

2024

BAÜN SABA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADA BİRTANE ALTAN



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences



EPİLEPTİK HASTALARDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİNİN NÖBET SIKLIĞI VE YAŞAM
KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADA BİRTANE ALTAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
Bilim Alan Kodu: 1032.05



BALIKESİR

2024

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EPİLEPTİK HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİNİN NÖBET SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADA BİRTANE ALTAN

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. SULTAN ESER

Hemşirelik Anabilim Dalı

Bilim Alan Kodu:1032.05

BALIKESİR

2024



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde **Ada BİRTANE ALTAN** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış
olan

**“Epileptik Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Nöbet
Sıklığı ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”**

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16 /04 / 2024

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Sibel KARACA
SİVRİKAYA Balıkesir
Üniversitesi (**Başkan**)

Prof. Dr. Sultan ESER
Balıkesir Üniversitesi
Üye (**Danışman**)

Prof. Dr.Hakan BAYDUR
Manisa Celal Bayar
Üniversitesi Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 09 /05/2024 tarihinde teslim
edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin PANCARCI
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi **beyan ederim.**

09/05/2024

İmza

Ada BİRTANE ALTAN

TEŐEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca gerek bilgisi gerekse tecrübesi ile beni destekleyen, ihtiyaç duyduğumda desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sultan ESER'e, ve Dr.Ezgi Türk'e

Tez çalışmam süresince desteğini esirgemeyen değerli mesai arkadaşlarım Leyla KARA Esmâ BUGUŐ ve Sema ŐEN'e, çalışma birim sorumlum Veciye YALÇIN' a

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ,

Desteklerini ve sevgilerini eksik etmeyen eşim Erman ALTAN ve aileme saygı ve teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.6. Tanımlar	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Epilepsinin Tanımı	6
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	7
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	9
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	10
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığında Hemşireliğin Rolü	12
2.2.4. Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı	12
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	13
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığında Karşılaşılan Uygulama Engelleri	16
2.2.7. Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları	18
2.2.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Epilepsi	20
2.3. Yaşam Kalitesi	21
2.3.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları	22
2.3.2. Yaşam Kalitesinin Kriterleri	23
2.3.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	25
2.3.4. Yaşam Kalitesi Göstergeleri	26
2.3.5. Yaşam Kalitesi ve Epilepsi	31
2.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	32

3. YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Modeli	34
3.2. Evren ve Örneklem	34
3.3. Veri Toplama Araçları ve Teknikleri	34
3.4. Verilerin Toplanma Süreci.....	36
3.5. Verilerin Analizi.....	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuç.....	69
6.2. Öneriler	72
KAYNAKLAR.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	85
EKLER.....	86
EK-1: Sosyodemografik Özellikler.....	86
EK-2: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32).....	88
EK-3: Epilepside Yaşam Kalitesi.....	90
EK-4: Etik Kurul	95
EK-5: Kurum İzni	97
EK-6: Yazılı Onam Formu.....	98

ÖZET

EPİLEPTİK HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN NÖBET SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı, hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarını ve tedavilerine uyum sağlamalarını kolaylaştırır. Bu araştırmanın amacı, epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesidir. Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden yararlanılmıştır. Araştırmanın yöntemi kesitsel tanımlayıcı şeklindedir. Çalışmada Balıkesir Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesine 09.09.2020-09.09.2021 tarihleri arasında başvuran epilepsi tanılı 161 kişiye anket uygulanmıştır. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikler formu ve epilepsiye yönelik soru formu, Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (QoLIE-31) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS 23 programına girilerek analizler yapılmıştır. Elde edilen verilere göre yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, yalnız yaşama durumu, yaşanan yer, epilepsi tanısı alma zamanı, ilaç kullanma durumu, nöbet geçirme sıklığı ve en son nöbet geçirme zamanına göre ölçekler arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Son olarak yapılan korelasyon analizi neticesinde TSOY ve QOLIE-31 ölçeklerin ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Epileptik hastalar, sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF HEALTH LITERACY WITH SEIZURES AND QUALITY OF LIFE IN EPILEPTIC PATIENTS

Health literacy in epileptic patients makes it easier for patients to be informed about their diseases and to comply with their treatments. The aim of this study is to examine the relationship between health literacy level and quality of life in epileptic patients. Quantitative research methods were used in this research. The research method is cross-sectional descriptive. In the research, a survey was applied to 161 people diagnosed with epilepsy who applied to Balıkesir University Education Research and Application Hospital between 09.09.2020-09.09.2021. In this study, the socio-demographic characteristics and epilepsy questionnaire developed by the researcher, the Quality of Life Scale in Patients with Epilepsy (QoLIE-31) and the Health Literacy Scale (TSOY-32) were used as data collection tools. The collected surveys were entered into the SPSS 23 program and analyzed. According to the data obtained, age, gender, marital status, having children, educational status, occupation, income status, living alone, place of residence, time of epilepsy diagnosis, medication use, frequency of seizures and time of last seizure. Significant differences were detected between the scales. Finally, as a result of the correlation analysis, no significant relationship was determined between the TSOY and QOLIE-31 scales and their sub-dimensions.

Keywords: Epileptic patients, health literacy, quality of life.

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IBE	: Uluslararası Epilepsi Bürosu
ILAE	: Uluslararası Epilepsiyle Savaş Ligi
QOLIE-31	: Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TSOY-32	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki Nedensel İlişki 19

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Cronbach's Alfa Katsayıları.....	36
Tablo 4.1. Demografik Verilerin Dağılımı.....	39
Tablo 4.2. Betimleyici İstatistikler	40
Tablo 4.3. TSOY Kategori ve Dağılımları	40
Tablo 4.4. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Yaşları Bakımından Karşılaştırılması..	42
Tablo 4.5. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetleri Bakımından Karşılaştırılması	43
Tablo 4.6. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumları Bakımından Karşılaştırılması	46
Tablo 4.7. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Çocuğa Sahip Olma Durumları Bakımından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.8. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumları Bakımından Karşılaştırılması	48
Tablo 4.9. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumları Bakımından Karşılaştırılması	50
Tablo 4.10. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Yalnız Yaşama Durumları Bakımından Karşılaştırılması	51
Tablo 4.11. Ölçek Puanlarının Katılımcıların En Çok Yaşadıkları Yer Bakımından Karşılaştırılması	53
Tablo 4.12. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Epilepsi Tanısı Alma Zamanı Bakımından Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.13. Ölçek Puanlarının Katılımcıların İlaç Kullanma Durumları Bakımından Karşılaştırılması	56
Tablo 4.14. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Nöbet Geçirme Sıklıkları Bakımından Karşılaştırılması	57
Tablo 4.15. Ölçek Puanlarının Katılımcıların En Son Nöbet Geçirme Zamanları Bakımından Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.16. TSOY ve QOLIE-31 Ölçekleri Arasında Korelasyon Analizi.....	61

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Problemi

Epilepsi, kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu ortaya çıkan kronik nörolojik bir hastalıktır (Çakıl vd., 2013). Hastalık, spontan ve tekrarlayıcı nöbetlerle karakterizedir ve her yaş, ırk, sosyal sınıf ve coğrafi bölgeden insanı etkileyebilen en yaygın nörolojik hastalıklardan biridir. Epileptik nöbetler, hastalığın altında yatan nöral mekanizmaları yansıtan stereotipik davranış değişiklikleri ile öne çıkar. Tanı, geçici farkındalık ve/veya davranış değişikliği ile karakterize klinik durumları içerir ve çoğu durumda, hastalık dikkatli bir öykü veya nöbetin gözlemlenmesiyle teşhis edilebilir. Ne yazık ki, vakaların yaklaşık yarısında epilepsinin nedeni bilinmemektedir (Beghi, 2020).

Epilepsinin toplumlar arasında değişen bir insidansı vardır ve genellikle yılda 20-50/100.000 olarak rapor edilmektedir. Dünya genelinde, epilepsi yaklaşık 50 milyon insanı etkilemektedir. Aktif epilepsi prevalansı 4-10/1000, yaşam boyu birikmiş insidans ise yaklaşık %3 olarak bilinmektedir. Epilepsi, yaşamın ilk yılı ve 60 yaş sonrasında en sık görülen dönemlerde daha yüksek bir insidansa sahiptir. Çocukluk ve ergenlik döneminde en sık karşılaşılan nörolojik hastalık olmasının yanı sıra, erişkinlerde beyin damar hastalıklarının ardından ikinci sıklıkta rastlanan nörolojik bir hastalıktır (Akdağ vd., 2016).

Epilepsinin tanısı ve değerlendirmesinde perinatal öykü, kafa travması, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, ailede epilepsi ve diğer önemli hastalıkların detaylı bir şekilde incelenmesi önemlidir. Epilepsi nöbetleri, hem beyinle ilgili hastalıkların bir sonucu olarak hem de sistemik hastalıkların bir belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle, nöbetin epilepsi kaynaklı olup olmadığını belirlemek için detaylı bir anamnez alınmalı ve ardından kapsamlı bir nörolojik ve sistemik muayene yapılmalıdır. Tanıyı

doğrulamak için varsa, hastalardan nöbet anlarını içeren video kayıtları istenmesi faydalı olabilir (Zülfünaz, 2017).

Epilepsi yönetiminde, hastaların kendi kendilerini yönetme davranışları kritik öneme sahiptir. Tedavi rejimlerine düşük hasta katılımı, artan hastane kullanımı ve hatta ölümcül sonuçlara yol açan çığır açan nöbetlerin başlıca nedenlerindedir. Özellikle nöbet kontrolü ve ilaca uyum, epilepsi hastaları arasında yaygın zorluklar arz etmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, yetersiz sosyal destek, ağır yan etkiler, düşük sosyoekonomik durum ve eşzamanlı psikiyatrik bozukluklar, genellikle daha düşük ilaç uyumu ile ilişkilendirilmiştir (Luedk vd., 2019).

Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylere tıbbi bilgi verildiğinde, bu bilgiyi anlama, yorumlama ve uygun davranışı sergileme yeteneği olarak tanımlanabilir. Hastalar, sağlık sistemi içinde karmaşık bilgiler ve tedavi süreçleri ile karşılaşabilirler. SOY düzeyinin düşük olması, tanı ve tedavileri olumsuz etkileyebilir, hastaneye yatışların artmasına ve yatış sürelerinin uzamasına neden olabilir (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Epilepsili bireylerde, yaşam beklentileri ile fiziksel, psikolojik ve sosyal kısıtlılık arasındaki denge, yaşam kalitesinin belirlenmesinde kilit bir faktördür. Kişisel bakım, güvenlik, sosyal ilişkiler ve toplumsal katılım gibi konular, yaşam kalitesini etkileyen temel faktörlerdir. Başarılı bir nöbet tedavisi, erken tanı, uygun tedavi ve hastanın epilepsi ile ilişkili zorluklarla baş etme becerilerini geliştirmesiyle mümkündür (Mısırlı, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamını, yaşadığı kültür ve değer sistemi içinde nasıl algıladığına dair bir göstergedir.

Epilepsi, bu bağlamda yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür. 1990 yılında Royal Tıp Birliği tarafından kullanılan "Epilepside yaşam kalitesi" terimi, 1991 yılında ana bir konferans konusu olarak ilk kez ele alınmıştır. Epilepside yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalar ve ölçeklerle ilgili akademik araştırmalar, 1992'de başlamış ve bu alandaki bilgi birikimi zaman içinde artmıştır (Zülfünaz, 2017).

Epilepsi hastalığının bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bir dizi araştırmada vurgulanmıştır (Demir vd., 2018). Yaşam kalitesindeki bu düşüş, sadece devam eden nöbetlerle değil, aynı zamanda eş zamanlı depresyon ve anksiyete gibi komorbid duygudurum bozukluklarıyla da ilişkilidir. Düşük yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkilendirilen ana risk faktörleri arasında nöbetlerin şiddeti, düşük sosyoekonomik durum, sınırlı sosyal ilişkiler ve nörobilişsel sorunlar bulunmaktadır (Balkan vd., 2015). Tıbbi tedaviye uyumsuzluk, genellikle psikolojik uyum eksikliğinin bir sonucu olarak yaşanan zorlukları yansıtabilir.

Nöbet sıklığı, yaşam kalitesini belirleyen önemli faktörlerden biridir. Nöbetleri başarıyla tedavi edilen bireyler, tedaviye direnç gösterenlere kıyasla daha iyi psikososyal işlevsellik sergileyebilirler. Bu bağlamda, epilepsi tedavisinde birey ve ailesinin birlikte ele alınması, multidisipliner bir ekip yaklaşımı benimsemek önemlidir. Aynı zamanda, epilepsinin toplumsal damgalama ve utanç kaynağı olma durumunu aşmak, kamuoyuna daha iyi tanıtılmak ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Epilepsiyle Savaş Ligi (ILAE) ve Uluslararası Epilepsi Bürosu (IBE) tarafından başlatılan "Küresel Kampanya"nın desteklenmesi gereklidir (Mollaoğlu vd., 2021). Bu adımların atılması, epilepsi hastalarının yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynayabilir.

Literatürde epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı veya yaşam kalitesinin incelendiği yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda, epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığının nöbet sıklığı, nöbetlerin kontrol altına alınması ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı, hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarını ve tedavilerine uyum sağlamalarını kolaylaştırır. Bu araştırmanın amacı, epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesidir. Diğer bir ifade ile bu çalışmada, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasının nöbetlerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olup olmadıkları incelenmiştir.

Bu temel amaç doğrultusunda, aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılacaktır:

- Epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile epilepsi tanısı alma süresi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile nöbet geçirme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile en son nöbet geçirme zamanı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda yaşam kalitesi ile epilepsi tanısı alma süresi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda yaşam kalitesi ile ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda yaşam kalitesi ile nöbet geçirme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Epileptik hastalarda yaşam kalitesi ile en son nöbet geçirme zamanı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Literatürde epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığının nöbetlerin sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu araştırmanın, sağlık okuryazarlığının nöbetler üzerine etkisinin saptanması ile epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığını arttırmak için programlar düzenlenmesinde ve ileri çalışmalar için kılavuz niteliğinde olacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

1. Araştırmanın veri toplama aracı epileptik hastalarının görüşlerini belirleyecek niteliktedir.

2. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formunu epileptik hastaları içtenlikle yanıtlamışlardır ve epileptik hastaların görüşleri gerçek durumu yansıtmaktadır.

3. Araştırmada kullanılan istatistiki çözümleme teknikleri, araştırmanın amacına ve verilerin yapısına uygundur.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 09.09.2020-09.09.2021 tarihleri arasında Balıkesir ilinde Balıkesir Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama hastanesine başvuran epilepsi tanılı hastalarla sınırlıdır.

Araştırma, epileptik hastalarının veri toplama aracına verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Epilepsi: Epilepsi, beyindeki anormal elektriksel aktivite nedeniyle ortaya çıkan bir nörolojik bozukluktur. Epilepsi nöbetleri, beyindeki anormal elektriksel aktivitenin neden olduğu ani, tekrarlayan ve kontrol edilemeyen hareketler, hisler veya davranışlar şeklinde ortaya çıkmaktadır (Akdağ vd., 2016).

Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık ile ilgili bilgiye erişimi, bilginin değerlendirilmesi ve kullanılması sürecini kapsayan bir kavramdır (Briones ve De Paed, 2015).

Yaşam Kalitesi: Kişinin dahil olduğu sosyokültürel sisteminde istekleri, gayeleri ve ilgileri doğrultusunda hayattaki konumunu algılaması anlamına gelmektedir (WHO, 1998).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsinin Tanımı

Epilepsi, tarih boyunca varlığını sürdüren ve beyin sinir hücrelerindeki anormal elektriksel aktivitelerin neden olduğu, ani, tekrarlayan ve belirgin bir tetikleyici olmaksızın ortaya çıkan ciddi bir nörolojik hastalıktır (Özkan, 2021; Akdağ vd., 2016). Eski Yunanca kökenli "tutulmak" anlamına gelen "epilepsia" kelimesiyle tanımlanan bu durum, binlerce yıl boyunca insanların hayatını etkileyen bir kavram olmuştur.

Epilepsinin tıbbi anlamda ilk sistematik tanımı, 1874 yılında yapılmıştır ve o dönemde "Beynin özellikle gri cevherinin lokal ve akut deşarjları" olarak ifade edilmiştir. Bu noktadan itibaren, epilepsinin kökenleri ve etkileri konusundaki anlayışımız önemli ölçüde gelişmiştir (Caferoğlu, 2019). Ancak, hala birçok yönüyle çözümlenmeyi bekleyen karmaşık bir hastalık olarak kalmaktadır.

Epilepsi, sadece bireyin fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda psikososyal ve davranışsal açıdan da önemli adaptasyonları gerektiren kronik bir durumdur (Yel, 2021). Hastalar, nöbetleri kontrol altında tutmaya çalışarak kaliteli bir yaşam sürdürme mücadelesi vermektedir. Bu süreç, bireyin yaşam tarzında, sosyal ilişkilerinde ve genel refahında önemli değişikliklere neden olabilir.

Öz yönetim eğitim programları, sağlığı teşvik eden davranışların benimsenmesini kolaylaştırmak için tasarlanmış olup, önleyici ve tedavi edici sağlık faaliyetlerinde hasta eğitiminin rolünü vurgulamaktadır. Epilepsi öz yönetiminde en kritik adım hasta eğitimidir. Öz yönetimde, hemşirelik girişimleriyle, hastalar hastalıklarıyla daha kısa sürede yüzleşebilirler. Çünkü genellikle hastalar, hastalık- larının ne olduğunu zaman zaman yaşayan hekimden değil, hemşireden öğrenmektedirler. Hemşirelerin ise, sağlık eğitimi rolünü üstlenmeleri için daha fazla eğitim almaları önerilmektedir.

Dünya genelinde epilepsi, her yaş grubundan, etnik kökenden ve sosyal gruptan insanı etkileyen bir sorundur ve tahmini olarak 50 milyon insanı etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde yılda 100.000 kişiden 49'u epilepsi tanısı alırken, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu rakam 100.000 kişide 139'a kadar çıkabilmektedir (WHO, 2019). Özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerin daha zor çalışma koşulları, artan travma riski ve yetersiz tıbbi hizmetler erişim gibi faktörlerden kaynaklanan nedenlerle, epilepsi bu ülkelerde daha yaygın görülmektedir (Balal vd., 2017).

Epilepsinin tarihsel süreci, günümüzdeki tıbbi gelişmeler ve toplumsal farkındalık, hastalığın etkileriyle başa çıkma ve tedavi yöntemlerinin iyileştirilmesi adına sürekli bir çaba gerektirmektedir. Hastalığın bilinirliğinin artırılması, toplumda daha fazla anlayış ve destek sağlanması açısından kritik öneme sahiptir.

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi ve gelişmiş sağlık politikalarıyla ilişkilendirilen bir kavram olup, 1974 yılında "Healthy education as social policy" adlı bir makalede ilk kez ortaya çıkmış ve 1980'li yılların sonlarında sağlığın geliştirilmesi kavramı içinde tanımlanmıştır (Selden vd., 2000; Avcı vd., 2019). Bu kavram, sağlıklı bir yaşamı destekleyen bilgi ve becerilere erişme, anlama ve kullanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır, bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını bireyin iyilik halini devam ettirebilmesi ve geliştirebilmesi için temel bir beceri olarak ifade etmektedir (WHO, 2019).

Sağlık okuryazarlığı, sadece bireyin kişisel gelişimi için değil, aynı zamanda toplumun genel sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla önemli bir araç olarak da öne çıkmaktadır. Sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını teşvik ederken, sağlık hizmeti alan bireylerin karar mekanizmalarına katılımını destekleyen bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Aynı zamanda, toplumdaki sosyal ve kültürel faktörlere dayanan bir arabulucu işlevi görmektedir (Nielsen-Bohlman vd., 2004).

Freedman ve diğeri (2009), sağlık okuryazarlığını "halkın sağlık okuryazarlığı" olarak tanımlayarak, bireysel sağlık okuryazarlığını bir bütüncü olarak ele almışlardır. Bu yaklaşım, toplumun genel sağlık bilincini artırmayı, halk sağlığı mesajlarını anlama kapasitesini geliştirmeyi ve bireyleri sağlık bakımı konularında aktif bir şekilde harekete geçmeye teşvik etmeyi içerir. Sağlık okuryazarlığı, sadece bireyin kendi sağlığına dair bilgi sahibi olmasını değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde sağlık bilinci oluşturarak kolektif bir sağlık kùltürü oluşturmaya yönelik bir strateji olarak da önem kazanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, günümüzde bilim ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte sağlıkla ilgili bilgiye erişimi, bu bilginin değerlendirilmesi ve kullanılmasını içeren kapsamlı bir süreci ifade eder (Briones ve De Paed, 2015). Bireyler, sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemeyi ve sağlık sorunlarının tedavi süreçlerine daha aktif bir şekilde katılım göstermeyi arzulamaktadır. Bu doğrultuda, sağlık okuryazarlığı adeta bir zorunluluk haline almıştır.

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan bireylerin, sağlıkla ilgili bilgileri daha etkili bir şekilde elde edebildikleri, kişisel sağlık sonuçlarının olumlu yönde etkilendiği, özyönetim becerilerinin geliştiği ve yaşam kalitelerinin arttığı gözlemlenmiştir (Broder vd., 2017). Bu noktada, sağlık okuryazarlığının bireylerin kendi sağlıklarını daha etkili bir şekilde yönetmelerini sağlayarak toplum genelinde sağlıklı bir yaşam tarzının yaygınlaşmasına katkıda bulunduğunu söylemek mümkündür.

Ayrıca, sağlık okuryazarlığı, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki etkileşimde önemli bir rol oynamaktadır. Doğru iletişim eksikliği, yanlış ilaç kullanımı, tedavi ve bakımla ilgili yanlış bilgiler gibi sorunlar, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerde daha sık görülebilmektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının artırılması, etkili hasta-profesyonelle iletişim ve sağlık hizmetlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayarak bu tür problemlerin önüne geçmede önemli bir araç haline gelmiştir (Selden vd., 2000). Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendi sağlıklarını daha iyi anlamalarını, sağlıklı kararlar almalarını ve sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmalarını sağlayarak genel olarak toplumsal sağlığı güçlendiren önemli bir değerşken olarak öne çıkmaktadır.

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Kronik hastalıkların artan yaygınlığı ve bu hastalıkların bireyler, sağlık sistemleri ve toplum üzerindeki olumsuz etkisi, sağlık okuryazarlığının giderek daha fazla önem kazanmasına neden olmaktadır (Doyle vd., 2012). Sağlık konularındaki bilgiye erişim, bu bilgiyi değerlendirme ve kullanma becerileri, bireylerin sağlık ve hastalık davranışları üzerinde etkili olup, hastalığın öz yönetiminde kritik bir rol oynamaktadır (Chajae vd., 2018). Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığının doğası hakkında derinlemesine bir anlayış, sağlığın geliştirilmesi ve kronik hastalıkların önlenmesinde öncelikli bir konu olarak ortaya çıkmaktadır (Poureslami vd., 2017).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin hastalıkların oluşumu ve kontrolü konusundaki bilgi seviyeleriyle doğrudan ilişkilidir. Yapılan araştırmalar, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, hastalığın etkin tedavisi, komplikasyonlardan korunma, ilaç uyumu gibi alanlarda daha başarılı olduklarını göstermiştir (Bilir, 2014; Raji vd., 2017). Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma, sağlık durumlarını anlama, tıbbi önerilere uyum sağlama, acil servis hizmetlerini aşırı kullanma gibi sorunlarla karşılaştığı tespit edilmiştir (Tokuda vd., 2009; Berkman vd., 2011).

Kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığına dair yapılan çalışmalar, düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların hastalık belirtilerini ve seyrini tanıma konusunda yetersiz olduklarını, eğitim materyallerini anlama konusunda zorluk yaşadıklarını ve reçeteleri anlamada sınırlı olduklarını ortaya koymaktadır (Baker, 2006; Aslantekin vd., 2012). Amerika'da yapılan araştırmalar, düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin ilaç kullanımı uyumunun azalması, hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyinin düşük olması ve öz bakım becerilerinin zayıf olmasıyla ilişkilendirildiğini göstermiştir (Parker, 2000).

Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi, bireylerin sağlık personeli tarafından yapılan açıklamaları anlamakta zorluk, önerilen tedavilere uymakta güçlük ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşama eğilimindedir. Aynı zamanda, kronik

hastalıkların artışı, koruyucu sağlık hizmetlerinin az kullanımı, acil servis başvurularının artması gibi ciddi sorunlara yol açabilir (Özkan, 2014). Düşük sağlık okuryazarlığının, daha kötü sağlık durumu, artan hastaneye yatış ve sağlık hizmeti kullanımı, yanlış ilaç kullanımı, sağlık eğitimine düşük duyarlılık ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanımıyla ilişkili olduğunu gösteren birçok araştırma sonucu bulunmaktadır (Austvoll-Dahlgren vd., 2013).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam (2001), sağlık okuryazarlığını artırmak için farklı yaş gruplarına yönelik çeşitli eğitim sistemlerinin uygulanabileceğini öne sürerek, sağlık okuryazarlığını üç temel kategori altında sınıflandırmıştır. Bu kategoriler; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, etkileşimli sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığıdır.

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin temel okuma ve yazma becerilerini kullanarak sağlık bilgilerini anlamalarını içerir. Bu düzeyde, sağlıkla ilgili bilgilerin yorumlanması, sağlık sistemini etkili bir şekilde kullanma becerilerini içerir. Kişilere sağlıkla ilgili temel bilgiler verildiğinde, sağlık hizmetlerini nasıl kullanacaklarını anlamalarına yardımcı olur. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı daha çok bireylere yönelik olmasına rağmen, toplumun genelinde sağlık bilincini artırmaya da katkı sağlar (Nutbeam, 2001; Kennard, 2016).

Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireylere kapasitelerini artırma ve kendi yeteneklerine olan güvenlerini geliştirme becerilerini içerir. Bu düzeyde, bilişsel becerilerin yanı sıra sosyal beceriler de önemlidir. Bireylerin bilgiyi etkili bir şekilde kullanabilme, yeni bilgileri edinme ve karşılaşılan yeni durumlarla başa çıkma becerilerini içerir. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili kararlar almalarını ve bu kararları uygulamalarını destekler, aynı zamanda toplumsal

düzyde sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik bir araç olarak da önem taşıır (Nutbeam, 2001; Kennard, 2016). Bu çerçevede, etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık konularındaki yetkinliklerini güçlendirerek daha sağlıklı ve bilinçli bir yaşam sürmelerine olanak tanır.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sosyal ve politik düzyde hareket etmelerini destekleyen bilişsel beceri seti olarak değerlendirilir. Bu düzye, sağlık sistemi ile ilgili bilgileri analiz etme ve eleştirel bir şekilde kullanma becerisini gerektirir. Sosyal becerilerle birlikte, daha gelişmiş analitik yeteneklere dayanarak bilgileri eleştirel bir biçimde değerlendirme yeteneğini içerir (Nutbeam, 2001; Kennard, 2016).

Zarcadools ve arkadaşları (2006), sağlık okuryazarlığını dört ana başlık altında ele alan bir sınıflandırma yapmıştır:

1. Temel Okuryazarlık: Temel okuryazarlık, okuma, yazma, sayıları tanıma ve konuşma yeteneklerini içerir. Sağlık okuryazarlığında bu düzye, sağlık bilgilerini anlama, ilaç dozlarını hesaplama ve olasılıkları yorumlama becerilerini içerir.

2. Bilimsel Okuryazarlık: Bilimsel okuryazarlık, bilimsel ve teknolojik gelişmeleri anlama yeteneğiyle ilgili olarak açıklanır. Bu düzye, sağlık alanındaki hızlı gelişmeleri anlama kapasitesini içerir.

3. Yurttaşlık Okuryazarlığı: Yurttaşlık okuryazarlığı, halka önemli konularda farkındalık, toplum çalışmalarına aktif katılım ve karar verme süreçlerine hazır bulunma yeteneği olarak tanımlanır. Bu düzyde bireyler, yaşadıkları toplumdaki sorunlar hakkında bilgi sahibi olma yeteneğini yansıtır.

4. Kültürel Okuryazarlık: Kültürel okuryazarlık, farklı sosyal kimlikleri, dünya görüşlerini ve gelenekleri anlama ve yorumlama yeteneği olarak ifade edilir. Bu düzyde, bireylerin çeşitli kültürel bağlamları anlamaları ve bu bağlamlarda etkili iletişim kurmaları beklenir.

Her bir sınıflandırma düzyeyi, bireylerin farklı yönleriyle etkileşimde bulunarak sağlık okuryazarlığının geniş bir yelpazesini kapsamaktadır.

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığında Hemşireliğin Rolü

Sağlık okuryazarlığı kapsamında bilgiye ulaşma adımları; ilgili bilgiyi edinmek, bu bilgiyi anlamak ve amaca ulaşmak için bilgiyi kullanabilmektir. Bilgilendirme ve tavsiye kaynakları ise; genellikle hemşire, internet, sosyal medya, kitaplar, aile ve arkadaşları içerir (30). Bu konuda özellikle hemşirelik profesyonelleri sağlık hizmeti sunucularının en büyük gruplarını oluştururlar. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri ve hasta eğitimi daima hemşirelik bakımının bağımsız ve özsel bileşenleri olmuştur. Hasta eğitimi ve etkili iletişim, hemşirelik mesleğinin temel unsurları olduğu için; direkt hasta bakımı ve sağlık hizmetleri sunumunda, dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım kalitesinin artmasında hemşirelik mesleği önemli bir rol oynamaktadır.

2.2.4. Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, Türkiye ve dünya genelinde giderek daha fazla önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Toplumların sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı'nda sağlık okuryazarlığını artırmak, bireyleri sağlıkla ilgili risklere karşı korumak ve sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek amacıyla belirlenen stratejik hedeflerden biridir. Benzer şekilde, 2019-2023 Stratejik Planı'nda da sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak amacıyla sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik hedeflere vurgu yapılmıştır (TCSB, 2023).

Türkiye'de sağlık okuryazarlığının ölçümü amacıyla yapılan çalışmalardan biri, Tanrıöver ve ekibinin 23 ilde gerçekleştirdiği çalışmadır. Bu çalışma sonucunda Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak belirlenmiş ve nüfusun %64,6'sının yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Yani, Türkiye'de 56 milyon insanın 35 milyonu, sağlık okuryazarlığı konusunda yetersiz veya sorunlu olarak değerlendirilmiştir (Tanrıöver vd., 2014).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması ve sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde kullanılamaması, toplum sağlığını olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bu durum, sağlıksız yaşam, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk, mortalite ve morbidite artışları gibi sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle, Türkiye'de sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla 2016 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

Ölçeği-32 (TSOY-32) geliştirilmiş ve yapılan çalışmada, katılımcıların %30,6'sının yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, %69,4'ünün ise sorunlu veya yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Ayrıca, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması da yapılmış, bu çalışmada örneklem grubundaki katılımcıların %57,2'si sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Abacıgil vd., 2016). Bu veriler, sağlık okuryazarlığının Türkiye'de önemli bir geliştirme potansiyeli bulunan bir alan olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı, birçok farklı çalışma ve araştırma ile incelenen önemli bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, bir aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilen bir araştırmada, bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Ilgaz (2021)'in bu çalışmasında %33,8'inin yetersiz, %42,2'sinin sorunlu veya sınırlı, %18,4'ünün yeterli ve %5,6'sının mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu tespit edilmiştir.

Aynı şekilde, Bursa Uludağ Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığına bağlı bir aile sağlığı merkezinde kronik hastalarda yapılan bir başka araştırmada da bireylerin yaklaşık %55'inin yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Demirci, 2021).

Avrupa'da yapılan geniş kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı araştırması ise çeşitli ülkelerdeki sağlık okuryazarlığı düzeyini incelemiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, her yüz kişiden en az 12'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %47'sinin ise sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı seviyelerinin ülkeler arasında farklılık gösterdiği ve düşük sosyoekonomik durum ve yaşlılık oranlarının yüksek olduğu topluluklarda sağlık okuryazarlığı oranlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Amerika'da yapılan araştırmalarda yetişkinlerin %53'ünün temel sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu, %23'ünün sınırlı sağlık okuryazarlığına, yaklaşık %15'inin ise yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermiştir (Kutner vd., 2006; Sørensen vd., 2015).

Bu veriler, sağlık okuryazarlığının bireyler ve topluluklar için kritik bir öneme sahip olduğunu, bu alandaki eksikliklerin sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılmasını zorlaştırdığını ve bu nedenle sağlık politikalarında bu konunun öncelikli bir yer tutması gerektiğini vurgulamaktadır.

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık Okuryazarlığı (SOY), birçok kompleks faktörün etkileşimiyle şekillenen bir kavramdır. Akademik literatürde yapılan incelemeler, SOY'un demografik yapı, kültürel faktörler, geçirilmiş hastalıklar, psiko-sosyal etmenler, bireyin eğitim seviyesi ve sağlık politikaları gibi çok yönlü etkenlerden etkilendiğini göstermektedir (lmez ve Barkan, 2015).

Bireyin kültürel bağlamı, SOY üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık görevlilerinin sağlıkla ilgili bilgileri ileten yaklaşımları, bireyin kültür durumunu etkileyerek SOY'u killendirebilir. Bireylerin sağlık konularındaki inanç sistemlerinin oluşumunda kültürün kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir. Sağlık bilgileri, bireyin kültür filtresinden geçerek etkili olabilir ve istenen başarıyı elde etmek için kültürle uyumlu bir şekilde sunulmalıdır. Psiko-sosyal faktörler de SOY üzerinde önemli bir etkendir. Aileden ve çevreden gelen sosyal destek eksikliği, öz yeterlilik davranışlarının eksikliği ve sağlık bilgisi, SOY'nın düşük olmasında etkili olabilir (Sezgin, 2013; Ussher vd., 2010).

Görme, işitme, bilişsel yetenekler, yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik düzey, dil gibi bir dizi faktör de SOY'u etkileyebilir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması, bireyin tedaviye uyumunu bozabilir, tedavi ile ilgili komplikasyonlara neden olabilir ve sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyetsizliğe yol açabilir (Sorensen vd., 2012; Al Sayah ve Williams, 2012).

Bireylerin aileden ve çevreden yetersiz sosyal desteği, sağlık ve hastalık konusundaki bilgi düzeyinin düşüklüğünü etkileyebilir. Bu durum, sağlık okuryazarlığını olumsuz yönde etkileyerek koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımına, hastalık belirti ve bulgularının geç fark edilmesine, hekim önerilerine uyumsuzluğa, tıbbi terimlerin anlaşılamamasına, sağlık maliyetlerinin artmasına ve

hatta ölüm oranlarının artmasına neden olabilir (Balçık vd., 2014; Freedman vd., 2009). Bu kompleks etkileşimler, sağlık okuryazarlığı alanında daha fazla araştırma ve çözüm odaklı çalışmaların önemini vurgulamaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük bireylerde, ekonomik sıkıntı içinde olan gruplarda, azınlıklarda, göçmenlerde, yaşlı bireylerde ve hastalık durumundaki bireylerde yapılan çalışmalar sonucunda genellikle yetersiz olarak belirlenmiştir (Bilir, 2014; Von Wagner vd., 2007).

Kronik hastalıkların dünya genelinde ölüm nedenlerinin başında geldiği bilinmektedir, özellikle kardiyovasküler hastalıklar tüm ölümlerin yüzde 30'unu oluşturmaktadır. Bu kronik hastalıklara yönelik riskler, sağlıklı yaşam ilkelerine uyulmaması durumunda artmaktadır. Bu ilkeler arasında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve tütün ürünlerinden kaçınma gibi unsurlar yer almaktadır. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, kronik hastalık yönetiminde daha zayıf oldukları belirlenmiştir (HLS-EU Consortium, 2012; Sadeghi vd., 2013).

Yetersiz veya düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri, bireyin hastalık durumunu etkili bir şekilde yönetmesinde zorluk yaşamasına neden olabilir. Özellikle astımlı hastaların inhaler tedavileri, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde olumsuz etkilenebilmektedir (Riley ve Cowan, 2014; Alith vd., 2015).

Araştırmalar, yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile mortalite arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışma, düşük sağlık okuryazarlık seviyeleri ile ölüm riski arasında yüzde 50 ile yüzde 80 arasında bir artış olduğunu göstermiştir (Baker vd., 2007). Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel sağlık yönetimini değil, aynı zamanda genel sağlık sonuçlarını da etkileyebilecek kritik bir faktör olduğunu vurgulamaktadır.

Düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip bireyler arasında, sağlık sisteminden gereksiz yardım alma isteği, hastaneye tek başına gitme korkusu, randevu tarih ve saatlerine uymama, verilen ilaçları doğru şekilde kullanamama, sağlık profesyonellerinin verdiği talimatlara uymama ve diğer insanların davranışlarını taklit etme gibi istenmeyen davranışlar sıkça gözlemlenmektedir (Özdenk vd., 2015).

Bu durum sadece bireylerin sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmakla kalmaz, aynı zamanda ülke ekonomisine de ciddi bir yük getirebilir. Düşük ve yetersiz sağlık okuryazarlığının ülke genelinde yaygın olması, sağlık hizmetlerinin verimli kullanılamamasına, gereksiz sağlık harcamalarına ve dolayısıyla ekonomik kayıplara neden olabilir (Yakar ve diğ., 2019).

Düşük veya yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyelerinin artırılması için çeşitli önlemler alınabilir. Bu kapsamda, eğitim seviyesi düşük olan bireylere sağlık eğitimi imkanları sunulabilir, politika değişiklikleri ile sağlık okuryazarlığı seviyelerinin artırılması hedeflenir, bulaşıcı olmayan hastalıkların nlenmesine yönelik kampanya ve bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir, yönetimsel değişiklikler sağlanabilir ve bu konuda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yapılabilir (Bilir, 2014). Bu nlemler, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini artırarak hem bireylerin sağlığına katkı sağlayacak hem de ekonomik sürdürülebilirliği destekleyecektir.

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığında Karşılaşılan Uygulama Engelleri

Sağlık konusundaki çalışmalar, sağlık materyallerinin erişilebilirlik ilkesine uygun olmaktan uzak olduğunu ve genellikle halkın ortalama okuma becerilerini açan karmaşıklıkta yazıldığını göstermektedir. Bu durum, bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmelerini zorlaştırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölüm araçlarının geliştirilmesine rağmen, sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri ve sağlıkla ilgili konulardaki tartışmalara katılım durumu üzerinde yeterince durulmadığı gözlemlenmiştir (Rudd, 2015).

Sağlık okuryazarlığında karşılaşılan uygulama engelleri arasında şunlar yer almaktadır (Zarcadoolas vd., 2006):

- Yazılı sağlık bilgilerinin uygun şekilde basılmaması,
- İnternet ortamındaki sağlık bilgilerinin karmaşıklığı,
- Toplumda konuşulan dil dışında sağlık bilgilerinin eksikliği,
- Sağlık bilgilerinin kültürel uygunluğunun sağlanmaması,

- Kitle iletişim araçlarında bilginin yanlış veya eksik olması,
- Özellikle az eğitilmiş, yaşlı ve azınlık nüfus arasında düşük seviyeli okuma becerileri,
- Doğrudan bilgi vermenin yanı sıra davranış değişikliğini hedefleyen güçlendirilmiş içeriklerin eksikliği.

Bu zorlukların üstesinden gelmek ve sağlık okuryazarlığını artırmak için çeşitli önlemler alınabilir. Yazılı sağlık bilgileri daha anlaşılır bir dilde basılabilir, internet üzerindeki sağlık içerikleri daha kullanıcı dostu hale getirilebilir ve toplumun farklı kesimlerine hitap edecek şekilde çeşitli dillerde ve kültürel bağlamda bilgi sunumu yapılabilir. Ayrıca, sağlık profesyonelleri arasında iletişim becerilerini güçlendirmek için eğitim programları düzenlenebilir ve sağlıkla ilgili konularda toplumsal tartışmalara daha fazla katılım teşvik edilebilir. Bu önlemler, sağlık okuryazarlığını artırmak ve toplumun genel sağlık bilincini yükseltmek adına önemli bir adım olacaktır.

Okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylere karmaşık mesajlar verildiğinde ortaya çıkan zorluklar, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde önemli bir engel oluşturmaktadır (Zanchetta vd., 2013). Bu zorluklar genellikle üç ana sorunu içermektedir: bilgiyi anlayamama, bilginin güvenilirliğini sorgulama ve anlaşılması daha kolay ancak güvenilir olmayan bilgilere yönelme.

Özkan ve Alkaya (2017) ise sağlık okuryazarlığında karşılaşılan uygulama engellerini dört ana grupta açıklamışlardır:

1. Teknik ve Medikal Terminoloji Kullanımı: Sağlık profesyonellerinin sıkça kullandığı tıbbi terminolojinin fazlaca kullanılması, uzun cümlelerle konuşma, bireylerin anlama durumunu güçleştirmektedir. Bu durum, özellikle prevelans, pandemik, immünize, transmit, influenza gibi kelimelerin yanlış anlaşılmasına neden olabilir.

2. Yazılı İletişime Dayandırma: İletişimde sadece yazılı materyale dayanmak, farklı öğrenme stilleri ve tercihleri olan bireylerin anlayışına ulaşmayı zorlaştırabilir. Çünkü her bireyin farklı öğrenme tercihleri bulunmaktadır, bu nedenle tek bir kaynağa dayanmak, sağlanmak istenen mesajın amacına ulaşmasında engel olabilir.

3. Eylemden Çok Bilgiye Odaklanma: Sağlık profesyonellerinin sıklıkla bireylerin yapması gereken eylemlerden ziyade bilmesi gereken konulara odaklanması, pratiğe dönük uygulamaların göz ardı edilmesine neden olabilir.

4. Kültürel Farklılıklar Konusunda Yetersiz Farkındalık: Dil ve kelime anlamı farklılıkları, yanlış veya yetersiz anlamaya yol açabilir. Bu nedenle, sağlık iletişiminde kullanılan kelimelerin anlaşılması kadar farklı kültürlerle saygı gösterilerek hazırlanmış materyallerin kullanılması önemlidir.

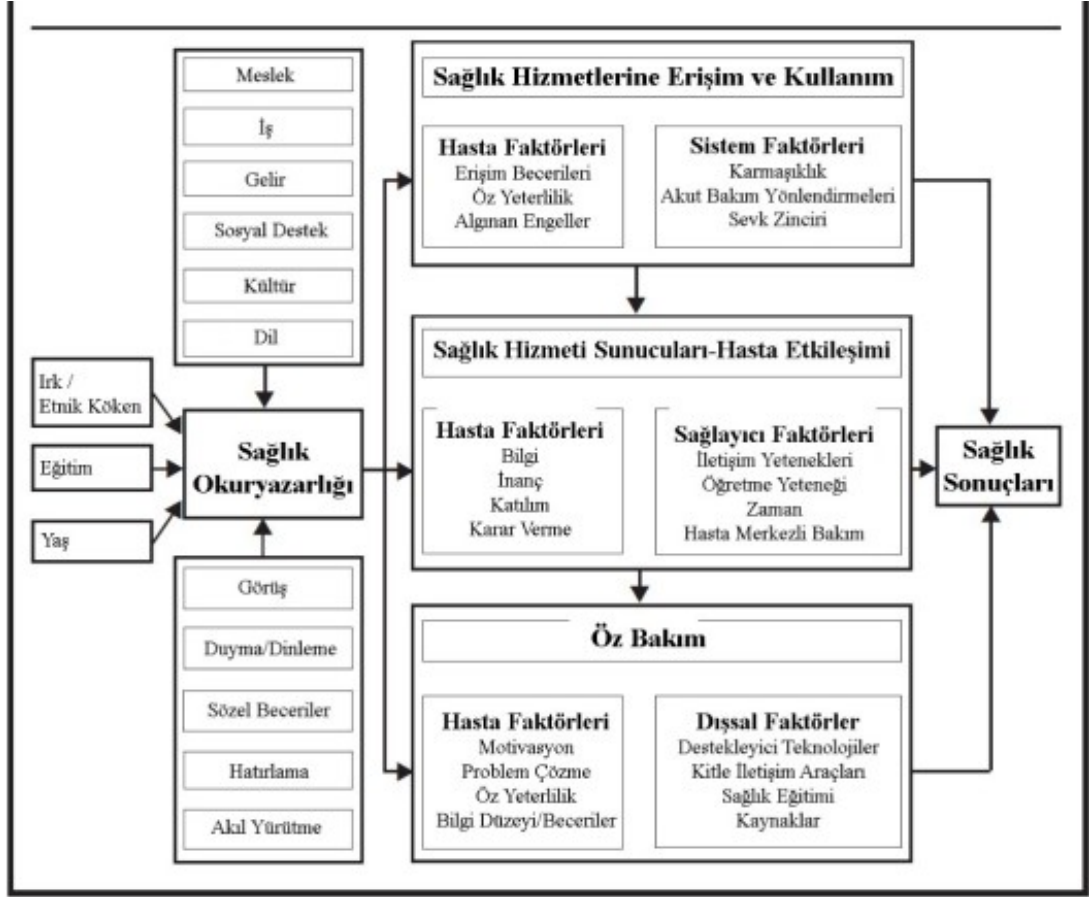
Bu zorlukların üstesinden gelmek ve sağlık okuryazarlığını artırmak için, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerini geliştirmeleri, farklı öğrenme stillerine uygun çeşitli iletişim araçlarını kullanmaları ve kültürel çeşitliliği göz önünde bulundurmaları önemlidir. Ayrıca, sağlık bilgilerini anlaşılır ve güvenilir bir şekilde sunmak için çeşitli stratejilerin benimsenmesi, bu alandaki iletişim engellerini aşmak adına etkili olacaktır.

2.2.7. Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları

Toplumdaki düşük sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine erişimi ve tıbbi bakımın kalitesini düşürerek sağlık çıktılarının olumsuz bir biçimde etkilenmesine neden olmaktadır (Freedman vd., 2009). Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sağlığa ilişkin bilgilerin edinilmesinde ve sağlık sürecindeki etkileşimlerde belirgin farklılıklara yol açan kritik bir faktördür. Sağlık okuryazarlığı düzeyindeki farklılıklar, kişisel sağlık deneyimlerinde önemli bir rol oynamakla kalmaz, aynı zamanda sistemsal olarak sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmetlerinin sunumunu etkileyebilir (Mancuso, 2008).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, hem klinik değerlendirmeler ve sağlıklı yaşam kalitesi gibi bireysel düzeyde sağlık sonuçlarını hem de sağlık hizmetleri sunumu için ayrılan kaynakların dağılımı, maliyeti ve kullanımı gibi sistemsal düzeydeki etkileri içerir (Al Sayah ve Williams, 2012). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının sonuçları, bireysel ve sistemsal etkileri açısından iki farklı boyutta ele alınmalıdır. Sağlık çıktıları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki nedensel ilişki, hem

bireylerin kendi sağlık deneyimlerini hem de genel sağlık hizmetlerinin etkinliğini etkileyerek karmaşık bir yapı oluşturur. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ve geliştirilmesi, toplum sağlığı açısından önemli bir öncelik olmalıdır (Şekil 1).



Şekil 2.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki Nedensel İlişki (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007)

Şekilde gösterildiği gibi, sağlık okuryazarlığını çeşitli faktörler kapsamlı bir biçimde etkilemektedir. Sosyal, demografik ve bilişsel faktörler, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede önemli rol oynamaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sadece sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımını değil, aynı zamanda sağlık hizmeti sunucularıyla hastalar arasındaki etkileşimden ve öz bakıma ilişkin faktörlerden de etkilenmektedir (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Sağlık okuryazarlığının bireysel düzeydeki sonuçları genellikle hasta odaklı sağlık sonuçlarıyla bağlantılıdır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık durumlarını, hastaneye yatış oranlarını, öngörülen tedavilere uyum sağlama

düzeylerini, öz bakım süreçlerini, akılcı olmayan ilaç kullanımını ve koruyucu sağlık hizmetlerden yararlanamama gibi bir dizi bireysel konuyu etkiler (Nielsen-Bohlman vd., 2004). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı sonuçlarının, sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede önemli bir rol oynadığını söyleyebiliriz.

Bireysel düzeydeki sağlık okuryazarlığı sonuçları, hastaların sağlığa yönelik bilgileri, deneyimleri, sağlık hizmeti kullanımları ve sağlık davranışları gibi konulara odaklanır (Coulter ve Ellins, 2007). Sağlık okuryazarlığının düşük olması; kişilerin sağlık durumlarına ilişkin yeterli bilgiye ulaşamama, sağlığın korunmasına yönelik hizmetlerden yeterince faydalanamama, ilaç etiketlerini okuyamama, sağlığıyla ilgili sayısal verileri yorumlayamama, onam formlarını anlayamama, tıbbi talimatları yerine getirememe, sağlığa yönelik mesajları değerlendirememe gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok sonuca neden olabilir (Akbulut, 2015; Çiler-Erdağ, 2015; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Bu durumlar, bireyin genel sağlık deneyimini derinlemesine etkileyerek, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımından sağlık hizmeti sunucusu ile etkileşime kadar geniş bir yelpazede sonuçlar doğurabilir.

2.2.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Epilepsi

Epilepsi hakkında doğru bilgilere sahip olmak, hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili bilinçli kararlar almalarına yardımcı olabilir. Aynı zamanda, toplumun epilepsiye dair yanlış inançların ve stigmaların üstesinden gelmesine ve epilepsiye sahip bireylere destek olmasına olanak tanımaktadır. Sağlık okuryazarlığı, epilepsi konusundaki bilgi eksikliklerini gidermek, doğru bilgileri yaymak ve toplumsal farkındalık oluşturmak amacıyla kullanılabilir (Scrivner vd., 2019; Gözlü, 2020).

Epilepsi, yaygın yanlış inançlar ve stigmalarla çevrili bir durumdur. Bu durum, hastaların toplum içindeki yaşamlarını etkileyebilir ve sosyal izolasyonu artırabilir. Sağlık okuryazarlığı, epilepsi hakkında doğru bilgilerle donanmış bireylerin, bu yanlış inançlarla mücadele etmelerine ve toplumda bilinçli bir değişim yaratmalarına olanak tanımaktadır (Toker vd., 2023).

Sağlık okuryazarlığı, epilepsi hastalarının kendi sağlıklarıyla ilgili bilinçli kararlar almalarına yardımcı olmaktadır (Gözlü, 2020). Bilgiye erişim, tedavi seçenekleri hakkında bilinçli kararlar almayı sağlamakta ve hasta-hekim iletişimini güçlendirmektedir (Raingruber, 2014). Ayrıca, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak, epilepsiye sahip bireylere yönelik tutumları iyileştirmekte ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmektedir.

2.3. Yaşam Kalitesi

İnsanların varoluşundan günümüze, "yaşam kalitesi" kavramı düşünce ve eylemlerimizi etkileyen temel bir olgu olmuştur. Antik dönem filozoflarından itibaren hayatın amacı, değeri, mutluluk, anlam ve konforlu bir yaşam gibi pek çok farklı belirleyici etrafında yoğun tartışmalara konu olmuştur (Edisan ve Kadioğlu, 2013).

Terim olarak "yaşam kalitesi" ilk kez 1960 yılında kullanılmış, ancak içeriği ve kapsamı zamanla evrim geçirmiştir. İnsan haklarının gelişimiyle birlikte, yaşam kalitesi bireyler ve toplumlar için ulaşılması gereken bir hedef haline gelmiştir. İhtiyaçların hem nitelik hem de nicelik bakımından tatmin edici bir şekilde karşılanmasının, yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu anlaşılmıştır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Günümüzde yaşam kalitesi, pek çok bilim dalı için önemli bir inceleme konusu olmuştur. Ancak, tüm bilim dalları için ortak bir tanım yapılması mümkün olamamıştır. Bu kavramın tanımlarında ortak temel, insanın subjektif değerlendirmesi ve onun sosyokültürel bağlamında hayattaki konumu olmuştur (Bilir vd., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini kişinin sosyokültürel sistemindeki istekleri, hedefleri ve ilgi alanları doğrultusunda hayattaki konumunu algılaması olarak tanımlar. Bu bağlamda, yaşam kalitesi; bireyin fiziksel ve psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi, inançları gibi unsurların, sosyokültürel kavramlarla birleşen öznel ve nitel bir kavramdır (WHO, 1998). Bu tanım, yaşam kalitesini bireysel deneyimler ve çeşitli yaşam alanlarıyla bağlantılı olarak anlamamıza olanak tanımaktadır.

2.3.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları

Yaşam kalitesi kavramı, sürekli evrim içinde olan ve bir dizi çok yönlü özellik taşıyan bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Genellikle "iyi olma durumu" olarak ifade edilen yaşam kalitesi; sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etkenlerin karmaşık bir etkileşimi sonucu ortaya çıkan geniş bir kavramdır (İçyeroğlu, 2012).

Bu karmaşıklık, yaşam kalitesinin geniş bir spektrumu içermesi ve farklı yaşam alanlarından etkilenmesinden kaynaklanmaktadır. Yaşam kalitesi, genellikle dört temel grupta değerlendirilmektedir (Akdemir, 2004; Şenol ve Türkay, 2006):

- Psikolojik Alan: Bu alanda yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, sorunlarla başa çıkma, yaşamın anlamı, arzular, sosyal izolasyon, anksiyete ve duygusal reaksiyonlar değerlendirilmektedir.
- Sosyal ve Bireysel Alan: Bireyin ebeveynleri ve arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma şekli ve durumu bu alanda değerlendirilmektedir.
- Fiziksel Alan: Fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, cinsel aktivite, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilmektedir.
- Parasal/Maddi Alan: Bu alanda geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu gibi faktörler değerlendirilmektedir.

Her bir alan, yaşam kalitesinin belirleyicisi olan çeşitli unsurları içermektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi kavramı, bireylerin deneyimlediği ve çeşitli yaşam alanlarına yayılan geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir. Bu multidisipliner bakış açısı, yaşam kalitesinin karmaşıklığını anlamamıza ve bireylerin bu karmaşıklık içindeki deneyimlerini daha bütünsel bir şekilde değerlendirmemize olanak tanımaktadır.

2.3.2. Yaşam Kalitesinin Kriterleri

Yaşam kalitesini etkileyen birçok unsur bulunmaktadır ve bu unsurlar bireyin hem ruhsal hem de fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Beslenme, hareketli yaşam, uyku düzeni, stres yönetimi, zaman yönetimi ve iş ortamı gibi faktörler, yaşam kalitesini belirleyen temel etmenler arasında yer almaktadır.

Beslenme ve Hareketli Yaşam

Beslenme, bireyin genel sağlığını doğrudan etkileyen bir çevresel faktördür. Yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı bir yaşamın temelini oluşturur. Bu, sağlıklı besinleri tercih etmek, bol su içmek ve zararlı gıdalardan kaçınmakla mümkündür (Gezer ve Yenel, 2008).

Aynı zamanda, düzenli fiziksel aktivite de yaşam kalitesini artırıcı bir etkidir. Spor yapmak hem bedensel hem de zihinsel sağlığı olumlu yönde etkiler, enerji seviyelerini artırır ve sağlık sorunlarından korur (Sağlıklı Yaşam Önerileri, 2006).

Düzenli Yaşam ve Uyku

Düzenli bir yaşam tarzı ve sağlıklı uyku, yaşam kalitesini belirgin şekilde etkiler. Uyku, ruh sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Yeterli ve kaliteli uyku, bireyin gün içinde daha enerjik olmasını, stresten arınmasını ve genel yaşam memnuniyetini artırmasını sağlar. Düzenli yaşam ise bireyin günlük aktivitelerini planlama, hedef belirleme ve zamanı etkili kullanma becerilerini geliştirmesine yardımcı olur (Perim, 2007).

Streslerle Başa Çıkma

Stres, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek bir faktör olabilir, ancak doğru yönetildiğinde olumlu sonuçlar da doğurabilir. Belli bir seviyede stres, bireyin daha etkili bir şekilde çalışmasına, sorunlara çözüm bulmasına ve motivasyonunu

artırmasına yardımcı olabilir. Ancak, stresin kontrol altına alınması ve en aza indirilmesi, yaşam kalitesini daha da yükseltebilir. Zaman yönetimi ve stresle başa çıkma becerileri geliştirmek, bu konuda önemli adımlardır (Sağlıklı Yaşam Önerileri, 2006).

Bu unsurların bir araya gelmesi, bireyin yaşam kalitesini artırabilir ve genel sağlığını olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle, beslenme alışkanlıklarına dikkat etmek, düzenli fiziksel aktiviteyi hayatın bir parçası haline getirmek, sağlıklı uyku düzenine önem vermek ve stresle başa çıkma stratejilerini benimsemek, sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürmenin anahtarı olabilir.

Çalışma Ortamı ve Zaman Yönetimi

Çalışma ortamı, bireyin günlük yaşamını sürdürebilmesi açısından kritik bir rol oynar. Bu alan hem bireyin genel sağlığına hem de yaşam kalitesine doğrudan etki eder. Çalışma ortamını etkileyen unsurlar arasında ücret, çalışma süresi, iş sağlığı, güvenliği ve fiziksel çevre gibi faktörler ön plana çıkar. Bu unsurların uygun bir şekilde düzenlenmesi, bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir (Gezer ve Yenel, 2008).

İş ortamındaki koşullar, bireyin sağlığını etkileyen önemli bir faktördür. İş sağlığı ve güvenliği tedbirleri alınmadığında, çalışanlar çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilir ve bu da genel yaşam kalitesini düşürebilir. Bu nedenle, işyerlerinde uygun güvenlik standartlarına ve sağlık politikalarına uyulması büyük bir önem taşır.

Zamanın etkili bir şekilde yönetilmesi, bireyin yaşamında önemli bir faktördür. Verimli ve kaliteli zaman kullanımı, iş ve özel yaşantıdaki başarıyı artırabilir. Zaman yönetimi becerileri geliştirmek, bireyin hedeflerine odaklanmasına ve stresi azaltmasına yardımcı olabilir. Bu da genel yaşam memnuniyetini artırabilir (Arslantaş vd., 2013).

Sağlıklı bir çalışma ortamı, bireyin motivasyonunu artırabilir, iş performansını yükseltebilir ve genel yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Ergonomik bir düzenleme, iş yerindeki stresi azaltabilir ve fiziksel sağlığı destekleyebilir. Bu da

bireyin hem iş hem de sosyal yaşamında daha dengeli bir düzen kurmasına yardımcı olabilir.

2.3.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi, bir bireyin genel refahını, mutluluğunu ve yaşam memnuniyetini yansıtan önemli bir kavramdır. Bu kapsamlı konu, çeşitli faktörler altında incelenerek daha iyi anlaşılabilir.

Cinsiyet ve Yaşam Kalitesi

Cinsiyet, yaşam kalitesi üzerinde etkili olan önemli bir faktördür. Genel olarak, yapılan çalışmalar kadınların yaşam kalitesinin, erkeklere kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir. Kültürel ve toplumsal normlardan kaynaklanan bu farklılıklar, yaşam kalitesi algısını etkilemektedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşın Rolü

Yaş, yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir faktördür. Literatürde yapılan çalışmalar genellikle ileri yaş gruplarının yaşam kalitesinin, belli faktörlerle ilişkilendirildiğinde daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, yaşa bağlı sağlık sorunları, sosyal izolasyon gibi etkenlerle ilişkilendirilebilir (Topçu ve Bölüktaş, 2012).

Medeni Durumun Etkisi

Medeni durum, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen diğer bir faktördür. Evlilik içinde yaşam kalitesi genellikle daha yüksekken, boşanmış veya dul bireylerde yaşam kalitesi düşük çıkabilmektedir. Bu durum, sosyal ilişkilerin ve destek ağlarının önemini vurgular (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Eğitim ve Gelir Seviyesi

Eđitim seviyesi arttıka ve gelir dűzeyi yükseldikçe, bireylerin yařam kalitesinde artış görűlmektedir. Yüksek eđitim ve gelir dűzeyi, genellikle daha iyi iř imkanları, sosyal olanaklar ve genel refah ile iliřkilidir (Özdemir, 2009; Cingil, 2003).

Sağlık Durumu

Sağlık, yaşam kalitesi açısından temel bir faktördür. Fiziksel dayanıklılık, öz bakım yetenekleri ve genel sağlık durumu, bireyin yaşam kalitesini belirleyen önemli objektif göstergelerdir. Ayrıca, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik öznel görüşleri de yaşam kalitesini etkiler (Topçu ve Bölüktaş, 2012; Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Aile ve Barınma Koşulları

Aile yapısı, sosyal ilişkiler ve barınma koşulları da yaşam kalitesini etkileyen unsurlardır. Bir aileye sahip olmak, çeşitli sosyal gruplara üyelik ve rahat bir barınma ortamı, bireyin yaşam kalitesini artırabilir (Kılınç, 2018; Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesini etkileyen bu faktörler, bireylerin genel yaşam memnuniyetini belirlemede karmaşık bir rol oynar. Bu nedenle, bireylerin yaşamlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini artırmak için bu faktörlerin dikkate alınması önemlidir.

2.3.4. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Bu araştırmada yaşam kalitesinin göstergeleri, ekonomik, psikolojik, sağlık ve sosyal olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir.

Ekonomik

Açıklanan ekonomik verilerin olumlu olması, genellikle toplumdaki yaşam kalitesinin arttığına işaret eder. Bu durum, yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomik refahla doğrudan ilişkili olduğu düşünüldüğünde anlam kazanır. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler, sadece bireylerin değil, aynı zamanda politika oluşturucuların da dikkate alması gereken önemli unsurlardır.

Yaşam kalitesi kavramı tarihsel bir perspektifle ele alındığında, ekonomik kavramlardan önce gelir ve genellikle ekonomistler tarafından incelenmeye başlandığı görülür. Yaşam kalitesinin ekonomik yansımaları incelendiğinde, Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH), istihdam olanakları, kişi başına düşen milli gelir, aile varlıkları, besin tüketimi ve ailedeki çalışan kişi sayısı gibi değişkenlerin kullanıldığı gözlemlenir. Ekonomistler tarafından yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesi ile bağlantılı olarak kalite, toplam kalite ve hizmet kalitesi kavramları da öne çıkar (Demirkıran, 2012).

Toplumdaki ekonomik seviyedeki değişimler, genellikle kaliteli yaşam düzeyi ile paralellik gösterir. Yaşam kalitesi, bireylerin hayatının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edildiğinde, devletlerin yürüttüğü kalkınma politikaları ve ekonomik unsurlar daha da önemli hale gelir. Yaşam kalitesinin ekonomik göstergeleri arasında kişi başına düşen milli gelir, kişi başına gelir, istihdam imkanları, konut sahipliği, ailede çalışan kişi sayısı, temel gereksinimler gibi faktörler bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar, ekonomik açıdan kısıtlı veya maddi zorluk içinde olan bireylerin yaşam kalitelerinde belirgin düşüşler yaşadığını göstermektedir (Özmete, 2010).

Ekonomik istikrar ve refah, toplumun genel yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerdir. Bu nedenle, ekonomik politikaların, sosyal adaletin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması yönünde etkili bir rol oynaması büyük önem taşır.

Ekonomik göstergeler sadece ekonomi bilimi açısından değil, aynı zamanda toplumun ve ülkenin gerçekleriyle uyumlu olmayan soyut analizler içerebilir. Özellikle ekonomi literatüründe, bazen toplum ve ülke gerçekleriyle örtüşmeyen soyut analizler görülebilmektedir. Bu durum, özellikle kriz dönemlerinde tahminlerin

güçleşmesi, birey ve toplumun yaşam kalitesi ile kalkınma açısından somut analizlere duyulan gerekliliği ortaya koyar (Kılınç, 2018).

Ülkemizde 1990'lı yıllardan sonra yaşanan ekonomik krizler, toplumu olumsuz bir şekilde etkilemiştir. Reel ve sayısal verilerle ölçülen ekonomik krizler, yaşam indeksine dair tüm göstergelerin negatif bir yönde gelişmesine neden olmuştur. Bu süreçte kişilerin yaşam kaliteleri, yaşanan ekonomik krizlere bağlı olarak olumsuz bir etki göstermiştir. Ancak günümüzde bazı iyileşmeler ve politik istikrarla birlikte, ekonomik olarak umutlu veya olumlu bir yaşam algısı oluşmaktadır. Kişiler, hane halkı gelirlerinde sınırlı bir artış olmasına rağmen, genel ekonomik şartları geçmişle kıyaslayarak içinde buldukları durumu değerlendirme eğilimindedir (Gülgün, 2014).

Yaşanan ekonomik olaylar, sadece istatistiklerle değil, aynı zamanda bireylerin deneyimleri ve algılarıyla da ilişkilidir. Ekonomik göstergelerin yanı sıra, toplumun genel yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin de göz önünde bulundurulması, bireylerin yaşadığı deneyimleri daha bütünlükçü bir şekilde anlamamıza yardımcı olabilir.

Psikolojik

Psikolojik işaretler, bireyin öznel algıları, olayları değerlendirme şekilleri ve olaylara olan atıfları şeklinde kendini gösterir. Bir olayın anlam kazanması ve ifade edilmesi genellikle duygular aracılığıyla olur. Duygular, üzüntüler, sevinçler ve değerlendirmeler yoluyla ifade edilir (Kılınç, 2018).

Yaşam kalitesi işaretleri arasında, bireyin işindeki tatmini, aile yaşamındaki memnuniyeti, çevresinden aldığı doyum ve özel yaşamındaki tatmin gibi değişkenler yer alır. Psikolojik yönelimli yaşam kalitesi araştırmalarında önemli bir rol oynayan yaşam doyumu, bireyin istekleri ile elde ettikleri arasındaki kıyaslama ile ortaya çıkan bir sonuçtur. Bu kavram, yaşamın farklı boyutlarını kapsayarak insanın mutluluğunu değerlendirir (Demirkıran, 2012).

Psikolojik işaretler genellikle bazı fiziksel geri bildirimlerle ortaya çıkar. Özellikle kronik stres durumunun uzaması ve bireyin bu durumla başa çıkamaması, sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilir (Wilkin vd., 1992). Diğer taraftan, bireyin amaçlarına ve beklentilerine ulaştığına inanması, yaşamında elde ettiği şeyleri tatmin edici bulması ve yaşam kalitesini etkileyen diğer faktörlerden şikayet etmemesi durumunda, psikolojik açıdan yaşam kalitesinin yüksek olduğu düşünülebilir (Gülgün, 2014).

Psikolojik iyi oluş durumu, kişinin farklı durumlara uyum sağlama planlarını ve ruhsal durumlarını içerir. Duygusal iyilik ve yaşam doyumu gibi unsurlar, yaşam kalitesini sübjektif bir şekilde değerlendirmek için kullanılır. Bu durumda, yaşam kalitesi kişinin kendi deneyimlerine ve değerlendirmelerine dayalı olarak ortaya çıkan bir sonuç veya tatmin durumu olarak kabul edilir (Ünver, 2014).

Sosyal

Günümüzde ekonomik büyüme, özellikle GSMH gibi klasik ekonomik göstergeler üzerinden değerlendirildiğinde ortaya çıkan negatif eğilimler, sosyal göstergelerin daha fazla önem kazanmasına neden olmuştur (Arslantaş vd., 2013). Bu durum, insanî gelişme ve yeni insani yoksulluk kavramlarının, kalkınma planlarının oluşturulması ve değerlendirilmesinde merkezi bir rol oynamasına yol açmıştır. GSMH artışına rağmen, maddi eşitsizliklerin ve çevresel bozulmaların artması, sosyal göstergelerin yaşam kalitesini ve refahı daha etkili bir şekilde açıklamasını sağlamaktadır (Gülgün, 2014).

Demirkıran'a göre yaşam kalitesi, yaşam tarzı veya yaşam stili kavramları ile benzerlik gösterir. Sosyal hareketlilik veya yükselme düşüncesi, yaşam kalitesi kavramı ile paralel olarak ortaya çıkar. Sosyolojik odaklı araştırmalarda, yaşamkalitesi göstergeleri mesleki-coğrafi hareketlilik, dengeli beslenme, meslek dağılımı, eğitim durumu, sağlık şartları, mesleksi ve toplumsal faaliyetlere katılım, konut şartları, gelişme imkanları ve kültür şeklinde ele alınır. Sosyal göstergeler, sağlık, eğitim, sosyal refah ve kamu güvenliği gibi alanlarda toplum seviyesindeki değişiklikleri vurgular. Bu göstergeler, toplumsal hayatın algılanma şeklini ve birey üzerindeki etkilerini farklı bir perspektiften ortaya koyar. Kültürel yapı, bu bağlamda önemli bir

rol oynar. Birey, içinde bulunduğu durumu toplumsal algı ve kültürel kodlarla birlikte değerlendirir (Demirkıran, 2012).

Özmete'nin (2010) çalışması, aile yaşam kalitesi için açık iletişim ve aile içi ilişkilerin önemli olduğunu vurgulamıştır. Bireyin çevresi ve sosyal ilişkileriyle olan etkileşimi, yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biridir. Aile, bireyin destek bulabileceği, ait olduğunu hissedebileceği ve potansiyelini gerçekleştirebileceği bir ortam sağladığında, yaşam kalitesi artış gösterir. Bu bağlamda, yaşam kalitesi, sosyal kaliteyle birlikte gelişen ve iyileşen bir kavram olarak değerlendirilebilir (Wilkin vd., 1992).

Sağlık

Sağlık ve fonksiyonellik, sağlığa dayalı yaşam kalitesinin iki önemli boyutunu oluşturur. Bu iki unsur arasındaki sıkı bağ, günümüzdeki sağlık hizmetlerindeki olağanüstü artışın da etkisiyle daha da güçlenmiştir. Sağlık harcamalarındaki kontrolsüz büyüme, bireylerin yaşam kalitesini elde etme sürecinde kritik bir rol oynamaktadır (Boylu, 2016). Bu bağlamda, sağlık harcamalarının makul seviyelerde tutulması, bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemek açısından büyük önem taşır. Ayrıca, günümüzdeki sağlık teknolojisinin gelişimi, yaşamın sadece süresinden ziyade kalitesine odaklanmamıza olanak tanımaktadır.

Sağlık teknolojileri arasındaki kıyaslamalar, yaşam kalitesini belirleyen çok küçük farklılıkları dikkate alır. Bu gelişmiş teknolojiler, teşhis ve tedavi süreçlerini iyileştirerek bireylerin sağlığını koruma ve iyileştirme kapasitesini artırmaktadır. Ayrıca, nüfusun özellikle sanayileşmiş ülkelerde yaşlanması ve buna bağlı olarak kronik rahatsızlıklardaki artış, sağlık teknolojilerinin daha da önemli hale gelmesine neden olmuştur (Demirkıran, 2012). Sağlık işaretleri temel alındığında, yaşam kalitesine dair algı özellikle bireyin kendi hayatını başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan sürdürebilme, günlük işlerini gerçekleştirebilme ve sürekli engellerle karşılaşmama seviyesiyle ilgilidir (Arslantaş vd., 2013).

Bireyin bedensel dayanıklılık gerektiren günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirebilme yeteneği, kişinin durumuna bakılmaksızın yaşam kalitesi açısından kritik

bir unsurdur. Ayrıca, literatürde yapılan çalışmalar, bireylerin sağlık sigortasına sahip olmalarının yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Boylu, 2016). Bu bağlamda, sağlık ve fonksiyonellik, bireylerin yaşam kalitesini belirleyen temel faktörler olarak öne çıkar ve bu unsurların denge içinde tutulması, sağlıklı ve tatmin edici bir yaşam sürmelerini sağlamak adına önemlidir.

2.3.5. Yaşam Kalitesi ve Epilepsi

Epilepsiye özgü en uygun tanımlardan biri, bireyin epilepsi hastalığı ve tedavisinin beraberinde getirdiği etkileri kavrama yeteneğiyle ilgilidir. Bu tanıma göre, kişi, içinde bulunduğu topluluğun kültürü ve değer yargıları ile kendi beklenti, hedef ve yaşam seviyesi arasındaki farkı ayırt edebilmelidir. Başka bir deyişle, yaşamdan beklentiler ile gerçekler arasındaki uyumu değerlendirmek, yaşam kalitesinin bir göstergesidir. Eğer bu uyumsuzluk fazlaysa, yaşam kalitesi düşük olarak değerlendirilir; azsa, yaşam kalitesi yüksek olarak tanımlanır (Mısırlı, 2003).

Epilepsi, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir nörolojik hastalıktır. Bu hastalık, duygusal, fiziksel, sosyal ve entelektüel hayatta ciddi kısıtlamalara yol açabilir. Tarihsel olarak bilinen bir hastalık olmasına rağmen, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen, günümüzde hala hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir özellik taşımaktadır (Kırca ve Kutlu Türkan, 2020).

Epilepsi hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler net olarak belirlenemese de nöbet şiddeti ve kontrolünün önemi vurgulanmaktadır. Nöbet geçirmeyen hastalar ile sağlıklı bireyler arasında yaşam kalitesinin aynı seviyede olabileceği belirtilmektedir. Depresyon, stres, uyku bozuklukları, yorgunluk gibi faktörlerin yaşam kalitesini etkileyebileceği, hastalık süresi, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin de epilepsi hastalarının yaşam kalitesini etkileyen diğer unsurlar olduğu ifade edilmektedir (Özmen, 2021).

Epilepsi tanısı alan hastaların nöbet sıklığı ile yaşam kalitesi arasındaki ters yönlü ilişki, farklı ülkelerde gerçekleştirilen araştırmalarda ortaya konmuştur. Bu çalışmalar, semptom şiddeti ne olursa olsun, ilaç kullanım süresinin uzunluğu ve ilaç

sayısındaki artışın bireylere yaşam kalitesinin kötüleştiği izlenimini verdiğini belirtmektedir (Baker vd., 2005; Ko ve Lee, 2017; Thomas vd., 2005).

Türkiye'deki bir çalışmada, genç erkek epilepsi hastalarında sosyoekonomik durum, sık nöbet geçirme, depresyon ve uyku bozukluklarının varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır. Özellikle nöbet geçirme korkusunun yaşam kalitesini en çok etkileyen faktör olduğu tespit edilmiştir (Kabay vd., 2014).

Epilepsi tanısı alan hastaların nöbet kontrolü için sürekli olarak bir veya iki antiepileptik ilaç kullanımı yaygındır. Bu ilaçların yan etkileri, epilepsi tanısı alan hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek unsurları içerir. Koordinasyon bozukluğu, unutkanlık, depresyon, baş dönmesi, çift görme, uyuşukluk gibi yan etkilerin yaşam kalitesine negatif etki yaptığı bildirilmiştir (Ko ve Lee, 2017).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyal, ekonomik durumları ve sağlık düzeyi arasında güçlü ve olumlu bir bağlantı bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma becerisini içerir. Bu becerinin sınırlı olması, bireyin sağlık durumunu ve sağlık davranışlarını olumsuz etkileyebilir (Berkman vd., 2011).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin, sağlık durumlarına yeterince dikkat etmedikleri ve bu nedenle sağlıksız davranış alışkanlıklarına sahip oldukları düşünülmektedir (Wang vd., 2008; Berkman vd., 2011). Bu durum, yaşam kalitesinde düşüşe ve sağlık sorunlarının artmasına neden olabilir.

Zheng ve diğerleri (2018) tarafından yapılan bir araştırma, düşük sağlık okuryazarlığının daha kötü sağlık ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yapılan bir meta-analizde, uluslararası araştırmalarda sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde bir korelasyon tespit edilmiştir. Ayrıca, yakın zamanda yapılan başka bir araştırmada da sağlık okuryazarlığı düzeyi

ile yaşam kalitesi arasında benzer şekilde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Ehmann vd., 2020). Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının bireylerin genel yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli bir faktör olduğunu vurgular.

Çolak (2023) tarafından yürütülen bir araştırma, sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sağlık okuryazarlığı toplam puanı ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin emosyonel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı tedavi ve hizmet alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puanları arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit etmiştir.

Akcilek (2017) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışma, üniversite öğrencileri üzerinde sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. Kozak ve Çevik Akyıl (2021) tarafından yürütülen bir araştırma ise yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Son olarak, Akbolat ve ekibi (2021) tarafından yapılan bir çalışma, sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesine etkisini özbakım gücünün rolü üzerinden değerlendirmiş ve sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu araştırmalar, sağlık okuryazarlığının bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilecek önemli bir faktör olduğunu vurgular.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden yararlanılmıştır. Araştırma, kesitsel tipte dizayn edilmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmada Balıkesir Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama hastanesine 09.09.2020-09.09.2021 tarihleri arasında başvuran epilepsi tanılı 247 hastadan bilinmeyen evrende %50 prevalans, %95 güven düzeyi, 1,0 desen etkisi ve %5 sapma göz önünde bulundurularak örnek büyüklüğü hesaplanarak basit rastgele yöntemle 161 kişiye ulaşılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları ve Teknikleri

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak sosyo-demografik özellikler ve epilepsiye yönelik soru formu, Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (QoLIE-31) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır.

Sosyo-demografik Özellikler ve Epilepsiye Yönelik Soru Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yalnız yaşama durumu, yaşamının çoğunu geçirdiği yer, çocuk sahibi olma durumu, kendisi için zaman ayırma durumu ve aylık gelir ve sigara kullanmayla ilişkili sorular incelenmiştir (Kroufek vd.,

2015; Topaloğlu vd., 2019). Kaç yıl önce epilepsi tanısı aldınız? Kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz /İlaç kullanıyor musunuz? Ne sıklıkla nöbet geçiriyorsunuz? En son ne zaman nöbet geçirdiniz vb. Epilepsiye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (QoLIE-31)

QOLIE-31 Ölçeği, ülkemizde QOLIE-89 Ölçeğinin geçerlilik-güvenilirlik çalışması Mollaoğlu ve diğerleri (2014) tarafından yapılan QOLIE-89 Ölçeğinde yer alan 89 maddenin 31 maddesinden oluşan bir ölçektir. QOLIE-31 Ölçeği'nde QOLIE-89 Ölçeğinde yer alan SF-36 maddeleri ve epilepsiye özgü olmayan ağrı gibi bazı semptomları sorgulayan maddeler yer almamaktadır. QOLIE-31 Ölçeğinde sadece epilepsi ile ilgili konular sorgulanmaktadır. QOLIE-31 ölçeği, aşağıdaki sağlık kavramlarını içeren yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; nöbete ilişkin kaygılar (5 madde), emosyonel iyilik (5 madde) enerji/yorgunluk (4 madde), sosyal fonksiyon (5 madde), bilişsel fonksiyon (6 madde), ilaçların etkileri (3 madde), toplam yaşam kalitesi (2 madde) ve toplam sağlık durumunu değerlendiren ek bir madde olmak üzere toplam 31 maddeden oluşur. Normalde 30 maddeden oluşan QOLIE-31 Ölçeği eklenen bu son madde ile (toplam sağlık durumunu değerlendiren madde) 31 maddelik ölçek özelliği kazanmıştır. Ölçek 0-100 arasında puanlandırılır. Yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu yansıtır (Mollaoğlu vd., 2014).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Türkiye sağlık okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Pınar Okyay, Filiz Abacıgil, Hacer Harlak tarafından 2016 yılında HLS-EU çalışmasından temel alınarak geliştirilen testtir. Sağlık Bakanlığı tarafından geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ve yayınlanmıştır. TSOY-32 iki temel boyutta (Tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi), dört faktör (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma /uygulama) altında toplanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalamada bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50'de en yüksek sağlık

okuryazarlığını göstermektedir. Yine HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Bu kategoriler puanlamaya göre;

- (0-25): yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

Matris bileşenleri için indeks puanı hesaplaması ilgili soruların en az % 80'inin cevapladığı durumlar için yapılmıştır (Malatyalı ve Biçer, 2018).

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin bir ölçütü olarak Cronbach's alfa katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach's alfa katsayısı 0-1 arasında değişmektedir. Katsayı 0,00-0,40 aralığında yer alıyorsa ölçek güvenilir değil, 0,40-0,60 aralığında ise ölçek düşük güvenilirlikte, 0,60-0,80 aralığında ise ölçek oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 aralığında ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek olarak değerlendirilmektedir. (Tavşancıl, 2005). Elde edilen Cronbach's alfa katsayılarına göre TSOY ve QOLIE-31 ölçekleri yüksek derecede güvenilirdir.

Tablo 3.1. Cronbach's Alfa katsayıları

	Madde Sayısı	Cronbach's Alfa
TSOY	32	0.992
QoLIE-31	31	0.933

3.4. Verilerin Toplanma Süreci

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığıyla 09.09.2020-09.09.2021 tarihleri arasında yüz yüze/telefon ile görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Toplanan anketler SPSS 23 programına girilerek analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu çarpıklık ve basıklık katsayısının +1.5, -1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirilmiş ve TSOY ve QOLIE-31 genel ve alt ölçek puanlarının analizlerinde parametrik yöntemlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığında iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında t testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonrası anlamlı farklılık çıkan grupların birbirleri ile olan ilişkilerini belirlemek için Post Hoc testleri(Tukey ve Tamhane) yapılmıştır. Post Hoc sonrası anlamlı farklılık oluşturan gruplar belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise Ki-kare analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçekler arası ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Bütün analizlerde anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma neticesinde elde edilen verilerin analizleri yer almaktadır.

Bu araştırmada yer alan katılımcıların yaşları 18-83 arasında değişmekle beraber yaş ortalaması 40.97 ± 17.26 dır. Katılımcıların %51,6'sını kadınlar oluştururken %48,4'ü erkektir. Evli katılımcılar toplamın %56,5'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların %62,7'si çocuk sahibi olduğunu ifade etmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında üniversite mezunları %38,5'lik kesimi meydana getirmektedir. Katılımcıların %46,6'sı aylık gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade ederken %44,1', gelir ve giderinin birbirine denk olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %76,4'ü yalnız yaşamadığını bildirmiştir. Yaşanılan yer bakımından incelendiğinde katılımcıların %75,8'lik çoğunluğu ilde yaşadığını ifade etmiştir. 11 yıl ve üzeri zamandır epilepsi tanısı bulunan katılımcılar %46'lık kesimi oluşturmaktadır. Katılımcıların %92,5'i ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %62,1'lik çoğunluğu nöbet geçirme sıklıklarının düzensiz olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %36'sı en son, son bir yıl içerisinde nöbet geçirdiğini ifade etmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri tablo 4.1'de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.1. Demografik Verilerin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	83	51.6
	Erkek	78	48.4
Medeni Durum	Evli	91	56.5
	Bekar	46	28.6
	Ayrı yaşıyor/Boşanmış	24	14.9
Çocuğa sahip olma durumu	Evet	101	62.7
	Hayır	60	37.3
Eğitim durumu	İlkokul/Ortaokul	46	28.6
	Lise	45	28.0
	Üniversite/L.üstü	70	43.5
Meslek	Ev hanımı	23	14.3
	İşçi	17	10.6
	Memur	57	35.4
	Esnaf	6	3.7
	Çiftçi	5	3.1
	Emekli	23	14.3
	Öğrenci	16	9.9
	Çalışmıyor	14	8.7
Aylık Gelir	Gelirim giderimden az	75	46.6
	Gelirim giderime denk	71	44.1
	Gelirim giderimden fazla	15	9.3
Yalnız yaşama durumu	Evet	38	23.6
	Hayır	123	76.4
En çok yaşanan yer	Köy	14	8.7
	İlçe	25	15.5
	İl	122	75.8
Epilepsi Tanısı Alma Zamanı	1-5 yıl	53	32.9
	6-10 yıl	34	21.1
	11 yıl ve üzeri	74	46.0
İlaç kullanma durumu	Evet	149	92.5
	Hayır	12	7.5
Nöbet geçirme sıklığı	Ayda \geq 1	15	9.3
	Günde \geq 1	1	0.6
	Düzensiz	100	62.1
	Son 2 yıldır yok	45	28.0
En son nöbet geçirme zamanı	Son bir hafta içerisinde	18	11.2
	Son bir ay içerisinde	41	25.5
	Son bir yıl içerisinde	58	36.0
	Son 5 yıl ve daha uzun süre	44	27.3
Toplam		161	100

Tüm katılımcılar için TSOY ortalama 29.85 ± 14.49 (sorunlu-sınırlı), QOLIE-31 ortalama 57.63 ± 14.56 olarak saptandı. TSOY ve QOLIE-31 genel ve alt ölçek puanları ayrıntılı bir şekilde tablo 4.2' de sunulmaktadır.

Tablo 4.2. TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanları

	ort.	ss.	min.	maks.
TSOY Genel	29.85	14.49	0	50
<i>Tedavi ve Hizmet</i>	15.33	7.19	0	25
Bilgiye ulaşma	3.54	2.05	0	6.3
Bilgiyi anlama	4.18	1.75	0	6.3
Bilgiyi değerlendirme	3.37	1.87	0	6.3
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.25	1.77	0	6.3
<i>Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi</i>	14.52	7.41	0	25
Bilgiye ulaşma	3.47	2.03	0	6.3
Bilgiyi anlama	3.80	1.80	0	6.3
Bilgiyi değerlendirme	3.49	1.89	0	6.3
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.76	1.82	0	6.3
<i>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</i>	7.00	4.04	0	12.5
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</i>	7.98	3.48	0	12.5
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</i>	6.86	3.71	0	12.5
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.</i>	8.01	3.52	0	12.5
QOLIE-31	57.63	14.56	19.5	84.5
Nöbete İlişkin Kaygılar	50.28	19.76	0	90
Toplam Yaşam Kalitesi	59.12	13.78	27.5	85
Emosyonel İyilik	59.53	15.00	20	96
Enerji/yorgunluk	52.89	17.07	10	90
Bilişsel fonksiyon	68.77	18.35	6.7	100
İlaçların etkileri	26.46	22.27	0	83.3
Sosyal fonksiyon	50.94	20.80	9	90

Tüm katılımcılar için TSOY kategori ve yüzde dağılımları tablo 4.3'te ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.3. TSOY kategori ve yüzde dağılımı

	n	%
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	49	30.4
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	27	16.8
Yeterli sağlık okuryazarlığı	52	32.3
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	33	20.5
Total	161	100.0

Katılımcıların yaş ile QOLIE-31 ve TSOY genel ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında; yaş ile TSOY genel puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.395 p<0.001). Yaş ile Tedavi ve Hizmet alt boyut puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.410 p<0.001). Yaş ile Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiye Ulaşma puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.401 p<0.001). Yaş ile Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Anlama puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.403 p<0.001). Yaş ile Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.363 p<0.001). Yaş ile Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi kullanma/uygulama puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.422 p<0.001). Yaş ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.374 p<0.001). Yaş ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiye Ulaşma puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.391 p<0.001). Yaş ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi Anlama puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.354 p<0.001). Yaş ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.361 p<0.001). Yaş ile Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi kullanma/uygulama puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.364 p<0.001). Yaş ile Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.400 p<0.001). Yaş ile Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.386 p<0.001). Yaş ile Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.367 p<0.001). Yaş ile Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (r:-0.400 p<0.001). TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların yaşları bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçları tablo 4.4'te ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.4. Ölçek puanlarının katılımcıların yaşları bakımından karşılaştırılması

		Yaş		Yaş	
TSOY	r	-0.395	QOLIE-31	r	0.054
	p	<0.001		p	0.496
Tedavi ve Hizmet	r	-0.410	Nöbete İlişkin Kaygılar	r	0.139
	p	<0.001		p	0.078
Bilgiye ulaşma	r	-0.401	Toplam Yaşam Kalitesi	r	0.126
	p	<0.001		p	0.111
Bilgiyi anlama	r	-0.403	Emosyonel İyilik	r	0.168
	p	<0.001		p	0.033
Bilgiyi değerlendirme	r	-0.363	Enerji/yorgunluk	r	0.014
	p	<0.001		p	0.860
Bilgiyi kullanma/uygulama	r	-0.422	Bilişsel fonksiyon	r	-0.074
	p	<0.001		p	0.351
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	r	-0.374	İlaçların etkileri	r	-0.059
	p	<0.001		p	0.457
Bilgiye ulaşma	r	-0.391	Sosyal fonksiyon	r	0.074
	p	<0.001		p	0.351
Bilgiyi anlama	r	-0.354			
	p	<0.001			
Bilgiyi değerlendirme	r	-0.361			
	p	<0.001			
Bilgiyi kullanma/uygulama	r	-0.364			
	p	<0.001			
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	r	-0.400			
	p	<0.001			
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	r	-0.386			
	p	<0.001			
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	r	-0.367			
	p	<0.001			
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	r	-0.400			
	p	<0.001			

**Pearson korelasyon katsayılarına göre 0-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.89 yüksek, 0.90-1.00 ise çok yüksek ilişki anlamına gelmektedir

Katılımcıların QOLIE-31 ve TSOY genel ve alt ölçekleri cinsiyet grupları ile karşılaştırıldığında; TSOY ölçeği ve alt boyutları ile cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir .

Erkeklerin QOLIE-31 ölçek puanları ve alt boyut puanları (Emosyonel İyilik alt boyutu hariç) kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların cinsiyetleri bakımından bağımsız gruplar t testi ile karşılaştırılması tablo 4.5'te ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.5. Ölçek puanlarının katılımcıların cinsiyetleri bakımından karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		t	p
	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	29.09	15.77	30.67	13.05	-0.696	0.487
<i>Tedavi ve Hizmet</i>	14.90	7.87	15.79	6.42	-0.793	0.429
Bilgiye ulaşma	3.45	2.23	3.63	1.86	-0.541	0.589
Bilgiyi anlama	4.09	1.92	4.27	1.56	-0.659	0.511
Bilgiyi değerlendirme	3.27	2.03	3.47	1.69	-0.688	0.492
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.09	1.93	4.42	1.57	-1.205	0.230
<i>Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi</i>	14.19	8.00	14.88	6.77	-0.588	0.557
Bilgiye ulaşma	3.36	2.21	3.58	1.82	-0.696	0.487
Bilgiyi anlama	3.75	1.95	3.86	1.64	-0.375	0.708
Bilgiyi değerlendirme	3.41	2.01	3.59	1.76	-0.597	0.552
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.67	1.97	3.85	1.65	-0.634	0.527
<i>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</i>	6.81	4.41	7.21	3.63	-0.624	0.533
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</i>	7.84	3.79	8.13	3.13	-0.526	0.599
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</i>	6.68	3.99	7.06	3.39	-0.651	0.516
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.</i>	7.76	3.84	8.27	3.14	-0.938	0.350
QOLIE-31	53.00	14.84	62.57	12.57	-4.423	<0.001
Nöbete İlişkin Kaygılar	43.54	20.80	57.45	15.81	-4.793	<0.001
Toplam Yaşam Kalitesi	55.12	14.06	63.37	12.19	-3.965	<0.001
Emosyonel İyilik	58.27	14.56	60.87	15.44	-1.103	0.272
Enerji/yorgunluk	49.82	17.06	56.15	16.57	-2.387	0.018
Bilişsel fonksiyon	63.19	19.34	74.71	15.24	-4.209	<0.001
İlaçların etkileri	19.78	19.99	33.58	22.48	-4.123	<0.001
Sosyal fonksiyon	44.88	21.09	57.39	18.54	-4.002	<0.001

Katılımcıların medeni durum ile TSOY ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların TSOY ölçek puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür (F:12.829, p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Tedavi ve Hizmet alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyut puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür (F:12.300, p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiye Ulaşma puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiye Ulaşma bekar ve ayrı

yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür (F:13.872 , p<0.001)

Medeni durum grupları arasında Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Anlama puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir .Buna göre, evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Anlama puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:10.271, p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:8.171, p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Kullanma/Uygulama puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Kullanma/Uygulama puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:13.315, p<0.001).

Medeni durum arasında Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:12.869, p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiye Ulaşma puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiye Ulaşma puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür (F:13.803 ,p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi Anlama puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi Anlama puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür (F:11.596, p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Hastalıktan Korunma ve Sağlığın

Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür_(F:11.984 ,p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi kullanma/uygulama puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi kullanma/uygulama puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür_(F:11.960 p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyut puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür_(F:14.184 , p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama alt boyut puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:11.538 , p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür_(F:10.323 p<0.001).

Medeni durum grupları arasında Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, evli katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyut puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:13.195 ,p<0.001). TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların cinsiyetleri bakımından tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) ile karşılaştırılması tablo 4.6'da ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.6. Ölçek puanlarının katılımcıların medeni durumları bakımından karşılaştırılması

	Evli		Bekar		Ayrı yaşıyor/Boşanmış		F	p
	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	25.36	15.71	35.87	9.45	35.35	11.68	12.829	<0.001
Tedavi ve Hizmet	13.14	782	18.24	4.67	18.06	5.85	12.300	<0.001
Bilgiye ulaşma	2.87	2.19	4.42	1.38	4.36	1.70	13.872	<0.001
Bilgiyi anlama	3.69	1.90	4.85	1.20	4.77	1.47	10.271	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	2.89	2.05	4.00	1.31	3.97	1.56	8.171	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.69	1.92	4.98	1.12	4.95	1.40	13.315	<0.001
Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi	12.22	8.01	17.63	4.90	17.30	6.00	12.869	<0.001
Bilgiye ulaşma	2.82	2.17	4.36	1.36	4.21	1.67	13.803	<0.001
Bilgiyi anlama	3.27	1.96	4.52	1.20	4.47	1.46	11.596	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	2.92	2.03	4.25	1.30	4.23	1.59	11.984	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.22	1.99	4.51	1.18	4.38	1.45	11.960	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	5.69	4.31	8.78	2.70	8.57	3.31	14.184	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	6.95	3.78	9.36	2.31	9.25	2.83	11.538	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	5.81	4.03	8.24	2.54	8.20	3.07	10.323	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.	6.91	3.85	9.49	2.23	9.33	2.73	13.195	<0.001
QOLIE-31	59.18	15.09	55.03	12.18	56.77	16.41	1.295	0.277
Nöbete İlişkin Kaygılar	53.00	18.00	44.77	20.42	50.49	23.32	2.710	0.070
Toplam Yaşam Kalitesi	61.26	13.20	55.54	13.53	57.81	15.35	2.822	0.063
Emosyonel İyilik	61.45	15.15	56.35	12.67	58.33	17.81	1.877	0.156
Enerji/yorgunluk	54.78	18.29	50.87	14.23	49.58	17.00	1.336	0.266
Bilişsel fonksiyon	69.10	18.98	68.47	17.18	68.09	18.84	0.036	0.964
İlaçların etkileri	26.86	22.94	26.45	21.01	25.00	22.86	0.065	0.937
Sosyal fonksiyon	52.89	21.23	46.83	19.24	51.42	21.74	1.311	0.272

Katılımcılardan çocuğu olmayanların TSOY ölçek puanı ve tüm alt boyutları çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (t:-4.777, p<0.001).

Çocuğu olmayan katılımcıların Emosyonel İyilik ve Sosyal fonksiyon alt boyutları çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (t:2.295, p:0.023).

TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların çocuğa sahip olma durumları bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi sonuçları tablo 4.7’de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.7. Ölçek puanlarının katılımcıların çocuğa sahip olma durumları bakımından karşılaştırılması

	Evet		Hayır		t	p
	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	25.91	15.33	36.49	9.99	-4.777	<0.001
Tedavi ve Hizmet	13.38	7.64	18.61	4.89	-4.751	<0.001
Bilgiye ulaşma	2.96	2.17	4.51	1.40	-4.944	<0.001
Bilgiyi anlama	3.73	1.86	4.93	1.23	-4.433	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	2.93	1.97	4.11	1.41	-4.049	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.76	1.88	5.07	1.17	-4.861	<0.001
Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi	12.53	7.81	17.88	5.23	-4.718	<0.001
Bilgiye ulaşma	2.89	2.12	4.43	1.42	-4.970	<0.001
Bilgiyi anlama	3.35	1.91	4.57	1.29	-4.356	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	3.01	1.99	4.31	1.38	-4.487	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.28	1.93	4.58	1.26	-4.666	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	5.85	4.25	8.93	2.77	-5.014	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	7.09	3.70	9.50	2.43	-4.505	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	5.94	3.91	8.42	2.72	-4.335	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.	7.03	3.74	9.64	2.35	-4.866	<0.001
QOLIE-31	59.19	15.37	55.01	12.78	1.856	0.066
Nöbete İlişkin Kaygılar	52.77	19.10	46.09	20.32	2.063	0.041
Toplam Yaşam Kalitesi	60.45	13.75	56.88	13.65	1.600	0.112
Emosyonel İyilik	61.51	15.72	56.20	13.18	2.295	0.023
Enerji/yorgunluk	53.96	18.14	51.08	15.07	1.084	0.280
Bilişsel fonksiyon	69.39	18.81	67.72	17.65	0.568	0.571
İlaçların etkileri	27.50	22.80	24.72	21.41	0.778	0.438
Sosyal fonksiyon	53.54	21.43	46.57	19.07	2.139	0.034

Katılımcıların eğitim durumu grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (F:167.732 p <0.005).

Eğitim durumu grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların eğitim durumları bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonuçları tablo 4.8 'de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.8. Ölçek puanlarının katılımcıların eğitim durumları bakımından karşılaştırılması

	İlkokul/Ortaokul		Lise		Üniversite ve üstü		F	p
	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	11.53	7.78	33.66	7.13	39.45	9.40	167.732	<0.001
<i>Tedavi ve Hizmet</i>	6.21	4.07	17.30	3.44	20.06	4.57	159.322	<0.001
Bilgiye ulaşma	0.87	0.95	4.04	1.06	4.96	1.23	222.516	<0.001
Bilgiyi anlama	2.10	1.34	4.68	0.91	5.23	1.11	88.879	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	1.14	1.00	3.77	1.00	4.57	1.39	136.654	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	2.10	1.28	4.82	0.89	5.30	1.12	101.303	<0.001
<i>Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi</i>	5.32	4.05	16.35	3.89	19.39	4.94	154.416	<0.001
Bilgiye ulaşma	0.93	0.98	3.92	1.15	4.84	1.32	184.299	<0.001
Bilgiyi anlama	1.66	1.25	4.25	1.02	4.93	1.18	101.805	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	1.19	1.00	3.92	1.06	4.73	1.31	149.882	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	1.54	1.16	4.26	0.91	4.90	1.22	120.805	<0.001
<i>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</i>	1.80	1.81	7.96	2.12	9.80	2.51	222.046	<0.001
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</i>	3.76	2.42	8.92	1.78	10.16	2.22	107.658	<0.001
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</i>	2.33	1.88	7.70	1.96	9.30	2.64	158.235	<0.001
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.</i>	3.64	2.30	9.07	1.67	10.19	2.26	123.202	<0.001
QOLIE-31	56.55	16.46	58.64	14.95	57.70	13.07	0.235	0.791
Nöbete İlişkin Kaygılar	50.41	19.24	49.58	22.57	50.64	18.41	0.04	0.961
Toplam Yaşam Kalitesi	58.26	14.20	58.00	14.88	60.39	12.83	0.534	0.588
Emosyonel İyilik	60.00	12.98	59.38	15.77	59.31	15.91	0.032	0.969
Enerji/yorgunluk	52.61	17.28	53.67	18.69	52.57	16.06	0.064	0.938
Bilişsel fonksiyon	65.41	22.15	71.09	16.35	69.48	16.70	1.186	0.308
İlaçların etkileri	22.22	24.37	28.27	19.03	28.09	22.69	1.174	0.312
Sosyal fonksiyon	51.02	23.69	53.16	20.21	49.46	19.27	0.431	0.651

Katılımcıların gelir durumu grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre geliri giderine denk olanların TSOY ölçek puanı ve alt boyut puanları geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (F: 15.801, $p < 0.001$).

Gelir durumu grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar, Toplam Yaşam Kalitesi ve Sosyal fonksiyon alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre geliri giderinden fazla olanların QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar, Toplam Yaşam Kalitesi ve Sosyal fonksiyon alt boyutları geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (F:3.86, $p: 0.023$; F:3.638, $p:0.029$; F:3.839 $p: 0.024$; F:3.13, $p:0.046$).

TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların gelir durumları bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonuçları tablo 4.9'da ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.9. Ölçek puanlarının katılımcıların gelir durumları bakımından karşılaştırılması

	Gelirim giderimden az		Gelirim giderime denk		Gelirim giderimden fazla		F	p
	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	24.06	14.85	36.01	10.42	29.65	17.90	15.801	< 0.001
Tedavi ve Hizmet	12.41	7.47	18.41	5.07	15.38	8.60	16.054	< 0.001
Bilgiye ulaşma	2.65	2.11	4.43	1.51	3.72	2.23	16.975	< 0.001
Bilgiyi anlama	3.56	1.90	4.86	1.20	4.06	2.09	12.283	< 0.001
Bilgiyi değerlendirme	2.58	1.84	4.15	1.43	3.61	2.25	16.423	< 0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.62	1.90	4.97	1.19	3.99	2.14	13.567	< 0.001
Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi	11.65	7.53	17.61	5.45	14.27	9.36	14.942	< 0.001
Bilgiye ulaşma	2.62	2.02	4.37	1.52	3.44	2.43	17.270	< 0.001
Bilgiyi anlama	3.15	1.89	4.54	1.26	3.58	2.32	13.927	< 0.001
Bilgiyi değerlendirme	2.81	1.90	4.23	1.48	3.47	2.39	12.623	< 0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.08	1.87	4.48	1.33	3.79	2.28	13.427	< 0.001
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	5.27	4.09	8.80	2.99	7.15	4.61	17.537	< 0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	6.72	3.68	9.40	2.38	7.64	4.37	13.864	< 0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	5.38	3.68	8.38	2.85	7.08	4.62	14.941	< 0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.	6.69	3.70	9.44	2.44	7.78	4.41	14.129	< 0.001
QOLIE-31	55.05	14.25	58.63	15.00	65.83	10.49	3.86	0.023
Nöbete İlişkin Kaygılar	46.38	19.55	52.44	19.53	59.52	18.44	3.638	0.029
Toplam Yaşam Kalitesi	56.67	13.57	60.07	14.24	66.83	9.09	3.839	0.024
Emosyonel İyilik	58.56	14.16	59.66	16.43	63.73	11.76	0.746	0.476
Enerji/yorgunluk	51.27	15.58	52.82	18.34	61.33	16.63	2.207	0.113
Bilişsel fonksiyon	65.89	19.90	70.02	17.47	77.23	10.06	2.736	0.068
İlaçların etkileri	22.52	21.10	29.15	22.43	33.52	24.99	2.492	0.086
Sosyal fonksiyon	47.63	20.68	52.18	20.43	61.60	20.22	3.13	0.046

Katılımcılardan yalnız yaşayanların TSOY ölçek puanı ve tüm alt boyutları yalnız yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (t:3.370, p<0.005).

Yalnız yaşama durumu grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (t:-0.976, p: 0.331).

TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların yalnız yaşama durumları bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi sonuçları tablo 4.10' da ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.10. Ölçek puanlarının katılımcıların yalnız yaşama durumları bakımından karşılaştırılması

	Evet		Hayır		t	p
	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	35.62	11.01	28.07	15.00	3.370	<0.001
<i>Tedavi ve Hizmet</i>	18.26	5.49	14.43	7.43	3.436	<0.001
Bilgiye ulaşma	4.50	1.50	3.24	2.12	4.072	<0.001
Bilgiyi anlama	4.74	1.45	4.01	1.80	2.573	0.012
Bilgiyi değerlendirme	4.13	1.39	3.13	1.94	3.481	0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.89	1.41	4.05	1.82	3.001	0.004
<i>Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi</i>	17.37	5.64	13.64	7.69	3.243	0.002
Bilgiye ulaşma	4.35	1.50	3.19	2.10	3.732	<0.001
Bilgiyi anlama	4.41	1.41	3.62	1.87	2.803	0.006
Bilgiyi değerlendirme	4.21	1.44	3.27	1.96	3.182	0.002
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.40	1.39	3.56	1.89	2.966	0.004
<i>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</i>	8.84	2.96	6.43	4.17	3.949	<0.001
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</i>	9.16	2.79	7.62	3.60	2.755	0.007
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</i>	8.33	2.78	6.41	3.85	3.385	0.001
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.</i>	9.29	2.73	7.61	3.65	3.056	0.003
QOLIE-31	55.62	14.58	58.26	14.55	-0.976	0.331
Nöbete İlişkin Kaygılar	48.39	20.13	50.86	19.70	-0.673	0.502
Toplam Yaşam Kalitesi	56.71	14.49	59.86	13.53	-1.233	0.220
Emosyonel İyilik	56.21	15.17	60.55	14.86	-1.567	0.119
Enerji/yorgunluk	49.21	16.58	54.02	17.13	-1.526	0.129
Bilişsel fonksiyon	66.94	18.24	69.34	18.42	-0.702	0.484
İlaçların etkileri	26.97	20.37	26.31	22.90	0.160	0.873
Sosyal fonksiyon	50.42	19.77	51.10	21.18	-0.175	0.862

Katılımcılarda en çok yaşanan yer grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları (Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutu Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları hariç) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre en çok ilde yaşayanların TSOY ölçek puanı ve alt boyut puanları (Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutu Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları hariç) en çok köyde ve ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutu Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları köyde yaşayanlarda en az, ilçede orta ve ilde en yüksek seviyededir. Yani köyden ile doğru gelindikçe puanların arttığı gözlemlenmiştir.

En çok yaşanan yer grupları arasında QOLIE-31 puanı bakımından

istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, en çok köyde yaşayanların QOLIE-31 puanı ilçede ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.(F:4.17 ,p:0.018).

En çok yaşanan yer grupları arasında Nöbete İlişkin Kaygılar alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, en çok köyde yaşayanların Nöbete İlişkin Kaygılar alt boyut puanı ilçede ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür (F:3.25 ,p:0.024).

En çok yaşanan yer grupları arasında Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, en çok köyde yaşayanların Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanı ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür (F:3.319 ,p:0.039).

En çok yaşanan yer grupları arasında Bilişsel fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, en çok köyde yaşayanların Bilişsel fonksiyon alt boyut puanı ilçede ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:5.406 ,p: 0.005)

En çok yaşanan yer grupları arasında İlaçların etkileri alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, en çok köyde yaşayanların İlaçların etkileri alt boyut puanı ilçede ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:3.275 ,p: 0.040)

En çok yaşanan yer grupları arasında Sosyal fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, en çok köyde yaşayanların Sosyal fonksiyon alt boyut puanı ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür(F:3.103 ,p: 0.048)

TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların en çok yaşadıkları yer bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonuçları tablo 4.11’ de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.11. Ölçek puanlarının katılımcıların en çok yaşadıkları yer bakımından karşılaştırılması

	Köy		İlçe		İl		F	p
	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	9.26	7.85	17.38	14.16	34.77	11.21	48.481	<0.001
Tedavi ve Hizmet	5.51	4.22	8.88	7.16	17.78	5.52	47.922	<0.001
Bilgiye ulaşma	0.71	0.83	1.96	1.92	4.18	1.71	39.660	<0.001
Bilgiyi anlama	1.90	1.41	2.50	1.94	4.79	1.24	38.994	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	1.12	1.04	1.71	1.59	3.97	1.57	38.732	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	1.79	1.47	2.71	1.96	4.85	1.26	37.930	<0.001
Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi	3.76	4.07	8.50	7.13	16.99	5.81	46.838	<0.001
Bilgiye ulaşma	0.74	1.08	1.98	1.86	4.08	1.71	35.734	<0.001
Bilgiyi anlama	1.12	1.15	2.25	1.87	4.43	1.32	59.000	<0.001
Bilgiyi değerlendirme	0.74	0.95	2.06	1.70	4.10	1.55	43.143	<0.001
Bilgiyi kullanma/uygulama	1.15	1.14	2.21	1.81	4.38	1.38	48.752	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	1.45	1.72	3.94	3.73	8.27	3.38	38.780	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	3.01	2.34	4.75	3.72	9.22	2.47	54.171	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	1.86	1.89	3.77	3.24	8.07	3.06	42.305	<0.001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.	2.94	2.42	4.92	3.70	9.22	2.56	51.275	<0.001
QOLIE-31	47.38	18.17	60.12	16.09	58.30	13.40	4.17	0.018
Nöbete İlişkin Kaygılar	37.28	19.36	54.66	18.46	50.87	19.62	3.25	0.024
Toplam Yaşam Kalitesi	50.18	15.46	60.10	13.53	59.94	13.38	3.319	0.039
Emosyonel İyilik	55.71	13.54	60.32	17.05	59.80	14.78	0.505	0.605
Enerji/yorgunluk	49.29	21.29	55.00	21.07	52.87	15.69	0.500	0.608
Bilişsel fonksiyon	53.77	25.30	70.42	19.80	70.15	16.44	5.406	0.005
İlaçların etkileri	12.70	22.16	30.66	23.52	27.18	21.61	3.275	0.040
Sosyal fonksiyon	39.07	23.15	55.96	21.87	51.27	19.95	3.103	0.048

Katılımcıların epilepsi tanısı alma zamanı grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Epilepsi tanısı alma zamanı grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar ve Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre epilepsi tanısı alma zamanı arttıkça QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar ve Toplam Yaşam Kalitesi altboyut puanları da artmaktadır. Yani 1-5 yıl önce epilepsi tanısı alanların QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar ve Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanları 11 yıl ve üzeri alanlara göre daha düşüktür (F:19.867, $p<0.001$; F:24.928, $p<0.001$; F:22.980, $p<0.001$)

Epilepsi tanısı alma zamanı grupları arasında Enerji/yorgunluk alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 11 yıl ve üzeri süre önce epilepsi tanısı alanların Enerji/yorgunluk alt boyut puanı 1-5 yıl arasından

alanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir(F:4.512, $p<0.001$).

Epilepsi tanısı alma zamanı grupları arasında Bilişsel fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 11 yıl ve üzeri süre önce epilepsi tanısı alanların Bilişsel fonksiyon alt boyut puanı 1-5 yıl arasında alanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir(F:10.592, $p<0.001$).

Epilepsi tanısı alma zamanı grupları arasında İlaçların etkileri alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 11 yıl ve üzeri süre önce epilepsi tanısı alanların İlaçların etkileri alt boyut puanı 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında alanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir(F:8.428, $p<0.001$).

Epilepsi tanısı alma zamanı grupları arasında Sosyal fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 11 yıl ve üzeri süre önce epilepsi tanısı alanların Sosyal fonksiyon alt boyut puanı 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında alanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir(F:22.896, $p<0.001$).

TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların epilepsi tanısı alma zamanı bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen tek yönlü varyansanalizi (One-Way ANOVA) sonuçları tablo 4.12' de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.12. Ölçek puanlarının katılımcıların epilepsi tanısı alma zamanı bakımından karşılaştırılması

	1-5 yıl		6-10 yıl		11 yıl ve üzeri		F	p
	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	31.72	13.86	30.44	14.92	28.25	14.75	0.923	0.399
Tedavi ve Hizmet	16.20	6.81	15.67	7.43	14.56	7.36	0.849	0.430
Bilgiye ulaşma	3.72	2.04	3.62	2.12	3.36	2.05	0.504	0.605
Bilgiyi anlama	4.44	1.57	4.29	1.79	3.94	1.84	1.352	0.262
Bilgiyi değerlendirme	3.64	1.83	3.42	1.98	3.15	1.84	1.048	0.353
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.39	1.62	4.35	1.79	4.10	1.87	0.505	0.605
Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi	15.53	7.16	14.77	7.61	13.69	7.50	0.972	0.381
Bilgiye ulaşma	3.69	2.05	3.55	2.02	3.27	2.03	0.699	0.499
Bilgiyi anlama	4.05	1.67	3.80	1.81	3.63	1.89	0.824	0.441
Bilgiyi değerlendirme	3.76	1.88	3.57	1.98	3.27	1.86	1.106	0.334
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.03	1.69	3.85	1.91	3.53	1.86	1.235	0.294
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	7.41	4.05	7.17	4.08	6.63	4.04	0.609	0.545
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	8.49	3.15	8.09	3.51	7.57	3.67	1.096	0.337
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	7.40	3.66	6.99	3.90	6.42	3.64	1.107	0.333
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.	8.42	3.23	8.20	3.64	7.62	3.66	0.858	0.426
QOLIE-31	49.37	12.19	56.34	12.24	64.15	14.06	19.867	<0.001
Nöbete İlişkin Kaygılar	37.32	18.23	50.73	15.88	59.35	17.32	24.928	<0.001
Toplam Yaşam Kalitesi	50.94	12.63	57.50	11.51	65.71	12.20	22.980	<0.001
Emosyonel İyilik	56.08	14.48	58.82	13.84	62.32	15.51	2.787	0.065
Enerji/yorgunluk	47.74	14.50	52.50	15.87	56.76	18.46	4.512	0.012
Bilişsel fonksiyon	60.38	16.47	68.85	15.40	74.74	18.72	10.592	<0.001
İlaçların etkileri	19.34	17.86	21.40	21.31	33.89	23.44	8.428	<0.001
Sosyal fonksiyon	39.19	17.79	47.03	17.64	61.15	19.21	22.896	<0.001

Katılımcıların ilaç kullanma grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

İlaç kullananların QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar, Toplam Yaşam Kalitesi, Emosyonel İyilik, Enerji/yorgunluk ve Bilişsel fonksiyon alt boyut puanları ilaç kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür(t:-2.701, p:0.048; t:-2.332, p:0.021; t:-3.071, p:0.003 t:-3.264, p< 0.001; t: -2.000, p:0.047)

TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların ilaç kullanma durumları bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi sonuçları tablo 4.13' te ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.13. Ölçek puanlarının katılımcıların ilaç kullanma durumları bakımından karşılaştırılması

	Evet		Hayır		t	p
	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	29.70	14.20	31.77	18.42	-0.476	0.635
Tedavi ve Hizmet	15.33	7.02	15.37	9.51	-0.017	0.986
Bilgiye ulaşma	3.52	2.03	3.73	2.44	-0.344	0.731
Bilgiyi anlama	4.20	1.68	3.99	2.54	0.271	0.791
Bilgiyi değerlendirme	3.37	1.84	3.34	2.30	0.049	0.961
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.24	1.72	4.30	2.37	-0.100	0.920
Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi	14.37	7.28	16.41	9.05	-0.915	0.362
Bilgiye ulaşma	3.42	2.01	4.04	2.27	-1.015	0.312
Bilgiyi anlama	3.77	1.76	4.25	2.36	-0.896	0.371
Bilgiyi değerlendirme	3.46	1.86	3.91	2.27	-0.784	0.434
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.72	1.78	4.21	2.25	-0.893	0.373
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	6.94	4.00	7.77	4.65	-0.684	0.495
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	7.96	3.36	8.25	4.83	-0.271	0.787
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	6.83	3.65	7.25	4.52	-0.375	0.708
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.	7.97	3.43	8.51	4.58	-0.511	0.610
QOLIE-31	56.77	14.28	68.34	14.32	-2.701	0.008
Nöbete İlişkin Kaygılar	49.40	19.68	61.11	18.23	-1.993	0.048
Toplam Yaşam Kalitesi	58.41	13.59	67.92	13.69	-2.332	0.021
Emosyonel İyilik	58.52	14.30	72.00	18.37	-3.071	0.003
Enerji/yorgunluk	51.68	16.34	67.92	19.48	-3.264	0.001
Bilişsel fonksiyon	67.96	18.37	78.87	15.46	-2.000	0.047
İlaçların etkileri	26.25	22.43	29.16	20.80	-0.435	0.664
Sosyal fonksiyon	50.12	20.90	61.08	17.07	-1.768	0.079

Katılımcıların nöbet geçirme sıklığı grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Nöbet geçirme sıklığı grupları arasında QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre ayda 1'den az nöbet geçirenlerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları en düşük, son iki yıldır nöbet geçirmeyenlerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları ise en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani nöbet geçirme durumu azaldıkça QOLIE-31 ölçek ve altboyut puanları anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır ($F:36.663$, $p<0.001$).

TSOY ve QOLIE-31 ölçek puanlarının katılımcıların nöbet geçirme sıklıkları bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi sonuçları tablo 4.14'te ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.14. Ölçek puanlarının katılımcıların nöbet geçirme sıklıkları bakımından karşılaştırılması

	Ayda \geq 1		Düzensiz		Son 2 yıldır yok		F	p
	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	31.04	16.60	30.29	13.66	29.16	15.31	0.136	0.873
Tedavi ve Hizmet	15.90	8.28	15.60	6.73	14.87	7.64	0.199	0.820
Bilgiye ulaşma	3.75	2.31	3.57	2.00	3.47	2.07	0.106	0.899
Bilgiyi anlama	4.31	2.03	4.27	1.58	4.04	1.94	0.292	0.747
Bilgiyi değerlendirme	3.65	2.15	3.44	1.81	3.19	1.88	0.423	0.656
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.20	2.01	4.33	1.60	4.17	1.96	0.155	0.856
Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi	15.14	8.34	14.68	7.05	14.28	7.80	0.087	0.916
Bilgiye ulaşma	3.68	2.30	3.48	1.96	3.44	2.08	0.082	0.921
Bilgiyi anlama	3.96	2.04	3.84	1.66	3.76	1.98	0.072	0.930
Bilgiyi değerlendirme	3.61	2.07	3.55	1.84	3.41	1.93	0.098	0.907
Bilgiyi kullanma/uygulama	3.89	2.05	3.82	1.71	3.67	1.94	0.134	0.875
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	7.43	4.61	7.05	3.92	6.91	4.11	0.094	0.911
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	8.26	4.03	8.10	3.15	7.80	3.85	0.157	0.855
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	7.26	4.19	6.98	3.60	6.61	3.75	0.236	0.790
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.	8.09	4.04	8.15	3.23	7,84	3.84	0.128	0.880
QOLIE-31	40.00	9.59	55.37	12.45	68.77	12.07	36.663	<0.001
Nöbete İlişkin Kaygılar	33.15	18.35	46.46	18.24	64.80	14.52	25.662	<0.001
Toplam Yaşam Kalitesi	41.67	10.38	57.15	11.69	69.61	10.90	38.374	<0.001
Emosyonel İyilik	48.27	16.87	58.60	12.84	65.16	16.66	6.018	0.006
Enerji/yorgunluk	38.67	15.75	51.80	15.28	60.33	17.98	10.857	<0.001
Bilişsel fonksiyon	48.37	13.18	67.15	17.40	79.62	14.50	22.245	<0.001
İlaçların etkileri	12.41	14.35	23.66	20.39	37.22	24.45	11.301	<0.001
Sosyal fonksiyon	29.53	15.47	46.70	17.73	67.69	17.42	34.948	<0.001

Katılımcıların en son nöbet geçirme zamanı grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin QOLIE-31 ölçek puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir (F:37.085, p<0.001). Ayrıca son bir yıl içerisinde nöbet geçirenlerin QOLIE-31 ölçek puanları son bir hafta içerisinde ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında Nöbete İlişkin Kaygılar alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5

yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Nöbete İlişkin Kaygılar alt boyut puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir_(F:32.523, p<0.001). Ayrıca son bir yıl içerisinde nöbet geçirenlerin Nöbete İlişkin Kaygılar alt boyut puanları son bir hafta içerisinde ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir(F:43.102, p<0.001).

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında Emosyonel İyilik alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Emosyonel İyilik alt boyut puanları son bir hafta ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir(F:4.794, p:0.003).

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında Enerji/yorgunluk alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Enerji/yorgunluk alt boyut puanları son bir hafta ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir(F: 11.021, p<0.001).

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında Bilişsel fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Bilişsel fonksiyon alt boyut puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca son bir yıl içerisinde nöbet geçirenlerin Bilişsel fonksiyon alt boyut puanları son bir hafta içerisinde ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur_(F:22.427, p<0.001).

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında İlaçların etkileri alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin İlaçların etkileri alt boyut puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir(F:10.892, p<0.001).

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında Sosyal fonksiyon alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Sosyal fonksiyon alt boyut puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir.(F:32.267, p<0.001). Ayrıca son bir yıl içerisinde nöbet geçirenlerin Sosyal fonksiyon alt boyut puanları son bir hafta içerisinde ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

TSOY ve QOLIE-31 lek puanlarının katılımcıların en son nöbet geçirme zamanı bakımından karşılaştırılması için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonuçları tablo 4.15' de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 4.15. Ölçek puanlarının katılımcıların en son nöbet geçirme zamanları bakımından karşılaştırılması

	Son bir hafta içerisinde		Son bir ay içerisinde		Son bir yıl içerisinde		Son 5 yıl ve daha uzun süre		F	p
	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.	ort.	ss.		
TSOY Genel	35.33	15.52	30.83	14.30	27.59	13.70	29.69	15.06	1.405	0.244
<i>Tedavi ve Hizmet</i>	17.94	7.61	15.78	7.18	14.34	6.79	15.15	7.50	1.222	0.303
Bilgiye ulaşma	4.17	2.34	3.71	1.99	3.21	2.02	3.55	2.03	1.168	0.324
Bilgiyi anlama	4.92	1.67	4.21	1.76	4.00	1.61	4.10	1.92	1.327	0.268
Bilgiyi değerlendirme	4.08	2.05	3.62	1.86	3.04	1.80	3.27	1.83	1.772	0.155
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.77	1.76	4.24	1.76	4.10	1.65	4.24	1.93	0.674	0.569
<i>Hast. korunma ve sağlığın geliştirilmesi</i>	17.39	7.97	15.05	7.23	13.25	7.03	14.54	7.70	1.558	0.202
Bilgiye ulaşma	4.17	2.36	3.67	1.90	3.07	1.96	3.50	2.06	1.611	0.189
Bilgiyi anlama	4.49	1.84	3.87	1.75	3.53	1.68	3.82	1.96	1.336	0.265
Bilgiyi değerlendirme	4.17	2.08	3.68	1.88	3.17	1.80	3.47	1.92	1.479	0.222
Bilgiyi kullanma/uygulama	4.57	1.85	3.82	1.76	3.48	1.75	3.74	1.90	1.713	0.166
<i>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</i>	8.33	4.68	7.38	3.85	6.28	3.92	7.06	4.04	1.406	0.243
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</i>	9.40	3.45	8.08	3.42	7.53	3.21	7.92	3.81	1.363	0.256
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</i>	8.25	4.09	7.30	3.71	6.21	3.53	6.74	3.70	1.660	0.178
<i>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uyg.</i>	9.35	3.57	8.07	3.47	7.57	3.32	7.98	3.76	1.177	0.320
QOLIE-31	41.35	10.72	49.34	11.38	59.49	11.51	69.57	10.95	37.085	< 0.001
Nöbete İlişkin Kaygılar	28.27	18.09	39.16	17.08	53.85	14.55	64.92	14.66	32.523	< 0.001
Toplam Yaşam Kalitesi	42.36	12.32	50.67	10.35	61.98	9.33	70.06	10.60	43.102	< 0.001
Emosyonel İyilik	53.11	14.05	55.22	14.37	60.14	12.74	65.36	16.79	4.794	0.003
Enerji/yorgunluk	41.39	15.61	45.49	12.84	55.26	16.58	61.36	16.79	11.021	< 0.001
Bilişsel fonksiyon	50.62	13.07	59.75	17.71	71.62	16.76	80.85	12.07	22.427	< 0.001
İlaçların etkileri	11.42	12.42	23.10	19.22	24.71	21.53	38.07	24.06	10.892	< 0.001
Sosyal fonksiyon	29.61	15.48	40.68	15.77	51.33	17.51	68.71	16.21	32.267	< 0.001

Katılımcıların TSOY ve QOLIE-31 ölçeklerine verdikleri yanıtlar arasındaki ilişki incelendiğinde tablo 4.16’da ölçeklerin ve alt boyutlarının ilişki testi sonuçları görülmektedir. Buna göre ölçekler ve alt boyutları(Tedavi ve Hizmet alt boyutu, Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu ve nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, enerji/ yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon alt boyutu) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 4.16. TSOY ve QOLIE-31 ölçekleri arasında korelasyon analizi

		QOLIE -31	Nöbete İlişkin Kaygılar	Toplam Yaşam Kalitesi	Emosyonel İyilik	Enerji/ yorgunluk	Bilişsel fonksiyon	İlaçların etkileri	Sosyal fonksiyon	
TSOY	r	0.044	-0.070	0.104	0.077	0.051	0.093	0.053	-0.052	
	p	0.581	0.379	0.190	0.330	0.517	0.240	0.508	0.511	
Tedavi ve Hizmet	r	0.043	-0.067	0.107	0.064	0.046	0.095	0.050	-0.048	
	p	0.584	0.398	0.178	0.417	0.564	0.230	0.530	0.543	
	Bilgiye ulaşma	r	0.039	-0.068	0.098	0.063	0.046	0.077	0.081	-0.042
		p	0.621	0.394	0.214	0.424	0.560	0.333	0.308	0.596
	Bilgiyi anlama	r	0.031	-0.073	0.101	0.054	0.029	0.091	0.018	-0.062
		p	0.695	0.358	0.202	0.494	0.713	0.253	0.818	0.436
	Bilgiyi değerlendirme	r	0.014	-0.098	0.073	0.086	0.044	0.055	0.037	-0.082
		p	0.856	0.218	0.356	0.278	0.582	0.488	0.642	0.303
	Bilgiyi kullanma/uygulama	r	0.085	-0.019	0.142	0.044	0.058	0.150	0.052	< 0.001
		p	0.283	0.811	0.072	0.582	0.469	0.057	0.515	1.000
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	r	0.044	-0.071	0.100	0.089	0.056	0.090	0.054	-0.055	
	p	0.583	0.368	0.209	0.263	0.479	0.257	0.494	0.487	
	Bilgiye ulaşma	r	0.033	-0.081	0.090	0.089	0.057	0.075	0.062	-0.068
		p	0.678	0.306	0.258	0.261	0.473	0.343	0.432	0.391
	Bilgiyi anlama	r	0.039	-0.050	0.105	0.057	0.044	0.093	0.027	-0.060
		p	0.626	0.530	0.184	0.471	0.577	0.240	0.735	0.452
	Bilgiyi değerlendirme	r	0.043	-0.074	0.092	0.097	0.049	0.084	0.064	-0.048
		p	0.586	0.354	0.245	0.223	0.537	0.290	0.417	0.548
	Bilgiyi kullanma/uygulama	r	0.058	-0.075	0.105	0.105	0.071	0.102	0.058	-0.040
		p	0.468	0.347	0.183	0.184	0.373	0.196	0.463	0.614
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	r	0.036	-0.075	0.095	0.077	0.052	0.077	0.072	-0.056	
	p	0.646	0.344	0.231	0.332	0.511	0.333	0.361	0.484	
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	r	0.036	-0.063	0.105	0.057	0.038	0.094	0.023	-0.062	
	p	0.653	0.430	0.183	0.473	0.635	0.235	0.771	0.434	
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	r	0.029	-0.087	0.084	0.093	0.047	0.071	0.051	-0.065	
	p	0.712	0.274	0.290	0.243	0.554	0.374	0.517	0.409	
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma / uygulama	r	0.073	-0.048	0.126	0.076	0.065	0.128	0.056	-0.021	
	p	0.360	0.545	0.111	0.336	0.410	0.105	0.480	0.794	

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada epileptik hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesiyle ve demografik değişkenler ile ilişkileri incelenmiştir.

Elde edilen verilere göre katılımcıların TSOY ölçek puanı ortalamasının 29.85 (sorunlu–sınırlı) olup %32.3’ünün yeterli sağlık okuryazarlığı, %30.4’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı, %16.8’inin sorunlu-sınırlı, %20.5’inin de mükemmel sağlık okuryazarlığı olduğu saptanmıştır. Türkiye’de sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla 2016 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) geliştirilmiş ve yapılan çalışmada, katılımcıların %30.6’ının yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, %69.4’ünün ise sorunlu veya yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016). Kendilci (2022), Deniz ve arkadaşları (2020) araştırmalarında 35.35 ve 33.36 ortalamalar ile yeterli sağlık okuryazarlığı sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması çalışmasındaki katılımcıların %57.2’si sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Abacıgil vd., 2016). Gamsızkan ve Sungur (2020), Demirci (2021) ve Ilgaz (2021) ise katılımcıların çoğunluğunun sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğunu tespit etmişlerdir. Berberoğlu ve ark.nın_(2018) yapmış olduğu bir diğer çalışmada katılımcıların %51.7’sinin yetersiz, %31.1’inin sorunlu-sınırlı ve %17.2’sinin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı olduğu bulunmuştur. Türkiye genelinde 4979 denek üzerinden yürütülen başka bir araştırmada; genel sağlık okuryazarlığı oranları % 7,6 mükemmel, %27,8 yeterli, % 40,1 sınırlı-sorunlu ve % 24,5 yetersiz olarak bulunmuştur. Sorensen ve ark.nın(2015) yapmış olduğu 8 Avrupa Ülkesinin dahil edildiği sağlık okuryazarlığına yönelik bir çalışmada Bulgaristan’ın ortalama skoru en düşük olup Hollanda’nınki ise en yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda yukarıda belirtilen Türkiye’de toplum tabanlı yapılmış olan çalışmalara nispeten sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha yüksek bulunması, çalışmanın bir üçüncü basamak sağlık kurumunda ve kronik bir hastalığı (epilepsi) olan hasta grubu üzerinde yürütülmüş olması ve bu kişilerde bilinç düzeyinin topluma göre daha yüksek

olabileceği ile açıklanabilir. Berberoğlu'nun çalışmasına göre de birinci basamak dışındaki bir sağlık kuruluşuna başvurabilmek ve bu kuruluştan uygun sağlık hizmetine ulaşabilme yetisi daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesi gerektirmektedir. _

Ölçek puanları yaşa göre incelendiğinde; yaş arttıkça TSOY ve alt ölçek puanlarının azalmakta olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımıza paralel bir şekilde ülkemizde ve dünyada yapılan pek çok çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi azalmaktadır (Çolak, 2023; Özkan vd., 2018; Okyay ve Abacıgil ,2016; Tanrıöver vd., 2014). Almanya'da Berens ve ark.nın (2016) yapmış olduğu benzer diğer bir çalışmada da yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Kobayashi'nin çalışmasında da belirtmiş olduğu gibi yaşın arttıkça işlevsel ve bilişsel fonksiyonların etkilenip zayıflamış olabilmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların QOLIE-31(yaşam kalitesi) genel ve alt ölçek puanlarıyla yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Akdemir (2014) yapmış olduğu bir çalışmada epilepsi hastalarında yaşam kalitesiyle yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine Magdalena Szaflorski ve ark.nın (2006) yaptıkları diğer bir çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar ile çalışmamız paralellik göstermiştir. Çalışmamızın aksine Erbaydar ve diğerleri (2011) ve Demiral ve diğerleri (2006) çalışmalarında yaşla birlikte yaşam kalitesinde anlamlı olarak azalma olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar ile çalışmamız paralellik göstermiştir. İsviçre ve Almanya'da yapılan araştırmalarda ise yaş arttıkça; "Enerji/canlılık/vitalite", "Sosyal işlevsellik", "Emosyonel rol güçlüğü", ve "Ruhsal sağlık" anlamlı olarak arttığı sonucuna erişilmiştir (Roser vd., 2019; Ellert ve Kurth, 2004).

Katılımcıların cinsiyet grupları arasında TSOY ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Araştırmamıza paralel şekilde Çolak (2023), Okyay ve Abacıgil (2016), Banfai-Csonka ve diğerleri (2020), Levin- Zamir ve diğerleri (2016), Protheroe ve diğerleri (2017) ve Gamsızkan ve Sungur (2020) çalışmalarında da sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızdaki katılımcılardan erkeklerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanlarının (emosyonel iyilik alt boyutu hariç) kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna erişilmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Tedrus ve ark.nın (2013) Ezgi Tokuç'un (2023) , Yılmaz ve ark. (2019) yapmış olduğu çalışmalarda da yine erkeklerin QOLIE-31 genel ölçek puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlardan farklı olarak bazı araştırmalarda cinsiyetler arasında yaşam kalitesi açısından fark saptanmamıştır (Fallahzadeh ve Mirzaei, 2012; Musaoğlu, 2008; Akyüz vd., 2017).

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı incelediğinde evli katılımcıların TSOY ölçek puanları ve Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Kullanma/Uygulama ve Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyut puanları bekar ve ayrı yaşıyor/boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyut puanları; Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Anlama ve Bilgiyi kullanma/uygulama alt boyut puanları; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanları; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi altboyutu Bilgiye Ulaşma; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi Anlama; Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi kullanma/uygulama; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme puanları bekar katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Bekar katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiye Ulaşma puanları en düşüktür. Literatürde çalışmamızla benzer olarak evli olmayanlarda evli olanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanan araştırmalar mevcuttur (Çolak, 2023; Çelikyürek vd., 2020; Yiğitbaş ve Fatma, 2021). Bunun yanı sıra anlamlı fark saptanmayan çalışmalar da vardır (Bakanve Yıldız, 2019; Bánfai-Csonka vd., 2020; González-Chica vd., 2016).

Çalışmamızdaki katılımcıların medeni durum ile QOLIE-31 yaşam kalitesi genel ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yılmaz ve ark. (2019), Dilan Coşar (2016), Akdemir (2014) yapmış oldukları benzer çalışmalarda da medeni durum ile QOLIE-31 yaşam kalitesi arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızın aksine Pascale ve ark. yapmış olduğu çalışmayla evlilik durumunun bireyin işlevselliğini etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızdaki katılımcılarda eğitim durumu grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre eğitim seviyesi arttıkça TSOY ölçek puanı ve alt boyut puanları da artmaktadır. Yani eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı da artmaktadır. Beklendik bir sonuç olarak sağlık okuryazarlığı, eğitim seviyesi düşük bireylerde genellikle yetersiz olarak belirlenmiştir (Çolak, 2023; Bilir, 2014; Von Wagner vd., 2007; Özkan vd., 2018; Bánfai-Csonka vd., 2020; Yakar vd., 2019; Yiğitbaş ve Fatma, 2021). Bu sonuçlar ile çalışmamız uyum göstermiştir.

Eğitim durumu grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Literatürde yer alan bazı araştırmaların neticesinde, eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Roser vd., 2019; Erbaydar vd., 2011). Bu sonuçlar ile araştırmamız uyum göstermiştir. Bu sonuçların yanı sıra, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin yaşam kalitesinde artış görüldüğünü belirleyen araştırmalar vardır (Özdemir, 2009; Cingil, 2003; Çalıştır vd., 2006; Sabbah vd., 2003).

Ev hanımı olanların TSOY ölçek ve alt boyut puanları işçi, memur, emekli, öğrenci ve çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. İşçilerin TSOY ölçek ve alt boyut puanları genel olarak memur, emekli ve öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Memurların TSOY ölçek ve alt boyut puanları genel olarak esnaf, çiftçi ve çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Esnafın TSOY ölçek ve alt boyut puanları genel olarak emekli ve öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Çiftçilerin TSOY ölçek ve alt boyut puanları genel olarak emekli, öğrenci ve çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Çolak (2023) ev hanımlarının çalışmayanlara, memurlara ve kendi işinde çalışanlara göre daha düşük puan aldığını belirlemiştir. Bu sonuç ile nispeten uyum sağlanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada da düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin çalışmayanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Chew vd., 2004). Bakan ve Yıldız (2019) ise sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve tedavi ve hizmet alt boyut puanının gelir getiren bir işte çalışanlarda çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur.

Esnafların QOLIE-31 puanları ev hanımı, memur, öğrenci ve çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. İşçilerin Nöbete İlişkin Kaygılar alt boyut puanları ev hanımı ve öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Esnafların Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanları ev hanımlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ev hanımlarının Bilişsel fonksiyon alt boyut puanları işçilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Ev hanımlarının İlaçların etkileri ve Sosyal fonksiyon alt boyut puanları işçi ve esnaflara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Çolak (2023) araştırmasında araştırmamıza benzer nitelikte en düşük puanın ev hanımlarının aldığı sonucuna erişmiştir. Başka araştırmalarda, çalışmayan ya da iş arayanlarda yaşam kalitesin anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Wang vd., 2008; Erbaydar vd., 2011). Gonzalez ve diğerleri (2016) emeklilerde herhangi bir işte çalışanlara göre yaşam kalitesinin fiziksel komponent puanlarının anlamlı olarak daha düşük bulunurken; ruhsal komponent puanları ile anlamlı ilişki bulmamışlardır.

Geliri giderine denk olanların TSOY ölçek puanı ve alt boyut puanları geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Sağlık okuryazarlığının gelir seviyesi düşük bireylerde daha az olduğu belirlenmiştir (Çolak, 2023; Bilir, 2014; Von Wagner vd., 2007; Özdemir vd., 2010; Baker vd., 2002). Bu sonuçlar ile çalışmamız uyum göstermekte olup gelir düzeyi yüksek kişilerin sosyo-kültürel ve teknolojik olanaklara daha fazla sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Farklı olarak Bakan ve Yıldız (2019) ve Değerli ve Tüfekçi (2018) ise gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulmamışlardır.

Geliri giderinden fazla olanların QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar, Toplam Yaşam Kalitesi ve Sosyal fonksiyon alt boyutları geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuca paralel şekilde gelir seviyesi arttıkça bireylerin yaşam kalitesinde de artış görüldüğünü belirleyen araştırmalar vardır (Özdemir, 2009; Cingil, 2003; Bardage ve Isacson, 2001; Çalıştır v d., 2006; Fortin vd., 2006). Benzer şekilde yapılan bazı araştırmalar, ekonomik açıdan kısıtlı veya maddi zorluk içinde olan bireylerin yaşam kalitelerinde belirgin düşüşler yaşadığını göstermektedir (Kılınç, 2018; Özmete, 2010).

Yalnız yaşayanların TSOY ölçek puanı ve tüm alt boyutları yalnız yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Yalnız yaşama durumu grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar, yalnız yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığına daha fazla önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, yalnız yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin yalnız yaşamayanlara göre farklı olmadığı sonucu, yalnız yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin artırılması için daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir (Bakan ve Yıldız, 2019).

En çok il merkezinde yaşayanların TSOY ölçek puanı ve alt boyut puanları (Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutu Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları hariç) en çok köyde ve ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutu Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları köyde yaşayanlarda en az, ilçede orta ve ilde en yüksek seviyededir. Yani köyden il merkezine doğru gelindikçe puanların arttığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar İl merkezinde yaşayanların gerek teknolojik, sosyo-kültürel ve eğitim alma olanaklarının diğer gruplara göre daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Nöbet geçirme sıklığı grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayda birden az nöbet geçirenlerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları en düşük, son iki yıldır nöbet geçirmeyenlerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları ise en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani nöbet geçirme durumu azaldıkça QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Nöbet geçirme sıklığı kişilerin yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkileyeceği beklendik bir sonuçtur.

1-5 yıl önce epilepsi tanısı alanların %78,8'i ve 6-10 yıl önce epilepsi tanısı alanların %82,4'ü düzensiz nöbet geçirdiğini ifade etmiştir. 11 yıl ve daha eski epilepsi tanısı olanlarda düzensiz nöbet oranı ise daha düşüktür. Epilepsi tanısı alan bireylerin zaman içinde düzensiz nöbet geçirme oranının, tanı alındıkça arttığı ve 11 yıl ve daha eski tanısı olanlarda düşük seviyeye indiği göz önüne alındığında, uzun vadeli takip ve tedavi stratejilerinin önemli olduğu söylenebilir.

Son olarak yapılan korelasyon analizi neticesinde TSOY ve QOLIE-31 ölçeklerin ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Nöbete ilişkin kaygılar boyutu dışında direkt bu tanının kişilerin yaşamını nasıl etkilediği sağlık okuryazarlığından bağımsız olabilmektedir. Fakat kişiye yönelik kaygılarda duruma göre sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin tanısına olan hakimlik düzeyiyle bu hastalığa olan kaygısı sonuçlarını düşünerek artıyor olabilir. Araştırma sonuçlarımızın aksine sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki belirleyen araştırmalar da vardır. Zheng ve diğerleri (2018) tarafından yapılan bir araştırmada, düşük sağlık okuryazarlığının daha kötü sağlık ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Yakın zamanda yapılan başka bir araştırmada da sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında benzer şekilde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Ehmann vd., 2020). Akbolat ve arkadaşları (2021), Kozak ve Çevik Akyıl (2021) ve Akcilek (2017) sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir bağlantı olduğunu belirlemişlerdir. Çolak (2023) tarafından yürütülen bir araştırma, sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sağlık okuryazarlığı toplam puanı ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin emosyonel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı tedavi ve hizmet alt boyut puanı ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının puanları arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit etmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar bu bölümde yer almaktadır.

Elde edilen verilere göre katılımcıların TSOY ölçek puanlarının (29,85) katılımcıların sorunlu–sınırlı sağlık okuryazarlığı aralığında olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaş ve TSOY ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde belirlenen ters orantılı ilişki, yaşlı nüfus için sağlık okuryazarlığına yönelik özel eğitim programlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu programlar, yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik olmalıdır. Türkiye gibi nüfusun yaşlandığı bir ülkede, sağlık okuryazarlığına daha fazla vurgu yapılmalıdır. Bu, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. TSOY ve alt boyutlarının yaş ile ters orantılı olduğu bulgusu, sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanması sürecinde dikkate alınmalıdır. Yaşlı nüfusu hedef alan sağlık politikaları ve programlar, sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik stratejiler içermelidir. Sağlık hizmetlerinin, özellikle yaşlılar için daha erişilebilir ve anlaşılabilir olması önemlidir. Bu kapsamda, sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri, sağlık hizmetlerini sunarken basit ve anlaşılır dil kullanmalı ve bireylerin ihtiyaçlarına uygun hizmet sunmalıdır.

Cinsiyet grupları arasında TSOY ölçeği ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Erkeklerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanlarının (emosyonel iyilik alt boyutu hariç) kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna erişilmiştir.

Evli katılımcıların TSOY ölçek puanları ve Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Kullanma/Uygulama ve Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyut puanları bekar

ve boşanmış katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Evli katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyut puanları; Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Anlama ve Bilgiyi kullanma/uygulama alt boyut puanları; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyut puanları; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiye Ulaşma; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi Anlama; Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiyi Değerlendirme; Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu Bilgiyi kullanma/uygulama; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama; Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme puanları bekar katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Bekar katılımcıların Tedavi ve Hizmet alt boyutu Bilgiye Ulaşma puanları en düşüktür.

Çocuğu olmayanların TSOY ölçek puanı ve tüm alt boyutları çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuğu olmayanların Emosyonel İyilik ve Sosyal fonksiyon alt boyutları çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde düşüktür.

Eğitim durumu grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Eğitim durumu grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Geliri giderine denk olanların TSOY ölçek puanı ve alt boyut puanları geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Geliri giderinden fazla olanların QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar, Toplam Yaşam Kalitesi ve Sosyal fonksiyon alt boyutları geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Yalnız yaşayanların TSOY ölçek puanı ve tüm alt boyutları yalnız yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Yalnız yaşama durumu grupları arasında QOLIE-31 ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

En çok ilde yaşayanların TSOY ölçek puanı ve alt boyut puanları (Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi

boyutu Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları hariç) en çok köyde ve ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutu Bilgiyi Değerlendirme alt boyut puanları köyde yaşayanlarda en az, ilçede orta ve ilde en yüksek seviyededir.

En çok köyde yaşayanların QOLIE-31 puanı ve Nöbete İlişkin Kaygılar, Bilişsel fonksiyon ve İlaçların etkileri alt boyut puanı ilçede ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. En çok köyde yaşayanların Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanı ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. En çok köyde yaşayanların Sosyal fonksiyon alt boyut puanı ilçede yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Epilepsi tanısı alma zamanı grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Epilepsi tanısı alma zamanı arttıkça QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar ve Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanları da artmaktadır. Yani 1-5 yıl önce epilepsi tanısı alanların QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar ve Toplam Yaşam Kalitesi alt boyut puanları 11 yıl ve üzeri alanlara göre daha düşüktür. 11 yıl ve üzeri süre önce epilepsi tanısı alanların Enerji/yorgunluk ve Bilişsel fonksiyon alt boyut puanları 1-5 yıl arasından alanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. 11 yıl ve üzeri süre önce epilepsi tanısı alanların İlaçların etkileri ve Sosyal fonksiyon alt boyut puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında alanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

İlaç kullanma grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. İlaç kullananların QOLIE-31 ölçek puanı, Nöbete İlişkin Kaygılar, Toplam Yaşam Kalitesi, Emosyonel İyilik, Enerji/yorgunluk ve Bilişsel fonksiyon alt boyut puanları ilaç kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Nöbet geçirme sıklığı grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayda 1'den az nöbet geçirenlerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları en düşük, son iki yıldır nöbet

geçirmeyenlerin QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları ise en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani nöbet geçirme durumu azaldıkça QOLIE-31 ölçek ve alt boyut puanları anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

1-5 yıl önce epilepsi tanısı alanların %78,8'i ve 6-10 yıl önce epilepsi tanısı alanların %82,4'ü düzensiz nöbet geçirdiğini ifade etmiştir. 11 yıl ve daha eski epilepsi tanısı olanlarda düzensiz nöbet oranı ise daha düşüktür. Epilepsi tanısı alan bireylerin zaman içinde düzensiz nöbet geçirme oranının, tanı alındıkça arttığı ve 11 yıl ve daha eski tanısı olanlarda düşük seviyeye indiği göz önüne alındığında, uzun vadeli takip ve tedavi stratejilerinin önemli olduğu söylenebilir.

En son nöbet geçirme zamanı grupları arasında TSOY ölçek puanı ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin QOLIE-31 ölçek puanları ve Nöbete İlişkin Kaygılar, Bilişsel fonksiyon ve Sosyal fonksiyon alt boyut puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca son bir yıl içerisinde nöbet geçirenlerin QOLIE-31 ölçek puanları ve Nöbete İlişkin Kaygılar, Bilişsel fonksiyon ve Sosyal fonksiyon alt boyut puanları son bir hafta içerisinde ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Toplam Yaşam Kalitesi ve İlaçların etkileri alt boyut puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir. 5 yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin Emosyonel İyilik ve Enerji/yorgunluk alt boyut puanları son bir hafta ve son bir ay içerisinde nöbet geçirenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Son olarak yapılan korelasyon analizi neticesinde TSOY ve QOLIE-31 ölçeklerin ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Araştırma sonuçlarımızın aksine sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki belirleyen araştırmalar da vardır.

6.2. Öneriler

Sağlık okuryazarlığı, toplumun genel sağlık durumunu iyileştirmek ve sağlık harcamalarının ekonomik etkilerini azaltmak açısından kritik bir öneme sahiptir. Elde

edilen sonuçlar, sağlık okuryazarlığına yönelik ciddi adımlar atma ihtiyacını vurgulamaktadır. Ancak, bu çabalar sadece belli bir hasta grubuna odaklanmamalı, tam tersine tüm toplumu kapsayacak geniş bir perspektifle ele alınmalıdır.

Kişilere sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik düzenli eğitim programları düzenlenmelidir. Bu programlar, temel sağlık bilgisi, tıbbi terimlerin anlaşılması, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve sağlık hizmetlerine erişim konularını içerebilir. Sağlık bilgilerini anlamak için basit, açık ve anlaşılır iletişim materyalleri hazırlanabilir. Görsel materyaller, basit dil kullanımı ve örneklerle desteklenmiş yazılı materyaller, sağlık okuryazarlığını artırmada etkili olabilir.

Araştırma neticesinde yaş arttıkça ve eğitim seviyesi azaldıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı sonucuna erişilmiştir. Ayrıca ev hanımlarının da en az sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmüştür. Bu nedenle daha üst yaştaki kişilerin de sağlık okuryazarlığını arttırmak adına geleneksel medyadan faydalanılabilir. Tanıtıcı ve eğitici içerikler bu ortamlara gösterilecek bilinçlendirme sağlanmalıdır. Ayrıca sağlık bilgilerini içeren materyaller, basit ve anlaşılır bir dilde hazırlanmalıdır. Görsel destekler ve pratik örnekler kullanılarak bilgiler daha erişilebilir hale getirilmelidir.

Kadınların yaşam doyumlarının daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Buna göre kadınların neden daha düşük olduğu ayrı bir araştırma ile incelenebilir. Kadınların yaşam doyumlarının düşük olmasının bir bağlantısı da ev hanımlarının da düşük olmasından kaynaklı olabilir. Bu bağlamda televizyonda gündüz kuşağında bu konuya yönelik programların yapılması önerilmektedir.

Epilepsi nöbetine ilişkin bireylerin kaygılarını azaltmaya yönelik özel programlar geliştirilmelidir. Psikolojik destek, stres yönetimi teknikleri ve bilinçli farkındalık gibi stratejiler içeren eğitimler farklı yaş grubuna özel olarak düzenlenebilir. Bu sayede bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak mümkün olabilir.

Toplumun yaşam kalitesini artırmak ve sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak amacıyla yapılacak planlamalarda, çalışmamız ve literatürdeki benzer çalışmalardan elde edilen verilere öncelik verilmelidir. Bu bağlamda, dezavantajlı toplum kesimlerine odaklanmak, sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmada daha etkili sonuçlar elde etmek için önemlidir.

Çalışma sonuçlarına göre, epilepsi tanısı alan bireylerde tanı süresi ve nöbet sıklığıyla yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu görülmektedir. Tanı alındıkça ve nöbet sıklığı arttıkça yaşam kalitesi düşmekte, uzun süre nöbet geçirmeyenler ise daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmaktadır. Bu bağlamda, epilepsi yönetiminde erken tanı, düzenli takip ve etkili tedavi stratejilerinin uygulanmasıyla yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmelidir. Ayrıca, nöbet kontrolünün sağlanması ve uzun süre nöbet geçmeyen bireylerin desteklenmesi, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlardan da yola çıkılarak genel olarak yaşam kalitesinin artırılması adına kişilerin günlük yaşamına keyifli ve anlamlı aktiviteler eklemesi teşvik edilmelidir. Bu aktiviteler, kişinin ilgi alanlarına uygun olmalı ve yaşamına anlam katabilmelidir. Sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Sosyal destek, bireylerin stresle başa çıkmalarına yardımcı olabilir ve genel psikolojik iyi halini artırabilir. Ayrıca dengeli beslenme, düzenli egzersiz ve yeterli uyku, genel sağlığı güçlendirebilir ve epilepsi yönetimine olumlu katkıda bulunabilir.

Hastalar, aileleri ve çevreleri epilepsi hakkında bilinçlendirilmelidir. Toplumda epilepsi farkındalığını artırmak, hastaların sosyal yaşamlarını destekleyebilir ve stigmatın azaltılmasına yardımcı olabilir. Epilepsi ile başa çıkmak, psikolojik destek almak önemlidir. Grup terapileri veya bireysel terapiler, hastaların duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için faydalı olabilir.

KAYNAKLAR

- Abacıgil, F., Harlak, H. ve Okyay, P. (2016). *Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması*. Ankara: Anıl Matbaa.
- ADADIOĞLU, Ö., & Oğuz, S. (2016). Epilepsi ve öz yönetim. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 22(1).
- Akbolat, M., Amarat, M. ve Doğanıyıt, P. B. (2022). Sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesine etkisinde özbakım gücünün aracı rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 69-75. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.976062>
- Akbulut, Y., (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımını açısından değerlendirilmesi. Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları.
- Akcilek, E. (2017). *Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akdağ, G., Algın, D. ve Erdiñ, O. (2016). Epilepsi/epilepsy. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1).
- Akdemir, N. (2004). *Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar*. Ankara: Sistem Ofset.
- Akdemir, V. (2014). Dirençli epilepsi olgularında yaşam kalitesini etkileyen faktörler.
- Akyüz, H., Yaşartürk, F., Aydın, İ., Zorba, E. ve Türkmen, M. (2017). Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi ve mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Cultural and Social Studies*, 3(2), 253-62.
- Al Sayah, F. ve Williams, B. (2012). An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36(1), 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2011.08.001>
- Alith, M. B., Gazzotti, M. R., Montealegre, F., Fish, J., Nascimento, O. A. ve Jardim, J. R. (2015). Negative impact of asthma on patients in different age groups. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41, 16-22.
- Arslantaş, D. vd. (2013). Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. [http:// tip.ogu.edu.tr](http://tip.ogu.edu.tr). (Erişim tarihi: 17.10.2023)
- Aslantekin, F., Yumrutaş, M. ve Uysal, M. (2012). *Tip 2 diyabetli hastaların sağlık okuryazarlık durumlarının değerlendirilmesi*. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Bursa.
- Austvoll-Dahlgren, A., Danielsen, S., Opheim, E., Bjørndal, A., Reinar, L. M., Flottorp, S., Oxman, A.D. ve Helseth, S. (2013) Development of a complex intervention to improve health literacy skills. *Health Information i Libraries Journal*, 30(4), 278-293.
- Avcı, E. ve Özkan, S. (2019). Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığını etkileyen

- faktörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 1-9.
- Aydiner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 137-50.
- Bakan, A.B. ve Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M. ve Green, D. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*. 92(8), 1278-83.
- Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A ve Huang, J. (2007). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığı ve ölüm oranı. *Dahiliye arşivleri*, 167 (14), 1503-1509.
- Baker, D.W. (2006). The Meaning and Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878–83.
- Baker, G. A., Jacoby, A., Gorry, J., Doughty, J., Ellina, V. ve SIGN Group. (2005). Quality of life of people with epilepsy in Iran, the Gulf, and Near East. *Epilepsia*, 46(1), 132-140. Doi: 10.1111/j.0013-9580.2005.20704.x
- Balal, M., Demir, T., Aslan, K. ve Bozdemir, H. (2017). The determination of epilepsy prevalence in Adana City Center and relationship with sociodemographical factors. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 20-28.
- Balçık, P., Taşkaya, S. ve Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.
- Balkan, S., Yılmaz, S., Özbaran, B., Eremiş, S., Gökben, S., Tekgül, H. ve Serdaroğlu, G. (2015). Çocukluk çağı epilepsilerinde çocuk yaşam kalitesi: Hastalık eğitiminin rolü. *The Journal of Pediatric Research*, 2(3), 144-151.
- Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Jeges, S., Gyebnár, B. ve Betlehem, J. (2020). Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC Public Health*, 20(1),1-8.
- Bardage, C. ve Isacson, D.G. (2001). Hypertension and health-related quality of life: An epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(2), 172-81.
- Beghi, E. (2020). The epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2), 185-191.
- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC public health*, 16, 1-8.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. ve Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. Doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-0000
- Bilir, N., Özcebe, L.H., Vaizoğlu, S.A., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T.G. (2005). Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin

- değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(5), 663-8.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Boylu, A.A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Quality of life and indicators. *Journal of Academic Researches and Studies*, 8(15), 137-50.
- Boylu, A.A. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 141-142.
- Briones, R. ve De Paed, M. (2015). Harnessing the web:How e- health and e-health literacy impact young adults' perceptions of online health information. *Medicine*, 4 (2), 1-13.
- Broder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T.M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., SØrensen, K., Bitzer, E., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G.S., Bittlingmayer, U.H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., Thomas, M., Kessl, F. ve Pinheiro, P. (2017). Health literacy in chidhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17 (361), 2-25.
- Caferoğlu, Z. (2019). Epilepside diyet tedavisine güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 333-47.
- Chew, L.D., Bradley, K.A., Flum, D.R., Cornia, P.B. ve Koepsell, T.D. (2004). The impact of low health literacy on surgical practice. *The American journal of Surgery*, 188(3), 250-3.
- Cingil, D. (2003). *Aile içi bakım vericileri eğitmenin bağımlı yaşlıların evde bakım kalitesine etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Coulter, A. ve Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(7609), 24-27.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Çakıl, D., İnanır, S., Baykan, H., Aygün, H. ve Kozan, R. (2013). Epilepsi ayırıcı tanısında psikojenik non-epileptik nöbetler. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(1), 41-47.
- Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H. ve Cantürk, A. (2006). *Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi*.
- Çelikyürek, N.A., Acımış, N.M. ve Özcan B. (2020). Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(2), 258-66.
- Çiler-Erdağ, G. (2015). *Sağlığın temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı*. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Çolak, G. (2023). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Samsun: T.C. Ondokuzmayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Çopurlar, C. K. ve Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).

- Değerli, H. ve Tüfekçi N. (2018). Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 467-88.
- Demir, A. B., Uslu, P. U., Atasayar, G., Kılınçel, O., Akkaya, C. ve Bora, İ. (2018). Epilepsi hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve psikiyatrik tanılarının gözden geçirilmesi. *Epilepsi*, 24(1), 21-26.
- Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y. ve Kıvrıkcık, B. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, 6(1), 1-8.
- Demirci, Z. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalık uyum düzeyi ilişkisinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Demirkıran, S. (2012). *Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Deniz, S., Bentli, R., Kalkanlı, M.T., Fırıncı, B., Yalınız, F., Demir, E., Oğuzöncül, A.F. ve Akbaba, M. (2020). Malatya ilinde çalışan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10 (1), 28-36.
- Doyle, G., Cafferkey, K. ve Fullam, J. (2012). *The european health literacy survey. Results From Ireland*. HLS-EU.
- Edisan, Z. ve Kadioğlu, F. (2013). Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(3), 1-4.
- Ehmann, A.T., Groene, O., Rieger, M.A. ve Siegel, A. (2020). The relationship between health literacy, quality of life, and subjective health: results of a cross-sectional study in a rural region in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 16-83.
- Ellert, U. ve Kurth, B. (2004). Methodological views on the SF-36 summary scores based on the adult German population. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47(11), 1027-32.
- Erbaydar, N.P., Bilir, N., Özcebe, L.H., Vaizoğlu, S. ve Aslan, D. (2011). Evaluation of healthrelated quality of life of women living in a city center in the east of Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 41(2), 307-16.
- Fallahzadeh, H. ve Mirzaei, H. (2012). Health-related quality of life and associated factors among Iranian University students. *Journal of Community Health Research*, 1(2), 122-30.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J. ve Dubois, M.F. (2006). Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Life Research*. 15(1), 83-91.
- Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, D.L., Tuchman, A.M. ve Wallston, K.A. (2009). Public health literacy defined. *Am J Prev Med*, 36(5), 446-451.
- Gamsızkan, Z. ve Sungur, M.A. (2020). Düzce Üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okur yazarlık düzeyi: Kesitsel bir çalışma. *Türk Aile Hek Derg*, 24 (2), 117-25.
- Gezer, E. ve Yenel, F. (2008). *Stres veren yaşam olaylarının, öğretim elemanlarının, depresyon ve tükenmişlik düzeylerine etkisi*. Doktora Tezi. Ankara:

Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- González-Chica, D.A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J. ve Tideman, P. (2016). Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PloS One*, 11(3), 0151079.
- Gözlü, K. (2020). A social determinant of health: Health literacy. *Med JSDU*, 27, 137-44.
- Groeneveld, R.A. ve Meeden, G. (1984). Measuring skewness and kurtosis. *The Statistician*, 33, 391-399.
- Gülgün, F.E. (2014). *Hemşire ve ebelerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi örneği)*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Hajae, F., Pirzadeh, A., Hasanzadeh, A. ve Mostafavi, F. (2018). Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic Physician*, 10(3), 6470–6477.
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states*. The European Health Literacy Project 2009– 2012. Maastricht:HLS-EU Consortium.
- Hopkins, K.D. ve Weeks, D.L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 717-729.
- İlgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
- İçyeroğlu, G. (2012). *Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kabay, S.C., Toğrol, E. ve Mestan, E. (2014). Epilepside yaşam kalitesi ve ölçümü. *Turkish Journal of Neurology*, 109.
- Kaya, E., & Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- Kendilci, K. (2022). *Bitlis Eren Üniversitesi akademik personellerinde sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Doktora Tezi. Malatya: T.C. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kennard, D.K. (2016). *Health literacy concepts in nursing education*. *Nursing Education Perspectives*, 37(2), 118-119.
- Kılınç, A. (2018). *Sürekli olarak tıbbi cihaz desteği ile yaşayan çocukların primer bakım verenlerinin bakıcı yükü ve yaşam kalitesi çalışması*. Uzmanlık Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Kırca, K. ve Kutlu Türkan, S. (2020). Progresif gevşeme egzersizlerinin kanser ve tedavi sürecinde kullanımı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 258-267.
- Ko, J. O. ve Lee, M. H. (2017). Structural equation modeling on health-related quality

- of life in adults with epilepsy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(5), 624- 637. Doi: 10.4040/jkan.2017.47.5.624
- Kobayashi, L.C., Wardle, J., Wolf, M.S. ve Von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 71(3), 445-457.
- Kozak, F. ve Çevik Akyıl, R. (2021). Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 122-132. <https://doi.org/10.54189/hbd.997788>
- Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y. ve Paulsen, C. (2006). *The health literacy of america's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy*. NCES 2006-483. National Center for education statistics.
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O.B., Cohen, V. ve Elhayany, A. (2016). The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. *Journal of Health Communication*, 21(2), 61-68.
- Luedke, M. W., Blalock, D. V., Lewinski, A. A., Shapiro, A., Drake, C., Lewis, J. D., ve Williams Jr, J. W. (2019). Self-management of Epilepsy: A Systematic Review.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing i Health Sciences*, 10(3), 248-255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Mısırlı, H. (2003). Epilepsili hastalarda yaşam kalitesi. *Epilepsi*, 9(1), 42-46.
- Mollaoğlu, M., Durna, Z. ve Eşkazan, E. (2001). Quality of life of patients with epilepsy: assessment with the use of the Quality of Life in Epilepsy Inventory-89 (QOLIE-89). *Epilepsi*, 7(3), 73-80.
- Moore, P. M., & Baker, G. A. (2002). The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. *Seizure*, 11(4), 224-230.
- Moors, J.J.A. (1986), The meaning of kurtosis: Darlington reexamined. *The American Statistician*, 40, 283-284.
- Musaoğlu, Z. (2008). *Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi*. Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M. ve Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: A Prescription to end confusion* (s. 10883). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Nutbeam, D. (2001). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Okyay, P. ve Abacıgil, F. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Ölmez, E. H. ve Barkan, O. B. (2015). Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121-127.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y. ve Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults:

- a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özdemir, V. (2009). *Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdenk, G.D., Özdenk, S., Üner, S. ve Özcebe, L. H. (2015). *Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler*. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.
- Özkan, E. (2021). Epilepsili kadınlarda gebelik ve hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 83-89.
- Özkan, S., Uğraş Dikmen, A., Baran Aksakal, F., Çalışkan, D., Tüzün, H. ve Taşçı, Ö. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması.
- Özkan, S. (2014) Sağlık okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*, 7(19), 36-39.
- Özkan, S. ve Alkaya, S. A. (2017). *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara: Hedef Yayıncılık.
- Özmen, S. (2021). *Epilepsili hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin stres, yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özmete, E. (2010). Aile yaşam kalitesi dinamikleri: aile iletişimi, ebeveyn sorumlulukları, duygusal, duygusal refah, fiziksel/materyal refahın algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11).
- Paasche-Orlow, M.K. ve Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int*, 15(4), 277-83.
- Perim, A. (2007). *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Poureslami, I., Nimmon, L., Rootman, I. ve Fitzgerald, M. J. (2017). Health literacy and chronic disease management: Drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health Promotion International*, 32 (4), 743–754.
- Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E.V., Clark, L. ve Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expect*, 20(1), 112-9.
- Raingruber, B. (2014). *Contemporary health promotion in nursing practice*. Burlington: Jones i Bartlett Learning.
- Raji, Y. R., Abiona, T. ve Gureje, O. (2017). Awareness of hypertension and its impact on blood pressure control among elderly nigerians: report from the Ibadan study of aging. *The Pan African Medical Journal*, 27(190), 1–14.
- Riley, L. ve Cowan, M. (2014). *World Health Organization noncommunicable diseases country profiles*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 156-165.
- Roser, K., Mader, L., Baenziger, J., Sommer, G., Kuehni, C.E. ve Michel, G. (2019).

- Healthrelated quality of life in Switzerland: normative data for the SF-36v2 questionnaire. *Qual Life Res*, 28(7), 1963-77.
- Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9, doi: 10.1179/1753806815Z.000000000105.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N. ve Mercier, M. (2003). Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1-14.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S. ve Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.
- Sağlıklı Yaşam Önerileri. (2006). Bilkent Üniversitesi. <http://bilheal.bilkent.edu.tr/uremesagligi/saglikliyasamonerileri.html>, (Erişim tarihi: 21.08.2023)
- Scrivner, B., Szaflarski, M., Baker, E.H. ve Szaflarski, J.P. (2019). Health literacy and quality of life in patients with treatment-resistant epilepsy. *Epilepsy Behav*, 99, 106480.
- Selden, C.R., Zorn, M., Ratzan, S. ve Parker, R.M. (2000). National library of medicine current bibliographies in medicine. *Health Literacy*, 1, 1-21.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *İletişim dergisi*, 73-92.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. ve Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. ve Brand, H. (2012). consortium health literacy project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Sudhakar, S., Aebi, M. E., Burant, C. J., Wilson, B., Wenk, J., Briggs, F. B. ve Sajatovic, M. (2020). Health literacy and education level correlates of participation and outcome in a remotely delivered epilepsy self-management program. *Epilepsy i Behavior*, 107, 107026.
- Szaflarski, M., Meckler, J. M., Privitera, M. D., & Szaflarski, J. P. (2006). Quality of life in medication-resistant epilepsy: the effects of patient's age, age at seizure onset, and disease duration. *Epilepsy & Behavior*, 8(3), 547-551.
- Şenol, Y. ve Türkay, M. (2006). Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(5), 382-389.
- Tanrıöver, M.D. ve Yıldırım, H.H., Ready, F.N., Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). *Sağlık ve sosyal hi zmet çalışanları sendikası Türki ye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Basımevi.
- TCSB, Yıllık Rapor. (2023). <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-PlanWeb-Katalog.pdf#zoom=55> (Erişim tarihi: 24.05.2023).

- Tedrus, G. M. D. A. S., Fonseca, L. C., & Carvalho, R. M. (2013). Epilepsy and quality of life: socio-demographic and clinical aspects, and psychiatric co-morbidity. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 71, 385-391.
- Thomas, S.V., Koshy, S., Nair, C. S. ve Sarma, S. P. (2005). Frequent seizures and polytherapy can impair quality of life in persons with epilepsy. *Neurology India*, 53(1), 46. Doi: 10.4103/0028-3886.15054
- Tlusta, E., Zarubova, J., Simko, J., Hojdikova, H., Salek, S., & Vlcek, J. (2009). Clinical and demographic characteristics predicting QOL in patients with epilepsy in the Czech Republic: how this can influence practice. *Seizure*, 18(2), 85-89
- Toker, R. T., Karalı, Y., Şahin, N. Ü. ve Şahin, N. (2023). Çocukluk çağı kronik nörolojik hastalıklarında ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*, 21(2).
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J.P. ve Paasche-Orlow, M.K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 411-417.
- Topçu, S. ve Bölüktaş, R.P. (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29(3), 159-64.
- Ussher, M., Ibrahim, S., Reid, F., Shaw, A. ve Rowlands, G. (2010). Psychosocial correlates of health literacy among older patients with coronary heart disease. *Journal of Health Communication*, 15(7), 788-804.
- Ünver, H. (2014). *Gebelerde egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A. ve Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology ve Community Health*, 61(12), 1086-1090.
- Wang, H.M., Beyer, M., Gensichen, J. ve Gerlach, F.M. (2008). Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. *BMC Public Health*, 8(1), 1-12.
- WHO. (1998). Health promotion glossary section II: Extended list of terms. *Health Promotion Glossary*, 5-21.
- Wilkin, D., Hallam I. ve Doggett M. (1992). *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization (WHO). (2019). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> (Erişim tarihi: 25.10.2023).
- Yakar, B., Gömlüksiz, M. ve Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*, 8(1), 27-35.
- Yakar, B., Gömlüksiz, M. ve Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 27-35.
- Yel, P. ve Karadakovan, A. (2021). Epilepsi hastalarında tedaviye uyum ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 223-228.
- Yılmazel, G. ve Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından

önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74.
<https://doi.org/10.5455/pmb.1-1448870518>

Yiğitbaşı, C. ve Fatma, G. (2021). Health literacy in elderly people: A quantitative research example from the Eastern Black Sea Region of Turkey. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), 41-54.

Zanchetta, M., Taher, Y., Fredericks, S., Waddell, J., Fine, C. Ve Sales, R. (2013). Undergraduate nursing students integrating health literacy in clinical settings. *Nurse Education Today*, 33(9), 1026-1033.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. ve Greer, D. S. (2006). *Advancing health literacy: a framework of understanding and action*. San Francisco, CA: Jossey-Bass A.

Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D. ve Yu, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-10.

Zülfünaz, Ö. (2017). Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 3(3), 176-82.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Ada BİRTANE ALTAN
Eğitim	
Lise	Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Anadolu Lisesi (2012)
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2016-2020)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı (2020-Halen)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	-

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 - 1 Kadın
 - 2 Erkek
3. Medeni Durumunuz:
 - 1 Evli
 - 2 Bekar
 - 3 Ayrı yaşıyor
 - 4 Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı? Evet ise kaç tane?
 - 1 Evet tane
 - 2 Hayır
5. Eğitim durumunuz:
 - 1 İlkokul
 - 2 Orta okul
 - 3 Lise
 - 4 Üniversite
 - 5 Lisans üstü
6. Mesleğiniz :
 - 1 Ev Hanımı
 - 2 İşçi
 - 3 Memur
 - 4 Esnaf
 - 5 Çiftçi
 - 6 Emekli
 - 7 Öğrenci
 - 8 Çalışmıyor
7. Aylık geliriniz :
 - 1 Gelirim giderimden az
 - 2 Gelirim giderime denk
 - 3 Gelirim giderimden fazla
8. Yalnız yaşama durumu:
 - 1 Evet
 - 2 Hayır kişiyle yaşıyorum
9. En çok nerede yaşadınız?
 - 1 Köy
 - 2 İlçe
 - 3 İl

10. Kronik bir hastalığınız var mı?

- 1 Evet
2 Hayır

11. Sigara içiyor musunuz?

- 1 Kullanıyor →

Günlük içilen sigara miktarı: (adet/gün)

- 2 Bırakmış → Başlama yaşı:

Bırakma yaşı:

- 3 Hiç kullanmamış *

12. Kaç yıl önce epilepsi tanısı aldınız?....

13. İlaç kullanıyor musunuz ?

- 1 Evet Başlama yaşı:
2 Hayır

14. Ne sıklıkla nöbet geçiriyorsunuz?

- 1 Ayda ≥ 1
2 Günde ≥ 1
3 Düzensiz
4 Son 2 yıldır yok

15. En son ne zaman nöbet geçirdiniz?

- 1 Son bir hafta içerisinde
2 son bir ay içerisinde
3 Son bir yıl içerisinde
4 Son 5 yıl ve daha uzun süre

EK-2: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)						
No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					

20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3: Epilepside Yaşam Kalitesi

QOLIE-31 (1.0 Versiyonu)

Hasta Envanteri

Tarih -----/-----/-----

Adınız-----

Cinsiyet * Kadın * Erkek

Doğum Tarihi--







-----/-----/-----

Sayın.....

Epilepsili hastalarla ilgili bir çalışma yapmaktayım Aşağıdaki sorular sağlığınız ve günlük yaşam aktivitelerinizle ilgilidir. Lütfen size uygun olan ifadeyi gösteren sayıyı (1,2,3.) işaretleyiniz.

Teşekkürler

1-Yaşamınızda sizi etkileyen her şeyi düşündüğünüzde genelde yaşam kalitenize kaç puan verirsiniz. Lütfen bir sayı işaretleyiniz.

En iyi       En kötü
yaşam kalitesi 10 ___ 9 ___ 8 ___ 7 ___ 6 ___ 5 ___ 4 ___ 3 ___ 2 ___ 1 ___ 0 yaşam kalitesi

Aşağıdaki sorular **son bir ay boyunca** kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği ile ilgilidir.

	Her zaman	Çoğu zaman	Sık-sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
2-Kendinizi çok canlı mı (güçlü-zinde) hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
3-Çok sınırlı bir insan mı oldunuz?	1	2	3	4	5	6
4-Hiç bir şeyden zevk alamayacak kadar keyifsiz mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
5-Sakin ve huzurlu mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
6-Çok enerjik mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
7-Üzgün ve kederli mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
8-Kendinizi bitkin mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
9-Mutlu bir kişi mi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
10-Kendinizi yorgun mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
11-"Başka bir nöbet geçiririm" diye endişelendiniz?	1	2	3	4	5	6
12- Akıl yürütmede ve sorun çözmede zorluğunuz oldu?(İş planlama, karar verme,yeni şeyler öğrenme gibi)	1	2	3	4	5	6
13- Sağlık sorunlarınız sosyal ilişkilerinizi (arkadaşlarınızı ya da akrabalarınızı ziyaret gibi) engelledi?	1	2	3	4	5	6

14- Son bir ay içinde YAŞAM KALİTENİZ ne durumdaydı (yani;size göre herşey nasıl gitti) ?Lütfen bir sayı işaretleyiniz

	Çok iyi; daha iyi olamazdı	1
	Oldukça iyi	2
	İyi ve kötü bölümler hemen-hemen eşit	3
	Oldukça kötü	4
	Çok kötü; daha kötü olamazdı	5

Aşağıdaki soru hafıza ile ilgilidir. Bir sayı işaretleyiniz

	Evet;çok fazla Hayır;hiç	Evet;biraz	Çok az
15- Son bir ayda hafıza güçlüğü yaşadınız mı?	1	2	3 4

Son bir ay içinde yaşadığınız hatırlama zorluğu normal işinizi ya da hayatınızı ne sıklıkta etkiledi? Bir sayı işaretleyiniz.

**Her zaman Çoğu zaman Sık-sık Bazen Nadiren
Hiçbir zaman**

	1	2	3	4	5	6
16- İnsanlar size ne sıklıkla bir şeyler hatırlattı?						

Aşağıdaki Sorular **dikkatinizi toplama** sorunları ile ilgilidir.Son bir ay içinde ne sıklıkta **dikkat dağınıklığı (konsantrasyon sorunu)** sorununu yaşadınız ya da bu sorununuz normal işinizi ya da yaşantınızı ne sıklıkta etkiledi ?.Bir sayı işaretleyiniz.

Her zaman Çoğu zaman Sık-sık Bazen Nadiren Hiç bir zaman

	1	2	3	4	5	6
17- Okuduğunuza dikkatinizi verebilme						
18- Belli bir işe dikkatinizi verebilme						

Aşağıdaki sorular **bazı aktivitelerle** ilgili sorunlarla ilgilidir. **Son bir ay içinde** ne sıklıkta **epilepsi hastalığınız veya epilepsi için kullandığımız ilaçlar** aşağıdaki aktivitelerinizi etkiledi? Bir sayı işaretleyiniz.

	Çok fazla etkiledi	Çok etkiledi	Biraz etkiledi	Çok az etkiledi	Hiç etkilemedi
19- Boş zamanlarınızı (hobi, dışarı çıkmalarınızı)	1	2	3	4	5
20- Araba kullanma	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular **sara nöbetleri** hakkında ne hissettiğinizle ilgilidir. Bir sayı işaretleyiniz.

	Çok korkuyorum	Biraz korkuyorum	Fazla korkmuyorum	Hiç korkmuyorum
21- Gelecek ay nöbet geçirmekten ne kadar korkuyorsunuz?	1	2	3	4

	Çok endişelenirim	Bazen endişelenirim	Hiç endişelenmem
22- Nöbet sırasında kendinizi yaralayacağınızdan dolayı endişelenir misiniz?	1	2	3

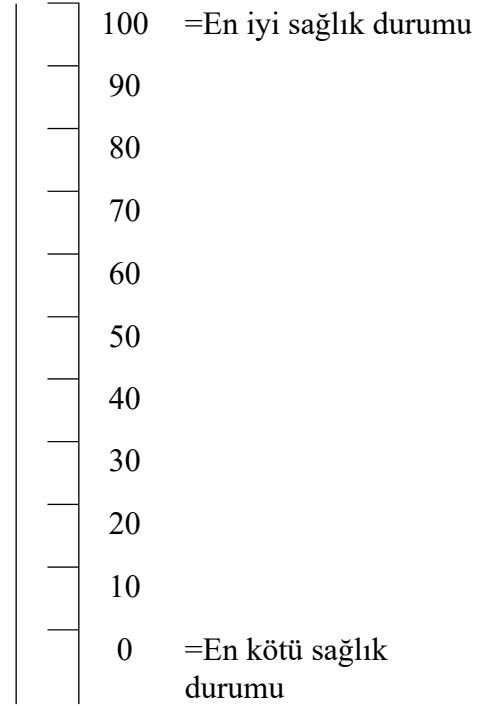
	Çok endişeleniyorum	Biraz endişeleniyorum	Fazla endişelenmiyorum	Hiç endişelenmiyorum
23- Gelecek ay nöbet geçirerek 'etrafa mahcup olurum ya da başka sosyal sorunlar olabilir' diye endişeleniyor musunuz?	1	2	3	4

24- Şu anda kullandığımız ilaçları uzun süre kullanmanız gerekirse size zararlı olacağı konusunda ne kadar endişelisiniz?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Aşağıdaki her bir sorunun sizin için ne kadar **rahatsız edici** olduğunu 1-5 arasında işaretleyiniz. 1: Hiç rahatsız edici değil, 5: Son derece rahatsız edici

	1.Hiç rahatsız edici değil	2	3	4	5. Son derece rahatsız edici
25-Nöbetler	1	2	3	4	5
26-Unutkanlıklar	1	2	3	4	5
27-İş yapmada sınırlılıklar	1	2	3	4	5
28-Sosyal hayattaki sınırlılıklar	1	2	3	4	5
29-Epilepsi ilaçlarının fiziksel etkileri	1	2	3	4	5
30-Epilepsi ilaçlarının zihinsel etkileri	1	2	3	4	5

31- Sağlığınızla ilgili düşünceniz (ne kadar iyi ya da ne kadar kötü) nedir? Aşağıdaki termometre skalasında düşünülebilir *en iyi sağlık durumu* **100**, *en kötü sağlık durumu* ise **0** olarak verilmiştir. Lütfen termometre üzerinde bir sayı işaretleyiniz. Bu soruyu yanıtlarken sara hastalığınızı lütfen sağlığınızın bir parçası olarak değerlendiriniz.



(Varsa)Düşünceleriniz?.....
.....
.....

EK-4: Etik Kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.12.2021-E.99465



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-11811414-050.03-99465
Konu :Etik Kurul Karar Formu

27.12.2021

Sayın Prof. Dr. Sultan ESER

Kurulumuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tunay KARLIDERE
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurul Karar Formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSL5U45HRS Pin Kodu :64262

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres:Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Çağış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR

Telefon:2666121400 Faks:2666121412

Web:http://www.balikesir.edu.tr

Keş Adresi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Tevfik Yıldırım

Unvanı: Şube Müdürü

Tel No: 2666121400





T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Epileptik Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Nöbet Sıklığı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sultan ESER
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Ronayi BİRTANE Yüksek Lisans Öğrencisi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Model
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/37	Tarih: 07/12/2021
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmanızın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Tunay KARLIDERE	Başkan		X	
Prof. Dr.	Osman İrfan İLHAK	Başkan Yardımcısı		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü		X	
Doç. Dr.	Alper VATANSEVER	Üye		X	
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	

EK-5: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.01.2022-E.107982



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-93559075-044-107982
Konu : Anket İzni (Ronayi BİRTANE)

23.01.2022

Sayın Ronayi BİRTANE

İlgi : 07.01.2022 tarihli dilekçeniz

Dilekçenizde bahsi geçen "Epileptik Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Nöbet Sıklığı ile İlişkisi " isimli anket çalışmanızı Hastanemiz Nöroloji Polikliniğine başvuran epileptik hastalara yapmanız uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Mine İslimye TAŞKIN
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSV5FS2N4S Pin Kodu :24772
Adres:Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çağış Yerleşkesi
Telefon:0 (266) 612 10 10 Faks:0 (266) 612 10 23 - 612 12 94
e-Posta:hastane@balikesir.edu.tr Web:hastane.balikesir.edu.tr
Kep Adresi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Bilgi için: Kıvanç Küçükergin
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 6121010-1700



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

‘Epileptik Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Nöbetler ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi’ ile ilgili yeni bir araştırma yapmayı planlıyoruz. Bu araştırmanın amacı **Epileptik Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Nöbetler ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**’ni belirlemektir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki, bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz, bu formu imzalayınız. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, **Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Epileptik Hastalarda Nöbet Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi**’nin ortaya konulmasıdır. **Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı** ‘ında gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarılı bir şekilde tamamlanabilmesi için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Sorumlu araştırmacı **Prof. Dr. Sultan ESER** veya onun görevlendireceği bir yardımcı araştırmacı tarafından veri toplanacak ve elde edilen veriler kaydedilecektir. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için **Epileptik Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Nöbetler ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**’ne ilişkin veriler yüz yüze görüşülerek **anket** toplama yöntemi kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan yöntemlerde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir. Sayın **Ada BİRTANE ALTAN** tarafından **Balıkesir Üniversitesi**’nin **Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı**’nda gerçekleşecek olan ölçüme dayalı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu

araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin gizlilikle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence araştırmacılar tarafından verildi (*Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim*). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde, Sayın **Ada BİRTANE ALTAN'** 1 no'lu telefonlardan da arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih: /.... /.....

Gönüllü Katılımcının

Sorumlu Araştırmacının

yada Yasal Temsilcisinin

Adı ve Soyadı:

Adı ve Soyadı:

Adres:

Adres:

Telefon:

Telefon:

İmza:

İmza:



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...



Balıkesir Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlık Binası
Çağış Yerleşkesi/BALIKESİR



(0 266) 612 14 62
sagbilen@balikesir.edu.tr
<http://www.balikesir.edu.tr>

