlilik Çalışması.Edi:Pınar Okyay,Filiz Abacıgil Mayıs 2016.Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (Asoy-Tr) Sağlık Bakanlığı Yayın No:1025 Baskı :1,
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.''türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2013.'' T.C Kalkınma Bakanlığı Ve TÜBİTAK,Ankara, Türkiye. 2014. Retrieved July 28,2017,FromHttp://Www.Hacettepe.Edu.Tr/Tnsa2013/Rapor/TNSA\_2013\_ANA\_RAPOR.Pdf
6. Doyle G. .Cafferkev K.Fullam J. The European Health Literacy Survey:Results From Ireland April 2012. Retrieved July 28 .2017,From [Http://Healthliteracy.Trinityseven.Biz/Wp-Content/Uploads/2010/11/EU-HEALTH-LİTERACY,SURVEY-FULL-REPORT.Pdf](http://Healthliteracy.Trinityseven.Biz/Wp-Content/Uploads/2010/11/EU-HEALTH-L%C4%B0TERACY%2CSURVEY-FULL-REPORT.Pdf)
7. Mancusa MJ..Health Literacy:A Concept /Dimensional Analysis.Nursing And Health Sciences 2008;10:248-255.
8. Paasche -Orlow MK.,Wolf MS.The Causal Pathways Linking Health Literacy To Health Outcomes.Am J. Health Behavior 2007;31:19-26.
9. Williams MV. Davis T.Parker RM:ET. AL.The Role Of Health Literacy In Patient-Physician Communication .Family Medicine 2002;34(5):383-389
10. Wolf MS Curtis LM,Wilson EA &Amp Et.Al.Literacy Kognitive Function And Health Results Of The Lit Cog Study .J.Gen Intern Med.2012;27:1300-1307
11. The European Health Literacy Project, 2009- 2012. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States (2012). Maastricht, HLS-EU Consortium. Erişim: 13 Ekim 2015, [www.healthliteracy.eu](http://www.healthliteracy.eu).
12. Durusu-Tanrıöver, M. Yıldırım, H.H.Demiray-Ready, F.N.Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, Birinci Baskı, SağlıkSen Yayınları, Ankara.
13. Tokuda, Y. Doba, N. Butler, J.P. Paasche-Orlow, M.K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults, Patient Education and Counseling, 75: 411–417
14. Temel A. ve Çimen U. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33(3):105-125.
15. Federman A D, Wolf M S, Sofianou A & et al. Asthma Outcomes Are Poor Among Older Adults With Low Health Literacy. Journal of Asthma 2014; 51(2): 162-167.
16. 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): 9–1
17. World Health Organization. The Determinants of Active Ageing: Understanding the Evidence 2007. Active Ageing: A Policy Framework Geneva. Retrieved July 31, 2017, from <http://www.who.int/ageing>
18. Berkman, N.D.Stacey, L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpern, A.V., Karen C., Audrey H. et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence report/technology assesment no. 199. (prepared by RTI International–University of North Carolina EvidenceBased Practice Center under contract no. 290-2007-10056-i.) AHRQ publication number 11-e006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence report
19. Safeer, R. S. & Keenan, J.(2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. American Family Physician, LXXII, 3: 463-468.
20. Parker, R. M. Baker, D. W.Williams, M. V. & Nurss J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. Journal of General Internal Medicine, 10 (10), 537-41. Aktaran Christmann, S. (2005). Health literacy and internet. EuroHealthNet, s.3-7
21. Nielsen-Bohlman, L. Panzer, A.M.Kindig, D.A. (2004). Health Literacy: A Prescription To End Confusion, Erişim: [www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091179].
22. Rudd RE, Anderson JE, Oppenheimer S, Nath, Green, J. (2007) Health Literacy: An Update of Medical and Public. In Review of Adult Learning and Literacy. Eds: Comings J, Garner B, Smith C, Vol 7, America, p.175-199.
23. IOM, 2004. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press.
24. Kanj, M.Mitic, W.(2009). Health Literacy and Health Behaviour. Eastern Mediterranean Region, World Health Organization.
25. Baur C. (2010). National action plan to improve health literacy; U.S. Departmant of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion, ss: 7-8
26. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014).Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. <http://www.sagliksen.org.tr>