

**T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**PREOPERATİF HASTA ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. MERVE BULUN YEDİYILDIZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA, 2021**



**T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**PREOPERATİF HASTA ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. MERVE BULUN YEDİYILDIZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: PROF. DR. AYBARS TAVLAN**

**KONYA, 2021**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini bize aktaran, tez yazım sürecinde desteğini esirgemeyen, sabrı ve gülyüzü ile yol gösteren Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışman hocam Prof.

Dr. Aybars TAVLAN'a, yetişmemde büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Sema TUNCER UZUN, Prof. Dr. Alper YOSUNKAYA, Prof. Dr. Ruhiye REİSLİ, Prof. Dr. Atilla EROL, Prof. Dr. Ahmet TOPAL, Doç. Dr. Alper KILIÇASLAN, Doç. Dr. Gamze SARKILAR, Doç. Dr. Funda GÖK, Dr. Öğr. Üyesi Şule ARICAN, Dr. Öğr. Üyesi Gülçin HACIBEYOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Resul YILMAZ'a,

Birlikte çalışmaktan mutlu olduğum değerli asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin teknisyen, hemşire, sekreter ve personellerine,

Yetişmemde büyük emekleri olan, her konuda desteğini ve sevgisini hep hissettiren annem Kamuran BULUN'a, ihtiyaç duyduğum her zaman değerli görüşleriyle yolumu aydınlatan meslektaşım, babam Op.Dr.Ersin BULUN'a, akademik anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim, en iyi arkadaşım, kardeşim Sevde BULUN TOKKAŞ'a, canım yeğenim Ayşe Lina TOKKAŞ'a,

Eğitim sürecindeki zorluklara benimle birlikte katlanan, sabır, hoşgörü ve fedakarlıkla beni her zaman destekleyen kıymetli eşim Mustafa Furkan YEDİYILDIZ'a, yaşam enerjim, biricik kızım Duru YEDİYILDIZ'a

teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

### PREOPERATİF HASTA ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, MERVE BULUN YEDİYILDIZ, UZMANLIK TEZİ, KONYA, 2021

**Giriş ve Amaç:** Anksiyete, bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. Yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim gibi bazı sosyodemografik özellikler anksiyete ile ilişkili faktörlerdir. Çalışmada, sağlık okuryazarlığının preoperatif anksiyete ve eğitim düzeyi arasında saptanan farklı sonuçlarda etkili olabileceği düşüncesinden yola çıkarak, preoperatif dönemde hasta sağlık okuryazarlığı ile anksiyete düzeyleri ve eğitim düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı, sekonder olarak da anksiyete ve sağlık okuryazarlığı ile demografik ve temel sağlık durumu ile ilgili verilerin etkileşiminin araştırılmasını amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Anket çalışması, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Bölümü'nde Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında elektif operasyon planlanan, ASA I-II grubu, 18-65 yaş arası 155 gönüllü hasta üzerinde prospektif olarak gerçekleştirildi. Operasyondan bir gün önce, hastalara Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-D) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) uygulanarak sosyodemografik ve temel sağlık durumu ile ilgili veriler kaydedildi.

**Bulgular:** Hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, sigara kullanma, ASA (American Society of Anesthesiology), geçirilmiş cerrahi ve eğitim durumuna göre STAI-D puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Eğitim durumlarına göre SOYÖ ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu saptanırken ( $p<0,01$ ), uygulama alt boyutu puan ortalamasında anlamlı fark tespit edilmedi ( $p>0,05$ ). STAI-D ölçeği ile SOYÖ ( $r=-0,424$ ) ve uygulama alt boyutu ( $r=-0,482$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyli bir ilişki ve STAI-D ölçeği ile bilgiye erişim ( $r=-0,335$ ), bilgiyi anlama ( $r=-0,368$ ) ve değer biçme ( $r=-0,353$ ) alt boyutları arasında negatif yönde düşük düzeyli bir ilişki olduğu tespit edildi.

**Sonuç:** Hastalardaki preoperatif anksiyete düzeylerindeki artışta düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin etkili olabileceği bu konu ile ilgili daha ileri çalışmaların yapılması gerektiği kanaatine varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Preoperatif anksiyete, sağlık okuryazarlığı, eğitim durumu

## ABSTRACT

### EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PREOPERATIVE PATIENT ANXIETY LEVELS AND HEALTH LITERACY, MERVE BULUN YEDİYILDIZ, SPECIALIZATION THESIS, KONYA, 2021

**Introduction and purpose:** Anxiety is a natural reaction that an individual develops to situations where he or she is not feeling safe. Some sociodemographic characteristics such as age, gender, marital status and education are factors associated with anxiety. Based on the idea that health literacy may be effective in different results between preoperative anxiety and education level, it was aimed to investigate whether there is a relationship between patient health literacy and anxiety levels and education levels in the preoperative period, and secondarily the interaction of data related to anxiety and health literacy and demographics and basic health status.

**Materials and Methods:** The survey study was carried out prospectively on 155 volunteer patients in the ASA I-II group, aged 18-65, who were scheduled for elective operation between September and November 2019 in the Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital Ear Nose and Throat Department. One day before the operation, the State Anxiety Scale (STAI-D) and Health Literacy Index were administered to the patients, and data about sociodemographic and basic health status were recorded.

**Results:** There was no statistically significant difference in the STAI-D mean scores according to the gender, marital status, occupation, smoking, ASA, previous surgery and education level of the patients ( $p > 0.05$ ). While a statistically significant difference was found in the mean scores of the Health Literacy Index, the sub-dimension of access, understand and appraise according to educational status ( $p < 0.01$ ), no significant difference was found in the mean score of the sub-dimension of apply ( $p > 0.05$ ). There is a moderate negative correlation between the STAI-D scale and the mean scores of the Health Literacy Index ( $r = -0.424$ ) and the sub-dimension of apply ( $r = -0.482$ ) and also low-level negative correlation between the STAI-D scale and the sub-dimension of access ( $r = -0.335$ ), understand ( $r = -0.368$ ) and appraise ( $r = -0.353$ ).

**Conclusion:** It was concluded that the low level of health literacy might be effective in the increased preoperative anxiety levels in patients, and further studies is required on this subject.

**Key Words:** Preoperative anxiety, health literacy, education status

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER.....	ix
KISALTMALAR.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	11
2.GENEL BİLGİLER.....	12
2.1.Preoperatif Anksiyete.....	12
2.1.1.Anksiyete Tanımı.....	12
2.1.2. Anksiyetenin Etiyolojisi.....	12
2.1.3. Anksiyete Belirtileri.....	15
2.1.4. Preoperatif Anksiyete Tanım.....	16
2.1.5. Preoperatif Anksiyete Nedenleri.....	17
2.1.6. Preoperatif Anksiyetenin Etkileri.....	18
2.1.7. Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesi.....	19
2.1.8. Preoperatif Anksiyete Tedavisi.....	21
2.2. Sağlık Okuryazarlığı.....	22
2.2.1. Okuryazarlık Tanımı.....	22
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	23
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli.....	26
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Alt Boyutları.....	27
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı – Sağlık İlişkisi.....	29
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	30
2.2.7. Okuryazarlık- Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi.....	31
2.2.8. Dünya ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	33
2.2.9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Değerlendirmek için Kullanılan Ölçekler.....	35
2.2.10. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
4.BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA.....	54

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>65</b>
<b>7.KAYNAKLAR</b> .....	<b>66</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>83</b>
<b>EK-A Demografik ve Temel Sağlık Durumu İle İlgili Bilgiler</b> .....	<b>83</b>
<b>EK-B STAI-D</b> .....	<b>84</b>
<b>EK-C SOYÖ</b> .....	<b>85</b>
<b>EK-D Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı</b> .....	<b>86</b>





## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> HLS-EU'nun 12 Alt Boyutlu Matrisi .....	28
<b>Tablo 4.1.</b> Temel Demografik Bulgular.....	42
<b>Tablo 4.2.</b> Temel Sağlık Durumu ile İlgili Bulgular.....	43
<b>Tablo 4.3.</b> Ölçeklerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	43
<b>Tablo 4.4.</b> Demografik Verilere göre STAI-D Karşılaştırma Analizleri.....	44
<b>Tablo 4.5.</b> Temel Sağlık Değişkenleri ile STAI-D Karşılaştırma Analizleri.....	45
<b>Tablo 4.6.</b> Demografik Veriler ile SOYÖ Arasında Karşılaştırma Analizleri.....	46
<b>Tablo 4.7.</b> Temel Sağlık Değişkenleri ile SOYÖ Arasında Karşılaştırma Analizleri .....	48
<b>Tablo 4.7.</b> Temel Sağlık Değişkenleri ile SOYÖ Arasında Karşılaştırma Analizleri(devamı)	49
<b>Tablo 4.8.</b> Korelasyon Analizi .....	51
<b>Tablo 4.9.</b> Regresyon Analizi .....	52

## ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Sorensen ve ark. tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli .....26



## KISALTMALAR

<b>Ark.:</b>	Arkadaşları
<b>APAIS:</b>	Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
<b>ASA:</b>	American Society of Anesthesiology
<b>BA:</b>	Bazal Amigdala
<b>CRH:</b>	Corticotropin Releasing Hormone
<b>HLS-EU:</b>	Health Literacy Survey – European Union
<b>HPA:</b>	Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal
<b>LA:</b>	Lateral Amigdala
<b>SOYÖ:</b>	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
<b>STAI:</b>	State Trait Anxiety Inventory / Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
<b>STAI-D:</b>	Durumluk Kaygı Ölçeği
<b>TDK:</b>	Türk Dil Kurumu
<b>UNESCO:</b>	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
<b>VKI:</b>	Vücut Kitle İndeksi
<b>WHO:</b>	Dünya Sağlık Örgütü

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete, bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. Cerrahi girişimler ve anestezi uygulamaları da, hastalar tarafından tehlike olarak algılanır ve preoperatif dönemde anksiyeteye neden olur. Yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim gibi bazı sosyodemografik özellikler anksiyete ile ilişkili faktörlerdir (Wells, 1986). Bu faktörlerden eğitim düzeyinin anksiyeteyi olumlu ya da olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir (Aykent ve ark., 2007; Taşdemir ve ark., 2013; Küpeli ve ark., 2016). Yapılan bazı çalışmalarda da preoperatif anksiyete düzeyi ve eğitim düzeyi arasında ilişki olmadığı ifade edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, “sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanır (Aras ve Temel, 2017). Birçok çalışmada üniversite mezunları arasında sağlık okuryazarlığı oranı, lise ve ilköğretim mezunlarına göre, daha yüksek bulunmuştur (Furuya ve ark., 2015; Hashempour, 2018). Ancak sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenen bir kavramdır ve beklenenin aksine, yüksek eğitim seviyesinde de düşük düzeylerde olabilmektedir (Cho ve ark.,2007; Kohan ve ark., 2007).

Literatür taramasında preoperatif anksiyete ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışmada, sağlık okuryazarlığının preoperatif anksiyete ve eğitim düzeyi arasında saptanan farklı sonuçlarda etkili olabileceği düşüncesinden yola çıkarak, primer olarak preoperatif dönemde hasta sağlık okuryazarlığı ile anksiyete düzeyleri ve eğitim düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını, sekonder olarak da anksiyete ve sağlık okuryazarlığı ile demografik ve temel sağlık durumu ile ilgili verilerin etkileşiminin araştırılması amaçlandı.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Preoperatif Anksiyete**

#### **2.1.1.Anksiyete Tanımı**

Anksiyete, kişinin kendisini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir (Işık, 2006; Sadock, 2007). Türkçe’de kaygı olarak geçen anksiyete sözcüğünün sözlükteki açıklaması genellikle kötü bir şey olacaktı düşünmesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlanmıştır (TDK Sözlük).

Normalde anksiyete kişinin biyolojik bir savunma sistemidir, uyum sağlayıcı işleve sahiptir, kişiyi iç ve dış tehditlere karşı tedbir alması için uyarır (Arıkan, 1999; Berksun, 2003). Hafif-orta düzeydeki anksiyetenin performansı artırıcı bir etkisinin olduğu 20. yüzyılın başından beri bilinmektedir. Bu tür bir anksiyete adaptif bir durum olarak nitelenebilir ve belli olaylar karşısında kişinin daha becerikli ve işlevsel hale dönüşmesini sağlar. Kaçma-savaşma tepkisi, kısa dönemde faydalı olan bir cevaptır (Berksun, 2003).

Anksiyetenin bu olumlu özelliklerinin yanısıra patolojik durumlara ulaştığında da pek çok olumsuz yönü de bulunmaktadır. Anksiyetenin patolojik bir hal aldığı ve tedaviye ihtiyaç gösterdiği durumlarda kişide, objektif bir tehlike olmamasına rağmen sanki varmışçasına veya karşılaşılan tehlide göre orantısız şekilde fazla olan bir algı oluşmakta ve kişinin günlük yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Hohen-Saric, 1979; Hohen-Saric, 1982; Rech, 1991; Yüksel, 2001).

#### **2.1.2. Anksiyetenin Etiyolojisi**

Anksiyetenin sınıflandırılması, klinik özelliklerine göre yapıldığı için ortak etiyolojik tanımlamasını yapmak zordur. Anksiyetenin, psikolojik yönleri üzerinde uzun süredir çalışılsa da biyolojik modeller üzerindeki çalışmalar daha yenidir ve kesin tanımlamalar içermemektedir. Anksiyetenin etiyolojisi şu şekilde sıralanabilir:

### **A. Psikolojik Yaklaşımlar**

#### **Psikoanalitik Kuram**

Anksiyete, Freud tarafından bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynak alan yaygın endişe ve dehşet hissi şeklinde tanımlanmıştır. Freud’a göre anksiyete, kişiyi fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı uyarma, uyum sağlama ve hayatını sürdürebilme

işlevlerine katkıda bulunur (Öztürk, 2001). Adler'e göre ise anksiyetenin sebebi kişinin aşağılık duygusu hissetmesi olup, kişi toplumla bağlantısını kaybetmiş hissettiği zaman anksiyete duyar (Geçtan, 2004).

### **Öğrenme Kuramı**

Anksiyete, öğrenilmiş bir süreç olup açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli olan birincil dürtüler yanında, insanı güdüleyici bir güç olarak görev yapan ikincil bir dürtüdür. Pavlov'un koşullu refleks teorisine göre, tehlikeli dış uyaranlara karşı organizmanın koşulsuz yanıtı olarak açıklanmaya çalışılmıştır (Gökalp, 2006). Ancak Watson ve Morgan (1917) , Pavlov'un klasik koşullanma kuramından yola çıkıp anksiyetenin koşullu bir tepki olduğunu ileri sürmüşlerdir (Işık, 2006).

### **Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar**

Anksiyete, bireyin ilgisini tehlikeye yöneltmesini sağlar; tehlike, kişide kaçınma ve güven arayışı davranışları ile fizyolojik değişikliklere de neden olur. Fizyolojik değişiklikler, bilişsel alanda yeni tehlike ve bedensel hastalık düşünceleri (korkudan korku) geliştirir (Şahin, 1993).

### **Varoluşçu Yaklaşımlar**

Varoluşçu kuram, anksiyetenin kişinin varolmanın getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan bir çatışma olduğu üzerinde durmaktadır; anksiyetenin en önemli nedenleri ölüm, özgürlük,yalıtım ve anlamsızlıktır (Yalom, 2001) .

### **B. Biyolojik Kuramlar**

Anksiyete ile ilgili biyolojik kuramlar; hasta çalışmaları, hayvan modelleri üzerindeki ilaçlara verilecek cevapların incelendiği klinik öncesi çalışmalar ile geliştirilmiştir.

### **Genetik Çalışmalar**

Genetik çalışmalar ile, anksiyete oluşumunda bazı genetik bileşenlerin etkili olabileceği yönünde bir bilgi üretilmiştir. İkiz kayıtlarından edinilen bilgilere göre anksiyete bozukluklarının kısmi olarak genetikle ilişkili olduğu görülmüştür (Marks, 1987).Birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasında olup, ikinci derece akrabalarda %6'dır (Öztürk, 2001).

## **Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi**

Uyaranlara verilen enerji depolarının boşalması, kardiyovasküler işlev artışı gibi adaptif yanıtlarda Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal (HPA) aks, sempatik ve parasempatik otonom sinir sistemi rol oynar. Burada noradrenerjik, serotonerjik, GABAerjik, dopaminerjik ve opiat peptidler gibi maddeler önemlidir (Ito, 2000; Eşel, 2003; Senkowski ve ark., 2003). Stres ve tehlike uyaranlarına verilen yanıtlar uygunsuz ya da kronik olarak uzun süreli ise, bu uyum güçlüğü anksiyete oluşumuna neden olur (Işık, 2006).

Otonom sinir sisteminin uyarılması kardiyovasküler, respiratuar, musküler ve gastrointestinal sistemde bazı belirtilere neden olur. Bu belirtiler anksiyete bozukluğu için spesifik değildir. Parasempatik sistem özellikle anksiyetede gastrointestinal ve genitouriner sistemle belirtilerinin ortaya çıkmasında rol oynar. Sempatik sistem ise anksiyetede görülen kan basıncı ve kalp hızı artışı, terleme, piloereksiyon, pupil dilatasyonu gibi belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar (Sullivan ve ark., 1999).

Corticotropin Releasing Hormone (CRH) salınımı pitüiter Adrenocorticotropic Hormone 'u (ACTH) ve bu da adrenal bezlerden kortizol gibi glukokortikoidlerin salınımını artırır. CRH artışı aynı zamanda lokus seruleustaki nöronların ateşlenmesini artırarak, farklı kortikal ve subkortikal bölgelerde noradrenalin salınımını sağlar. Kronik stres durumunda, lokus seruleustaki nöronlar paraventriküler nükleusta da noradrenalin salınmasına aracılık ederler. Kortizol negatif feedback ile CRH ve noradrenalinin paraventriküler nükleustaki düzeyini düşürür. Noradrenalin, kortizol ve CRH strese karşı oluşturulan hemostatik yanıtla yakından ilişkilidir (Sullivan ve ark., 1999; Senkowski ve ark., 2003).

## **Nöroanatomik Görüşler**

İnsan beyinde korkunun değerlendirilme ve ifadesinden sorumlu merkez amigdaladır. Amigdala mediotemporal lobda yer alır ve 13 bölümünden Bazal Amigdala (BA), Lateral Amigdala (LA) ve santral nükleus korku yanıtından esas sorumlu yapılardır (Sotres-Bayon ve ark., 2006). Özellikle LA'nın, korku şartlanmasıyla ilgili hafızanın oluşturulması ve plastisiteden (merkezi sinir sisteminin çevresel uyaranlara uyum gösterebilme yeteneği) sorumlu bölge olduğuna işaret eden çalışmalar mevcuttur (Alkın ve Alptekin, 1995; Rauch ve ark., 1997).

### **2.1.3. Anksiyete Belirtileri**

Anksiyetenin hem psikolojik hem de somatik bileşenleri bulunmaktadır. Psikolojik belirtiler önemli ölçüde değişkenlik gösterir. Somatik belirtiler ise anksiyetenin patolojisi ile doğrudan ilişkili değildir. Otonom sinir sisteminde özellikle sempatik aktivite artışına bağlı olarak ortaya çıkan bulgular patolojik anksiyetenin oluşumuna katkı sağlar (Braestrup ve Nielsen, 1982). Anksiyetenin belirtileri aşağıda kısaca özetlenmiştir:

#### **A. Psikolojik Belirtiler**

##### **Bilişsel Belirtiler**

Normal bilişsel fonksiyonların abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi) ya da inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur (Le Doux, 1998).

##### **Duyusal- Algısal Belirtiler**

Normal bilişsel belirtilerin görsel bileşenlerle bağlantısının kesilmesi sonrasında, kişi algısal sapmalar yaşar (sanki çevre değişiyor gibi) .

##### **Düşünce zorlukları**

Önemli şeyleri hatırlayamama, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı (distraktibilite) gibi örnekler verilebilir.

##### **Kavramsal zorluklar**

Beklenen olası tehlikenin gerçekleşebilme ihtimali ne kadar yüksekse, hastanın korkuları da o oranda yoğun olarak gözlemlenir (Öner ve Le Compte, 1998; Stein ve Hollander, 2002). Başa çıkamama korkusu, fiziksel olarak zarar görme ya da ölüm korkusu, başkalarının olumsuz değerlendirilme korkusu bu durumun örneklerindedir.

##### **Duyusal (affektif) belirtiler**

Kişiyi rahatsız eden çeşitli korku, endişe, gerginlik, tedirginlik gibi duygulardır.

##### **Davranışsal belirtiler**

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar başlangıçta anksiyeteyi azaltma yöneliktir, ancak sonuç olarak anksiyeteyi artırır (Öner ve Le Compte, 1998). Buna örnek olarak kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donakalma gösterilebilir.



## **B. Somatik Belirtiler**

Bu belirtiler hormonal, sempatik ya da parasempatik sistemlerin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkan ve genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösteren belirtilerdir.

Anksiyete kardiyak sistemde palpasyon, taşikardi, arteryel kan basıncı değişiklikleri (düşme ya da yükselme); solunum sisteminde solunum sayısı ve derinliğinde artma, göğüs ağrısı, nefes darlığı, hava açlığı, bronşiyal spazm; kas-iskelet ve sinir sisteminde kaslarda spazm, reflekslerde artma, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, titreme, özellikle yüz ve göz kapaklarında seyirme, uykusuzluk; sindirim sisteminde karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, yutma güçlüğü; ürogenital sistemde sık idrara çıkma, idrar miktarında artma, cinsel güçsüzlük; ciltte yaygın ya da lokal terleme (avuç içi gibi), soğuk ve nemli eller, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtilerle kendini gösterir (Rech, 1991; Brick ve Erickson, 1998; Yüksel, 2001).

### **2.1.4. Preoperatif Anksiyete Tanım**

Preoperatif anksiyete, kişinin herhangi bir hastalık, hastanede yatma, anestezi, cerrahi gibi durumlarda karşılaşacağı şeyleri bilmemesinden kaynaklanan erilim veya huzursuzluk olarak tarif edilebilir (Ramsay, 1972; Maranets ve Kain, 1999).

Preoperatif anksiyete insidansı, değerlendirilen yonteme bağlı olarak %11-%80 arasında değişir (Maranets ve Kain, 1999; Erci ve ark., 2008). Bazı çalışmalarda ise bu oranın %60-80 olduğu bildirilmiştir (Demir ve ark., 2010; Jjala ve ark., 2010; Taşdemir ve ark., 2013; Dayılar ve ark., 2017). Anksiyete için predispozan faktörler arasında genç yaş, kadın cinsiyet, geçmişte kötü anestezi deneyimi, planlanan kardiyak ve vertebra cerrahisi yer almaktadır (Gönüllü ve ark., 1986; Mackenzie, 1989).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin birinci basamağı insanın hayatta kalması için gerekli olan fizyolojik ihtiyaçlardır. Bunun sağlanmasını takiben güvenlik, kabul görme, sevgi ve kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlar gelir (Maslow, 1948). Ameliyata girecek bir insanda hayatta kalma ihtiyacının riske girmesinin ciddi manada anksiyeteye yol açacağı çok açıktır. Hastalık nedeniyle oluşan çaresizlik, vücut bütünlüğünün bozulma endişesi ve ölüm korkusu anksiyetenin şiddetini artırır (Mamelok, 1995; Caumo ve ark., 2001) Duygusal olarak güçlü bir

birey için bile cerrahi işlem; ağrı, acı, güç kaybı ya da ölüm olasılıklarıyla yüzleşmek zorunda olduğu ciddi bir stres kaynağıdır (Demir ve ark., 2010).

Ameliyat, hem fizyolojik hem de psikolojik olarak hastayı tehdit eden bir deneyim olup, hasta “ameliyat olacağı” dışında bir bilgisi olmadığı için korkarak anksiyete duyar (Rothrock, 1989; Varcarolis, 1990). Cerrahi girişim uygulanacak hastalar, hastalığından kurtulma beklentisinin yanı sıra anestezi kaygısı, ölüm korkusu, vücut organ ve doku kaybı kaygısı, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi gibi pek çok endişeye sahip olabilirler (Lichter ve ark., 1987; Badner ve ark., 1990). Preoperatif dönemde hastaların anksiyeteleri çok farklı şekillerde kendini gösterebilir ve bu artan stres durumu, mortalite ve morbidite üzerinde olumsuz etki yapabilir (Duman ve ark., 2003).

Hastanede yatan hastaya genellikle verilen mesaj, onun pasif ve uysal bir role bürünmesi gerektiğidir ve ondan istenilen her şeyi yapması beklenir. Yapılan bir çalışmada aslında hastayla ilgilenildiğini gösteren ameliyat öncesi ziyaretin bile hasta tarafından “kontrol ediliyorum” şeklinde algılanabileceği belirtilmiştir (Burridge, 1993). Bu otonomi ve özgürlük kaybı bazı hastalar tarafından iyi karşılanırken, pek çoğu için tehdit edici olarak algılanır (Sadock, 2007).

Preoperatif anksiyete, anestezik ilaç ihtiyacı ve intraoperatif “farkındalık” riskini arttırabilmekle birlikte postoperatif analjezik ihtiyacı ve hastanede kalış süresinde artışa neden olarak hasta memnuniyetinde azalmaya yol açabilir (Williams ve Jones, 1968; Hobson ve ark., 2006). Hastanın preoperatif dönemde psikolojik olarak hazırlanması kişiye duygusal bir destek sağlar ve bu şekilde postoperatif dönemde anksiyete ve ağrı düzeyi ile analjezik dozunu azaltılır, hastanede kalış süresi kısalmır, normal hayatına daha kısa sürede dönebilir (Karayurt, 1998).

### **2.1.5. Preoperatif Anksiyete Nedenleri**

Preoperatif anksiyete nedenlerinden bazıları geleceğin belirsizliği, sevdiklerinden ayrılma, kontrol kaybı, beden bütünlüğünün bozulması, ameliyat sonrası ağrı endişesi ve ölüm korkusu şeklindedir (Caumo ve ark., 2001; Carr ve ark., 2006; Erci ve ark., 2008; Pritchard, 2011).

Preoperatif dönemde hastadaki anksiyetenin önemli nedenlerinden birisi anesteziye bağlı olanlardır. Ameliyattan sonra uyanamamak, ameliyat esnasında uyanmak, ameliyat

esnasında ağrı hissetmek, ameliyattan sonra ağrı duymak, ameliyattan sonra yoğun bakımda kalmak, iğneden korkmak, anestezi sırasında anlamsız konuşmak, ölüm korkusu, anesteziistin bilgi ve deneyim eksikliği olduğu düşüncesi, anesteziistin ameliyathanede bulunmaması ile anesteziistin tavır ve tutumları da preoperatif anksiyetenin anestezi ile ilgili nedenleri arasında gösterilebilir (Domar ve ark., 1989; Markland ve Hardy, 1993; Demir ve ark., 2010; Pritchard, 2011; Yılmaz ve ark., 2014).

Cerrahi girişim hastada kendini direkt olarak fiziksel tehdit altında hissetme ve bir yaşam krizine sebep olur. Bu kriz kanser cerrahisi girişimlerinde en ileri düzeydedir, bu hastalarda yaşama şansı, yaşam biçimi endişelerine ameliyat ile ilgili endişeler de eklenir (Özkan, 1993). Yine hem fizyopatolojik hem de psikopatolojik süreçlerle ilgili olarak psikiyatrik morbiditenin en yüksek olduğu gruplardan birisi kardiyak cerrahi geçiren hastalardır (Özkan, 1993). Kolesistektomi, apendektomi gibi rutin ameliyatlarda hastaların kaygı düzeyi daha azken, plastik cerrahi hastalarında ameliyat sonrası beklentilerinin karşılanmaması korkusu ön plandadır (Cimilli, 2001).

### **2.1.6. Preoperatif Anksiyetenin Etkileri**

Anksiyetenin psikolojik etkilerinin yanı sıra fiziksel olarak da pek çok etkisi bulunmaktadır. Anksiyetesi olan hastanın fizyolojik düzeyde vital bulguları etkilenir. Örneğin; nabız, kan basıncı ve terleme artar (Pritchard, 2011). Preoperatif anksiyete, katekolamin salınımını arttırarak taşikardi, hipertansiyon ve aritmiye neden olur (Kim ve ark., 2010). Anksiyete, laringoskopi ve entübasyon sırasında refleks sempatik aktivite artışına neden olur (Köroğlu ve ark., 2007). Anksiyete, intraoperatif dönemde anestezi ilaç ihtiyacını önemli derecede arttırır, postoperatif dönemde bulantı-kusmayı ve hissedilen ağrı ile analjezik ihtiyacını arttırır (Carr ve ark., 2006; Kim ve ark., 2010; Pritchard, 2011). Ayrıca anksiyete bağışıklık sistemini etkileyebilir, yara iyileşmesini uzatabilir, postoperatif hastanede kalış süresini uzatır ve hasta memnuniyetini azaltır (Caumo ve ark., 2001; Carr ve ark., 2006; Kim ve ark., 2010; Pritchard, 2011).

### 2.1.7. Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesi

Preoperatif anksiyete değerlendirilmesi için yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaç ve beklentilerini anlayarak onlara gereken desteği sağlamaları açısından önemlidir.

State Trait Anxiety Inventory (STAI), Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) , Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası, Taylor Anksiyete Skalası , Hamilton Anksiyete Skalası , Depresyon Anksiyete ve Stres Skalası gibi pek çok test anksiyete değerlendirilmesinde kullanılır.

#### **Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)**

APAIS skalası, Moerman ve arkadaşları tarafından preoperatif anksiyete ölçümünde kullanılan STAI ölçeğinin uzun olması ve çok sayıda soru içermesi ile yoğun çalışan kliniklerde kullanımının pratik olmamasından dolayı geliştirilmiştir (Moerman ve ark., 1996). Bu skala kısadır ve kolay uygulanabilir ,basit ve hızlı bir şekilde hastanın endişe kaynağını ve endişesinin şiddetini kantitatif olarak değerlendirmeye olanak verir (Moerman ve ark., 1996; Boker ve ark., 2002). Araştırmalarda APAIS ve STAI beraber kullanılarak, bu skalanın da STAI kadar kullanılabilir olduğu belirtilmiştir (Cassady ve ark., 1999; Miller ve ark., 1999). Bu testte endişe kaynakları: cerrahiden duyulan endişe, anesteziyenin duyulan endişe ve bilgi eksikliğinin yarattığı endişe olarak üçe ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu üç kaynağa yönelik 6 ifadeyi içermektedir;

1. Anestezi nedeniyle endişeliyim.
2. Sürekli anesteziyi düşünüyorum.
3. Anestezi konusunda olabildiğince fazla bilgi almak istiyorum.
4. Cerrahi işlem nedeniyle endişeliyim.
5. Sürekli uygulanacak cerrahi işlemi düşünüyorum.
6. Cerrahi işlem konusunda olabildiğince fazla bilgi almak istiyorum.

Anestezi ve cerrahi anksiyeteyi ölçmeye yönelik dört (1,2,4,5. maddeler), anestezi ve cerrahi konularında bilgi edinme isteğini ölçmeye yönelik iki (3. ve 6. maddeler) adet toplamda 6 madde yer almaktadır. Anksiyete ölçümüne yönelik maddeler (1,2,4,5) 1-5 arası puanlanır, bu değerler 1=hiç, 5=çok fazla olarak ifade edilen APAIS-A (anksiyete) skorunu oluşturur. Bilgi edinme isteğine yönelik sorular 2-10 arası puanlanır, bu değerler 2=hiç, 10=çok fazla olarak

ifade edilen APAIS-B (bilgi edinme isteği) skorunu oluşturur. Her iki skorun da toplamda alabileceği minimum ve maksimum değerler sırasıyla 4 ve 20'dir.

### **State Trait Anxiety Inventory / Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)**

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen STAI (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği) ile sağlıklı ve hasta bireylerde kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır (Spielberger, 1975). Bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Necla Öner ve Le Compte (1998) tarafından yapılmıştır (Öner ve Le Compte, 1998).

Anksiyete, durumluk ve sürekli kaygı şeklinde iki kategoriye ayrılabilir. Durumluk kaygı, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan ötürü hissettiği subjektif korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı düzeyi artar, tersi durumda azalır. Sürekli kaygı ise bir kişilik özelliğidir, bu kişiler sürekli huzursuzdur. Bu kaygı türü çevreden gelen tehlikelere bağlı değildir (Öner ve Le Compte, 1998). Durumluk kaygı düzeyi yüksekse bu; değerlendirme sırasındaki yüksek kaygı düzeyini gösterirken, sürekli kaygı düzeyi yüksekse bu; endişeli bir kişilik özelliğini gösterir (Kiyohara ve ark., 2004). STAI, kişinin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir ölçektir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan tüm hastalara uygulanabilir.

STAI 20 şer maddelik iki kısımdan oluşur. Durumluk Kaygı Ölçeği; kişinin belirli bir an ve koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler ve preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır. Sürekli Kaygı Ölçeği ise; kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız şekilde kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluk Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce veya davranışların şiddet derecesine göre "Hiç", "Biraz", "Çok", "Tamamıyla" şıklarından birinin seçilmesi, Sürekli Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında ise, maddelerin ifade ettiği duyuş düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, "Hemen Hiçbir Zaman", "Bazen", "Çok Zaman" ve "Hemen Her Zaman" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve

20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise sekiz tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımı ile de yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir.

STAI değerlendirmesine göre yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

### **2.1.8. Preoperatif Anksiyete Tedavisi**

Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü düşünüldüğünde, anksiyete tedavisinin de cerrahi tedavinin bir parçası olması gerektiği söylenebilir (Aydemir ve Köroğlu, 2006). Hastanın endişelerinin empatik bir yaklaşımla dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlar ve anksiyete ile başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir (Erci ve ark., 2008). Hastalara yeteri kadar destek ve doğru bilgi verildiği durumlarda, hastanın preoperatif anksiyetesinin azaltıldığı ve hasta sonuçlarının iyileştirildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Markland ve Hardy, 1993; Hobson ve ark., 2006).

### **Psikolojik Hazırlama/Bilgilendirme**

Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve hastayı bilgilendirme, psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır (Özkan, 1993). Ameliyat öncesinde hastaya ameliyatın amacı, faydaları, olası riskleri, klinik amaçları açıklanmalı ve ameliyatın süresi, tipi, ameliyat sonrası kullanacağı ilaçlar gibi bilgiler anlatılmalıdır (Özkan, 1993). Hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceği, uyandığında nasıl bir ortamda olacağı, hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceği, postoperatif dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamı gibi bazı bilgiler öğretilmelidir (Kaplan ve ark., 1994).

Birçok çalışmada bilgilendirmenin hastaların preoperatif anksiyetelerini azalttığı gösterilmiş olup (Chan ve Molassiotis, 2002), bazı araştırmalarda etkilenmediği (Bergmann ve ark., 2001; Gillies ve Baldwin, 2001), bazılarında ise artırdığı (Cohen ve Lazarus, 1982) gösterilmiştir.

Bilgilendirme farklı şekillerde yapılabilir. Hasta ile karşılıklı konuşulabilir, yazılı broşür ya da video kullanılabilir. Birçok çalışmada video ile eğitimin preoperatif anestezi konsültasyonuna ek olarak bilgi artırmada etkinliği gösterilmiştir (Besler ve ark., 2004). Bilgilendirme yöntemini seçmede en önemli nokta hastaya uygun eğitim modelini seçmektir yani bilgilendirme bireyselleştirilmelidir (Besler ve ark., 2004). Bilgilendirmenin esasları; hastayla güzel iletişim kurmak, kişinin ihtiyacına göre öğretim yolunu ve miktarını seçme olarak özetlenmiştir (Philips, 1999).

## **Farmakolojik Hazırlama**

Farmakolojik hazırlıkta premedikasyon yapmak hastanın korkusunu azaltarak huzurlu bir şekilde ameliyat odasına girmesine olanak verir. Amnezi ve anksiyolizis preoperatif medikasyonun etkilerinin ilk belirtileridir. Sedasyon ve amnezinin sağlanması da anksiyeteyi azaltır. Premedikasyonda kullanılan ilaçlar, hastanın anksiyetesini azaltmak, sedasyon, hemodinamik stabilite ve analjezi sağlamak, gastrik asit aspirasyon ihtimalini azaltmak, alerjik reaksiyonlara karşı profilaksi sağlamak, postoperatif bulantı ve kusmayı önlemek gibi amaçlarla kullanılır (Badner ve ark., 1990). Preoperatif anksiyete için çoğunlukla benzodiyazepinler tercih edilir. Oral alımı kısıtlanan hastalara parenteral benzodiyazepin preparatlarının yanısıra dilaltı alprazolam verilebilir. Ayrıca bir beta-blokör olan propranololün de preoperatif dönemde profilaktik uygulanmasının postoperatif anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir.

## **2.2. Sağlık Okuryazarlığı**

### **2.2.1. Okuryazarlık Tanımı**

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde okumak, bir yazıyı meydana getiren harf ve işaretlere bakıp bunları çözümlmek veya seslendirmek; yazmak ise söz ve düşünceyi özel işaret veya harflerle anlatmak şeklinde tanımlanmaktadır (TDK Sözlük). Yani geniş anlamıyla okuma-yazma söz ve düşünceyi özel harflerle anlatabilme ve bu harfleri çözümleyebilme bilgisidir.

Okuryazarlık (literacy), okuma (reading) ve yazma (writing) tanımlamalarından çok daha farklıdır. Okuma-yazma belirli bir harf sistemini çözmek için kullanılan statik bir davranıştır ancak okuryazarlık, iletişimi olan şeyleri anlamlandırmayı hedefleyen geliştirilebilir bir beceridir (Kurudayıoğlu, 2010). Okuryazarlık, okuma ve yazma ile başlar ve geçekleri

görebilme, ifade edebilme; çevreyi anlamlandırabilme ve bireysel anlamlar oluşturabilme; bilgiyi kullanabilme ve yeni düşünceler üretebilme; sistemleri kullanabilme, birleştirebilme ve bunlardan yeni anlamlar ortaya koyabilme; edinilen bilgiyi davranışlara yansıtabilme ve kullanabilme; yaşadığı toplumun problemlerinin çözümüne ve ilerlemesine katkıda bulunma gibi becerileri edinerek kazanılır (Street, 1993; Gee, 2000; Gee, 2001; Morrow, 2005; Önal, 2010).

Sørensen ve arkadaşları okuryazarlığı, bir kişinin toplumda işlevlerini yerine getirebilmesi, hedeflerine ulaşabilmesi, bilgi ve potansiyelini geliştirebilmesi için basılı ve yazılı bilgileri kullanabilme kapasitesi olarak tanımlamışlardır (Sørensen ve ark., 2012). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) okuryazarlığı en temel insan haklarından biri olarak görür ve öğrenme ile eğitimin anahtar bileşeni olduğunu belirtir. UNESCO 2016 da okuryazarlığı; bireylerin sosyal yaşam, iş hayatı ve tüm topluma tam anlamıyla katılımını sağlayan, bireylere hayat boyu öğrenme imkânı vererek giderek artan teknolojik problemleri çözme kabiliyeti sağlamanın yanı sıra, bireylerin basılı ve yazılı materyalleri kullanarak okuma, yazma, iletişim kurma, hesaplama yeteneklerini de kapsayan yeterlilik düzeyi ve sürekli öğrenme süreci şeklinde tanımlamıştır (UNESCO, 2016).

Özetle, okuryazarlık, okuma ve yazma faaliyetinin eşliğinde kişinin yaşadığı hayatı ve bu hayat içinde nesne ve olayları algılayışı, anlaması ve sosyal hayatındaki bütün ilişkilere bir anlam yüklemesi ile ilgili bir kavramdır. (Aşıcı, 2009). Medya okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, matematik okuryazarlığı... gibi çok çeşitli okuryazarlık alt türleri vardır.

### **2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı**

Sağlık okuryazarlığını bir terim olarak ilk defa 1974 yılında Scott Simonds, “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi (Health Education as Social Policy)” isimli makalede kullanmıştır (Tones, 2002). Bu makalede sağlık eğitiminin kitle iletişimini, eğitim sistemini ve sağlık hizmetleri sistemini etkileyen bir politika olduğu tartışılmış, sağlık okuryazarlığının okul eğitiminin her düzeyinde ele alınması gerektiği ifade edilmiştir (Çınarlı, 2014).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ilk açık tanım 1995 yılında Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları Karma Komitesi tarafından; bireylerin temel sağlık bilgi ve hizmetlerini elde etme, yorumlama ve anlama kapasitesi ile bu bilgi ve hizmetleri sağlığı geliştirecek şekilde kullanma



yeterliliği şeklinde belirtilmiştir (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1998 yılında sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halini teşvik edecek ve sürdüreceğek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998).

Amerikan Tıp Derneği (AMA) 1999 yılında sağlık okuryazarlığı kavramını; sağlık bakım hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanabilmek için, hasta kişilerin reğete edilen ilaç kutuları üzerindeki etiketleri, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetleri ile birlikte sağlık ęalıřanları tarafından söylenenleri anlayıp uygulamasıdır şeklinde tanımlamıştır (American Medical Association, 1999).

Nutbeam 2000 yılında sağlık okuryazarlığının; bireylerin sağlığı iyileştirmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler olduğunu ifade eden bir tanımlama yapmıştır (Nutbeam, 2000).

Nielsen-Bohlman ve arkadaşları 2004 yılında sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlıkla ilgili uygun kararlar verebilmesi için temel sağlık bilgilerini edinme, okuma ve anlama kapasitesi ile buna uygun bir şekilde sağlık davranışı geliştirebilme yeteneği olarak tanımlamışlardır (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Zarcadoolas ve arkadaşları 2005 yılında sağlık okuryazarlığını; sağlık ile ilgili risklerini azaltmak ve yaşam kalitelerini artırmak için insanların bilinęli seğimler yapmasına yarayacak sağlık bilgisi ve kavramlarını aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdiği ęok ęeřitli beceri ve yeterlilikler olarak tanımlamışlardır. Ayrıca bu tanıma göre bahsi geçen sağlık okuryazarı kişi sağlık ile ilgili bilgilerini farklı durumlara uyarlayabilir ve sağlık, tıp ve bilim ile ilgili kamusal ve özel diyaloglara katılabilir (Zarcadoolas ve ark., 2005).

The European Health Literacy Survey (HLS-EU), 2012 yılında sağlık okuryazarlığının, okuryazarlıkla yakından bağlantılı olduğunu belirtmiş ve günlük yaşamlarında insanların sağlıklarıyla ilgili karar vermek, yaşam kalitelerini yükseltip devamlılığını sağlamak ve hastalıkları önlemek amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, bilgiyi anlama ve kullanmayı sağlayacak bilgi, beceri ve yeterlilik olduğu şeklinde geniş kapsamlı bir tanım önermiştir (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen ve ark., 2012).

Sørensen ve ark. 2012 yılında ilk kez bu konuda yapılan pek çok çalışmayı halk sağlığı bakış açısıyla da değerlendirip “Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla ilişkili olup kişilerin sağlıklarıyla ilgili kararlar almaları, hayat kalitelerini arttırıp sürdürmeleri için sağlıklarını geliştirme ve koruma , hastalıklarının önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine ulaşma, bu bilgiyi anlama, bilgiye değer biçme ve bilgiyi kullanma yeterlilikleridir” tanımlamasını yapmışlardır (Sørensen ve ark., 2012). Sağlık okuryazarlığının kapsamı sadece bu yeterliliklerden ibaret olmayıp çok daha geniştir; kişinin kendi sağlığını tanımlaması, hastalığını ve sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanabileceğini bilmesi, sağlıkla ilgili karmaşık nitelikteki metinleri okuması ve anlamlandırabilmesi, rıza-onam formlarını anlaması ve imzalaması, kendi sağlığı ile ilgili kararlar ve sorumluluk alması, ilaçlarını veya evdeki tıbbi cihazları doğru kullanma gibi sağlık bilgilerinin kavrayabilmesini de gerektirir (Sørensen ve ark., 2012).

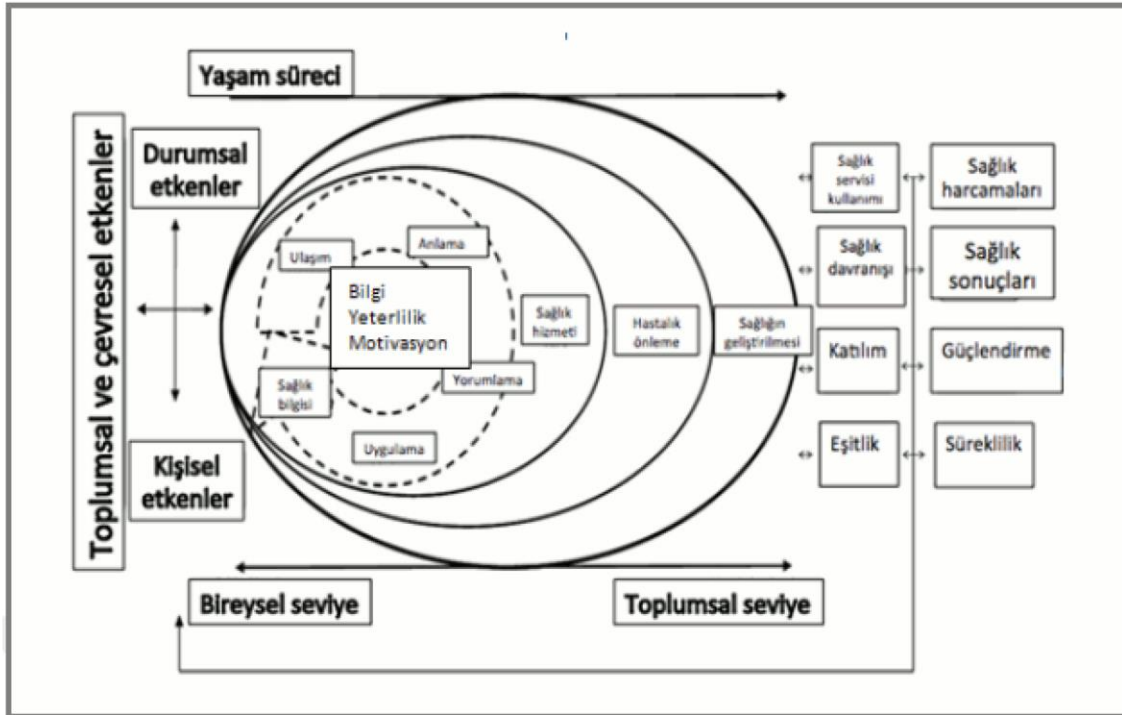
WHO 2013 yılında sağlık okuryazarlığının tanımını yenileyerek; insanların hayat kalitesini iyileştirmek amacıyla yaşam boyu sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirleyip karar verirken sağlık bilgilerine erişme, bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgi, istek ve kapasiteleri olduğunu belirtmiş, ayrıca sağlık okuryazarlığının genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisini vurgulamıştır (WHO, 2013).

Türkçe’de sağlık okuryazarlığı tanımı ise, “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”nde T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanmış olup, “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edip sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmıştır (Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki sözlüğü, 2011; WHO, 1998).

Görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı için literatürde pek çok tanım vardır. Ancak hala sağlık okuryazarlığının tanımları konusunda son söz söylenmemiştir. Nutbeam’a göre bu konudaki deneyim büyüdükçe ve fikirler geliştikçe, terimin anlamının düzenli olarak değerlendirilmesi gerekecektir (Nutbeam, 1998). Terimin kullanımı genellikle duruma özgüdür ve yorumunu etkileyebilecek geçerli sosyal, kültürel ve ekonomik koşullarla şekillenecektir (Dodson ve ark., 2015). Ayrıca sağlık okuryazarlığı, hem uzmanlardan hem de hastalardan güçlü katılım gerektiren, insan merkezli sağlığı artırma eğiliminin önemli bir bileşenidir ve bu da gelecekte sağlık okuryazarlığını nasıl tanımlayacağımızı etkileyebilir (Okan ve ark, 2019).

### 2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Literatür taraması yapıldığında pek çok farklı sağlık okuryazarlığı kavramsal modellemesi olmasına rağmen, bu modeller sağlık okuryazarlığı tanım ve yeterliliklerine kapsamlı olarak değinmemiştir. Sørensen ve ark. 2012 yılında sağlık okuryazarlığının temel bileşenlerini ve etkilerini içeren pek çok farklı kavramsal modeli inceleyerek, bu modellerin ana boyutlarını kapsayan entegre bir model geliştirmiştir (Şekil 1).



**Şekil 2.1.** Sørensen ve ark. tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli  
(Kaynak: Sørensen K et al. *Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models*, BMC Public Health, 2012, 12:80)

Sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama ilgili temel beceriler modelin çekirdek kısmında bulunur. Bu beceriler bilişsel özellikler gerektirir ve edinilen sağlık bilgisinin niteliğine bağlıdır. Bu becerilerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli alt boyutlarına karşılıktır.

Uzak etmenler demografik özellikler, kültür, dil, politik ve toplumsal özellikler gibi sosyal ve çevresel belirleyicileri, yakın etmenler ise yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, sosyoekonomik durum, istihdam, gelir, okuryazarlık gibi kişisel belirleyiciler ile medya

kullanımı, sosyal destek, aile ve akran etkileri, fiziki çevre gibi durumsal belirleyicileri kapsar ve bunların hepsi sağlık okuryazarlığını etkiler (Sørensen ve ark., 2012).

Toplumsal düzeyde sağlık maliyetleri ve sağlık sonuçları bireylerin sağlık hizmeti kullanımı, sağlık davranışı ve sağlık okuryazarlık düzeyleri tarafından etkilenir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması bireysel güçlenme ve özerklik sağlayarak hayat kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunur. Bu durum sağlıkta eşit ve sürdürülebilir değişikliklere yol açarak olumlu sağlık verilerinin oluşmasını sağlar (Sørensen ve ark., 2012).

#### **2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Alt Boyutları**

HLS-EU Consortium sağlık okuryazarlığının Tablo 2.1.'de gösterilen 12 alt boyutlu bir matrisini oluşturmuştur. Bu tabloda, sağlık okuryazarlığının dört boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulamadır. Bahsi geçen dört boyut ; sağlık hizmeti, hastalığı önleme ve sağlığın geliştirilmesi düzeyleriyle bir araya getirilmiş ve sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu belirlenmiştir (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen ve ark., 2012).

**Tablo 2.1.** HLS-EU'nun 12 Alt Boyutlu Matrisi (*Kaynak HLS-EU Consortium, 2012, s9*)

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla ilgili bilgiye erişim	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama
<b>Sağlık Hizmeti</b>	1 Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşabilme becerisi	2. Tıbbi bilgiyi anlama ve tıbbi bilgiden anlam türetebilme derecesi	3. Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	4. Tıbbi konular hakkında bilinçli karar verebilme derecesi
<b>Hastalıktan Korunma</b>	5. Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşabilme becerisi	6. Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama ve risk faktörlerinden anlam türetebilme becerisi	7. Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	8. Risk faktörleriyle ilgili bilgiler hakkında karar verebilme derecesi
<b>Sağlığın Geliştirilmesi</b>	9. Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleyebilme becerisi	10. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve bu bilgiden anlam türetebilme becerisi	11. Sağlıkla ilgili konuları yorumlama ve değerlendirebilme becerisi	12. Sağlıkla ilgili konularda görüş yansıtabilme becerisi

Sağlıkla ilgili bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama boyutları ile ilgili yeterlilikler sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil eder. Bilgiye erişim, sağlık bilgisini araştırıp bulma becerisini; bilgiyi anlama, sağlık ile ilgili ulaşılan bilgiyi kavrama becerisini; bilgiyi değerlendirme, bu sağlık bilgisini yorumlama ve değerlendirme becerisini ve bilgiyi uygulama, sağlığı korumak ve devam ettirmek için karar verirken gereken iletişim ve bilgiyi kullanma becerisini gösterir (Sørensen ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı alanları; sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesidir. Bireylerin bu alanlarda sağlık okuryazarlık becerileri farklılık gösterebilir. Sørensen ve ark.' a göre sağlık okuryazarlığının boyutları, sağlık okuryazarlığının; sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında kişilerin güçlendirilmesini sağlayan bir araçtır.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutları; sağlık hizmeti düzeyinde klinik ortamdaki bilgi, hastalığı önleme düzeyinde risk faktörleriyle ilgili bilgi, sağlığın geliştirilmesi düzeyinde ise sağlıkla ilgili toplumsal ve kapsamlı bilgi içerir (Sørensen ve ark., 2012).

### **2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı – Sağlık İlişkisi**

Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilgili durumlarda önemli bir rol oynamakta, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sonuçlarını etkilemektedir (Mancuso, 2008). Sağlık okuryazarlığının sağlık ile ilgili sonuçları bireysel ve sistemsel düzeyde olmak üzere 2 ayrı sınıfta incelenebilir. Bireysel düzeydeki sonuçlar glisemik kontrol, lipid kontrolü, tedaviye uyum gibi sağlık ile ilgili hayat kalitesini ve sağlık açısından memnuniyeti; sistemsel düzeydeki sonuçlar hasta ve sağlık hizmeti sunucuları için kaynak ayırımını, maliyetleri, yeni programların oluşturulmasını içermektedir (Sayah ve Williams, 2012).

Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin bilgi düzeyi, hastalık belirtileri, mortalite-morbidite , genel sağlık statüsü gibi sonuçları diğer hastalardan daha kötü bulunmuştur (Baker ve ark., 2007). Yine düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerde acil servislerin daha sık kullanımı, hospitalizasyon oranının yüksekliği, ilaç ve tedavi hizmetlerinin gereksiz kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanım oranının düşük olması gibi nedenlerle, yapılan sağlık harcamalarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Eroğlu ve Oflaz, 2017).

Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan kişiler ise, hem kendi sağlığı hem de toplum sağlığı için yapması gerekenler konusunda sorumluluk sahibidir, tedavilerine uyum gösterir, tıbbi durumları ile ilgili bilgi ve semptomları uygun olarak ifade edebilir ve tedavisinin karar verme sürecinde aktif rol oynayabilir ve sonuç olarak hastanede kalış süreleri daha kısa olur (Tözün ve Sözmen, 2015).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması birey, aile ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olup sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi gerekmektedir (Safeer ve Keenan, 2005; Von Wagner ve ark., 2007; Shaw ve ark., 2009; Taş ve Akış, 2016; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

### **2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler**

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler ve bunlar arasındaki etkileşimleri bilmek hem sağlık okuryazarlığı kavramının hem de sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları üzerine etkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Demografik, psikososyal, kültürel faktörler ile genel okuryazarlık, bireysel özellikler, hastalıklarla ilgili deneyimler ve sağlık sistemi sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli faktörlerdir (Sørensen ve ark., 2012).

#### **Demografik Faktörler**

Cinsiyet, yaş, ırk, medeni durum, eğitim, sosyoekonomik durum, meslek örnek verilebilir. Yapılan çalışmaların birçoğunda kadın, ileri yaş, siyah ırk, evli olmayanlar, eğitim ve gelir durumu düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (Ingram, 2010; HLS-EU, 2012; Balçık ve ark., 2014). Eğitim düzeyi düşük olan bireyler, eğitim düzeyi yüksek olan bireylere göre sağlık ile ilgili bilgileri anlama ve kronik hastalıklarla baş edebilme yönünden daha çok zorlanmaktadırlar (NC IOM, 2007).

#### **Psikososyal Faktörler**

Öz yeterlilik davranışı, sağlık problemleri ile ilgili bilgileri ile hastalığı anlama, aile ve çevresel destek gibi konuları içerir. Kişilerin sağlıkla ilgili inanç algısının düşük olup bunları davranışa aktaramaması, aile ve çevrenin sosyal destek vermemesi/yetersiz destek gibi durumlarda sağlık okuryazarlık düzeyi de düşük olmaktadır (Balçık ve ark., 2014).

#### **Kültürel Faktörler**

Göçmenlik, etnik grup, dil farklılığı gibi unsurları içermektedir. Hastalık ve sağlık ile ilgili kültürel inançlar, bireylerin sağlık hizmeti verenlerin talimatlarını anlamasına ve buna göre hareket edebilmesine katkı sağlar (Shaw ve ark., 2009). Bir çalışmada göçmenlerin kültürel inançlarının, kendilerine sağlık hizmeti verenlerin talimatlarını algılama ve uygulama şekline etkili olduğu bulunmuştur (Lee ve ark., 2015). Hem kültürel farklılıklar hem dil farklılıkları bir araya geldiği zaman yanlış anlamalar, uyumsuzluklar ve bir takım kötü sonuçlara neden olabilir (Abrams ve ark., 2015). Yaşadığı ülkeye yakın zamanda gelen göçmenler ve yaşadığı ülkenin dilini kısıtlı derecede konuşan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha düşüktür.

## **Genel Okuryazarlık Düzeyi**

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olmakla beraber, genel okuryazarlığın yüksek olması direkt olarak sağlık okuryazarlığının yüksek olacağı anlamına gelmemektedir (Onotai, 2008; Van der Ploeg, 2012; ACSQHC, 2013). Yapılan çalışmalarda okuryazarlık düzeyi düşük olan kişilerin sağlık ile ilgili bilgileri anlamasında zorluk yaşadığı gösterilmiş olup, okuryazarlık düzeyi yüksek olanların da sağlık okuryazarlığının yetersiz olabileceği belirtilmiştir (ACSQHC, 2013). Buna paralel olarak yüksek eğitilmiş kişilerin de sağlık sistemlerini karmaşık bulup anlamakta güçlük çektiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Balçık ve ark., 2014).

## **Bireysel Özellikler**

İşitme, görme ve konuşma, sosyal ve fiziksel beceriler ile hafızada tutma, muhakeme etme, okuma, anlama ve sayısal hesap yapabilme gibi bilişsel becerileri içermektedir (Sørensen ve ark., 2012). Bunların azalması durumunda sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür (Sørensen ve ark., 2012).

## **Hastalık ile ilgili deneyimler/tecrübeler**

Hastalığın süresi, tipi, şiddeti, komplikasyonları ile ek hastalık varlığı örnek gösterilebilir (Berkman ve ark., 2004; Inoue ve ark., 2013). Hastalık süresinin uzaması, hastalığın tedavisinin karmaşıklaşması ilave başka hastalıklar eklenmesi sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilemektedir (Inoue ve ark., 2013; Balçık ve ark., 2014).

## **Sağlık sistemi ile ilgili faktörler**

Sağlık hizmetine erişim, sağlık güvencesi kapsamı ve hekim hasta ilişkisi gibi faktörleri içermektedir (Kanj ve Mitic, 2009). Sağlık sistemi, sağlık okuryazarlığının tüm düzeylerindeki kişilerin sağlık ile ilgili hizmet ve bilgiyi elde etmesini teşvik edebildiği gibi, buna engel de oluşturabilir (IOM, 2011). Sağlık profesyonellerinin, düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan kişilerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmek ile ilgili farkındalıkları düşük düzeydedir (Rootman ve Gordon-El-Bihbety, 2008).

### **2.2.7. Okuryazarlık- Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi**

“Okuryazarlık” ve “sağlık okuryazarlığı” terimleri pek çok kişi tarafından birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bu durum, sağlık okuryazarlığı konusuna yabancı olan bireylerce kafa



karıştırıcı olabilir (Van der Ploeg, 2012). Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı yakından ilişkili ancak aynı değildirler (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). HLS-EU ile WHO, sağlık okuryazarlığının, okuryazarlıkla yakından bağlantılı olduğunu belirtmiştir (HLS-EU, 2012; WHO, 2013).

Okuryazarlık, temel insan haklarından biridir ve bireyleri, aileleri ve toplumları güçlendirerek yaşam kalitesini yükseltir. “Çarpan etkisi” sayesinde okuryazarlık, yoksulluğun ortadan kaldırılmasına, çocuk ölümlerinin azaltılmasına, nüfus büyümesinin kontrol altına alınmasına, cinsiyet eşitliğinin ve sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasına yardımcı olur (UNESCO, 2016).

Okuryazarlık, sağlık okuryazarlığının temel bir parçasıdır ancak sağlık okuryazarlığı pek çok faktörden etkilenen daha karmaşık bir yapıdadır (McLaughlin, 2009). Okuma ve yazma becerisi açısından değerlendirildiğinde yüksek okuryazarlık düzeyleri, bir kişinin sağlık eğitimine ve iletişim faaliyetlerine istenilen şekilde yanıt vereceği anlamına gelmez (Onotai, 2008; Van der Ploeg, 2012; ACSQHC, 2013).

Sağlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık seviyesiyle ve bilişsel gelişimle ilişkilidir (Onotai, 2008). Sağlık okuryazarlığı pek çok sosyal, kişisel ve bilişsel yetenek ile birlikte sağlık sisteminde yer almak için kritik düşünme, problem çözme, karar verme, bilgi alma ve iletişim için gereken okuryazarlık becerilerinden doğmuştur (Mancuso, 2009). Kişiler besin etiketini okumak, grip aşısı yaptırmak veya sağlık durumunu yönetmek gibi durumlarda sağlık okuryazarlığı becerilerini kullanırlar.

Eğitim durumu, okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin tahmin edilmesinde yanıltıcı olabilir. Bir kişinin eğitim düzeyi yüksek olsa bile hala sınırlı sağlık okuryazarı olabilir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde lise mezunlarının yaklaşık %45’i sınırlı sağlık okuryazarıdır (U.S. Department of Health and Human Services, 2010; Teleş, 2018).

Bireyler benzer eğitim düzeyine sahip olsalar bile okuma, yazma, anlama ve hesaplama becerileri farklı olabilir. Bu nedenle sağlık ile alakalı konularda bireyi değerlendirirken eğitim durumu değil, sağlık okuryazarlık düzeyinin göz önünde bulundurulmalıdır (Berkman ve ark., 2010).

## **2.2.8. Dünya ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı**

### **Dünyada Sağlık Okuryazarlığı**

Avrupa Birliği üyesi sekiz ülkenin (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan) dâhil olduğu ve 8 bin kişiye yapılan HLS-EU Anketi’ nin sonuçları 2012 yılında açıklanmıştır. Ankete katılan kişilerin aldıkları puanlara göre sonuçlar yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi şeklinde gruplandırılmıştır. “Yeterli ve çok iyi” sağlık okuryazarlığı puanı diğer puanlara göre ülkelerin çoğunda daha yüksek bulunmuş olup, en düşük orana sahip ülkeler Bulgaristan (%37) ve İspanya (%42) dır (HLS-EU, 2012; Sørensen ve ark., 2015).

ABD’de Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine (NAAL) göre erişkin nüfusun %53’ü orta düzeyde sağlık okuryazarlığına sahipken, %22’si temel düzeyde sağlık okuryazarlığına ve %14’ü ise temel sağlık okuryazarlığının altında bir düzeye sahip bulunmuştur (Kutner ve ark., 2006).

Berkman ve ark. tarafından ABD’de, sağlık okuryazarlığının düşük olmasının sağlık sonuçlarını önemli oranda etkilediğine dair veriler (örn: hastanede kalış süresinin uzaması) yayınlanmıştır (Berkman ve ark., 2004). Buna çözüm olarak Mayıs 2010’da 7 maddeden oluşan ulusal bir eylem planı oluşturulmuştur (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Avrupa Birliği (EU), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Dünya Ekonomik Forumu (WEF), Birleşmiş Milletler İnovasyon Çalışma Grubu (UNIWG) gibi uluslararası oluşumlar düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sistemi üzerindeki yükünü azaltmak için çalışmalar yürütmektedirler (IOM, 2013).

### **Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı**

Ülkemizde hastaların güçlendirilmesi için yapılan kamusal düzenlemelerden ilki Hasta Hakları Yönetmeliği’nin yayınlanması ile gündeme gelmiştir (Eroğlu ve Oflaz, 2017). Hasta Hakları Yönetmeliği’ ne göre hasta, sağlık hizmetlerinden ihtiyacına uygun bir şekilde faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık kuruluşlarından hangi şartlarda faydalanabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet ve imkânları ile müracaat edilmiş olan kuruluşun verdiği sağlık hizmetlerinin usulünü öğrenme haklarını da kapsar (Madde 7) (Resmi Gazete, 1998).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü kurulmuş olup 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” kapsamında görevi “Toplumun ve bireylerin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek” olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2016).

Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşları arasında 2010 yılında “Okullarda Diyabet Eğitim Programı İşbirliği Protokolü” imzalanmış olup öğretmen, öğrenci ve velilerin çocuklarda diyabetin erken tanısı ve diyabetli öğrencilerin bakımı ile ilgili yeterliklerini geliştirmeleri amaçlanmıştır (Çalışkan, 2015).

Sağlık Bakanlığı tarafından “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” 2010 yılında hazırlanmış olup bu program obezite ile mücadele için uygun beslenmenin sağlanması ve düzenli fiziksel aktivitenin teşvikini amaçlamıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından aileler için “Sağlık Okuryazarlığı” adlı bir kitap basılmış olup kitapta insan vücudunun anatomi ve işleyişinin yanı sıra sağlık hizmeti verenlerle doğru iletişim için sistemin işleyişi, çalışanların görevleri gibi konularda bilgiler mevcuttur (Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012).

2012’de Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlemiştir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çeşitli çalışmalar Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve bazı üniversitelerce planlanmıştır (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Yine 2012 yılında “Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017” de sağlık okuryazarlığı kavramı yer almıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu planda dört stratejik amaç belirlenmiş olup bu amaçlardan biri “sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ile sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek” tir. Bu amaçla ilgili belirlenmiş hedeflerden biri ise bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık

okuryazarlığını geliştirmektir. Bunun için de halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek, izlemek ve artırmak (sağlık okuryazarlığı düzeyinin %50'nin üzerine 2017'de çıkarılması) uygulanması gereken stratejidir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalınca yapılan toplantılar sonucunda geliştirilebilecek yeni ölçek için kavramsal çerçeve olarak HLS-EU çalışmasında oluşturulmuş çerçevenin kullanılması kararı verilmiştir. Bu ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması Tanrıöver ve arkadaşlarınca 2014' te yapılmış ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) olarak Türkçeye çevrilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu anket sahada uygulanmış ve Türkiye'de genel sağlık okuryazarlık puanınının 30,4 olduğu, toplumun %64,6' sının (erişkin nüfusun 35 milyonunu) sağlık okuryazarlık düzeyinin “yetersiz ya da sorunlu” olduğu bulunmuştur (Tanrıöver ve ark., 2014). Yine bu kapsamda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)' nin geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılarak sonuçları 2016' da yayınlanmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili ilk lisansüstü araştırma 2011 yılında tamamlanmıştır, yani bu alan araştırmacıların ilgisini çeken yeni bir alandır. Türkiye'de iletişim ve eğitim alanlarında hem sağlık personelleri hem de halk açısından eksiklikler hala bulunmakta olup, bu eksikliklere karşı sağlık eğitimi, kamu farkındalık programları gibi çalışmalar devam etmektedir.

### **2.2.9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Değerlendirmek için Kullanılan Ölçekler**

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda giderek önem kazanan bir konudur, bu nedenle bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlık seviyelerini belirlemek amacıyla bir takım anket ve ölçekler geliştirilmiştir (Davis ve ark., 1993; Parker ve ark., 1995; Weiss ve ark., 2005; Mayer ve Villaire, 2007; Pleasant ve Kuruvilla, 2008). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için farklı amaç ve yaklaşımlara göre geliştirilen farklı ölçeklerde, sağlık kuruluş başvuruları ile buradaki yönlendirmeleri anlama, tıbbi belgeleri okuma ile anlama ve doldurma, ilaçlarla ilgili verilen talimatları anlama, sağlık çalışanlarını anlama gibi durumlar sorgulanmaktadır (Chew ve ark., 2004; ACSQHC, 2013).

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sonuç alma şekillerini etkilemesine rağmen, sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmenin en uygun yolu hakkında henüz bir ortak görüş bulunmamaktadır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için “altın standart” bir yöntem yoktur (Parker, 2000). Her ölçeğin kendine özgü sınırlılıkları vardır, sağlık okuryazarlığı düzeyini tanımlayacak kapsamlı ve uygulanabilir geçerli ölçümlere ihtiyaç bulunmaktadır (Mancuso, 2009).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA), En Yeni Vital Bulgu Ölçeği (Newest Vital Sign Test, NVST), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire-HLS-EU-Q),Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index), Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32) gibi bir çok test sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için kullanılır.

Bunlardan bizim çalışmamızda kullandığımız Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index) ‘nden aşağıda detaylı olarak bahsedilecektir.

### **Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index) (SOYÖ)**

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index), Sorensen tarafından geliştirilen 47 maddelik HLS-EU Anketinin Toçi, Bruzari ve Sørensen ile bir araya gelerek sadeleştirdikleri bir ölçektir (Toçi ve ark., 2013). Aras ve Temel (2017) tarafından Türkçe’ye geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır (Aras ve Temel, 2017). Bilgiye Erişim beş madde (1.-5.maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25’tir. Bilgileri Anlama yedi madde içermektedir (6.-12. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35’tir. Değer Bıçme/ Değerlendirme alt ölçeği sekiz madde içermektedir (13.-20. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40 dır. Uygulama/Kullanma alt ölçeği de beş madde (21.-25. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25’tir.Toplamda alınacak minimum puan 25, maksimum puan 125’tir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından “ 5: Hiç zorluk çekmiyorum,4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2:Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/ olanaksız” şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters

madde bulunmamaktadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Toçi ve ark., 2013).

#### **2.2.10. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı**

Sağlık okuryazarlığı tanımından da anlaşılacağı üzere bireyin sağlığı ile ilgili doğru kararlar verebilmesi ve sağlık ile ilgili bilgileri doğru şekilde anlayabilmesi için önemlidir (Baker ve ark., 1998). Hastadan verilen tedavinin içeriğini ve tıbbi tavsiyeleri anlaması beklenmektedir (Rudd ve ark., 2004).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler, şikâyetlerini ve hastalık belirtilerini anlatma, tıbbi önerileri anlama ve verilen talimatlara uyma, sağlık hizmetlerine erişim, bilgiyi değerlendirme gibi sağlıkla ilgili önemli konularda zorluk yaşamaktadırlar (Nielsen-Bohlman, 2004). Bu bireylerin yaşadıkları zorluklar ise hastalığın kontrol edilememesi, komplikasyon gelişme ihtimalinin artması, yaşam kalitesinde azalma, tedaviye uyum sağlayamama ve hizmetten memnun kalmama gibi sonuçlar doğurmaktadır (Balçık ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması bireyin temel sağlık bilgisinin eksik olmasına, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmasına, sağlık hizmetlerine zamanında ulaşması ve sağlık hizmetlerini kullanmasında yetersizliğe, ilaç kullanım hatalarında artmaya, hastalık sürecini uygun şekilde yönetememesi ile kişide mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olabilir (Wennberg ve ark., 2010; Sadeghi ve ark., 2013; Coşkun ve Bebiş, 2015). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması hastalık ile ilgili önemli bir testi yaptırmak veya hasta yakınlarının tedavi sürecine destek olması gibi durumları da zorlaştırabilir (Sezgin, 2013).

Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Tip 2 diyabet, romatoid artrit gibi kronik hastalıkları olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması sebebiyle tedavi aşamasında problemler olduğu ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Bains ve Egedede, 2011; Dageforde ve Cavanaugh, 2013; Sadeghi ve ark., 2013; Joplin ve ark., 2015; Sayah, 2015). Yine başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hemogloblin A1c arasındaki ilişki araştırılmış ve sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalarda glisemik kontrolün kötü olduğu, hemogloblin A1c değerinin iki kat yüksek olduğu belirtilmiştir (Powell ve ark., 2007).

Sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasının etkileri sadece bireysel değil, aynı zamanda toplumsal ve sağlık sistemi üzerinde de görülmektedir. Bunlara özetle bakacak olursak; koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada yetersizlik, gereksiz acil servis başvuruları, hastane yatış süresinde uzama, gereksiz yapılan tetkiklerde artma, hastalıklar belirti vermeye başladığında sağlık merkezlerine ulaşmada gecikme ya da sağlık sunucuları ile etkin iletişim kuramama, tıbbi öneri, talimat ve eğitimleri uygulamada zorlanma, mortalite ve morbidite oranında artma, sağlık kurumlarında verilen eğitim talimat ve broşürleri okuyup anlamakta zorlanma, iş gücü kaybında artma, hastane masraflarında artma, kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği ve buna bağlı artmış hastalık yükü gösterilebilir (Baker ve ark., 1998; Fortenberry ve ark., 2001; Scott ve ark., 2002; Kim, 2009; Tanrıöver ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerde, okuma güçlüğü ile beraber sözlü iletişim kurma ve riskleri kavramlaştırma ile ilgili sıkıntılar da yaşanabilir (Schillinger ve ark., 2002). Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler yazılı materyalleri okuyup bunu eleştirel olarak yorumladıktan sonra uygun davranış oluşturma konusunda problem yaşayabilirler. Bu nedenle de yazılı materyallerin toplumun sağlık okuryazarlık düzeyine uygun ya da bu düzeyi artıracak şekilde hazırlanması önem arz etmektedir (Nielsen- Bohlman ve ark., 2004).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu prospektif anket çalışması, Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurulunun 13.09.2019 tarihli ve 2019/2041 sayılı onayı alınarak, Kulak Burun Boğaz Bölümünde elektif olarak opere olacak 18 ile 65 yaş arası, ASA (American Society of Anesthesiology) I ve II grubu gönüllü hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

Çalışma ile ilgili bilgi verilip yazılı onayları alınan, anket sorularını anlayabilecek mental duruma sahip, en az ilkokul mezunu 155 gönüllü hasta çalışmaya dahil edildi. Okur - yazar olmayan, katılıma rıza göstermeyen, gebe olan, mental ve/veya santral sinir sistemi patolojisi ve malignitesi olan hastalar ile ASA III-IV grubundakiler çalışma dışı bırakıldı. Anket, hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam formu alındı ve bu hastalara üç bölümden oluşan bir anket formu operasyondan bir gün önce, yatış yapılan serviste uygulandı. Formun birinci bölümü hastaların demografik ve temel sağlık durumu ile ilgili verilerini (EK-A), ikinci bölümü preoperatif anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi için Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-D) ni (EK-B) ve üçüncü bölümü ise sağlık okuryazarlığının belirlenmesi için Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (SOYÖ) ni (EK-C) ihtiva ediyordu.

STAI, 1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından; Cattell - Scheier, Taylor ve Welsh' in anksiyete skalalarından faydalanılarak geliştirilmiş ve Necla Öner tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir (Badner ve ark., 1990). STAI anketinde yirmişer sorudan oluşan iki farklı bölüm bulunur ve bu bölümler durumluk ile süreklilik anksiyetesini değerlendirmektedir (Moerman ve ark., 1996; Julian, 2011). STAI-D, bireyin belirli bir anda ve koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Testlerin kullanımı için özel eğitim gerekmez (Aydemir, 2007). Çalışmada preoperatif anksiyete düzeyini değerlendirmek için STAI-D kullanıldı. STAI-D için katılımcılardan maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç, biraz, çok, tamamiyle” şıklarından birinin seçilmesi istenir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren “ters” ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık derecesinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini ifade eder. Tersine çevrilmiş



ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar ise yüksek anksiyeteyi gösterir. STAI-D de 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama bilgisayarda yapılabildiği gibi elle de yapılabilir. Elle puanlama yapılırken doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puanı çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer STAI-D için 50 dir. Bu çalışmada STAI-D skorunun hesaplanmasında elle puanlama kullanılmıştır. Her iki ölçekten elde edile toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygıyı, düşük puan düşük kaygı seviyesini gösterir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index) (SOYÖ), Sørensen tarafından geliştirilen 47 maddelik HLS-EU Anketinin Toçi, Bruzari ve Sørensen ile biraraya gelerek sadeleştirdikleri bir ölçektir (Toçi ve ark., 2013). Aras ve Temel (2017) tarafından Türkçe'ye geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Okuryazarlığı ölçeği 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır (Aras ve Temel, 2017). Bilgiye Erişim beş madde (1.-5.maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'tir. Bilgileri Anlama yedi madde içermektedir (6.-12. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'tir. Değer Biçme/ Değerlendirme alt ölççeği sekiz madde içermektedir (13.-20. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40 dir. Uygulama/Kullanma alt ölççeği de beş madde (21.-25. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'tir. Toplamda alınacak minimum puan 25, maksimum puan 125'tir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından " 5: Hiç zorluk çekmiyorum,4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2:Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Toçi ve ark., 2013).

Araştırma örneklemini belirlenirken power analizi kullanılarak, araştırmanın gücü %99, alfa değeri 0.05, etki düzeyi 0.25 kabul edilmiş ve G.Power programında örneklem büyüklüğü 155 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımını

incelemek için skewness ve kurtosis değerlerine bakılmış ve skewness ve kurtosis değerleri +1 ile -1 aralığında olduğu için verilerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizlere ek olarak bağımsız örneklemelerde t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) , pearson korelasyon analizi ve doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca araştırma bulguları %95 güven aralığında ve  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



#### 4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılara ait temel demografik bulgular, karşılaştırma analizleri, korelasyon analizi ve regresyon analizi tablolar halinde sırasıyla verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Temel Demografik Bulgular

Özellikler (n=155)		n	%
Cinsiyet	Erkek	98	63,2
	Kadın	57	36,8
Yaş (min. 18; max. 65)		36,61±13,94	
Medeni Durumu	Evli	104	67,1
	Bekar	51	32,9
Eğitim Durumu	İlkokul	55	33,5
	Ortaokul	18	11,6
	Lise	35	22,6
	Yüksekokul – Üniversite	47	37,3
Meslek	Memur	32	20,6
	Serbest Meslek	51	32,9
	İşsiz	39	25,2
	Diğer	33	21,3

Araştırmaya katılan grubun temel demografik verileri Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 36,61±13,94 olup bunların %63,2'si erkek, %67,1'i evlidir. Mesleki dağılımda en yüksek oranı %32,6 ile serbest meslek sahipleri oluşturmaktadır. Katılımcıların %33,5'i ilkokul mezunu iken, %37,3'ü yüksekokul-üniversite mezunudur.

**Tablo 4.2.** Temel Sağlık Durumu ile İlgili Bulgular

Özellikler (n=155)		n	%
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Kullanmıyor	99	63,9
	Kullanıyor	56	36,1
<b>ASA</b>	ASA I	59	38,1
	ASA II	96	61,9
<b>VKİ</b> (min. 16,25; max. 42,61)		26,21±4,58	
<b>Ek Hastalık Durumu</b>	Var	43	27,7
	Yok	112	72,3
<b>Olacağı Operasyon</b>	Kozmetik rinoplasti	25	16,1
	Fonksiyonel rinoplasti	62	40,0
	Timpanoplasti	42	27,1
	Diğer	26	16,8
<b>Geçirilmiş Cerrahi</b>	Var	97	62,6
	Yok	58	37,4
<b>Genel Olarak Sağlıkınızı Nasıl Algıyorsunuz?</b>	Kötü	10	6,5
	Orta	43	34,2
	İyi	92	59,4
	Çok İyi	10	6,5

Araştırmaya katılan hastaların temel sağlık durumları ile ilgili bulgular Tablo 4.2’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların %63,9’u sigara kullanmamaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %72,3’ünde herhangi bir ek hastalık bulunmazken; %61,9’u ASA II grubundadır. Katılımcıların VKİ ortalaması 26,21±4,58 olup minimum değer 16,25 maksimum değer 42,61 olarak tespit edilmiştir. Daha önce cerrahi operasyon geçirenlerin oranı %62,6 dir. Katılımcıların %40’ı fonksiyonel rinoplasti operasyonu olacaktır. Hastaların %59,4’ü genel sağlık durumunu iyi olarak nitelendirmektedir.

**Tablo 4.3.** Ölçeklerin Tanımlayıcı Özellikleri

Ölçekler	Ort.±Ss.	Min	Max	Cronbach’s Alpha	
<b>STAI-D</b>	38,14±7,98	22,00	64,00	0,87	
<b>SOYÖ</b>	89,18±19,20	41,00	125,00	0,96	
<b>Alt Boyutlar</b>	Bilgiye Erişme	18,53±4,64	7,00	25,00	0,92
	Bilgiyi Anlama	23,62±6,06	10,00	35,00	0,88
	Değer Bıçme	28,32±6,79	11,00	40,00	0,90
	Uygulama	18,72±4,07	9,00	25,00	0,83

Katılımcıların STAI-D ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $38,14 \pm 7,98$  olarak bulunmuştur. Katılımcılar SOYÖ ‘ den ise ortalama  $89,18 \pm 19,20$  puan almışlardır. Yine katılımcılar bu ölçeğin bilgiye erişme alt boyutundan  $18,53 \pm 4,64$ ; bilgiyi anlama alt boyutundan  $23,62 \pm 6,06$ ; değer biçme alt boyutundan  $28,32 \pm 6,79$  ve uygulama alt boyutundan  $18,72 \pm 4,07$  puan ortalamasına sahiptirler. (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Demografik Verilere göre STAI-D Karşılaştırma Analizleri

Özellikler (n=155)		n	Ort±Ss.	t / F	p değeri	Post-Hoc
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	98	37,19±8,07	-1,944	0,054	
	Kadın	57	39,75±7,62			
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	104	38,21±8,71	0,188	0,851	
	Bekar	51	37,98±6,31			
<b>Eğitim Durumu</b>	İlkokul <sup>1</sup>	55	38,73±8,95	0,224	0,879	
	Ortaokul <sup>2</sup>	18	37,06±6,03			
	Lise <sup>3</sup>	35	38,11±8,58			
	Yüksekokul – Üniversite <sup>4</sup>	47	37,87±7,09			
<b>Meslek</b>	Memur <sup>1</sup>	32	37,84±8,23	2,197	0,091	
	Serbest Meslek <sup>2</sup>	51	36,57±8,28			
	İşsiz <sup>3</sup>	39	40,79±7,39			
	Diğer <sup>4</sup>	33	37,70±7,48			

Katılımcıların demografik değişkenlerine göre STAI-D ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.4’te gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve meslek bağımsız değişkenlerine göre STAI-D ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.5.** Temel Sağlık Değişkenleri ile STAI-D Karşılaştırma Analizleri

Özellikler (n=155)		N	Ort. ± Ss.	t / F	p değeri	PostHoc
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Kullanmıyor	99	38,34±7,30	0,430	0,668	
	Kullanıyor	56	37,77±9,11			
<b>ASA</b>	ASA I	59	37,36±6,92	-0,953	0,342	
	ASA II	96	38,61±8,57			
<b>Ek Hastalık Durumu</b>	Var	112	37,30±7,80	-2,119	<b>0,036</b>	
	Yok	43	40,30±8,13			
<b>Olacağı Operasyon</b>	Kozmetik rinoplasti	25	36,96±5,76	0,340	0,796	
	Fonksiyonel	62	38,52±8,66			
	Timpanoplasti <sup>3</sup>	42	38,67±7,98			
	Diğer <sup>4</sup>	26	37,50±8,38			
<b>Geçirilmiş Cerrahi</b>	Var	97	38,62±7,33	1,037	0,301	
	Yok	58	37,28±8,97			
<b>Genel Olarak Sağlıkımızı Nasıl Algılıyorsunuz?</b>	Kötü <sup>1</sup>	10	46,30±8,82	11,553	<b>&lt;0,001</b>	1,2>3,4*
	Orta <sup>2</sup>	43	40,95±7,48			
	İyi <sup>3</sup>	92	36,82±7,14			
	Çok İyi <sup>4</sup>	10	30,00±5,68			

**Post-Hoc Testleri:** \*Scheffe

Katılımcıların sağlıkla ilgili bağımsız değişkenlerine göre STAI-D ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımına tablo 4.5'te yer verilmiştir. Bu tabloya göre katılımcıların sigara kullanma durumu, ASA, olacağı operasyon ve geçirilmiş cerrahi bağımsız değişkenlerine göre STAI-D ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Ancak bunların aksine ek hastalık durumu ve genel sağlık algısına göre katılımcıların STAI-D ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Ek hastalık durumuna göre ek hastalığa sahip olmayan kişilerin, ek hastalığa sahip olan kişilerden anlamlı düzeyde daha yüksek STAI-D ölçeği puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların genel sağlık algısına göre STAI-D ölçeği puan ortalamalarında bulunan farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan Scheffe testi sonucunda; genel sağlık algısı kötü ve orta olan katılımcıların, genel sağlık algısı iyi ve çok iyi olan katılımcılara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 4.6.** Demografik Veriler ile SOYÖ Arasında Karşılaştırma Analizleri

Değişkenler (n=155)		SOYÖ	Alt Boyutlar			
			Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Biçme	Uygulama
Cinsiyet	Erkek	89,81±20,02	19,01±4,52	24,03±6,14	28,38±7,11	18,39±4,14
	Kadın	88,11±17,84	17,70±4,77	22,91±5,90	28,21±6,26	19,28±3,91
	T	0,530	1,704	1,109	0,147	-1,321
	P	0,597	0,090	0,269	0,883	0,189
Medeni Durumu	Evli	86,54±18,63	17,68±4,72	22,60±5,84	27,57±6,62	18,69±4,10
	Bekar	94,57±19,42	20,25±3,99	25,71±6,01	29,84±6,94	18,76±4,04
	T	-2,486	-3,546	-3,083	-1,980	-0,104
	P	<b>0,014</b>	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	0,050	0,918
Eğitim Durumu	İlkokul <sup>1</sup>	87,45±18,62	16,87±4,86	22,85±6,20	28,25±6,68	19,47±3,97
	Ortaokul <sup>2</sup>	81,61±16,81	17,22±4,08	21,28±5,21	25,06±6,04	18,06±3,96
	Lise <sup>3</sup>	82,40±19,77	18,34±4,04	21,43±6,77	25,57±6,77	17,06±4,73
	Yüksekokul – Üniversite <sup>4</sup>	99,15±16,50	21,11±3,91	27,04±4,94	31,68±5,76	19,32±3,36
	F	7,625	8,837	8,896	8,133	3,208
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,055
Post-Hoc	4>1,2,3*	4>1,2,3*	4>1,2,3*	4>2,3*		
Meslek	Memur <sup>1</sup>	96,19±18,94	20,53±4,07	25,94±5,65	31,38±6,42	18,34±3,98
	Serbest Meslek <sup>2</sup>	88,02±19,39	18,00±4,44	23,31±6,03	27,71±7,11	19,00±4,30
	İssiz <sup>3</sup>	83,31±16,97	16,79±4,51	21,49±5,85	26,18±5,99	18,85±3,66
	Diğer <sup>4</sup>	91,12±20,03	19,45±4,85	24,36±6,06	28,82±6,66	18,48±4,37
	F	2,914	4,792	3,546	3,854	0,218
	P	<b>0,036</b>	<b>0,003</b>	<b>0,016</b>	<b>0,011</b>	0,884
Post-Hoc	1>3*	1>3*	1>3*	1>3*		

**Post-Hoc testleri:** \* Scheffe

Tablo 4.6’da katılımcıların demografik değişkenlerine göre SOYÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Tablo 4.6 incelendiğinde katılımcıların cinsiyetine göre SOYÖ ve alt boyutların ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların medeni durumuna göre SOYÖ ile bilgiye erişim ve bilgiyi anlama alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), ancak değer biçme ve uygulama alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Medeni duruma göre anlamlı fark bulunan bağımlı değişkenlerde bekâr olan katılımcıların evli olan katılımcılara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Eğitim durumlarına göre katılımcıların SOYÖ ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmışken ( $p<0,01$ ), uygulama alt boyutu puan ortalamasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Anlamlı fark bulunan puan ortalamalarındaki farkların hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post hoc testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. Buna göre SOYÖ, bilgiye erişim alt boyutu ve bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların yüksekokul-üniversite eğitim düzeyine sahip olanların, diğer tüm gruplardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı; değer biçme alt boyutu puan ortalamasındaki farkın ise yüksekokul-üniversite eğitim düzeyine sahip olanların, ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların SOYÖ ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutu puan ortalamalarında mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), ancak uygulama alt boyutu puan ortalamasında mesleğe göre anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Fark bulunan puan ortalamalarındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit edebilmek amacıyla yapılan Scheffe testi sonucunda tüm bağımlı değişkenlerdeki farkların, memur katılımcıların işsiz katılımcılara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.



**Tablo 4.7.** Temel Sağlık Değişkenleri ile SOYÖ Arasında Karşılaştırma Analizleri

Değişkenler (n=155)		SOYÖ	Alt Boyutlar			
			Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme	Uygulama
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Kullanmıyor	91,04±18,60	18,63±4,59	23,88±6,14	29,06±6,60	19,47±3,86
	Kullanıyor	85,59±19,98	18,36±4,76	23,16±5,95	27,00±6,98	17,38±3,86
	T	1,611	0,346	0,707	1,829	3,176
	P	0,109	0,730	0,480	0,069	<b>0,002</b>
<b>ASA</b>	ASA I	93,00±18,67	19,34±4,37	24,58±5,83	29,83±6,58	19,25±4,01
	ASA II	86,63±19,25	18,03±4,75	23,03±6,16	27,39±6,78	18,39±4,09
	T	1,959	1,715	1,548	2,204	1,294
	P	0,052	0,088	0,124	<b>0,029</b>	0,196
<b>Ek Hastalık Durumu</b>	Yok	90,10±19,58	18,88±4,54	24,11±5,97	28,56±6,93	18,55±4,18
	Var	86,79±18,22	17,63±4,84	22,35±6,18	27,67±6,45	19,14±3,77
	T	0,960	1,505	1,626	0,728	0,802
	P	0,339	0,135	0,106	0,468	0,424
<b>Olacağı Operasyon</b>	Kozmetik rinoplasti <sup>1</sup>	97,72±16,83	20,40±3,84	26,80±5,66	31,24±5,64	19,28±3,41
	Fonksiyonel rinoplasti <sup>2</sup>	88,56±18,87	18,73±4,68	23,26±5,98	28,02±6,73	18,56±3,97
	Timpanoplasti <sup>3</sup>	87,88±18,75	17,74±4,72	22,93±5,79	28,33±7,00	18,88±4,07
	Diğer <sup>4</sup>	84,54±21,36	17,54±4,77	22,54±6,40	26,19±7,01	18,27±4,95
	F	2,295	2,248	2,933	2,506	0,312
	P	0,080	0,085	<b>0,035</b>	0,061	0,817
	Post-Hoc			1>4		

**Post-Hoc testleri:** \* Scheffe

**Tablo 4.7.** Temel Sağlık Değişkenleri ile SOYÖ Arasında Karşılaştırma Analizleri (devamı)

Değişkenler (n=155)	SOYÖ	Alt Boyutlar				
		Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Değer Bıçme	Uygulama	
<b>Geçirilmiş Cerrahi</b>	Yok	87,39±19,52	18,31±4,52	23,21±6,18	27,67±6,81	18,21±3,97
	Var	92,17±18,46	18,90±4,85	24,31±5,84	29,40±6,68	19,57±4,13
	T	-1,506	-0,762	-1,098	-1,539	-2,038
	P	0,134	0,447	0,274	0,126	<b>0,043</b>
<b>Genel Olarak Sağlığınızı Nasıl Algılıyorsunuz?</b>	Kötü <sup>1</sup>	68,50±15,33	13,20±4,71	17,20±4,21	21,30±5,56	16,80±4,76
	Orta <sup>2</sup>	83,79±20,05	17,72±4,29	21,74±6,43	26,93±6,84	17,40±4,25
	İyi <sup>3</sup>	92,68±17,07	19,35±4,28	24,79±5,45	29,23±6,18	19,32±3,75
	Çok İyi <sup>4</sup>	100,80±19,11	19,80±5,63	27,30±5,08	32,90±7,55	20,80±3,61
<b>Post-Hoc</b>	F	8,256	6,710	8,602	6,954	4,011
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,009</b>
	Post-Hoc	4,3>1*	1<2,3,4*	4,3>1*	4,3>1*	4>1*

**Post-Hoc testleri:** \* Scheffe

Tablo 4.7’de katılımcıların temel sağlık değişkenlerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Tablo 4.7 incelendiğinde katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre SOYÖ ve bilgiye erişim bilgiyi anlama değer biçme alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamışken ( $p>0,05$ ); uygulama alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sigara kullanma durumuna göre fark bulunan bağımlı değişkenlerde sigara kullanmayanların sigara kullanan bireylere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

ASA durumuna göre SOYÖ ve bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve uygulama alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamışken ( $p>0,05$ ); katılımcıların değer biçme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). ASA durumuna göre fark bulunan bağımlı değişkenlerde ASA I olanların ASA II olan bireylere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Ek hastalık durumuna göre SOYÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların olacağı operasyon durumuna göre SOYÖ ve bilgiye erişim, değer biçme ve uygulama alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamışken ( $p>0,05$ ); bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Anlamlı fark bulunan puan ortalamalarındaki farkların hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post hoc testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. Buna göre SOYÖ bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların kozmetik rinoplasti operasyonu olacak hastaların diğer operasyonlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların geçirilmiş cerrahi durumuna göre SOYÖ ve bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamışken ( $p>0,05$ ); uygulama alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Geçirilmiş cerrahi durumuna göre fark bulunan bağımlı değişkenlerde geçirilmiş cerrahi varlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Genel sağlık algısı durumuna göre katılımcıların SOYÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ). Anlamlı fark bulunan puan ortalamalarındaki farkların hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post hoc

testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. Buna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların genel sağlık algısının “çok iyi” ve “iyi” olarak nitelendirenlerin “kötü” olarak nitelendirenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bilgiye erişim alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların genel sağlık algısının “çok iyi,” iyi” ve “orta” olarak nitelendirenlerin “kötü” olarak nitelendirenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Uygulama alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların genel sağlık algısının “çok iyi” olarak nitelendirenlerin “kötü” olarak nitelendirenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.8.** Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1- Yaş</b>	r	1	0,430**	-0,006	-0,173*	-0,287**	-0,207**	-0,127	0,029
	p		<0,001	0,943	0,031	<0,001	<b>0,010</b>	<b>0,114</b>	0,723
<b>2- VKİ</b>	r		1	0,139	-0,288**	-0,324**	-0,329**	-0,232**	-0,114
	p			0,084	<0,001	<0,001	<0,001	<b>0,004</b>	0,159
<b>3- STAI-D</b>	r			1	-0,424**	-0,335**	-0,368**	-0,353**	-0,482**
	p				<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>4- SOYÖ</b>	r				1	0,854**	0,941**	0,945**	0,769**
	p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>5- Bilgiye Erişim</b>	r					1	0,802**	0,733**	0,473**
	p						<0,001	<0,001	<0,001
<b>6- Bilgiyi Anlama</b>	r						1	0,848**	0,623**
	p							<0,001	<0,001
<b>7- Değer Biçme</b>	r							1	0,695**
	p								<0,001
<b>8- Uygulama</b>	r								1
	p								

\* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.  
\*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Katılımcıların yaş, vücut kitle indeksleri ve ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen korelasyon analizine ait bulgulara Tablo 4.8’de yer verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaşı ile VKİ değerleri arasında pozitif yönde orta şiddetli ( $r=0,430$ ); ayrıca yaş ile SOYÖ ( $r=-0,173$ ), bilgiye erişim ( $r=-0,287$ ) ve bilgiyi anlama ( $r=-0,207$ ) düzeyleri arasında negatif yönde düşük şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca yaş ile STAI-D ölçeği puan

ortalaması, SOYÖ değer biçme ve uygulama alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların VKİ ile STAI-D ölçeği ve SOYÖ uygulama alt boyut puan ortalamalarının arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken ( $p>0,05$ ); VKİ ile sağlık okuryazarlığı ( $r=-0,288$ ), bilgiye erişim ( $r=-0,324$ ), bilgiyi anlama ( $r=-0,329$ ) ve değer biçme ( $r=-0,232$ ) arasında negatif yönde düşük şiddetli ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) tespit edilmiştir.

STAI-D ölçeği ile SOYÖ ( $r=-0,424$ ) ve uygulama alt boyutu ( $r=-0,482$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyli bir ilişki ve STAI-D ölçeği ile bilgiye erişim ( $r=-0,335$ ), bilgiyi anlama ( $r=-0,368$ ) ve değer biçme ( $r=-0,353$ ) alt boyutları arasında negatif yönde düşük düzeyli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile katılımcıların STAI-D puan ortalaması arttıkça SOYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının azaldığı söylenebilecektir.

**Tablo 4.9.** Regresyon Analizi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	B	sh	T	F	p	R <sup>2</sup>
STAI	<i>Sabit</i>	53,84	2,77	19,41	33,54	<0,001	0,18
	<b>SOYÖ</b>	-0,18	0,04	-5,79			
STAI	<i>Sabit</i>	48,81	2,50	19,51	19,35	<0,001	0,12
	<b>Bilgiye Erişim</b>	-0,58	0,13	-4,40			
STAI	<i>Sabit</i>	49,58	2,41	20,55	23,99	<0,001	0,13
	<b>Bilgiyi Anlama</b>	-0,48	0,09	-4,89			
STAI	<i>Sabit</i>	49,88	2,59	19,27	21,78	<0,001	0,12
	<b>Değer Biçme</b>	-0,41	0,09	-4,67			
STAI	<i>Sabit</i>	55,83	2,66	20,99	46,36	<0,001	0,23
	<b>Uygulama</b>	-0,94	0,14	-6,81			

Katılımcılara ait SOYÖ ortalama puanı ve alt boyutları ile STAI-D ölçeği arasında yapılan regresyon analizi Tablo 4.9'da sunulmuştur. SOYÖ ile STAI-D ölçeği arasında yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). STAI-D ölçeğinde meydana gelen değişimin %18'i SOYÖ tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,18$ ). SOYÖ' de meydana gelen değişim STAI-D ölçeği ortalama puanına negatif yönde yansımaktadır.

SOYÖ Bilgiye Erişim alt boyutu ile STAI-D ölçeği arasında yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). STAI-D ölçeğinde meydana gelen değişimin %12'si

SOYÖ Bilgiye Erişim alt boyutu tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,12$ ). SOYÖ Bilgiye Erişim alt boyutunda meydana gelen değişim STAI-D ölçeği ortalama puanına negatif yönde yansımaktadır.

SOYÖ Bilgiyi Anlama alt boyutu ile STAI-D ölçeği arasında yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). STAI-D ölçeğinde meydana gelen değişimin %13'ü SOYÖ Bilgiyi Anlama alt boyutu tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,13$ ). SOYÖ Bilgiyi Anlama alt boyutunda meydana gelen değişim STAI-D ölçeği ortalama puanına negatif yönde yansımaktadır.

SOYÖ Değer Biçme alt boyutu ile STAI-D ölçeği arasında yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). STAI-D ölçeğinde meydana gelen değişimin %12'si SOYÖ Değer Biçme alt boyutu tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,12$ ). SOYÖ Değer Biçme alt boyutunda meydana gelen değişim STAI-D ölçeği ortalama puanına negatif yönde yansımaktadır.

SOYÖ Uygulama alt boyutu ile STAI-D ölçeği arasında yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). STAI-D ölçeğinde meydana gelen değişimin %23'ü SOYÖ Uygulama alt boyutu tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,23$ ). SOYÖ Uygulama alt boyutunda meydana gelen değişim STAI-D ölçeği ortalama puanına negatif yönde yansımaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Preoperatif dönemde anksiyete düzeyi; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik bir çok faktörden etkilenebilir (Wells, 1986; Joseph – Kinzelman ve ark.,1994). Bu faktörlerden eğitim düzeyinin anksiyete üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri ya da etkisiz olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Aykent ve ark., 2007; Taşdemir ve ark., 2013; Küpeli ve ark., 2016).

Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlıklarıyla ilgili günlük hayatlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir (Sørensen ve ark., 2012). Birçok çalışmada üniversite mezunlarında sağlık okuryazarlığı, lise ve ilköğretim mezunlarına göre, daha yüksek bulunmuştur (Furuya ve ark., 2015; Hashempour, 2018). Ancak sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenen bir kavramdır ve sanılanın aksine, yüksek eğitim seviyesinde de düşük düzeylerde olabilir (Cho ve ark., 2007; Kohan ve ark., 2007).

### 5.1.Preoperatif Anksiyete

Preoperatif dönemde anksiyete ölçümü için yapılan çalışmalarda hastalar poliklinikte, serviste, bazılarında ise operasyon odasında değerlendirilmişlerdir. Arellano ve ark., hastaların bir hafta önce, bir gün önce ve ameliyattan hemen önce değerlendirilen anksiyete düzeyleri arasında herhangi bir fark bulamamışlardır (Arellano ve ark., 1989). Yine Morita ve ark., hasta anksiyetesini STAI formuyla ameliyattan önceki gün ve ameliyat odasında değerlendirmiş ve preoperatif anksiyete düzeyleri yüksek olmasına rağmen ameliyat odasında önceki güne göre STAI değerleri arasında fark saptamamışlardır (Morita ve ark., 2002). Bu bilgiler eşliğinde, çalışmamızda hasta değerlendirmesi operasyondan bir gün önce yapılarak standardize edildi. Klinik olarak belirgin anksiyete durumunda kullanılan STAI-D eşiği 39-40 olmakla birlikte, ameliyat öncesi dönemdeki hastalarda yapılan farklı çalışmalarda eşik 36-45 arasında değişmektedir (Gönüllü ve ark., 1986; Domar ve ark., 1989; Jafar, 2009; Demir ve ark., 2010; Arlı, 2017). Çalışmada hastaların preoperatif STAI-D puan ortalaması  $38,14 \pm 7,98$  olarak bulunmuş ve bu değerlerin literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Eğitim durumunun preoperatif anksiyete üzerine etkisini araştıran çalışmalardaki sonuçlar birbirinden farklıdır. Domar ve ark., Badner ve ark., Kindler ve ark., Caumo ve ark. ile Aykent ve

ark., Demir ve ark. yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde preoperatif anksiyete düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (Domar ve ark., 1989; Badner ve ark., 1990; Kindler ve ark., 2000; Caumo ve ark., 2001; Aykent ve ark., 2007; Demir ve ark., 2010). Bu sonuç, hastaların eğitim düzeyleri arttıkça anestezi ve cerrahinin riskleri ile ilgili farkındalıklarının artması ve bu bireylerin anksiyetelerini daha iyi ifade edebilmeleri ile açıklanmıştır (Caumo ve ark., 2001). Halbuki eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha çok araştırmaları ve bilgi düzeyleri arttıkça stresle daha rahat başedebilmeleri beklenir. Erfidan, Shevde ve Panagopoulos, Sağır ve ark., Turhan ve ark. yaptıkları farklı çalışmalarda ise eğitim düzeyi ile preoperatif anksiyete arasında ilişki olmadığını bulmuşlardır (Shevde ve Panagopoulos, 1991; Sağır ve ark., 2012; Turhan ve ark., 2012; Erfidan, 2015). Çalışmada eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yapılan çalışmaların pek çoğunda kadınlarda preoperatif anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Domar ve ark., 1989; Badner ve ark., 1990; Shevde ve Panagopoulos, 1991; Moerman ve ark., 1996; Aykent ve ark., 2007; Matthias ve Samarasekera, 2012). Badner ve ark., STAI skorunu değerlendirdikleri 45 erkek, 39 kadın hastadan , Moerman ve ark., cinsiyet ile anksiyete arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri 121 erkek, 199 kadın hastadan oluşan çalışmada preoperatif dönemde kadınlardaki anksiyetenin erkeklerden yüksek olduğunu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (Badner ve ark., 1990; Moerman ve ark., 1996). Aykent ve ark. da preoperatif anksiyete düzeylerini değerlendirmek için APAİS ve STAI anketlerini kullandıkları çalışmalarında, her iki anket yönteminde de kadınlardaki anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır (Aykent ve ark., 2007). Bu çalışmalarda kadınlar ile erkekler arasındaki bu fark kadınların endişelerini daha rahat ifade edebilmesi ve aileden ayrılmalarına bağlı olarak daha fazla endişeli olmaları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Lichtor ve ark. ise preoperatif anksiyete ile cinsiyet arasında ilişki bulunmadığını belirtmiştir (Lichtor ve ark., 1987). Çalışma 98 erkek, 57 kadın hastadan oluşmakta olup anksiyete açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaşın preoperatif anksiyete düzeyi üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Shevde ve Panagopoulos , Grabow ve ark. yapmış oldukları çalışmalarda yaşlı hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (Grabow ve Buse, 1990; Shevde ve Panagopoulos, 1991). Yaşlılarda gençlerden farklı olarak kadercı bakış açısının hâkim olması ile gençlerin haberleşme araçlarını daha yakından takip ederek sağlık



alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olabilmeleri bu sonuçta etkili olarak değerlendirilmiştir (Aykent ve ark., 2007). Domar ve ark., Moerman ve ark. ile Badner ve ark. yaşın preoperatif anksiyete düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir (Domar ve ark., 1989; Badner ve ark., 1990; Moerman ve ark., 1996). Domar ve ark.'nın çalışmasının yaş ortalaması 39.7 iken , çalışmadaki yaş ortalaması buna benzer olarak  $36,61 \pm 13,94$  dır ve tablo 4.8 e bakıldığında yaş ile STAI-D puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

Preoperatif anksiyete ile medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Erfidan, Taşdemir ve ark., Akbulut, Demir ve ark., yaptığı çalışmalarda medeni durum ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ancak; Akbulut'un çalışmasında evlilerde, Demir ve ark. çalışmasında bekarlarda preoperatif anksiyete skoru daha yüksek bulunmuştur (Demir ve ark., 2010; Akbulut, 2011; Taşdemir ve ark., 2013; Erfidan, 2015). Altınbaş'ın çalışmasında ise evli hastaların STAI-D değer ortalaması bekar veya dul olan hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Altınbaş, 2015). Çalışmada evli olan hastaların STAI-D ortalaması bekar olan hastalardan fazla olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ). Evli hastalardaki anksiyete düzeyinin yüksek olması bu kişilerin ailelerine karşı duydukları sorumluluk bilinciyle ilişkilendirilebilir.

Preoperatif anksiyete ile meslek arasındaki ilişki araştırıldığında Shevde ve Panagopoulos, Taşdemir ve ark. ile Altınbaş'ın çalışmalarında mesleğin anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (Shevde ve Panagopoulos, 1991; Taşdemir ve ark., 2013; Altınbaş, 2015). Çalışmada da en yüksek anksiyete skoru işsiz hasta grubunda olsa da sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Preoperatif anksiyete ile sigara kullanma arasındaki ilişkiye bakıldığında Caumo ve ark. ile Çuvaş ve ark. 'ın çalışmalarında sigara içenlerde preoperatif anksiyetenin yüksek olduğu görülmüş ve bu durum Caumo ve ark. tarafından hastaların hastanede rahatça sigara içemedikleri için oluşan nikotin geri çekilme semptomları ile açıklanmıştır (Caumo ve ark., 2001; Cuvaş ve ark., 2010). Akbulut'un çalışmasında ise sigara içme ile preoperatif anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Akbulut, 2011). Çalışmada da sigara kullananlar ile kullanmayanların preoperatif anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Preoperatif anksiyete ile ASA ilişkisi için literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Romanik ve ark.'nın çalışmalarında ASA ile preoperatif anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken, Caumo ve ark.'nın çalışmalarında ASA III kategorisi preoperatif anksiyete için risk faktörü olarak gösterilmiştir (Caumo ve ark., 2001; Romanik ve ark., 2009). Çalışma grubumuzun daha homojen olması amacıyla çalışmamıza sadece ASA I-II olan hastalar dahil edilmiş olup ASA ile preoperatif anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak çalışmamızda diğer ASA gruplarından hasta olmaması nedeniyle bu konuda genel bir değerlendirme yapmak uygun değildir.

Preoperatif anksiyete ile ek hastalık ilişkisi incelendiğinde Bahar ve Taşdemir kronik hastalığı olan hastalarda anksiyete düzeylerini yüksek bulmuşlar ancak Kayhan, İnel, Nayir ve Bayad kronik hastalık varlığı ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır (Kayhan, 2003; Bahar ve Taşdemir, 2008; Nayir, 2012; İnel, 2016; Bayad, 2017). Çalışmada literatürden farklı olarak ek hastalığa sahip olmayan kişilerin, ek hastalığa sahip olan kişilerden anlamlı düzeyde daha yüksek STAI-D puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Bu durum, kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarını kabul edip onunla başa çıkma kabiliyetlerinin gelişmesi ve bunun da anksiyete üzerindeki olumlu etki oluşturması ile açıklanabilir.

Literatürde preoperatif anksiyete ile VKİ ilişkisini inceleyen pek çok çalışma bulunamamıştır. Altınbaş obezitenin preoperatif anksiyete üzerine etkisini değerlendirmiş ve obez hastalarda preoperatif dönemdeki ortalama STAI-D değerlerinin yaşları 18 ile 35 arasında olan hastalar ile yaşları 35 ve üzeri olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (Altınbaş, 2015). Çalışmada VKİ ile STAI-D arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.8).

Preoperatif anksiyete ve operasyon türü ile ilgili yapılan çalışmalarda Caumo ve ark. küçük cerrahinin anksiyete düzeyini değiştirmediği, orta ve büyük cerrahinin ise anksiyete düzeyini arttırdığı bildirilmiştir (Caumo ve ark., 2001). Moerman ve ark. çalışma gruplarını küçük, orta ve büyük cerrahi geçirecek hastalar olarak ayırmışlar ve ameliyat türünün anksiyete düzeyini değiştirmediğini bulmuşlardır, ancak çalışmalarında büyük cerrahi geçirecek hasta sayısı az olduğu için bu sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Moerman ve ark., 1996). Bizim çalışma grubumuzun malignite cerrahisi yapılmayacak elektif küçük cerrahi grubu

hastalardan oluşması sebebiyle, hastaların anksiyete skorlarında anlamlı bir fark oluşmadığı kanaatindeyiz.

Preoperatif anksiyete ile geçirilmiş cerrahi (anestezi uygulaması ile birlikte) ile ilgili inceleme yapıldığında literatürde farklı çalışmalara rastlanmıştır. Matthias ve ark. ile Badner ve ark.'ın çalışmalarında anestezi deneyimi olmayan grubun anksiyete skorları anestezi deneyimi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Badner ve ark., 1990; Matthias ve Samarasekera, 2012). Domar ve ark., Caumo ve ark., Aykent ve ark. yaptıkları farklı çalışmalarda anestezi deneyimi ile anksiyete arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir (Domar ve ark., 1989; Caumo ve ark., 2001; Aykent ve ark., 2007). Çalışmada da geçirilmiş cerrahi ile preoperatif anksiyete puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Preoperatif anksiyete ile genel sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Çalışmamızda genel sağlık algısı kötü ve orta olan katılımcıların, genel sağlık algısı iyi ve çok iyi olan katılımcılara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Bu ilişkiyi değerlendiren bir çalışma olmamakla birlikte çalışmamızda genel sağlık algısı daha iyi olan kişilerde preoperatif anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Kişinin kendisini iyi hissetmesinin anksiyete düzeyini azaltmada etkili olabileceği görülmektedir.

## **5.2.Sağlık Okuryazarlığı**

Literatürde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için pek çok farklı ölçek bulunmakta olup, çalışmamızda HLS-EU ölçeğinin kısmen kısaltılıp değiştirilmiş versiyonu olan ve Türkçe'ye Aras ve Temel tarafından çevrilip geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan SOYÖ kullanıldı. Aras ve Temel' in çalışmasında katılımcılar, SOYÖ' den ortalama  $90.30 \pm 12.35$  puan ve bilgiye erişme alt boyutundan  $19.56 \pm 3.1$ ; bilgiyi anlama alt boyutundan  $24.32 \pm 4.5$ ; değer biçme alt boyutundan  $30.08 \pm 4.7$  ve uygulama alt boyutundan  $18.64 \pm 3.2$  puan ortalamasına sahiptirler. Çalışmada Aras ve Temel' in çalışmasına benzer olarak katılımcılar SOYÖ' den ortalama  $89,18 \pm 19,20$  puan ve ölçeğin bilgiye erişme alt boyutundan  $18,53 \pm 4,64$ ; bilgiyi anlama alt boyutundan  $23,62 \pm 6,06$ ; değer biçme alt boyutundan  $28,32 \pm 6,79$  ve uygulama alt boyutundan  $18,72 \pm 4,07$  puan almışlardır.

Sağlık okuryazarlığı ile eğitim durumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara bakıldığında Kutner ve ark., Pink, Özdemir ve ark., Furuya ve ark., Tanrıöver ve ark., Filiz,

Beauchamp ve ark., Okyay ve Abacıgil, Vandenbosch ve ark., Jeong ve Kim, Palumbo ve ark., Çimen ve Temel, Hashempour ve bunun gibi pek çok çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de arttığı belirtilmektedir (Kutner ve ark., 2006; Pink, 2008; Özdemir ve ark., 2010; Tanrıöver ve ark., 2014; Filiz, 2015; Furuya ve ark., 2015; Beauchamp ve ark., 2015; Okyay ve Abacıgil, 2016; Vandenbosch ve ark., 2016; Jeong ve Kim, 2016; Palumbo ve ark., 2016; Çimen ve Temel, 2017; Hashempour, 2018). Ancak sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenen bir kavramdır ve beklenenin aksine, yüksek eğitim düzeyine sahip olan kişilerde de düşük düzeylerde görülebilir (Cho ve ark., 2007; Kohan ve ark., 2007). Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon belirten çalışmalar daha fazla sayıda olsa da eğitim düzeyi yüksek bireylerde sağlık okuryazarlığının yüksek olması mutlak bir gereklilik değildir (ACSQHC, 2013). Bu durum sağlık okuryazarlığı düzeyinin tek belirleyicisinin eğitim durumu olmamasıyla açıklanmaktadır. Çalışmada eğitim durumlarına göre katılımcıların SOYÖ ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmışken ( $p<0,01$ ), uygulama alt boyutu puan ortalamasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). SOYÖ, bilgiye erişim alt boyutu ve bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların yüksekokul-üniversite eğitim düzeyine sahip olanların, diğer tüm gruplardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı; değer biçme alt boyutu puan ortalamasındaki farkın ise yüksekokul-üniversite eğitim düzeyine sahip olanların, ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna bakarak hastaların tıbbi konular ile ilgili bilinçli kararlar verebilmesi ve sağlıkla ilgili konularda görüş yansıtabilme becerisi kişinin eğitim düzeyi doğrudan ilişkili çıkmamaktadır. Kişinin deneyimleri, ilgi alanları, kitap okuma, sinemaya gitme gibi genel kültürel etkinliklere ilgisi ile birlikte iradesinin gücü de sağlığıyla ilgili gerekeni yapması ile ilişkili olabilir.

Sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Sørensen ve ark. ile Uğurlu' nun çalışmalarında kadınların sağlık okuryazarlık seviyesinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Uğurlu, 2011; Sørensen ve ark., 2012). Yine Çimen ve Temel' in 65 yaş üstü hastalarda yaptıkları çalışmada kadınların sağlık okuryazarlık seviyesinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çimen ve Temel, 2017). Cavanaugh ile Beyoğlu' nun çalışmalarında ise erkeklerin sağlık okuryazarlık seviyesi daha yüksek olup cinsiyetler arası sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık gösterdiği tespit

edilmiştir (Cavanaugh ve ark., 2010; Beyoğlu, 2019). Beyoğlu bu çalışmayı Van ilinde yapmış olup, sonucu çalışmanın yapıldığı coğrafyanın sosyokültürel durumu ile ilişkilendirmiştir (Beyoğlu, 2019). Çalışmada katılımcıların cinsiyetine göre SOYÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), bu sonuç çalışma popülasyonumuzun sosyodemografik özellikleri ile ilgili olabilir.

Sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yaş arası ilişkiye bakıldığında Kamberi ve ark., Türkoğlu ile Yeşildal'ın çalışmalarında yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Kamberi ve ark., 2013; Türkoğlu, 2016; Yeşildal, 2018). Yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığında düşüş görülmesi, ileri yaşlardaki bireylerin eğitim düzeylerinin daha düşük olması, bilişsel yetilerde azalma ile gelişmeleri yakından takip edememe gibi durumlarla ilişkili olabilir. Tablo 4.8 e bakıldığında çalışmada katılımcıların yaşı arttıkça SOYÖ, bilgiye erişim ve bilgiyi anlama düzeylerinin azaldığı görülürken, yaş ile değer biçme ve uygulama alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamadığı söylenebilir ( $p>0,05$ ). Bireylerin yaşı ilerledikçe herhangi bir konuda bilgi edinme ve edindiği bilgiyi anlamlandırma becerisi azalmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ile medeni durum ilişkisi incelendiğinde Çimen ve Temel evli ve bekar gruplar arasında sağlık okuryazarlık düzeyinde anlamlı farklılık gösteremezken, Beyoğlu'nun çalışmasında bekar bireylerin, evli bireylerden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve aralarında anlamlı farklılık bulunduğu belirtilmiştir (Çimen ve Temel, 2017; Beyoğlu, 2019). Çalışmada katılımcıların medeni durumuna göre SOYÖ ile bilgiye erişim ve bilgiyi anlama alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), ancak değer biçme ve uygulama alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Medeni duruma göre anlamlı fark bulunan bağımlı değişkenlerde bekâr olan katılımcıların evli olan katılımcılara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Bu farklılık bekar katılımcıların daha genç olması ya da eğitim düzeylerinin farklılığı gibi başka parametrelerle de ilişkili olabilir.

Sağlık okuryazarlığı ile meslek ilişkisine bakıldığında Aslantekin ve ark., Chajae ve ark., Beyoğlu herhangi bir işte çalışmayan grupta yer alan bireyler ile meslek sahibi gruplar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı farklılık göstermişlerdir (Aslantekin ve ark., 2013; Chajae ve ark., 2018; Beyoğlu, 2019). Çalışmada katılımcıların SOYÖ ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutu puan ortalamalarında mesleklerine göre istatistiksel açıdan

anlamli bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), ancak uygulama alt boyutu puan ortalamasında mesleğe göre anlamli fark olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir ve bağımlı değişkenlerdeki farkların, memur katılımcıların işsiz katılımcılara göre daha ylık puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum iş sahibi olan kişilerin okuma, araştırma ve bilgiye ulaşma imkanının daha fazla olması ile eğitim durumlarının daha ylık olması ile açıklanabilir.

Sağlık okuryazarlığı ile sigara kullanımı ilişkisine bakıldığında Tanrıöver ve ark. alışmalarında sigara kullanan hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyinin daha ylık olduğunu belirtmişlerdir (Tanrıöver ve ark., 2014). Liu ve ark. ile Suka ve ark.’nın çalışmalarında sigara kullanan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha ylık olduğu belirtilmiştir (Liu ve ark., 2015; Suka ve ark., 2015). Ayrıca literatürde sağlık okuryazarlığı ile sigara kullanma arasında herhangi bir ilişki bulunmayan çalışmalar da görülmüştür. Macabasco-O’Connell ve ark., Yılmazel, imen ve Temel’ in çalışmalarında sigara kullanmaya göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamli fark bulunmamıştır (Macabasco-O’Connell ve ark., 2011; Yılmazel, 2014; imen ve Temel, 2015). Çalışmada da katılımcıların sigara kullanımına göre SOYÖ ve bilgiye erişim bilgiyi anlama değer biçme alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamli bir fark bulunamamışken ( $p>0,05$ ); uygulama alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamli fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sigara kullanma durumuna göre fark bulunan bağımlı değişkenlerde sigara kullananların, sigara kullanan bireylere göre daha ylık puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalık ilişkisi incelendiğinde çalışmaların bir çoğunda ek hastalığı olanların sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bulunmuştur, buna Taylor ve ark., Yang ve ark., Hagger ve ark., Jovanic ve ark.’nın çalışmaları örnek olarak gösterilebilir (Yang ve ark., 2017; Taylor ve ark., 2018; Hagger ve ark., 2018; Jovanic ve ark., 2018). Çalışmada ek hastalık durumuna göre SOYÖ ve alt boyutların ait puan ortalamalarında anlamli bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmaların pek çoğunda ek hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması ilgili grubun yaşının ileri, eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ilişkilendirilirken, çalışmamızda anlamli fark bulunmaması çalışma popülasyonumuzun yaş ortalamasının düşük olması ve kronik hastalıklarının olmaması ile ilgili olabilir.

Sağlık okuryazarlığı ile ASA ilişkisine bakıldığında alışmamızda SOYÖ ve bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve uygulama alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamli bir fark

bulunmamışken ( $p>0,05$ ); ASA I hastalarda değer biçme alt boyutu puan ortalamaları ASA II hastalardan daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Çalışmada ek hastalık ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunamazken ASA ile ilişkinin bu şekilde olması ASA II hastaların sigara kullanımıyla ilişkili olabilir.

Sağlık okuryazarlığı ile VKİ ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında HLS–EU Consortium, Toçi ve ark. , James ve ark. tarafından VKİ arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinde azalma ile uyumlu bulguları olduğu belirtilmiştir (HLS–EU Consortium, 2012; Toçi ve ark., 2015; James ve ark, 2015). Çimen ve Temel tarafından yapılan çalışmada ise hastaların VKİ ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Çimen ve Temel, 2015). Çalışmada VKİ ile uygulama alt boyut puan ortalamaların arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken ( $p>0,05$ ); SOYÖ, bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme arasında negatif yönde düşük şiddetli ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) tespit edilmiştir. Buna göre VKİ arttıkça, sağlık okuryazarlığı, bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme düzeylerinin azaldığı yorumu yapılabilecektir. (Tablo 4.8)

Sağlık okuryazarlığı ile hastaların olacağı operasyona bakıldığında SOYÖ ve bilgiye erişim, değer biçme ve uygulama alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamışken ( $p>0,05$ ); bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). SOYÖ bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların kozmetik rinoplasti operasyonu olacak hastaların diğer operasyonlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu durum kozmetik rinoplasti olacak hasta popülasyonunun geçireceği cerrahi tıbbi bir zorunluluk olmadığı için operasyona karar vermek için daha fazla araştırma yapmış olması ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların geçirilmiş cerrahi durumuna göre SOYÖ ve bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamışken ( $p>0,05$ ); uygulama alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Geçirilmiş cerrahiye göre fark bulunan bağımlı değişkenlerde geçmiş cerrahi varlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmamızdaki diğer istatistiksel verilerle uyumlu olarak uygulama alt boyutunun eğitim ile değil yaşanan deneyimlerle ilişkili olabilmesi ile ilişkilendirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile genel sağlık algısı ilişkisine bakıldığında Çimen ve Temel tarafından yapılan çalışmada hastaların genel sağlık durumu algısı çok kötüden çok iyiye doğru gittikçe sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür ( $p<0,001$ ) (Çimen ve Temel, 2015). HLS–EU Consortium, Liu ve ark., Suka ve ark.’nın çalışmalarında da genel sağlık algısı daha iyi olarak değerlendirildikçe sağlık okuryazarlığı puanının arttığı görülmektedir (HLS–EU Consortium, 2012 ; Liu ve ark., 2015 ; Suka ve ark. , 2015). Çalışmada da genel sağlık algısı durumuna göre katılımcıların SOYÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ). SOYÖ, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların genel sağlık algısının “çok iyi” ve “iyi” olarak nitelendirenlerin “kötü” olarak nitelendirenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından ; bilgiye erişim alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların genel sağlık algısının “çok iyi”, “iyi” ve “orta” olarak nitelendirenlerin “kötü” olarak nitelendirenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından; uygulama alt boyutu puan ortalamalarındaki farkların genel sağlık algısının “çok iyi” olarak nitelendirenlerin “kötü” olarak nitelendirenlere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edildi.

### **5.3.Preoperatif Anksiyete ve Sağlık Okuryazarlığı**

Çalışmada STAI-D ile SOYÖ ve uygulama alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyli bir ilişki ve bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutları arasında negatif yönde düşük düzeyli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile katılımcıların STAI-D puan ortalaması arttıkça SOYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının azalmaktadır.

Katılımcılara ait SOYÖ ortalama puanı ve bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme ve uygulama alt boyutları ile STAI-D arasında yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). STAI-D ölçeğinde meydana gelen değişimin %18’i SOYÖ tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,18$ ). Yine STAI-D ölçeğinde meydana gelen değişimin %12’si SOYÖ bilgiye erişim alt boyutu tarafından ( $R^2=0,12$ ), %13’ü SOYÖ bilgiyi anlama alt boyutu tarafından ( $R^2=0,13$ ), %12’si SOYÖ değer biçme alt boyutu tarafından ( $R^2=0,12$ ), %23’ü SOYÖ uygulama alt boyutu tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=0,23$ ). Sağlık okuryazarlığı ve tüm alt boyutlarında meydana gelen değişim STAI-D ortalama puanına negatif yönde yansımaktadır.

Çalışmada STAI-D puan ortalaması üzerinde en çok etkili bulunan SOYÖ alt boyutu uygulama alt boyutudur ve bu alt boyutta hastaların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak



anlamli bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgu da eğitim düzeyi ile preoperatif anksiyete arasında doğrudan ilişki bulunamaması veya çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmasını izah edebilir.

Çalışmada sağlık okuryazarlığı ile preoperatif anksiyete arasındaki ilişki, eğitim durumuna göre daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum aynı zamanda eğitim düzeyine bağlı preoperatif anksiyete azalmasının, sağlık okuryazarlığı üzerine eğitim düzeyinin yaptığı etki olarak değerlendirilebilir çünkü çalışmamızda uygulama dışındaki diğer alt boyutlar eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde daha fazladır. Ancak uygulama alt boyutunun preoperatif anksiyete üzerine etkisi en çok olan boyut olması ve yine bu boyutun eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmaması eğitim düzeyi yüksekliğinin her zaman preoperatif anksiyete üzerine olumlu etki yapmamasının açıklaması olabilir.

Eğitim düzeyinin, preoperatif anksiyete üzerine etkisinin sağlık okuryazarlığı üzerine oluşturduğu olumlu etki dolayısıyla olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü SOYÖ' nün dört alt boyutundan üç tanesi eğitim ile ilişkili olmasına rağmen uygulama alt boyutu preoperatif anksiyete üzerine en etkili boyut olmasına rağmen eğitim seviyesinden bağımsızdır.

Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde preoperatif anksiyetenin düşük olması, hastanın preoperatif dönemde bilgi edinme, edindiği tıbbi bilgiyi anlama ve bu bilgiden anlam türetebilme ile bu bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme becerisinin iyi olmasından dolayı operasyon öncesi içinde bulunduğu durumu daha iyi yönetebilmesi, bu sürece aktif olarak dahil olabilmesi ile ilişkili olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, preoperatif anksiyete ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlandı. Çalışmamızın sonucunda, hastalardaki preoperatif anksiyete düzeylerindeki artışın sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşüklüğü ile açıklanabileceği sonucuna ulaşıldı. Literatür taraması yaptığımızda preoperatif anksiyete ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışmamız ile benzer özellikte bir yayın olmaması çalışmanın kısıtlılığı ve aynı zamanda da güçlü yanı olarak yorumlanabilir.

Preoperatif anksiyete düzeyleri ile eğitim durumu arasındaki ilişki ile ilgili olarak literatürde farklı sonuçlar olup, tam bir fikir birliğine varılamamıştır. Sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyleri arasında da kesinleşmiş bir fikir birliği yoktur. Ayrıca kişiler benzer eğitim düzeyine sahip olsalar bile okuma, yazma, anlama ve hesaplama becerileri farklı olabilmektedir. Bu nedenle sağlık ile ilişkili konularda bireyi değerlendirirken eğitim düzeyinin değil, sağlık okuryazarlık düzeyinin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (Berkman ve ark., 2010). Eğitim düzeyinin preoperatif anksiyete üzerine olan etkisi, aslında eğitim durumunun sağlık okuryazarlığı üzerine olan etkisinden kaynaklanabilir. Bu düşüncemizin en önemli nedeni literatürde eğitim düzeyi ile preoperatif anksiyete arasındaki ilişkinin çok farklı yelpazelerde bulunmasıdır. Belki de bu çalışmalarda hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilebilseydi preoperatif anksiyete ile daha açık bir ilişki gösterilebilecekti. Tüm bu bilgiler ışığında preoperatif anksiyete düzeylerini değerlendirirken kişilerin eğitim durumundan ziyade sağlık okuryazarlığı değerlendirmesinin uygun olduğu düşünülmüştür ancak sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi ve preoperatif anksiyete ilişkisinin incelendiği daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Ayrıca yakın gelecekte preoperatif dönemde hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilip buna uygun eğitimlerle eğitim düzeyinden bağımsız olarak sağlık okuryazarlığı artırılarak preoperatif anksiyete düzeylerinin azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

## 7.KAYNAKLAR

- Abrams M.A., Kurtz-Rossi S., Riddenburgh A., Savage B.A. Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change. *Journal of Research and Practice for Adult Literacy, Secondary and Basic Education*. 2015; 4(3): 69-71.
- ACSQHC (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.
- Akbulut S. Preoperatif anksiyete nedenleri ve preoperatif vizitin anksiyete üzerine etkisi (uzmanlık tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı; 2011.
- Alkın T., Alptekin K. Yaygın anksiyete bozukluğu, Anksiyete Monografı Serisi-4, Ankara: Medikomat. 1995: 149-188.
- Altınbaş A. Elektif operasyon geçirecek hastalardaki preoperatif anksiyete düzeyinin vücut kitle indeksine göre karşılaştırılması (uzmanlık tezi). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı; 2015.
- American Medical Association, A. H. C. O. T. C. O. S. A. Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *JAMA*. 1999; 281(6): 552-557.
- Aras Z., Temel B.A. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(2): 85-94.
- Arellano R., Cruise C., Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesthesia & Analgesia*, 1989; 68(5): 645-648.
- Arıkan M.K. Temel Psikiyatrik Sendromlar. İstanbul: Çantay Yayınevi; 1999.
- Arlı Ş.K. Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017; 4(3): 38-47.
- Aslantekin F., Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014; 13(4): 327-334.
- Aslantekin F., Uluşen M., Kaplan B., Uysal M. An evaluation of health literacy situations of patients with type 2 diabetes. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*. 2013; 21(3): 105-114.
- Aşıcı M. Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 2009; 7(17): 9-26.

- Aydemir Ö., Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: HYB Basım Yayın; 2006.
- Aykent R., Kocamanoğlu İ.S., Üstün E., Tür A., Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi. 2007; 5(1): 7-13.
- Badner N.H., Nielson W.R., Munk S., Kwiatkowska C., Gelb A.W. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. Canadian Journal of Anaesthesia. 1990; 37(4): 444- 447.
- Bahar A., Taşdemir H.S. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 11(2): 9–17.
- Bains S.S, Egede L.E. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. Diabetes Technology & Therapeutics. 2011; 13(3): 335-341.
- Baker D.W., Wolf M.S., Feinglass J., Thompson J.A., Gazmararian J.A., Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Archives of Internal Medicine. 2007; 167(14): 1503-1509.
- Baker D.W., Parker R.M., Williams M.V., Clark W.S. Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of General Internal Medicine. 1998; 13(12): 791–798.
- Balçık P.Y., Taşkaya S., Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Prev Med Bull. 2014; 13(4): 321–326.
- Bayad A. Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin saptanması (uzmanlık tezi). İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2017.
- Beauchamp A., Buchbinder R., Dodson S., Batterham R.W., Elsworth G.R., McPhee C., et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2015; 15(1): 1-13.
- Bergmann P., Huber S., Mächler H., Liebl E., Hinghofer-Szalkay H., Rehak P., et al. The influence of medical information on the perioperative course of stress in cardiac surgery patients. Anesthesia & Analgesia. 2001; 93(5): 1093-1099.
- Berkman N.D., Davis T.C., McCormack L. Health literacy: what is it?, Journal of Health Communication. 2010; 15(2): 9-19.

- Berkman N.D., DeWalt D.A., Pignone M.P., Sheridan S.L., Lohr K.N., Lux L., et al. Literacy and health outcomes. Rockville: Agency for healthcare research and quality (AHRQ) Publication; 2004.
- Berksun O.E. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. 2. Baskı. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003.
- Besler M.P., Yalman A., Çelik M. SSK hastalarının anestezi bilgisi ve yazılı bilgilendirmenin önemi. Göztepe Tıp Dergisi. 2004; 19: 132-136.
- Beyoğlu M.M. Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması (uzmanlık tezi). Van: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2019.
- Braestrup C., Nielsen M. Anxiety. The Lancet. 1982; 320(8306): 1030-1034.
- Boker A., Brownell L., Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. Canadian Journal of Anesthesia. 2002; 49(8): 792-798.
- Brick J., Erickson C.K. Drugs, the brain, and behavior: The pharmacology of abuse and dependence. New York: The Haworth Medical Press; 1998.
- Burridge L. Challenging the traditional view of preoperative visiting. The British Journal of Theatre Nursing: NATNews: the official journal of the National Association of Theatre Nurses. 1993; 3(4): 12-15.
- Carr E., Brockbank K., Allen S., Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. Journal of Clinical Nursing. 2006; 15(3): 341-352.
- Cassady J.F., Wysocki T.T., Miller K.M., Cancel D.D, Izenberg N. Use of a preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory surgery. Anesthesia & Analgesia. 1999; 88(2): 246-250.
- Caumo W., Schmidt A.P., Schenider C.N., Bergmann J., Iwamoto C.W., Bandeira D., et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2001; 45(3): 298-307.
- Cavanaugh K.L., Wingard R.L., Hakim R.M., Eden S., Shintani A., Wallston K.A., et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. Journal of the American Society of Nephrology. 2010; 21(11): 1979-1985.

- Chan C.S.M, Molassiotis A. The effect of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia*. 2002; 12(2): 131-139.
- Chajae F., Pirzadeh A., Hasanzadeh A., Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic physician*. 2018; 10(3): 6470-6477.
- Chew L.D., Bradley K.A., Boyko E.J. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*. 2004; 36(8): 588-594.
- Cho R.N., Plunkett B.A., Wolf M.S., Simon C.E., Grobman W.A. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenatal Diagnosis*. 2007; 27(5): 463-467.
- Cimilli C., Cerrahide anksiyete, *Klinik Psikiyatri*. 2001; 4(3): 182-186.
- Cohen F., Lazarus R.S.. Coping with the stress of illness. In: Stone G.C., Cohen F., Adler N.E., editors. *Health psychology handbook*. San Francisco: Jessey-Bass Publisher; 1982.
- Coşkun S., Bebiş H. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkiye geçerlik ve güvenirlilik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2015; 57: 378-384.
- Cuvaş Ö., Aslanargun P., Aslan E., Yücel F., Dikmen B., Ceyhan A. Sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 2010; 38(5): 348-355.
- Çalışkan D. Okul sağlığı ve sağlığı geliştiren okullar. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Fiziksel Aktivite Çalıştay*; 2015.
- Çınarlı İ. Sağlık enformasyonu ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*. 2014; 7(19): 20-25.
- Çopurlar C.K., Kartal M. What is health literacy? How to measure it? Why is it important?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016; 10(1): 40-45.
- Dageforde L.A., Cavanaugh K.L. Health literacy emerging evidence and applications in kidney disease care. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2013; 20(4): 311-319.
- Davis T.C., Long S.W., Jackson R.H., Mayeaux E.J., George R.B., Murphy P.W., et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*. 1993; 25(6): 391-395.

- Dayılar H., Çelik G.O., Kamer E., Sarıççek A., Cengiz F., Hacıyanlı M. Kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*. 2017; 27(1): 6-10.
- Demir A., Akyurt D., Ergün B., Haytural C., Yiğit T., Taşoğlu İ., et al. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2010; 18(3): 177-182.
- Dodson S., Good S., Osborne R. Health literacy toolkit for low and of middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strenghten health systems. New Delhi: World Health Organization; 2015
- Domar A.D., Everett L.L., Keller M.G. Preoperative anxiety: Is it a predictable entity?. *Anesthesia & Analgesia*. 1989; 69(6): 763-767.
- Duman A., Öztin Öğün C., Şahin T.K., Sarkılar G., Ökesli S. Preoperatif korku ve endişeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2003; 19(1): 21-26
- Erci B., Sezgin S., Kaçmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008; 26(1): 59-66.
- Erfidan S., Anestezi polikliniğine başvuran hastalarda anksiyete düzeyinin ve nedenlerinin değerlendirilmesi (uzmanlık tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı; 2015.
- Eroğlu N., Oflaz N.K. Türkiye’de yerleşik bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin genel sağlık harcamaları üzerindeki etkisi. *International Journal of Finance & Banking Studies*. 2017; 6(2): 44-59.
- Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2003; 13(2): 78-87.
- Filiz E. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi (doktora tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2015.
- Fortenberry J.D., McFarlane M.M., Hennessy M., Bull S.S., Grimley D.M., St Lawrence J., et al. Relation of health literacy to gonorrhoea related care. *Sexually transmitted infections*. 2001; 77: 206-211.
- Furuya Y., Kondo N., Yamagata Z., Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International*. 2015; 30(3): 505-513.

- Gee J.P. The new literacy studies and the "social turn". In: Barton D., Hamilton M., Ivanic R., editör. *Situated literacies: Reading and writing*. London: Routledge; 2000: 180-196.
- Gee J.P. A sociocultural perspective on early literacy development. In: Neuman S.B., Dickinson D.K., editör. *Handbook of early literacy research*. New York: Guilford Press; 2001: 30-42.
- Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*. 10. Baskı. İstanbul: Metis Yayıncılık; 2004.
- Gillies M.A.M, Baldwin F.J. Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *European Journal of Anaesthesiology*. 2001; 18(9): 620-622.
- Gökçalp G. Psikodinamik açıdan anksiyete kavramı ve anksiyete bozuklukları. In: Tükel R., Alkın T., editör. *Anksiyete Bozuklukları*. 1.Baskı. Ankara: Pozitif Matbaa; 2006: 15-27.
- Gönüllü M., Turan E.D., Erdem L.K., Başeşme E. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Cem*. 1986; 14: 10-13.
- Grabow, L., Buse, R. Preoperative anxiety--anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain?. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1990; 40(7): 255-263.
- Hagger M.S, Hardcastle S.J., Hu M., Kwok S., Lin J., Nawawi H.M., et al. Health literacy in familial hypercholesterolemia: A cross-national study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2018; 25(9): 936-943.
- Hashempour L. Sağlık ve diyabet okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi hastaneler örneği (doktora tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı; 2018.
- HLS-EU Consortium. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht: HLS-EU Consortium; 2012.
- Hobson J.A., Slade P., Wrench I.J., Power, L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2006; 15(1): 18-23.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Sayısı:23420. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim Tarihi: 20.01.2020.
- Hohen-Saric R. Anxiety: normal and abnormal. *Psychiatric Annals*. 1979; 9(9): 11-24.
- Hohen-Saric R. Neurotransmitters in anxiety. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39: 735-742.



- Ingram R.R. Health literacy and adherence to antihypertensive regimens in African Americans ages 50 and older (doctoral dissertation). Greensboro: The University of North Carolina; 2010.
- Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: Across-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*. 2013; 14(40): 1-9.
- IOM (Institute of Medicine). Promoting Health Literacy to Encourage Prevention and Wellness: Workshop Summary. Washington: The National Academies Press; 2011.
- IOM (Institute of Medicine). Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. Washington: The National Academies Press; 2013.
- Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006.
- Ito C. The role of brain histamine in acute and chronic stresses. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2000; 54(5): 263-267.
- İnel M. Omurilik cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (yüksek lisans tezi), İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2016.
- Jafar M.F., Khan F. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2009; 59(6): 359-363.
- James D.C.S., Harville C., Efunbumi O., Martin M.Y. Health literacy issues surrounding weight management among African American women: a mixed methods study. *Journal of human nutrition and dietetics*. 2015; 28(2): 41-49.
- Jeong S.H., Kim H.K. Health literacy and barriers to health information seeking: A Nationwide survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*. 2016; 99(11): 1880-1887.
- Jlala H.A., French J.L., Foxall G.L., Hardman J.G., Bedforth N.M. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. *British Journal of Anaesthesia*. 2010; 104: 369-374.
- Joint Committee on National Health Education Standards. National health education standards: Achieving health literacy. New York: American Cancer Society; 1995.

- Joplin S, van der Zwan R., Joshua F., Wong P.K. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: the effect of patient education, health literacy, and musculoskeletal ultrasound. *Biomed Research International*. 2015.
- Joseph-Kinzelman, A., Taynor J., Rubin W.V., Ossa J., Risner P.B. Clients' perceptions of involuntary hospitalization. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1994; 32(6): 28-32
- Jovanić M., Zdravković M., Stanisavljević D., Jović Vraneš A. Exploring the importance of health literacy for the quality of life in patients with heart failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15(8): 1761.
- Julian L.J. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*. 2011; 63(11): 467-472.
- Kamberi H., Hysa B., Toçi E., Jerliu N., Qirjako G., Burazeri G. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Med Arch*. 2013; 67(3): 375-377.
- Kanj M, Mitic W. Working document: 7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development: closing the implementation gap Nairobi, Kenya. 2009: 26-30.
- Kaplan H.I., Sadock B., Grebb J.A. *Synopsis of Psychiatry*. London: Williams & Wilkins; 1994: 777-778.
- Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998; 2: 20–26.
- Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi (yüksek lisans tezi). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2003.
- Kiyohara, L.Y., Kayano L.K., Oliveira L.M., Yamamoto M.U., Inagaki M.M., Ogawa N.Y., et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas*. 2004; 59(2): 51-56.
- Kim W.S., Byeon G.J, Song B.J., Lee H.J. Availability of preoperative anxiety scale as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. *Korean Journal of Anesthesiology*. 2010; 58(4): 328-333.
- Kim S.H. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18(16): 2337-2343..

- Kindler C.H., Harms C., Amsler F., Ihde-Scholl T., Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia& Analgesia*. 2000; 90(3): 706-712.
- Kohan S., Ghasemi S., Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome, *Iranian Journal Nursing Midwifery Reserach*. 2007; 12(4): 146-152.
- Köroğlu E., Güleç C., Şenol S. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007.
- Kurudayıoğlu M., Tüzel M.S., 21. Yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Arastirmalari*. 2010; 28: 283-298.
- Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C. 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: National Center for Education Statistics; 2006.
- Küpeli İ., Kuyrukluıldız U., Taş S., Ocak N.B., Alagöl A. Rejyonel anestezi/periferik sinir bloğu ile genel anestezinin preoperatif anksiyeteye etkilerinin karşılaştırılması. *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim*. 2016; 14(1): 1-6.
- Le Doux J., Fear and the brain : Where have we been and where are we going?. *Biological Psychiatry*. 1998; 44(12): 1229-1238.
- Lee H.Y., Rhee T.G., Kim N.K., Ahluwalia J.S. Health literacy as a social determinant of health in Asian American immigrants: Findings from a population-based survey in California. *Journal of General Internal Medicine*. 2015; 30(8), 1118-1124.
- Lichter J.L., Johanson C.E., Mhoon D., Faure E.A., Hassan S.Z., Roizen M.F. Preoperative anxiety: does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery?. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 1987; 67(4): 595-599.
- Liu Y.B., Liu L., Li Y.F., Chen Y.L. Relationship between health literacy, health related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(8): 9714-9725.
- Macabasco-O'Connell, A., DeWalt D.A., Broucksou K.A., Hawk V., Baker D.W., Schillinger D., Weinberger M. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*. 2011; 26(9): 979-986.
- Mackenzie J.W. Daycase anaesthesia and anxiety: A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia*. 1989; 44(5): 437-40.

- Mamelok A.E. Psychiatry and surgery. In: Kaplan H.I., Sadock B.J., editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6.Basım. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995: 1680-1683.
- Mancuso, J.M. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*. 2008; 10(3): 248-255.
- Mancuso, J.M. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*. 2009; 11(1): 77-89.
- Maranets I., Kain Z.N. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia & Analgesia*. 1999; 87(6): 1346–1351.
- Markland D., Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *British Journal of Clinical Psychology*. 1993; 32(4): 493-504.
- Marks I.M. *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press; 1987.
- Maslow A.H. “Higher” and “lower” needs. *The Journal of Psychology*. 1948; 25(2): 433-436.
- Matthias A.T., Samarasekera D.N. Preoperative anxiety in surgical patients-experience of a single unit. *Acta Anaesthesiol Taiwanica*. 2012; 50(1): 3-6.
- Mayer G.G., Villaire M., *Health literacy in primary care: A clinician's guide*. Springer Publishing Company; 2007.
- McLaughlin, R.A. *Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting (doctoral dissertation)*. Tennessee: The University of Tennessee Health Science Center; 2009.
- Miller K.M., Wysocki T., Cassady J.F., Cancel D., Izenberg N. Validation of measures of parents’ preoperative anxiety and anesthesia knowledge. *Anesthesia & Analgesia*. 1999; 88(2): 251-257.
- Moerman N., Van dam F.S., Muller M.J., Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*. 1996; 82(3): 445-451.
- Morita Y., Sanuki M., Kinoshita H., Fujii K., Kajiyama S., Nakanuno R. Assessment of preoperative anxiety in patients entering the operating room on Foot using state trait anxiety inventory. *Masui - Japanese Journal of Anesthesiology*. 2002; 51(4): 382-386.
- Morrow L.M. *Literacy development in the early years: Helping children read and write*. 5.Baskı. Boston: Pearson; 2005.

- Nayir N.U. Açık kalp ameliyatında preoperatif anksiyete ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişki (yüksek lisans tezi), Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2012.
- Nielsen-Bohlman L., Panzer A.M., Kindig D.A.. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington: National Academies Press; 2004.
- North Carolina Institute of Medicine. Just what did the doctor order? Addressing low health literacy in North Carolina. NC IOM Task Force on Health Literacy. Durham; 2007.
- Nutbeam D. Health promotion glossary, Health Promotion International. 1998; 13(4), 349-364.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000; 15(3), 259-267.
- Okyay P., Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2016.
- Onotai L.O. A review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes. The Nigerian Health Journal. 2008; 8(3-4): 32-38.
- Okan O., Bauer U., Levin-Zamir D., Pinheiro P., Sørensen K. International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan. Bristol: Policy Press; 2019.
- Önal İ. Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık: Türkiye deneyimi. Bilgi Dünyası. 2010; 11(1): 101-121.
- Öner L., Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 1998.
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. Health Education Research. 2010; 25(3): 464-477.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: 1993.
- Öztürk M.O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2001.
- Palumbo R., Annarumma C, Adinolfi P., Musella M., Piscopo G. The Italian health literacy project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. Health Policy. 2016; 120(9): 1087-1094.

- Parker R.M., Baker D.W., Williams M.V., Nurss J.R. The test of functional health literacy in adults (TOFLA): A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*. 1995; 10(10): 537–541.
- Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their healthcare providers. *Health promotion international*. 2000; 15(4): 277-283.
- Philips L.D. Patient education understanding the process to maximize time and outcomes. *Journal of Intravenous Nursing: The official publication of the intravenous nurses society*. 1999; 22(1): 19-35.
- Pink B. Health Literacy in Australia. *Canberre Time*. 2008; 9-13.
- Pleasant A., Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*. 2008; 23: 152-159.
- Powell C.K., Hill E.G., Clancy D.E. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *The diabetes educator*. 2007; 33(1): 144–151.
- Pritchard M.J. Using the hospital anxiety and depression scale in surgical patients. *Nursing Standard*. 2011; 25(34): 35-41.
- Ramsay M.A. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia*. 1972; 27(4): 396-402.
- Rauch S.L., Savage C.R., Alpert N.M., Fichman A.J., Jenike M.A. The functional neuroanatomy of anxiety: a study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biological psychiatry*. 1997; 42(6): 446-452.
- Rech R.H. Drugs to treated anxiety and related disorders. In: Wingard L.B., Brody T.M., Larner J., editör. *Human Pharmacology Molecular to Clinical*. London: Wolfe Publishing Ltd.; 1991: 353-359.
- Romanik W., Kański A., Soluch P., Szymanska O. Preoperative anxiety assessed by questionnaires and patient declarations. *Anestezjologia i intensywna terapia*. 2009; 41(2): 94-99.
- Rootman I., Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2008.
- Rothrock J.C. Perioperative nursing research: Part I: Preoperative psychoeducational interventions. *AORN Journal*. 1989; 49(2): 597-619.

- Rudd R.E., Kirsch I., Yamamoto K. Literacy and health in America. Policy Information Report. Policy Information Center. Educational Testing Service. Princeton; 2004.
- Sadeghi S., Brooks D., Stagg-Peterson S., Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2013; 10(1): 72-78.
- Sadock B.J., Sadock V.A. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.
- Safeer R.S., Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician*. 2005; 72(3): 463-468.
- Sağır G., Kaya M., Eskiçırak H.E., Kapusuz Ö., Kadioğulları A.N. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Türk J Anesth Reanim*. 2012; 40(5): 274-278.
- Sayah F.A., Majumdar S.R., Johnson J.A. Association of inadequate health literacy with health outcomes in patients with type 2 diabetes and depression: Secondary analysis of a controlled trial. *Canadian Journal of Diabetes*. 2015; 39(4): 259-265.
- Sayah F.A., Williams B. An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*. 2012; 36(1): 27-31.
- Schillinger D., Grumbach K., Piette J., Wang F., Osmond D., Daher C., et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002; 288(4): 475-482.
- Scott T.L., Gazmararian J.A., Williams M.V., Baker D.W. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*. 2002; 40(5): 395-404.
- Senkowski D., Linden M., Zubragel D., Bär T, Gallinat J. Evidence for disturbed cortical signal processing and altered serotonergic neurotransmission in generalized anxiety disorder. *Biological psychiatry*. 2003; 53(4): 304-314.
- Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 2013; Özel Sayı 3: 73-92.
- Shaw S.J., Huebner C., Armin J., Orzech K., Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2009; 11(6): 460-467.
- Shevde K., Panagopoulos G. A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg*. 1991; 73: 190-198.

- Sotres-Bayon F., Cain C.K., Ledoux J.E. Brain mechanisms of fear extinction. Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. *Biological psychiatry*. 2006; 60(4): 329-336.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012; 12(1): 1-13.
- Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015; 25(6): 1053-1058.
- Spielberger C.D. Anxiety: state- trait-process. In: Spielberger C.D., Sarason I.G., editors. *Stress and anxiety*. Washington: 1975: 168-178.
- Street B. V. The new literacy studies. *Journal in Reading*, 1993; 16(2): 81-97.
- Stein D.J., Hollander E. *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
- Suka M., Odajima T., Okamoto M., Sumitani M., Igarashi A., Ishikawa H., et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*. 2015; 98(5): 660-668.
- Sullivan G.M., Coplan J.D., Kent J.M., Gorman J.M. The noradrenergic system in pathological anxiety: a focus on panic with relevance to generalized anxiety and phobias. *Society of Biological Psychiatry*. 1999; 46(9): 1205-1218.
- Şahin A.R. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. In: Doğan O., editör. 2. Anksiyete Bozukluklar Sempozyumu. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi; 1993.
- Tanrıöver M.D., Yıldırım H.H. Ready F.N.D., Çakır B., Akalın H.E. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. 2014.
- Taş T.A., Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. *STED*. 2016; 25(3): 119-124.
- Taşdemir A., Erakgün A., Deniz M.N., Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*. 2013; 41: 44-49.



- Taylor D.M., Fraser S., Dudley C., Oniscu G.C., Tomson C., Ravanan R., et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2018; 33(9): 1545-1558.
- Teleş M. Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma (doktora tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2018.
- Temel A.B., Çimen Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 33(3): 105-125.
- Toçi E. ve ark. Health literacy and socio economic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2013; 3(4): 1646-1658.
- Toçi E., Burazeri G., Sørensen K., Kamberi H., Brand H. Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *The European Journal of Public Health*. 2015; 25(3): 482-486.
- Tones K. Health literacy: new wine in old bottles?. Oxford University Press; 2002.
- Tözün M., Sözmen M.K. Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2015; 2: 48-54.
- Turhan Y., Avcı R. Özcengiz D. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*. 2012; 20: 27-33.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Sözlük. 2019. [www.sozluk.gov.tr](http://www.sozluk.gov.tr). Erişim Tarihi:15.04.2020.
- Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Sağlık okuryazarlığı. Ankara; 2012.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Stratejik plan 2013-2017. Ankara; 2012. <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,21353/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017.html>. Erişim Tarihi: 05.01.2021.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. 2016 yılı Faaliyet raporu. Ankara; 2017. <https://www.saglik.gov.tr/TR,18754/tc-saglik-bakanligi-2016-yili-faaliyet-raporu.html>. Erişim Tarihi: 17.10.2020.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Ritmi, Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişim Sempozyumu Kitabı. Sağlık Bakanlığı Yayın No:883. Ankara; 2012.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Anıl Matbaacılık; 2011.

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye’de kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Yayın No: 909; 2013.
- Türkoğlu Ç. Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği (yüksek lisans tezi), Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2016.
- Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi (doktora tezi), Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2011.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Literacy for All. 2016. <http://en.unesco.org/themes/literacy-all>. Erişim Tarihi: 18.09.2020
- U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington; 2010.
- Vandenbosch J., Van den Broucke S., Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70(10): 1032-1038.
- Van der Ploeg W.J. Health literacy and healthcare system navigation for people who have had, or are at risk of, a cardiac event (doctoral dissertation). Tasmania: University of Tasmania; 2012.
- Varcarolis E.M. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: WB. Saunders Company; 1990.
- Von Wagner C., Knight K., Steptoe A., Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007; 61(12): 1086-90.
- Wells J.K., Howard G.S., Nowlin W.F., Vargas M.J. Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986; 54(6): 831-835.
- Weiss B.D., Mays M.Z., Martz W., Castro K.M., DeWalt D.A., Pignone, M.P., et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*. 2005; 3(6): 514-522.

Wennberg D.E., Marr A., Lang L., O'Malley S., Bennett G. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *New England Journal of Medicine*. 2010; 363(13): 1245-1255.

World Health Organization(WHO). *Health Promotion Glossary*. Geneva; 1998.

World Health Organization(WHO). *Health literacy: The Solid Facts*. Denmark; 2013.

Williams J.G., Jones J.R. Psychophysiological responses to anesthesia and operation. *JAMA*. 1968; 203(6): 415-417.

Yalom I. *Varoluşçu Psikoterapi*. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2001.

Yang X., Zhao C.X., Li S., Chen F.Z., Li J.G. Health literacy level and influence factors of occupational population in one province. *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi = Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*. 2017; 35(9): 683-687.

Yeşildal M. Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği (yüksek lisans tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2018.

Yılmaz Y., Durmuş K., İnal F.Y. Çiftçi T., Daşkaya H., Toptaş M., et al. Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2014; 41(2): 288-293.

Yılmazel G. Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişki (doktora tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2014.

Yılmazel G., Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*. 2016; 15(1): 69.

Yüksel N. *Ruhsal Hastalık*. 2.Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001.

Zarcadoolas C., Pleasant A., Greer D.S. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 2005; 20(2): 195-203.

## **EKLER**

### **EK- A Demografik ve Temel Sağlık Durumu İle İlgili Bilgiler**

*Dosya No (Hiç bir şekilde paylaşılmayacak) :*

Cinsiyet:

Yaş:

Boy:

Kilo:

Vücut Kitle İndeksi (VKİ):

ASA skoru:

Ek hastalık var mı?:

Sigara:

Olacağı operasyon:

Geçirilmiş cerrahi var mı?:

Eğitim durumu:

Meslek:

Medeni durum:

Genel olarak sağlığını nasıl algılıyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

## EK-B STAI-D

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK-C SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

	YAPAMAYACAK DURUMDAYIM	ÇOK ZORLUK ÇEKİYORUM	BIRAZ ZORLUK ÇEKİYORUM	AZ ZORLUK ÇEKİYORUM	HIÇ ZORLUK ÇEKİYORUM
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					