



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANİYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

ACİL TIP KLİNİĞİ

**ERİŞKİN ACİL SERVİS İLE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Rıza GÜCAL

İSTANBUL/2020



**T.C.
Sğlık Bilimleri Üniversitesi
ÖMRANİYE Sğlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
ACİL TIP KLİNİğİ**

**ERİşKİN ACİL SERVİS İLE AİLE Sğlığı Merkezine
BAşVURAN HASTALARIN Sğlık Okuryazarlığı
DÜZEYLERİNİN KARşILAşTIRILMASI**

Dr. Rıza GÜCAL

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah ALGIN
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

İSTANBUL/2020

TEŞEKKÜR

Acil Tıp Kliniğindeki uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi, görgü, bilimsel ve klinik tecrübeleri ile bana önderlik ederek bilimsel ufkumu genişleten, klinik içi ve dışı tüm sorunlarımda yardımcı olan Acil Tıp Klinik Eğitim Sorumlumuz sayın Doç. Dr. Serkan Emre Eroğlu' na;

Geçirdiğim süre boyunca kattığı vizyon, destek ve oluşturduğu rol model için Doç. Dr. Gökhan Aksel'e

Tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde destek, ilgi ve anlayışını esirgemeyen, beni yönlendiren tez hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdullah ALGIN'a; hastane içi ve dışında emeklerini esirgemeyerek yardımcı olan tüm acil tıp uzman doktorlarına,

Beraber 4 sene geçirdiğim, emeklerini unutamayacağım ve ailem olarak gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma,

Tez süresince her soruma yanıt veren Uzm. Doktor Mehmet Muzaffer İslam'a, yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Sevgi Akova, Uzm. Dr. Serdar Özdemir ve Uzm. Dr. Hatice Şeyma Akça'ya,

Eş kıdemlerim, Deniz Berra ve Yunusov'a

Uzmanlığa giden yolda, dört yıl boyunca sevgi, saygı ve uyum içinde çalıştığım acil servis hemşire ve personeline,

Stresli zamanlarımda yanımda olan Özge'ye

Saatin kendisi mekân, yürüyüşü zaman, ayarı insandır... Bu da gösterir ki, zaman ve mekân insanla mevcuttur!" (Saatleri Ayarlama Enstitüsü- A.H. Tanpınar). Mevcudiyeti ile çocukluk yıllarımdan beri zaman ve mekanımı anlamlandıran dostlarım Ali, Anılcan, Armağan, İbrahim, Mert ve Volkan'a

Beni bu günlere getirirken hiçbir fedakârlığı esirgemeyen, her an varlıklarını yanımda hissettiğim sevgili anne, babama,

3 yıldır aynı evde yaşadığım, hayatımı kolaylaştıran, dert ortağım sevgili kardeşim Berkay'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Rıza Gücal

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR	iv
TABLolar	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	3
2.2. Sağlık Okuryazarlığının Tarihi.....	3
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	4
2.3.1. Nutbeam modeli:.....	4
2.3.2. Lee Modeli:	5
2.3.3. Zarcadoolas Modeli:.....	6
2.3.4. Baker Modeli:.....	7
2.3.5. Freedman Modeli:	7
2.3.6. Sorensen Modeli:	7
2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	8
2.5. Sağlık Okuryazarlığını Ölçme ve Değerlendirilme	9
2.5.1. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (REALM):	9
2.5.2. Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults) (TOFHLA):.....	10
2.5.3. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası (Health Activities Literacy Scale) (HALS):	10
2.5.4. En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (The Newest Vital Sign) (NVS):.....	10
2.5.5. Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması (Single Item Literacy Screen) (SILS):	10
2.5.6. Tıbbi Terminoloji Okuma Başarı Testi: (The Medical Terminology Achievement Test) (MART):.....	11
2.5.7. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR):	11
2.5.8. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32):	11
2.5.9. Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN):.....	12

2.6.	Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	12
2.7.	Acil Serviste Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinin Önemi:.....	13
2.8.	Acil Olmayan Hastaların Acil Servis Tercih Nedenleri	14
2.8.1.	Birinci Basamakta Aile Hekimliği ve Hastanelerdeki Branş Hekimlerine Ulaşma Zorluğu:	14
2.8.2.	Görüntüleme ve Laboratuvar Hizmetlerinde Gecikmeler:.....	14
2.8.3.	Sosyal Güvence Problemleri:	15
2.8.4.	Aciliyet Derecesinin Hasta Tarafından Hatalı Algılanması:.....	15
2.9.	Acil Servisi Gereksiz Kullanımının Neden Olduğu Sorunlar	15
2.9.1.	Mortalite Artışı:.....	15
2.9.2.	Hastaların uzun süre ağrı ve rahatsızlık durumlarına maruz kalmaları:.....	15
2.9.3.	Hasta Memnuniyetinde Azalma:.....	15
2.9.4.	Çalışan Memnuniyetinde Azalma:	16
2.9.5.	Sağlık Çalışanlarının Verimliliğinde Azalma:	16
2.9.6.	Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet:	16
2.9.7.	Maliyet Artışı:	16
3.	GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1.	Çalışma Merkezi.....	17
3.2.	Veri Toplama ve Kaydetme.....	17
3.3.	İstatistiksel Analiz	18
3.4.	Çıkar Çatışması	19
4.	BULGULAR	20
4.1.	Demografik Özelliklerin Dağılımı	20
4.2.	Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi.....	26
5.	TARTIŞMA.....	37
6.	KISITLILIKLAR.....	43
7.	SONUÇ.....	44
8.	KAYNAKLAR.....	45
9.	EKLER	52

KISALTMALAR

AS: Acil Servis

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkçe Uyarlaması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HALS: Health Activities Literacy Scale

MART: The Medical Terminology Achievement Test

NVS: The Newest Vital Sign

SILS: Single Item Literacy Screen

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

SOY-SEN: Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 1. Nutbeam Modeli	4
Şekil 2. Lee Modeli.....	6
Şekil 3. Baker Modeli	7
Şekil 4. Sorensen Modeli	8
Şekil 5. Sağlığı Etkileyen Faktörler	9
Şekil 6. Hasta Akış Şeması	20
Şekil 7. Meslek Gruplarının Dağılımı.....	22
Şekil 8. Eğitim düzeyi dikotomize edilmiş haliyle ASve ASM başvuruları	24
Şekil 9. Sağlık Merkezine Başvuru Sebepleri.....	25
Şekil 10. Başvuru merkezi ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı indeks değerlerini	28

TABLÖLAR

Tablo 1. TSOY-32 2X4'lük Matris Bileşenleri ve İçerikleri	12
Tablo 2. Sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkileri	13
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Verilerinin Dağılımı	21
Tablo 4. ASM ve AS başvuru grupları arasında demografik verilerin dağılım oranlarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 5. Başvuru merkezlerine göre tanı kodlarının karşılaştırmaları.	26
Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre SOY Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 7. Yaş ile okur yazarlık indeksi arasında korelasyon analizi.	27
Tablo 8. Acil servise başvuran hastalarda demografik özelliklere göre sağlık okuryazarlığı indeksi puanı	29
Tablo 9. ASM'ye başvuran hastalarda demografik özelliklere göre sağlık okuryazarlığı indeksi puanı	30
Tablo 10. Demografik Özelliklere göre SOY düzey dağılımı.....	31
Tablo 11. Gruplar arasında okur yazarlık indeksi boyut puanının karşılaştırılması....	32
Tablo 12. ASM ve Acil servis başvuru grupları arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımları	33
Tablo 13. Başvuru merkezlerine ve tanı kodlarına göre sağlık okuryazarlığı düzey dağılımları	34
Tablo 14. Acil servise başvuran hastaların tanı kodlarına göre ortalama sağlık okuryazarlığı indeksi puanı	35
Tablo 15. TSOY-32 anketine AS'de verilen yanıtların yüzdesi ve zorluk düzeyinin merkezlere göre kıyaslanması	36

ÖZET

Amaç

Bu çalışma ile, acil servis yeşil alana başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini ortaya koymayı; bu düzeyi aile sağlık merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeyiyle karşılaştırarak ülkemiz literatürüne katkıda bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız tek merkezli, prospektif, gözlemsel anket çalışması olup, erişkin acil servise ayaktan başvuran ve Kanada triaj sınıflaması 4-5 olan hastalar ile ASM'ye başvuran 18 yaş üstü hastalardan oluşmaktadır. Hastalar eğitim durumlarına, mesleklerine ve gelir-gider durumlarına göre alt gruplara ayrıldı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşları 18 ile 82 arasında değişmekte olup yaş ortancası 36 (26-45) saptandı. Çalışmaya katılan toplam 480 kişinin 205'i (%42,7) erkek, 275'i (%57,3) kadındı. Çalışmaya dahil edilen 480 hastanın 169'u (%35,2) Aile Sağlığı Merkezi'ne, 311'i (%64,8) acil servise başvuranlardan meydana gelmekteydi. Medeni durum bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0.446$). İlkokul mezunu hastaların AS başvurularının ASM başvurularından yüksek olduğu, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının ise ASM başvurularının acil servis başvurularından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,02$). ASM ve AS başvurularında sağlık okuryazarlığı indeks puanı ($p=0.364$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ancak indeks alt gruplarından sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ($p=0.042$) ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ($p=0.035$) ortalama skorları acil servise başvuranlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu.

Sonuç

AS'lerin yoğunluğunun azaltılmasında, eğitim düzeyi, mesleği ve gelir düzeyi ayrımı olmaksızın, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımının artırılması ile ilgili toplumumuz bilgilendirilmeli, SOY düzeyleri arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Sağlık okuryazarlığı, TSOY-32



ABSTRACT

Purpose

With this study, we aimed to reveal the health literacy levels of patients who applied to the emergency service green area, and to contribute to the literature of our country by comparing this level with the health literacy level of patients who applied to family health centers.

Materials and Methods

Our study is a single-center, prospective, observational questionnaire study, consisting of outpatients who were admitted to the adult emergency department and it consists of Canadian triage classification patients which is 4-5 and patients over 18 years old who applied to family health center. The patients were divided into subgroups according to their education, profession, and income-expense status.

Results

The ages of the patients included in the study ranged from 18 to 82, and the median age was 36 (26-45). The number of the people who are participating to the study was 480. 205 (42.7%) of these people were male and 275 (57.3%) were female. The patients who included in the study, 169 (35.2%) were admitted to the Family Health Center and 311 (64.8%) to the emergency service. There was no statistically significant difference between the groups in terms of marital status ($p = 0.446$). It was found that primary school graduate patients' emergency service applications were higher than ASM applications, while university and graduate graduates's ASM applications are higher with statistically significantly than emergency service applications. (respectively $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.02$, respectively). There was no statistically significant difference in terms of health literacy index score ($p = 0.364$) in ASM and emergency room admissions. However, the mean scores of accessing health-related information ($p = 0.042$) and understanding health-related information ($p = 0.035$) from index subgroups were found to be statistically significantly lower in those who presented to the emergency department.

Conclusion

In reducing the density of emergency services, our society should be informed about increasing the use of primary health care services, regardless of education level, profession and income level, and health literacy levels should be increased.

Keywords: Emergency Service, Health Literacy, TSOY-32



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Modern toplumlarda ilerleyen teknoloji ve sosyal gelişimle birlikte insanların kendi sağlıklarını ve hastalıklarını iyi anlamaları beklenir. Bu amaçla çeşitli bilgiler toplumun ulaşabileceği seviyededir. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak, anlamak ve kullanmak ise Sağlık okuryazarlığı kavramını doğurmuştur. Sağlık okuryazarlığı (SOY), kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili kararlar almasına yardımcı olan, daha sağlıklı yaşamasını sağlayan, sağlık hizmeti verenler için ise çeşitli yeteneklerin edinilmesine imkan veren bir öge olarak tanımlanmaktadır (1). Sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık hizmetlerinden doğru ve hızlı hizmet almalarında önemli bir yeri vardır. SOY seviyesi düşük olan bireyler, sağlıklarıyla ilgili yanlış kararlar alarak, sağlık sisteminin iş yükünün artmasına, tanı ve tedavilerde gecikmeye, birey ve toplumla ilgili hastalıklarda morbidite ve mortalitenin de artmasına yol açmaktadır (2,3).

SOY, koruyucu sağlık hizmetlerinden doğru yararlanmada, tedavinin doğru uygulanmasında, sağlık sunucularıyla iyi iletişim içinde olarak bireyin, kendisi ve çevresi için gerekli klinik becerilerini kazanmasında önemlidir. Düşük sağlık okuryazarı olan bireylerin kanser, kalp rahatsızlıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme oranı , SOY düzeyi yüksek bireylere göre daha yüksektir (4). Bireylerin ve aynı zamanda toplum sağlığını etkileyen sonuçlarından dolayı SOY sağlık hizmetlerinin ve halk sağlığının önemli konularından birisi olarak görülmektedir (5).

Acil servis, hastaların sağlık hizmetine sıra beklemeden, randevu almadan kolay, hızlı erişebildikleri ve muayene sonucu istenen tetkiklerin kısa zamanda sonuçlandığı hastanenin vitrini olan birimdir. Acil servis bu hizmetleri acil sağlık müdahalesi gerekenler için sunmaktadır. Ancak toplumda bu hizmetlerden gereksiz bir şekilde yararlanmak isteyen, sunulan sağlık hizmetlerinin basamaklarını takip etmeden diğer birimlerin yerine acil servisi tercih eden hastalar da mevcuttur. Bu durum, hastaların sağlık hizmetlerini kullanmadaki bilgi eksikliğini ve “aciliyet” kavramını doğru anlamadığını düşündürmektedir. Ülkemizde acil servis başvuru ortalamasının tüm hastaların %30’u civarında olması göz önüne alındığında, ülkemiz

sağlık okuryazarlığının düşük olması, acil servis yoğunluğunda etkili olduğunu düşündürmektedir (6).

Biz bu çalışma ile daha önce yapılmış ülkemiz geneli sağlık okuryazarlık çalışmalarını da gözden geçirerek acil servis yeşil alana başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini ortaya koymayı; bu düzeyi aile sağlık merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeyiyle karşılaştırarak ülkemiz literatürüne katkıda bulunmayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Okuryazarlık, bireyin sadece okuma yazma yeteneği değildir , bireyin karar alma ve problem çözme yeteneği ile fikir ve düşüncelerini ortaya koyma, okuma, yazma ve sayıları kullanarak bilgiye ulaşma olarak tanımlayabiliriz(7). Okuryazar olmak sağlık okuryazarı olmak değildir. Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylerin kendi sağlığını devam ettirebilmesi için gerekli bilgiye ulaşma, o bilgiyi değerlendirebilmesi için gerekli bilişsel ve sosyal becerilerin tümü aklı gelir (3). Amerikan Tıp Derneği (AMA) SOY tanımı için sağlık okuryazarlığını hasta eğitim broşürleri, taburculuk, kontraendikasyon bilgileri, rıza formları gibi sağlık materyallerini okuyup anlamlandırabileceği basit okuma ve sayısal beceriler şeklinde tanımlamıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu tanımlardan farklı olarak, sağlık okuryazarlığı kişinin sağlığını korumak ve sağlığına kavuşmak için bilgiyi elde etme, anlama, kullanma kapasitesi ve motivasyonunu belirleyen sosyal ve bilişsel beceri olarak tanımlamıştır(8). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri tarafından yayınlanan sözlükte SOY; “sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal becerileri” olarak tanımlamıştır (9).

2.2. Sağlık Okuryazarlığının Tarihi

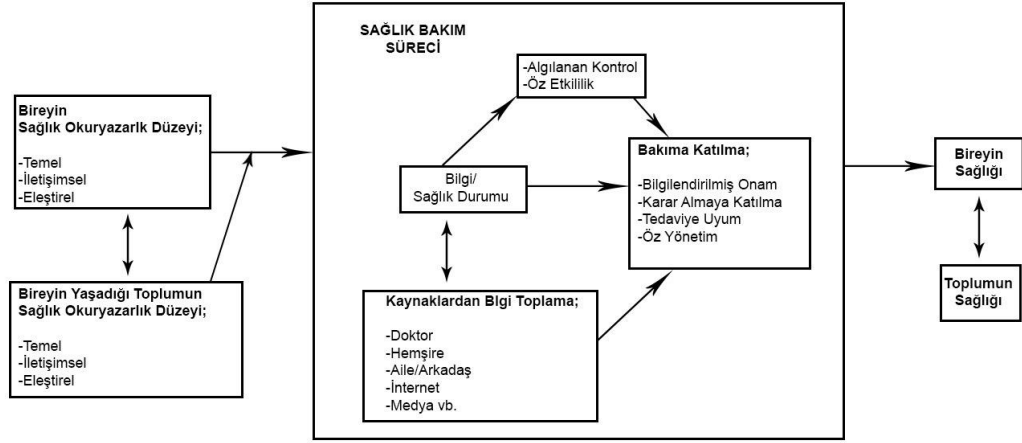
SOY ilk kez 1974’te Simonds tarafından yazılan makalede tanımlanmıştır (10). Bu tarihten sonra bu tanım farklı kişiler, kuruluşlar ve derneklerce dikkat çekilen bir konu olmuş farklı tanımlar yapılmıştır (3). 1978 Alma Ata Bildirisi ile SOY’un sadece birey odaklı olmadığı toplum odaklı çabalarla geliştirilebileceği konusu gündeme gelmiştir. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı (International Conference on Health Promotion) ise ilk olarak 1986 yılında Kanada’da (Ottawa) toplanmıştır. Konferans sonunda yayınlanan Ottawa sözleşmesinde (Ottawa Charter) sağlığın gelişmesi, kişilerin sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırarak, kamu politikası ve destekleyici ortam oluşturarak sağlanacağı

belirtlmifltir. Bu kişisel gelişim ve güçlendirme noktasında ise sağlık okuryazarlığı yer almaktadır (11).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

Sağlık okur yazarlığı sağlıkla ilgili bilgileri okuma anlamının haricinde farklı kavramları ve boyutlarıyla ele alınması kavramı olduğundan farklı modeller tanımlanmıştır. Bu modellerden en çok kabul göreni Don Nutbeam'in modelidir (Şekil 1) (12).

Şekil 1. Nutbeam Modeli(13)



2.3.1. Nutbeam modeli:

Bu modelde sağlık okuryazarlığının birey ve toplumun yararları ön plandadır. Halk sağlığı ve birey bu modelde öne çıkar. Sağlık okuryazarlığında, her bireyin kendi sağlığı ve bunu etkileyen sosyal ve çevresel bileşenleri vardır. Bu model içinde üç okuryazarlıktan bahsedilir. Bireylerin okuryazarlık ve sağlık bilgi birikimleri gibi bireysel özellikler ile hasta sağlık çalışanı iletişimi ve sağlıkla ilişkili mesajlar gibi sağlık hizmetlerine dikkat çekilir. Bu modelde sağlık okuryazarlığı üç düzeyde tanımlanmıştır (14).

Fonksiyonel (Temel) sağlık okuryazarlığı: Bu düzey kişinin günlük olaylarda etkili bir şekilde kullanabileceği temel sağlık okuma yazma becerisini kapsar. Sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı vardır. Temel okuryazarlık bilgisinin yanında sağlık

eğitimi ve sonuçlarını içeren bilgileri tanımlar. Ayrıca beslenme, egzersiz, ilkyardım vb. koruyucu sağlık hizmetlerini ve bu konudaki bilgileri nasıl kullanacağını bilir.

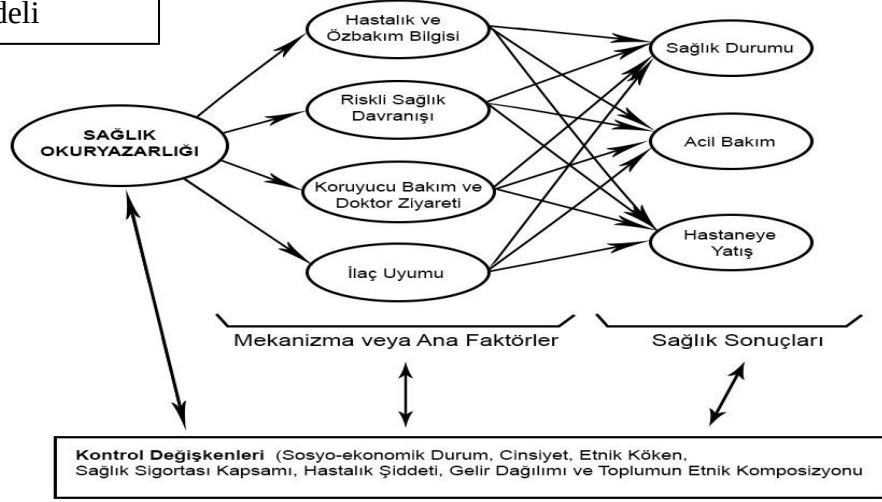
İletişimsel (Etkileşimli) sağlık okuryazarlığı: Bu düzey günlük sağlık ile ilgili aktiviteleri gerçekleştirirken, bilgi edinirken ve iletişimin farklı şekillerinden anlam çıkarabilmeyi, şartları değiştirmek için yeni bilgiyi kullanmayı ifade eden ileri düzey becerilerdir. Hastanın becerilerinin geliştirilmesini içerir. Her koşulda yeni bilgilere ulaşabilmek için iletişimsel ve sosyal becerileri kullanabilmeyi ifade eder. Bu bireyler sağlıkla ilgili aktivitelere katılabilirler. Sağlıkla ilgili verilen mesajlarını anlarlar. Bu bilgileri doğru kullanarak iyi beslenme, egzersiz gibi koruyucu tedbirler alırlar.

Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı: Sağlık risklerinin farkında olmak, sağlık sorunlarını tanımlayabilmek, sağlıkla ilgili çözümlere katılabilmek ve sağlık haberlerine eleştiri getirebilme becerilerini de içerir. Sağlık ile ilgili bilgilerini eleştirisel analiz etmek, bu bilgiyi yaşamsal olaylarda ve durumlarda kullanabilme yeteneğini içeren en ileri derecedeki okuryazarlığıdır (1,14). Bu sağlık okuryazarlığı, belli sağlık bilgisine sahip olmanın yanında sağlık bilgilerinin eleştirel analizini yapabilme bilişsel ve sosyal becerileri olan bireyleri ifade eder.

2.3.2. Lee Modeli:

Bu model, sağlık okuryazarlığı ile kişilerin sağlık durumu ve sağlık merkezi kullanımını arasındaki ilişkiyi açıklar. Kişilerin hastalık bilgisi ve öz bakımı, tehlikeli sağlık davranışları, koruyucu bakım, rutin hekim ziyaretleri ve ilaç uyumluluğunu konu alır. Bu model düşük sağlık okuryazarlığının sonucu olarak düşük tıbbi bilgi, kötü sağlık davranışı, düzensiz hekim ziyareti, kötü koruyucu bakım ve ilaç uyumsuzluğunu kapsar (15).

Şekil 2. Lee Modeli



2.3.3. Zarcadoolas Modeli:

Sağlık okuryazarlığı olan bir kişi sağlık kavramlarını ve bilgilerini üreterek, yeni durumlara uyum sağlayabilir. Sağlık okuryazarlığı olan bir kişi sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlarla ilgili süregelen kamu ve özel diyaloglara katılabilir. Sağlık okuryazarlığı kişinin hayatı boyunca gelişir ve çoğu karmaşık insan özelliği gibi, demografik, sosyopolitik, psikososyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra sağlık durumundan da etkilenir. Bu model SOY’u dörde ayırmıştır (16). Temel okuryazarlık; bu terim sağlık okuryazarlıkta bireylerin, okuma, yazma, konuşma ve sayıları yorumla becerisi olarak ifade edilir. Sağlıkla ilgili bilgileri okuyabilme, yazabilme, başkası ile bu bilgileri konuşabilme, sağlıkla ilgili sayılarla işlem yapabilme, ilaç dozlarını anlama becerilerini içermektedir. Bilimsel okuryazarlık; bu okuryazarlık, sağlıkla ilgili bilim ve teknoloji alanındaki bilgi durumunu anlama ve bu hizmetlerden yararlanma ile ilgili becerilerini kapsar. Yurttaşlık okuryazarlığı; bu okuryazarlık, toplumsal olayların farkında olma, kişisel kararlarının toplum sağlığını üzerindeki etkileri gibi konulardaki bilgi becerileri ifade etmektedir. Kültürel okuryazarlık; sağlık bilgilerini yorumlanabilme ve bunlara göre hareket etmek için toplumun inançlarını geleneklerini, dünya görüşünü ve sosyal kimliğini tanıyıp, kullanma yeteneğini içeren kültürel okuryazarlıktır.

2.3.4. Baker Modeli:

Öne sürdükleri sağlık okuryazarlığı modelinde bireylerin sağlıkla ilgili yazılı ve sözel bilgileri değerlendirebilme kapasitesini içerir. Bireysel iletişim kapasitesi, toplumun ve sağlık sisteminin taleplerine bağlı olarak kişinin sağlık okuryazarlığını temellerini oluşturur (Şekil 3) (17).

Şekil 3. Baker Modeli



2.3.5. Freedman Modeli:

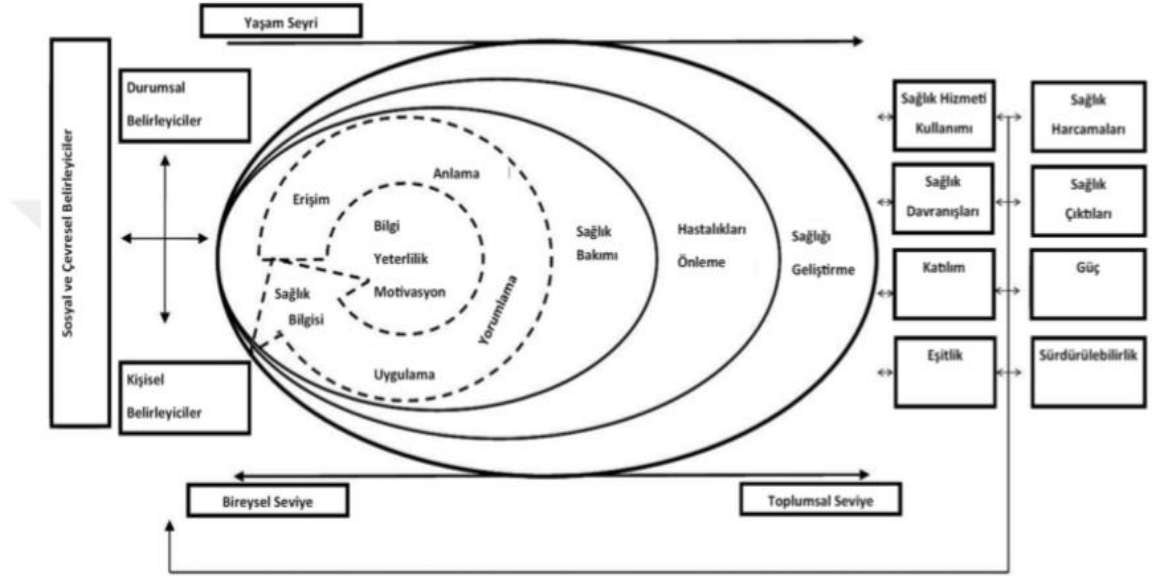
Freedman ve arkadaşlarının öne sürdükleri modelde, sağlık okuryazarlığı sadece bireysel ve halk sağlık okuryazarlığı olarak iki bileşene ayırmış ve eşit önem arz ettiğini belirtmiştir. Bu modelde bireyin bilgi ve davranışının toplumu etkilediği vurgulanmaktadır (18).

2.3.6. Sorensen Modeli:

Mevcut modellerin çoğu statik bilgi üzerine kurulmuştur ancak Sorensen'e göre SOY, farklı birçok bilgiyi barındırır. Bu modelde sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama ve ulaşılan bilgileri kullanma gibi aşamalarının olduğu belirtilir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı, doğru kullanım olmaması durumunda sağlıkla ilgili artan maliyetleri ve sağlık hizmet

sonuçları üzerindeki bunların etkileri üzerinde durur. Diğer modellerde eksik olduğu düşünülen konuların bu modelle aydınlatılması hedeflenmiştir (Şekil 4) (5).

Şekil 4. Sorensen Modeli

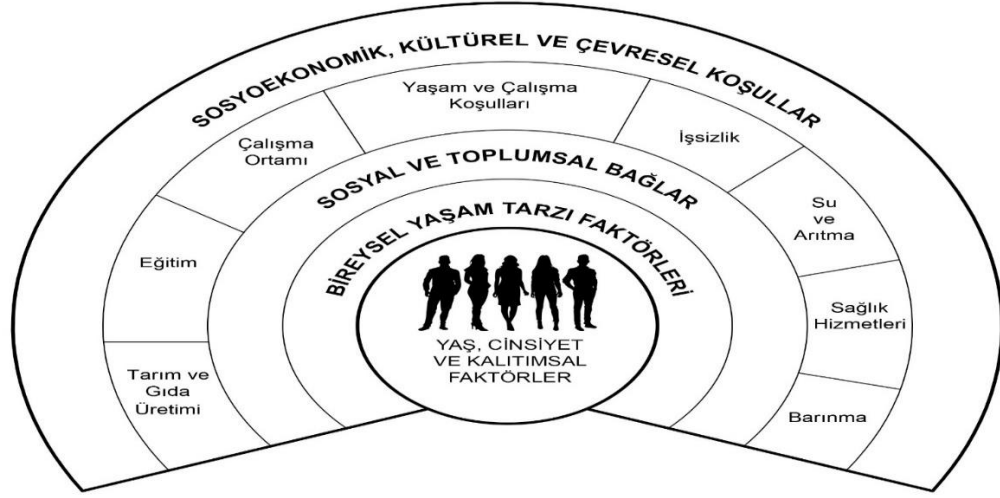


Sağlık okuryazarlığı ile ilgili öne çıkan tüm modeller sağlık bilgisini bulma, elde etme bu bilgiyi anlama, filtreleme, karar verme, değerlendirme ve bu bilginin sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için kullanma yeteneği olarak SOY kavramını ortaya çıkarmaktır (19).

2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlığın tayin edilmesinde bireyin cinsiyeti, yaşı, genetik yapısı, hayat tarzı, toplum ve sosyal ilişkileri, hayat ve iş şartları ile bulunduğu çevresel, kültürel ve sosyo-ekonomik koşullar rol oynamaktadır (Şekil 5) (20). Sağlık okuryazarlığı ise; kişilerin becerileri, okuryazarlığını etkileyecek eğitimi, sunulan sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları, kültürel ve toplumsal faktörler, kullanılan medya, verilen eğitimler ve aile ortamı, çalıştıkları iş ve bulundukları toplumdaki sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (21).

Şekil 5. Sağlığı Etkileyen Faktörler



2.5. Sağlık Okuryazarlığını Ölçme ve Değerlendirilme

SOY kavramı 1990 yılı sonrasında daha da dikkat çekilen bir konu olmuş ve SOY değerlendirilmesinde kullanılmak için bazı ölçekler geliştirilmiştir. Farklı toplumların sağlık okuryazarlığını ölçen evrensel bir ölçüm yöntemi bulunması oldukça zor olmuştur (22). Geliştirilen ölçeklerin dili daha çok İngilizce ve İspanyolcadır.

Sağlık okuryazarlık ölçümü zor bir işlemdir. Çünkü sağlık okuryazarlık ölçümü; okuma, yazma, dinleme, konuşma, kültürel ve kavramsal bilgiye ulaşma gibi birden fazla beceriyi ölçmeyi gerektirir, sadece tek bir beceriye dayandığında eksik olmaktadır. Bu eksiliği gidermek için farklı ölçekler tanımlanmıştır.

2.5.1. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (REALM):

Tıbbi terimleri okuma, telaffuz etme ve kelime haznesini ölçen bir testtir. 66 sorudan oluşur. Bu sorular tıbbi kelimenin telaffuzundan oluşmaktadır. Bu testte zaman sınırlaması vardır. Uygulama süresi 3-5 dakika arasındadır. Kısa bir testtir. 2010 yılında Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (23).

2.5.2. Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults) (TOFHLA):

Kişilerin okuduğunu anlama ve sayısal becerilerini ölçen bir testtir. İki aşamadan oluşur. İlk bölümde kişilere sağlıkla ilgili bilgi verilip bu bilgiye yönelik sorular sorulur; diğer bölümde bireylerin sağlık ile ilgili konularda verilen cümlelere uygun kelimeleri seçip boşlukları doldurması istenir. 2014 yılında Türkçe versiyonu ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (24). Sıklıkla kullanılan bir testtir. Ancak test süresi 22-26 dakika tutar. Daha kısa sürede tamamlanan S-TOFHLA testi geliştirilmiştir. Bu testle bireyin sağlık metinlerini ve sayısal verileri okuyabilme, anlayabilme becerileri ölçülmesi hedeflenir. Değerlendirme 100 puan üzerinden yapılır. 3 düzey üzerinden değerlendirilir (25);

0-59=Yetersiz SOY, 60-74= Sınırlı SOY, 75-100= Yeterli SOY.

2.5.3. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası (Health Activities Literacy Scale) (HALS):

Bu test kişilerin var olan sağlıklarının korunması, sağlığı geliştirme, hastalıkları engelleme, sağlık bakımının devam ettirilmesi ve gerekli hizmetlere ulaşım ile ilgili beş konuya ait bilgileri ölçer. Yaklaşık 30-40 dk süre gerektirir. Kapsamlı bir testtir ancak uzun süre alması tercih edilmesini engellemektedir (17).

2.5.4. En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (The Newest Vital Sign) (NVS):

Altı sorudan oluşan bir testtir. Kişilerin sağlık bilgi metnini okumasını ve anlamasını test eder. Oldukça kısa, orta derecede doğru ve kısıtlı okuma becerisi olan bireyleri tespit etmede iyi bir testtir (26).

2.5.5. Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması (Single Item Literacy Screen) (SILS):

Bu testte bireylere ‘doktorunuzdan veya eczacınızdan aldığınız broşür, talimat gibi yazılı materyalleri okurken ne sıklıkla başkasından yardım almaya ihtiyacınız olur? sorusu yöneltilir. Kısıtlı okuma becerileri olan insanları tespit etmekte iyi ve pratik bir testtir (27).

2.5.6. Tıbbi Terminoloji Okuma Başarı Testi: (The Medical Terminology Achievement Test) (MART):

Sağlık okuryazarlığı becerisini ölçen 42 adet tıbbi kelimededen oluşur. Testi yapanlar kelimeleri telaffuz edemediklerinde açıklama yapmalarına izin verilir çünkü kelimeler reçete etiketleri gibi küçük yazılmıştır. Bu test bireylerin anlama yeteneğini ölçmemesidir (28).

2.5.7. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR):

T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik planlarından biri olan sağlık okuryazarlığını geliştirilmesi için 2016 yılında Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayı çatısı altında 3 adet Türkçe sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirmiştir (29,30) .

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU), Türkçeye uyarlanmış halidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. 47 adet anket sorusu içermektedir. Puanlama HLS-EU çalışması gibi 50 üzerinden yapılır.

2.5.8. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32):

Bu test HLS-EU çalışması temel alınarak geliştirilen 32 soruluk sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır. İndeks = (ortalama-1) x (50/3).

Bu hesaba göre, aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak sınıflandırılır.

Tablo 1. TSOY-32 2X4'lük Matris Bileşenleri ve İçerikleri

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve Hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

2.5.9. Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN):

Türkçe bu ölçek HLS-EU çalışmasını temel alarak 4 senaryodan oluşmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmayı, bilgiyi anlamayı, bilgiyi değerlendirmeyi ve bilgiyi kullanma konularını ile ilgili senaryolar verir. Senaryo ölçeği olarak iltir.

2.6. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

SOY, bireylerin yaşamı için sunulan sağlık hizmetlerinden kaliteli hizmet almasını arttırır. SOY, koruyucu sağlık hizmetlerinden doğru yararlanmada, tedavinin doğru uygulanmasında, sağlık sunucularıyla iyi iletişim kurulmasında ve çevresi için gerekli klinik becerilerin kazanılmasında önemlidir.

SOY düzeyi yüksek olan bireyler sağlık sunucularından gerekli zamanda doğru ve hızlı olarak hizmet alırlar. Sağlık okuryazarlığı düşük olanlar ise diyet,

egzersiz gibi koruyucu sağlık hizmetlerini daha az önem vermektedir (4). SOY düzeyi düşük olanların daha az mamografi taraması ve grip aşısı yaptırdığı , kendisine reçete edilen ilaçları kullanma talimatına göre kullanmadığı, sağlıkla ilgili mesajları ve yazıları yorumlayamadığı, bazı literatür kaynaklarında açıkça vurgulanmıştır (31).

Yetersizliğinde toplum sağlık sunum maliyetlerinde artmaya neden olmaktadır. Aynı zamanda kendilerine veya yakınlarına sağlıkla ilgili verilen önerileri, tedaviyi hastalar anlamamakta, sağlık sorunlarını çözmekte zorlanmakta, tedavileri önerilen şekilde yerine getirmemekte ve hatta bu durumlar sonucunda bazı hastalar kendi sağlığına zarar verebilmekte veya tüm bunların sonucunda tedavileri gecikmektedir (32)(Tablo 2).

Tablo 2. Sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkileri

- Sağlıksız bir yaşamın sürdürülmesi
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği
- Sağlıklı yaşam için koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar
 - Sağlık taramalarında, aşı ile korunmada eksiklikler
 - Egzersiz, diyet programlarında eksiklikler
- Sağlık harcamalarında artış
- Var olan hastalıklar için sunulan tedaviye uymada eksiklikler, ilaç kullanım hataları
- Artmış mortalite

2.7. Acil Serviste Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinin Önemi:

İnsanın kendisi ya da yakınları için hangi sıklıkla, ne tür sağlık sorunlarında, hangi sağlık kurumuna ve hangi doktora başvuracağı konusundaki bilgisi kendisinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha nadir kullandıkları, tarama programları, aşılama, egzersiz ve rutin sağlık kontrollerini yeterince önemsemedikleri görülmekte ve sağlık profesyonelleri tarafından hastalıkları tedavi etmek üzere verilen talimatları

yerine getirmede zorlandıkları, acil servise daha fazla başvurdıkları görülmüştür (33).

SOY düzeyi düşük olan hastaların, sağlığını negatif etkileyecek iletişim sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Söz konusu hastaların, sağlık durumlarını ifade etmekte başarısız olmalarının yanı sıra, sağlık durumlarını ve tedavilerini de yeterince anlamamaktadırlar (34). Bu nedenlerden dolayı yetersiz sağlık okuryazarlığı, hastaneye yatış riskini de artırmaktadır(35).

Aynı zamanda SOY düzeyi düşük olan hastaların gerek acilden taburculuk sonrası uygulaması gereken tedaviye uyumsuzlukları, gerekse yatarak tedavi gereken tanılar ve/veya hayatı tehdit eden durumlar nedeniyle hastane yatış oranlarının arttığı saptanmıştır(36).Gerek SOY düzeyi düşük ,gerekse sağlık okuryazarlığı düzeyinden bağımsız olarak kaynağa ulaşımındaki kolaylık nedeniyle acil servislerde acil olmayan hastaların yoğunluğu nedeniyle gerçek acillerin bakışı gecikmektedir (33).

2.8. Acil Olmayan Hastaların Acil Servis Tercih Nedenleri

2.8.1. Birinci Basamakta Aile Hekimliği ve Hastanelerdeki Branş Hekimlerine Ulaşma Zorluğu:

Randevu sürelerinin uzun olması, sadece gündüz mesai saatlerinde çalışılması gibi nedenlerle hastalar bakım ve tedavi konusunda sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanmaktadırlar(37)

2.8.2. Görüntüleme ve Laboratuvar Hizmetlerinde Gecikmeler:

Laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin acil serviste daha kısa sürede sonuçlanırken; aile hekimliği birimleri ile branş polikliniklerinde daha geç sonuçlanması,kimi zaman ileri tarihe randevu alınarak bu hizmetlere ulaşılması ve tüm olanakların hepsinin tek bir yerde olması acil servis hasta yoğunluğunu artıran sebepler arasındadır (38).

2.8.3. Sosyal Güvence Problemleri:

Sağlık güvencesi olmayan hastaların acil servise başvurarak ücretsiz muayene edilme imkanına sahip olma durumunun da acil servislerin yoğunluğuna etki ettiği rapor edilmektedir (39).

2.8.4. Aciliyet Derecesinin Hasta Tarafından Hatalı Algılanması:

Hastaların şikayetlerinin aciliyet dereceleri ile ilgili kesin bir sınıflandırmanın olmamasından dolayı aciliyet derecesi, sağlık çalışanları ve hastalar için farklı anlamiçermektedir. Yapılan çalışmalarda acil servise acil olmayan hasta başvuru oranlarının %15-%62 arasında dağılım gösterdiği bildirilmektedir (40).

2.9. Acil Servisi Gereksiz Kullanımının Neden Olduğu Sorunlar

2.9.1. Mortalite Artışı:

Hastalar tarafından acil servisin gereksiz tercih edilmesi ve kalabalıklaşması, acil müdahale gereken hastalara verilecek hizmeti aksatmakta, hastaların sağlık ekibine ulaşma süresi uzatmakta, bekleme sürelerini arttırmaktadır. Bu durum acil hastalara sunulan sağlık hizmetleri kalitesinin bozulmasına ve verilen hizmetin kalitesinin azalmasına neden olmakta ve bu durum olası mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır (41,42).

2.9.2. Hastaların uzun süre ağrı ve rahatsızlık durumlarına maruz kalmaları:

Acil servislerin gereksiz yoğunluğunda acil servis kapasitesinde yetersizlik olması durumunda diğer hastalara müdahalelerde gecikmeler yaşanabilmektedir. Bu durum hastaların daha uzun süre ağrı çekmesine neden olmaktadır (43).

2.9.3. Hasta Memnuniyetinde Azalma:

Acil servislerin yoğunluğundan dolayı artan bekleme süresi , tedavi süresi, hastaların müdahalesinde gecikme olması hasta memnuniyetini azaltmaktadır (44).

2.9.4. Çalışan Memnuniyetinde Azalma:

Acil servislerin yoğun olduğu saatlerde aşırı artan iş yükü nedeniyle sağlık personelleri zihnen ve bedenen yorulmakta, yıpranmakta ve memnuniyeti azalmaktadır (45).

2.9.5. Sağlık Çalışanlarının Verimliliğinde Azalma:

Aşırı hasta yoğunluğu hekimlerin verimliliğini önemli ölçüde azaltmaktadır. Zihinsel ve bedensel olarak aşırı yorulma hastalardan alınan örnekler karıştırılmasına, yanlış görüntüleme çekilmesine ve hatta yanlış/eksik tedavi uygulanmasına neden olabilme riskiyle birlikte hasta sağlığını tehlikeye atmaktadır (46).

2.9.6. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet:

Uzun bekleme süreleri ve acil servis kalabalığının fazlaşması, hasta ve hasta yakınlarının ajitasyonunu ve şiddet eğilimini arttırmaktadır. Bu durum sağlık personeline fiziksel ve sözel şiddete başvurma oranını artırmaktadır (47).

2.9.7. Maliyet Artışı:

Acil servislere olan aşırı fazla başvuruların polikliniklerde yapılmakta olan tetkik ve tedaviye göre daha fazla maliyet getirmektedir (48).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Merkezi

Çalışmamız tek merkezli, prospektif, gözlemsel anket çalışmasıdır. 18.12.2019 tarihli B.10.1.TKH.4.34.H.GP.0.01/232 sayılı etik kurul onayını takiben 19.12.2019-19.01.2020 tarihleri arasında yıllık 580.000 hasta kapasitesine sahip olan T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis yeşil alan ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde yürütüldü (Ek-1).

Araştırmamız Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygun ve denek araştırma etik kuralları ile çalışmamaktadır. Her hastadan çalışmaya kendi gönül rızasıyla katıldıklarına dair ayrı ayrı anket öncesi onamları alınmıştır.

3.2. Veri Toplama ve Kaydetme

Çalışma grubunun temsil özelliğini arttırabilmek için hafta içi ve 08.00-17.00 saatleri arasında olacak şekilde yapılmıştır. Rastgele örneklemeyi sağlamak için rastgele seçilen ilk hastadan sonra gelen her beş hastada bir çalışmaya katılması teklif edildi.

Araştırma katılımcıları ile görüşme acil servis ve aile sağlık merkezi bekleme salonunda, anket soruları ve yanıt seçeneklerini sesli okuyarak uygulayan eğitimli bir araştırma görevlisi tarafından yapıldı. Hastalara çalışma hakkında ön bilgi verilip, çalışmaya katılmayı kabul edenlere aydınlatılmış onamları alınarak çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen kişilere uygulanan anket sorularına verilen yanıtlar skorlandırıldı.

Hastalar çalışmaya dahil edilirken aşağıdaki kriterler dikkate alınarak anket çalışması uygulandı.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Ankete katılmayı kabul eden hastalar
- Kanada Triaj seviyesi 4-5 olanlar (Seviye 4: Az acil, Seviye 5: acil olmayan) (Ek-4)
- Acil servis yeşil alana başvuran 18 yaş üstü hastalar
- Aile Sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü hastalar

Hastaların çalışmadan hariç tutulma kriterleri

- Ankete katılmayı kabul etmeyenler
- Kanada Triaj seviyesi 1-2-3 olanlar (Seviye 1: Resüstasyon, Seviye 2: Çok Acil, Seviye 3: Acil)
- Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olan profesyoneller
- Sağlık nedeniyle formu dolduramayanlar
- Türkçe bilmeyenler
- Okuma yazma bilmeyenler

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel analizler SPSS 26 yazılımı (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak verildi. Kategorik değişkenler açısından gruplar arasındaki karşılaştırmalar Pearson's Ki Kare testi ve Fisher's Exact Test ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov Testi ile doğrulandı. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenler açısından gruplar arasındaki farklılıklar Student's T Test, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler için ise Mann-Whitney U Testi uygulandı. Çoklu gruplar arasındaki normal dağılıma uymayan ortalama değerlerinin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis-H testi ile yapıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile yapıldı. Sonuçlar %95 güven

aralığında değerlendirildi ve $p<0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi. Gerekli yerlerde Bonferoni düzeltmesi yapıldı.

Araştırmada katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumu ve eğitim durumu gibi demografik özellikleri ve sağlık okuryazarlık düzeyleri belirlendi. Katılımcılar, yaşlarına göre 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 ve 75 ve üzeri olarak; eğitim durumlarına göre ilkokul ve altı, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri olarak, mesleklerine göre ev hanımı, öğrenci, emekli, esnaf, işçi, serbest çalışan, çiftçi ve diğer olarak; gelir durumuna göre gelir giderden az, gelir giderine denk ve gelir giderden fazla olarak alt gruplara ayrıldı. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılarak tespit edildi.

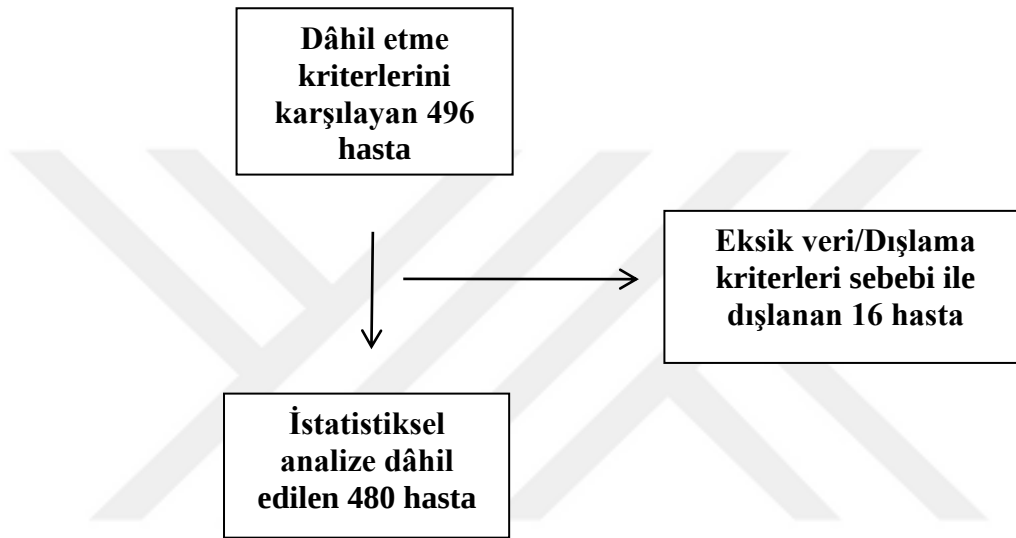
3.4. Çıkar Çatışması

Çalışmaya katılan araştırmacılar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

4. BULGULAR

19.12.2019-19.01.2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Yeşil Alanı ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve dahil etme kriterlerini karşılayan 496 hastadan dışlanma kriterleri uygulandıktan sonra kalan 480 hasta istatistiksel analize alındı (Şekil6).

Şekil 6. Hasta Akış Şeması



4.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşları 18 ile 82 arasında değişmekte olup yaş ortancası 36 (26-45) saptandı (Tablo 3).

Bekar yaş ortancası 24 (20-30), evli yaş ortancasına 41 (33-48) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü ($p<0.001$).

Çalışmaya katılan toplam 480 kişinin 205'i (%42,7) erkek, 275'i (%57,3) kadındı (Tablo 3).

Çalışmaya dahil edilen 480 hastanın 169'u (%35,2) ASM'ye, 311'i (%64,8) acil servise başvuranlardan meydana gelmekteydi (Tablo 3).

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında 313'ü (%65,2) evli, 167'si (%34,8) bekarı (Tablo 3).

Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında 202'si (%42,1) ilköğretim mezunu, 278'i (%57,9) lise ve üstü eğitim düzeyine sahipti (Tablo 3).

Katılımcılarımızın gelir durumuna bakıldığında 193'ünün (%40,2) geliri giderinden az, 232'sinin (%48,3) geliri gidere denk, 55 (%11,5) kişinin ise geliri giderinden fazlaydı (Tablo 3).

Tablo 3.Katılımcıların Demografik Verilerinin Dağılımı

Yaş	36(26-45)	
	n	%
Toplam	480	100
Cinsiyet		
Erkek	205	42,7
Kadın	275	57,3
Medeni		
Evli	313	65,2
Bekar	167	34,8
Eğitim		
İlkokul	108	22,5
Ortaokul	94	19,6
Lise	152	31,7
Meslek YO	24	5
Üniversite/YO	89	18,5
Yüksek lisans	10	2,1
Doktora	3	0,6
İlköğretim	202	42,1
Lise ve üstü	278	57,9
Meslek		
Ev hanımı	127	26,5
İşçi	113	23,5
Öğrenci	51	10,6
Serbest çalışan	45	9,4
Memur	39	8,1
Emekli	23	4,8
Esnaf	15	3,1
Çiftçi	4	0,8
Diğer	63	13,1
Gelir		
Gelir giderden az	193	40,2
Gelir gider denk	232	48,3
Gelir giderden fazla	55	11,5

YO: Yüksekokul

Cinsiyetler açısından Acil servis kliniği ve ASM'ye başvurular ayrı ayrı incelendiğinde erkek cinsiyetin Acil servis kliniğine başvurusunun ASM'ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı biçimde fazla olduğu görüldü ($p=0,003$) (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen hastaların medeni durumu analizinde 313 kişi evli, 167 kişi bekardı. AS katılımcılarının 199'u (%64) evli, 112'si (%36) bekardı. ASM'ye başvuran katılımcıların 114'ü (%67,5) evli, 55'i (%32,5) bekardı. Medeni durum bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,446$) (Tablo 4).

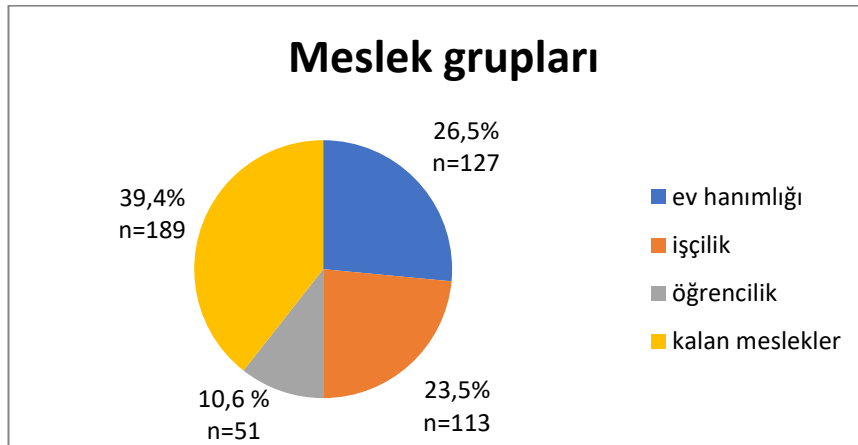
Çalışmaya dahil edilen hastaların eğitim düzeyleri analizinde, ilkokul mezunu hastaların acil servis başvurularının ASM başvurularından yüksek olduğu, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının ise ASM başvurularının acil servis başvurularından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,02$) (Tablo4).

Başvuru merkezleri meslek dağılımları açısından karşılaştırıldığında, acil servise başvuranlarda işçilerin oranı, ASM'ye başvuranlarda ise memurların oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,028$) (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen hastalar, başvuru merkezlerine göre ele alındığında, geliri giderinden az olan hastaların, denk olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde acil servise daha fazla oranda başvurduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen hastalar arasındaki en yaygın meslekler; ev hanımlığı 127(%26,5), işçilik 113 (%23,5) ve öğrencilik 51(%10,6) idi (Şekil 7).

Şekil 7. Meslek Gruplarının Dağılımı

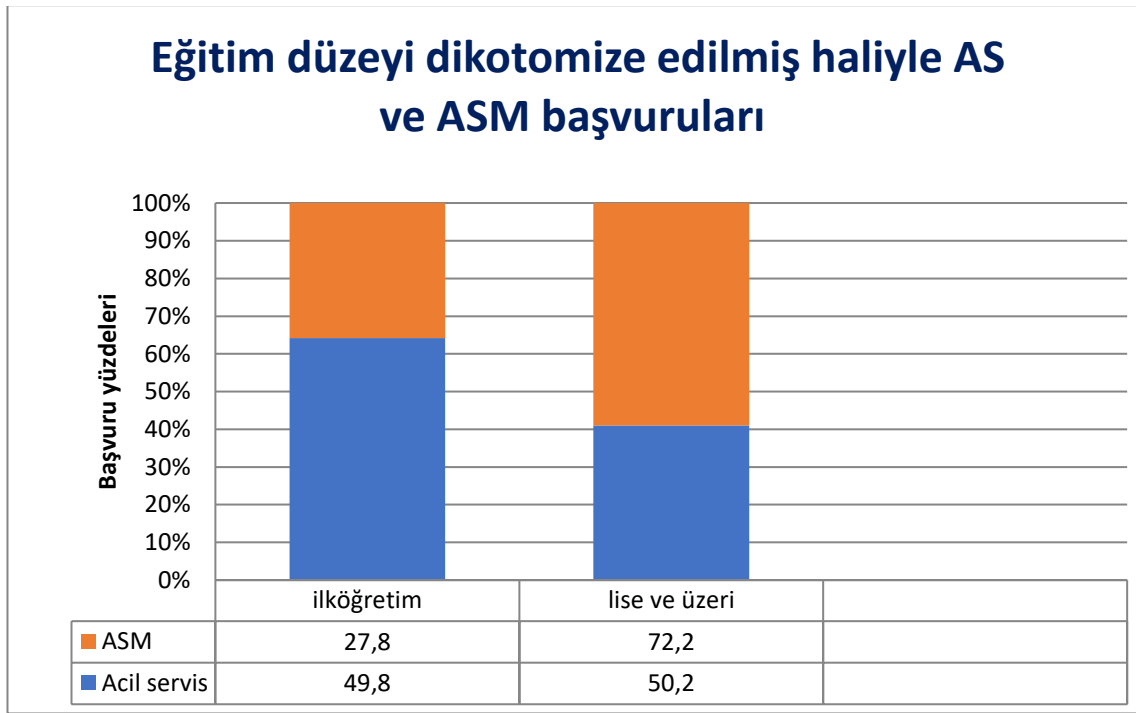


Tablo 4. ASM ve AS başvuru grupları arasında demografik verilerin dağılım oranlarının karşılaştırılması.

Yaş(yıl)Ortanca (%25-%75)	ASM		Acil servis		Toplam		p
	37 (26-45)		34(25-46)		36(26-45)		0.782
	n	%	n	%	n	%	
Toplam	169		311		480		
Cinsiyet							0,003
Erkek	57	33,7	148	47,6	205	42,7	
Kadın	112	66,3	163	52,4	275	57,3	
Medeni							0,446
Evli	114	67,5	199	64,0	313	65,2	
Bekar	55	32,5	112	36,0	167	34,8	
Eğitim							<0,001
İlkokul	20	11,8	88	28,3	108	22,5	<0,001
Ortaokul	27	16,0	67	21,5	94	19,6	0,142
Lise	58	34,3	94	30,2	152	31,7	0,357
Meslek YO	10	5,9	14	4,5	24	5	0,497
Üniversite/YO	45	26,6	44	14,1	89	18,5	<0,001
Yüksek lisans	7	4,1	3	1,0	10	2,1	0,02
Doktora	2	1,2	1	0,3	3	0,6	0,253
İlköğretim	47	27,8	155	49,8	202	42,1	<0,001
Lise ve üstü	122	72,2	156	50,2	278	57,9	
Meslek							0,004
Ev hanımı	53	31,4	74	23,8	127	26,5	0,073
İşçi	22	13,0	91	29,3	113	23,5	<0,001
Öğrenci	24	14,2	27	8,7	51	10,6	0,061
Serbest çalışan	15	8,9	30	9,6	45	9,4	0,782
Memur	20	11,8	19	6,1	39	8,1	0,028
Emekli	7	4,1	16	5,1	23	4,8	0,623
Esnaf	5	3,0	10	3,2	15	3,1	0,877
Çiftçi	1	0,6	3	1,0	4	0,8	0,678
Diğer	22	13,0	41	13,2	63	13,1	0,959
Gelir							0,004
Gelir giderden az	51	30,2	142	45,7	193	40,2	
Gelir gider denk	96	56,8	136	43,7	232	48,3	
Gelir giderden fazla	22	13,0	33	10,6	55	11,5	

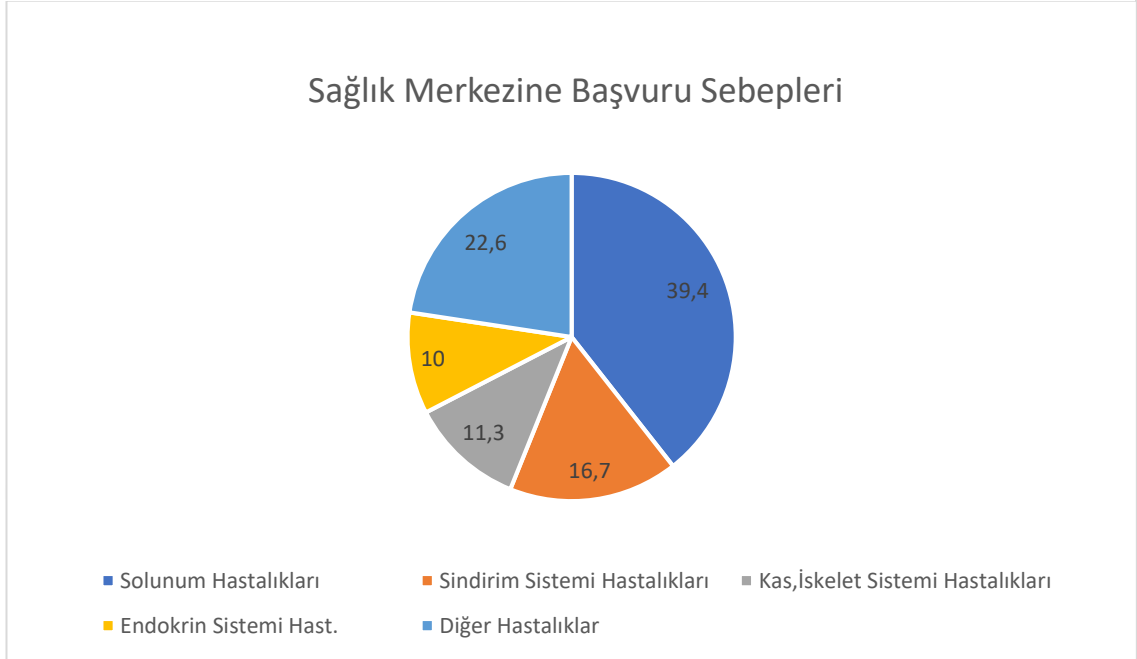
Çalışmaya dahil edilen hastaların eğitim düzeyleri ilköğretim ile lise ve üstü olarak 2 gruba dikotomize edilerek analiz edildiğinde, katılımcıların %42,1'i ilköğretim düzeyinde, %57,9'u ise lise ve üzeri düzeyde idi. Acil servise başvuran katılımcıların 155'i (%49,8) ilköğretim mezunu, 156'sı (%50,2) lise ve üstü mezunu iken, ASM'ne başvuranların 47'si (%27,8) ilköğretim mezunu, 122'si (%72,2) lise ve üstü mezunu idi. AS'e başvuranlarda ilköğretim düzeyinde olanların oranı ASM'ye başvuranlara göre anlamlı yüksekti ($p<0.001$) (Şekil 8).

Şekil 8. Eğitim düzeyi dikotomize edilmiş haliyle AS ve ASM başvuruları



Çalışmaya dahil edilen hastalar arasında en sık sağlık merkezine başvuru sebebi solunum (%39,4), sindirim (%16,7), kas iskelet (%11,3) ve endokrin (%10,0) sistemi hastalıklarıydı. Acil servise ve ASM'ye başvuranlar arasında tanı kodlarının dağılımları açısından anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$) (Şekil 9).

Şekil 9. Sağlık Merkezine Başvuru Sebepleri



Alt grup analizleri yapıldığında, çalışmaya dahil edilen hastalardan acil servise başvuranlarda solunum sistemi hastalığı oranı (%44,1) ASM'ye başvuranlara göre (%30,8) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek idi ($p=0,005$). Acil servise başvuranlarda sindirim sistemi hastalığı oranı (%19,6) ASM'ye başvuranlara göre (%11,2) anlamlı yüksekti ($p=0,019$). Acil servise başvuranlarda kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları oranı (%14,5) ASM'ye başvuranlara göre (%5,3) anlamlı yüksekti ($p=0,003$). Acil servise başvuranlarda endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalık oranı (%1,3) ASM'ye başvuranlara göre (%26,0) anlamlı düşüktü ($p<0,001$). Acil servise başvuranlarda göz, adneks ve Sinir sistemi hastalıkları oranı (%9,0) ASM'ye başvuranlara göre (%3,0) anlamlı yüksekti ($p=0,012$). Acil servise başvuranlarda sağlık servisleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler oranı (%1,3) ASM'ye başvuranlara göre (%11,2) anlamlı düşüktü ($p<0,001$). Acil servise başvuranlarda genitoüriner sistemi hastalığı oranı (%6,8) ASM'ye başvuranlara göre (%1,2) anlamlı yüksekti ($p<0,001$). Acil servise başvuranlarda deri ve derialtı dokusunun hastalıkları oranı (%1,0) ASM'ye başvuranlara göre (%5,3) anlamlı düşüktü ($p=0,004$). (Tablo 5).

Tablo 5. Başvuru merkezlerine göre tanı kodlarının karşılaştırmaları.

	ASM		Acil servis		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Tanımlar	169		311		480		<0,001
Solunum sistemi hastalıkları	52	30,8	137	44,1	189	39,4	0,005
Sindirim sistemi hastalıkları	19	11,2	61	19,6	80	16,7	0,019
Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	9	5,3	45	14,5	54	11,3	0,003
Endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar	44	26,0	4	1,3	48	10,0	<0,001
Göz, Adneks ve Sinir sistemi hastalıkları	5	3,0	28	9,0	33	6,9	0,012
Sağlık servisleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler	19	11,2	4	1,3	23	4,8	<0,001
Genitoüriner sistem hastalıkları	2	1,2	21	6,8	23	4,8	<0,001
Dolaşım sistemi hastalıkları	10	5,9	8	2,6	18	3,8	0,065
Deri ve derialtı dokusunun hastalıkları	9	5,3	3	1,0	12	2,5	0,004

4.2. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastalar, 18-24 yaş, 25-34 yaş, 35-44 yaş, 45-54 yaş, 55-64 yaş, 65-74 yaş ve 75 yaş üstü olarak 7 gruba ayrıldı. Bu yaş gruplarının Acil Servis ve ASM başvurularına göre sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama ve ortancalarının karşılaştırılmaları sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0.05$).

Hastalar AS veya ASM başvurusuna göre ayrılmadığında ve çalışmaya dahil edilen bütün hastaların yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama ve ortancalarının arasındaki ilişkide ise anlamlı fark saptanmış olup, alt grup analizlerinde bu farkın 18-24 yaş aralığı (sağlık okuryazarlığı indeksi ortancası 36.2 [32.3-42.2]) ile 45-54 yaş aralığından (sağlık okuryazarlığı indeks 32.2(± 8.9)) kaynaklandığı anlaşıldı (düzeltilmiş $p=0.008$) (Tablo 6).

Tablo 6.Yaş Gruplarına Göre SOY Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Mükemmel [n(%)]	Yeterli [n(%)]	Sorunlu/Sınırlı [n(%)]	Yetersiz [n(%)]	Toplam [n(%)]	SOY İndeks (SD) / Ortanca (%25-75)
18-24 yaş	24 (24.5)	46 (46.9)	17 (17.3)	11 (11.2)	98 (100)	36.2(32.3- 42.2)
25-34 yaş	27 (20.8)	48 (36.9)	44 (33.8)	11 (8.5)	130 (100)	34.8 (±8.2)
35-44 yaş	25 (21.2)	36 (30.5)	44 (37.3)	13 (11)	118 (100)	34.3 (±8)
45-54 yaş	16 (18.2)	35 (39.8)	22 (25)	15 (17)	88 (100)	32.2 (±8.9)
55-64 yaş	6 (22.2)	10 (37)	5 (18.5)	6 (22.2)	27 (100)	31.9 (±9.7)
65-74 yaş	5 (41.7)	1 (8.3)	2 (16.7)	4 (33.3)	12 (100)	33.2 (±10.9)
>75 yaş	3 (42.9)	1 (14.3)	0 (0)	3 (42.9)	7 (100)	30.4 (±16.4)

Çalışmaya dahil edilen hastaların verileri için yapılan Spearman korelasyon analizinde yaş ile sağlık okuryazarlığı indeksi arasında ters yönlü anlamlı korelasyon saptandı ($p<0,001$; $r=-0,224$) (Tablo7).

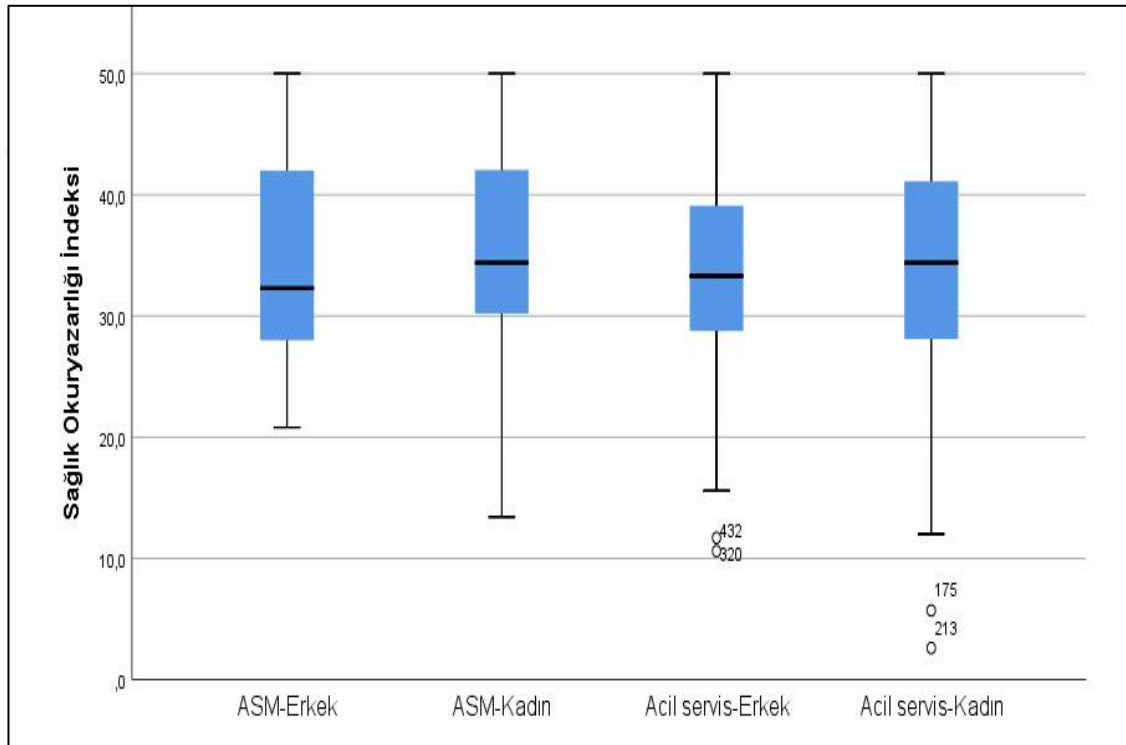
Tablo 7.Yaş ile okur yazarlık indeksi arasında korelasyon analizi.

	Yaş	
	r	p
Sağlık okuryazarlığı indeksi skoru	-0,224	<0,001

SD: Standard deviation.

Çalışmaya dahil edilen hastalardan erkeklerde ve kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi dağılımları açısından ASM ve acil servis grupları arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0.13$ ve $p=0.441$). Başvurulan sağlık kuruluşuna ve cinsiyetlere göre ortalama sağlık okuryazarlığı indeksi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı ($p=0,414$) (Şekil 10).

Şekil 10. Başvuru merkezi ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının karşılaştırılması



Çalışmaya dahil edilen hastalardan acil servise başvuranlarda cinsiyet ($p=0,403$), medeni durum ($p=0,221$), eğitim düzeyleri ($p=0,9$), meslek ($p=0,616$) ve gelir ($p=0,081$) grupları arasında ortalama sağlık okuryazarlığı indeksi açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 8).

Tablo 8. Acil servise başvuran hastalarda demografik özelliklere göre sağlık okuryazarlığı indeks puanı

	Ortanca / Ortalama	SS / (%25-%75)	p
Cinsiyet			0,403
Erkek	33,3	28,7-39,1	
Kadın	34,4	28,1-41,1	
Medeni			0,221
Evli	33,3	28,0-39,4	
Bekar	34,4	29,8-41	
Eğitim			0,900
İlkokul	32,3	10,0	
Ortaokul	32,7	9,0	
Lise	34,8	8,4	
Meslek YO	35,3	7,0	
Üniversite/YO	36,3	8,6	
Yüksek lisans	32,1	3,6	
Doktora	39,6		
Eğitim Dikotom			0,563
İlköğretim	32,5	9,5	
Lise ve üstü	35,3	8,2	
Meslek			0,616
Ev hanımı	32,8	10,1	
İşçi	33,3	9,4	
Emekli	32,7	8,4	
Öğrenci	36,0	9,2	
Memur	37,9	6,0	
Esnaf	28,8	7,1	
Serbest çalışan	35,3	7,8	
Çiftçi	26,1	6,3	
Diğer	35,1	7,7	
Gelir			0,081
Gelir giderden az	33,3	27,0-39,1	
Gelir gider denk	34,4	29,0-42,2	
Gelir giderden fazla	35,5	30,7-39,1	

Çalışmaya dahil edilen hastalardan ASM'lere başvuranlarda cinsiyet ($p=0.270$), medeni durum ($p=0.147$) ve ilk öğretim ve yüksek öğretim durumlarına göre (0.870) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 9).

ASM'ye başvuran hastalarda, meslek grupları arasında sağlık okur yazarlığı indeksi puanı açısından fark tespit edilmiştir ($p= 0.007$). Grup içi ikili karşılaştırmalarda sadece öğrencilerin anlamlı şekilde memurlardan daha yüksek puana sahip olduğu tespit edilmiş olup (Bonferoni düzeltilmiş $p=0.005$), diğer ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında fark tespit edilmemiştir (Tablo 9).

Tablo 9. ASM'ye başvuran hastalarda demografik özelliklere göre sağlık okuryazarlığı indeksi puanı

	Ortanca / Ortalama	SS / (%25-%75)	p
Cinsiyet			0.270
Erkek	32.3	27.8-42.1	
Kadın	35.4	7.9	
Medeni			0.147
Evli	33.3	29-41	
Bekar	36.3	8.3	
Eğitim			0,870
İlkokul	35.9	7.8	
Ortaokul	32.8	27.6-44.8	
Lise	35.7	8.2	
Meslek YO	33.9	6.3	
Üniversite/YO	35	7.2	
Yüksek lisans	30.4	11	
Doktora	32.3	3	
Eğitim Dikotom			0.832
İlköğretim	34.4	29.2-43.2	
Lise ve üstü	34.2	29.5-40.4	
Meslek			0.007
Ev hanımı	36	7.1	
İşçi	37	8.7	
Emekli	33.2	8.3	
Öğrenci	38.6	7.4	
Memur	29.9	6.7	
Esnaf	30.1	8.9	
Serbest çalışan	33.9	7.9	
Çiftçi	-	-	
Diğer	34.7	9.1	
Gelir			0.919
Gelir giderden az	34.8	7.7	
Gelir gider denk	35	8.2	
Gelir giderden fazla	33.1	29.2-45.2	

Çalışmaya dahil edilen hastalar sağlık okuryazarlığı durumuna göre yetersiz-sınırlı ve yeterli-mükemmel olarak dikotomize edildiğinde, sağlık okuryazarlığı yetersiz veya sınırlı olan hastalar içinde evli olanların oranı yeterli veya mükemmel olanlara göre anlamlı yüksekti ($p=0.023$). Aynı şekilde incelendiğinde sağlık okuryazarlık düzeyi grupları arasında cinsiyet ($p=0.252$), eğitim düzeyi ($p=0.05$) ve gelir durumu ($p=0.232$) açılarından anlamlı fark bulunamadı (Tablo 10)

Meslekler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri dağılımı açısından anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$), buna göre öğrenciler içinde yeterli-mükemmel düzey sağlık okuryazarlık oranı diğer mesleklerle göre anlamlı yüksek, esnaf içinde yeterli-mükemmel düzey oranı ise diğer mesleklerle göre anlamlı düşüktü (Tablo 10).

Tablo 10.Demografik Özelliklere göre SOY düzey dağılımı

	Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Toplam	215		265		480		
Cinsiyet							0,252
Erkek	98	45,6	107	40,4	205	42,7	
Kadın	117	54,4	158	59,6	275	57,3	
Medeni							0,023
Evli	152	70,7	161	60,8	313	65,2	
Bekar	63	29,3	104	39,2	167	34,8	
Eğitim							0,05
İlköğretim	101	47,0	101	38,1	202	42,1	
Lise ve üstü	114	53,0	164	61,9	278	57,9	
Gelir							0,232
Gelir giderden az	94	43,7	99	37,4	193	40,2	
Gelir gider denk	101	47,0	131	49,4	232	48,3	
Gelir giderden fazla	20	9,3	35	13,2	55	11,5	
Meslek							<0,001
Ev hanımı	61	28,4	66	24,9	127	26,5	
İşçi	43	20	70	26,4	113	23,5	
Emekli	13	6	10	3,8	23	4,8	
Öğrenci	13	6	38	14,3	51	10,6	
Memur	21	9,8	18	6,8	39	8,1	
Esnaf	13	6	2	0,8	15	3,1	
Serbest çalışan	19	8,8	26	9,8	45	9,4	
Çiftçi	3	1,4	1	0,4	4	0,8	
Diğer	29	13,5	34	12,8	63	13,1	

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, sağlık okuryazarlığı indeksi, tedavi ve hizmet skoru, hastalıklardan korunma skoru, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma skoru, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma skorları, ASM ve acil servis grupları arasında normal dağılıma uymamaktaydı (Tablo11).

ASM ve acil servis başvurularında sağlık okuryazarlığı indeks puanı ($p=0.364$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ancak indeks alt gruplarından sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ($p=0.042$) ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ($p=0.035$) skorları acil servise başvuranlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu (Tablo 11).

Tablo 11.Gruplar arasında okur yazarlık indeks boyut puanının karşılaştırılması.

	ASM		Acil servis		p
	Ortanca	(%25-%75)	Ortanca	(%25-%75)	
Sağlık okuryazarlığı indeksi	34.4	29.2-42.1	33.9	28.6-40	0.364
Tedavi ve hizmet skoru	35.4	30.5-42.7	34.4	29.2-41.7	0.204
Hastalıklardan korunma skoru	33.3	28.1-42.2	33.3	26.9-40.6	0.491
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma skoru	35.4	29.2-43.8	33.3	29.2-41.7	0.042
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama skoru	35.4	31.3-43.8	33.3	29.2-41.7	0.035
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme skoru	31.3	25-39.6	31.3	25-37.5	0.495
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma skoru	35.4	29.2-41.7	35.4	29.2-41.7	0.447

Çalışmaya dahil edilen hastalara uygulanan TSOY-32 ölçeğine göre katılımcıların %22,1'i mükemmel, %33,1'i yeterli, %31,7'si sorunlu/sınırlı, %13,1'i yetersiz düzeyde sağlık okuryazarı idi. Bu ölçeğe göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı açısından ASM ve acil servis grupları arasında anlamlı fark

yoktu ($p=0.141$). Sağlık okuryazarlığı alt gruplarına ait düzeylerin dağılımları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Her biri için $p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12.ASM ve Acil servis başvuru grupları arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımları

	ASM		Acil servis		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Sağlık okuryazarlığı düzeyi							0,141
Mükemmel	42	24,9	64	20,6	106	22,1	
Yeterli	51	30,2	108	34,7	159	33,1	
Sorunlu/sınırlı	60	35,5	92	29,6	152	31,7	
Yetersiz	16	9,5	47	15,1	63	13,1	
Mükemmel-yeterli	93	55,0	172	55,3	265	55,2	0,953
Sınırlı-yetersiz	76	45,0	139	44,7	215	44,8	
Tedavi ve hizmet düzeyi							0,125
Mükemmel	44	26,0	69	22,2	113	23,5	
Yeterli	64	37,9	119	38,3	183	38,1	
Sorunlu/sınırlı	48	28,4	77	24,8	125	26,0	
Yetersiz	13	7,7	46	14,8	59	12,3	
Hastalıklardan korunma düzeyi							0,138
Mükemmel	42	24,9	63	20,3	105	21,9	
Yeterli	45	26,6	105	33,8	149	31,0	
Sorunlu/sınırlı	53	31,4	74	23,8	127	26,5	
Yetersiz	29	17,2	69	22,2	98	20,4	
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma düzeyi							0,268
Mükemmel	49	29,0	70	22,5	119	24,8	
Yeterli	65	38,5	114	36,7	179	37,3	
Sorunlu/sınırlı	32	18,9	74	23,8	106	22,1	
Yetersiz	23	13,6	53	17,0	76	15,8	
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama düzeyi							0,339
Mükemmel	52	30,8	74	23,8	126	26,3	
Yeterli	64	37,9	120	38,6	184	38,3	
Sorunlu/sınırlı	30	17,8	63	20,3	93	19,4	
Yetersiz	23	13,6	54	17,4	77	16,0	
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme düzeyi							0,645
Mükemmel	32	18,9	46	14,8	78	16,3	
Yeterli	48	28,4	100	32,2	148	30,8	
Sorunlu/sınırlı	44	26,0	81	26,0	125	26,0	
Yetersiz	45	26,6	84	27,0	129	26,9	
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma düzeyi							0,204
Mükemmel	36	21,3	75	24,1	111	23,1	
Yeterli	70	41,4	136	43,7	206	42,9	
Sorunlu/sınırlı	41	24,3	51	16,4	92	19,2	
Yetersiz	22	13,0	49	15,8	71	14,8	

Çalışmaya dahil edilen hastaların başvuru merkezlerine ve tanı kodlarına göre sağlık okuryazarlığı düzey dağılımları karşılaştırıldığında hiçbir tanı kodu için anlamlı farklılık bulunamadı (Her biri için $p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13.Başvuru merkezlerine ve tanı kodlarına göre sağlık okuryazarlığı düzey dağılımları

	ASM		Acil servis		Toplam	p
	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel	Yetersiz-Sınırlı	Yeterli-Mükemmel		
Toplam	76	93	139	172	480	
Solunum sistemi hastalıkları	23	29	59	78	189	0,885
Sağlık servisleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler	6	13	1	3	23	0,795
Sindirim sistemi hastalıkları	9	10	28	33	80	0,911
Endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalıklar	19	25	1	3	48	0,48
Göz, Adneks ve Sinir sistemi hastalıkları	5	0	14	14	33	-
Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	5	4	21	24	54	0,626
Genitoüriner sistem hastalıkları	1	1	9	12	23	0,846
Dolaşım sistemi hastalıkları	5	5	5	3	18	0,596
Deri ve derialtı dokusunun hastalıkları	3	6	1	2	12	1

Çalışmaya dahil edilen hastalardan acil servis başvuranlarında tanı kodu grupları arasında ortalama sağlık okuryazarlığı indeksi açısından anlamlı fark bulunamadı($p=0,575$) (Tablo 14).

Tablo 14. Acil servise başvuran hastaların tanı kodlarına göre ortalama sağlık okuryazarlığı indeks puanı

	Ortalama	SS	p
Tanıkodu			0,575
Solunum sistemi hastalıkları	34,2	9,9	
Sağlık servisleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler	32,3	11,1	
Sindirim sistemi hastalıkları	34,0	7,5	
Endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalıklar	36,7	9,7	
Göz, Adneks ve Sinir sistemi hastalıkları	32,1	8,5	
Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	33,0	7,4	
Genitoüriner sistem hastalıkları	34,1	10,1	
Dolaşım sistemi hastalıkları	34,7	12,5	
Deri ve derialtı doku hastalıkları	38,9	5,6	

Tablo 15. TSOY-32 anketine AS’de verilen yanıtların yüzdesi ve zorluk düzeyinin merkezlere göre kıyaslanması

Sağlıkla İlgili İfadeler		Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok	Toplam Zorluk (Zor+ Çok Zor)		
							Acil	ASM	Fark
S1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	27,7	42,4	20,9	3,2	5,8	24,1	29,9	5,8
S2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	27,7	46,8	15,5	5,5	4,5	21	25,5	4,5
S3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	22,3	36,9	25,2	7,1	8,4	32,3	40,7	8,4
S4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	41,2	43,7	10	4,5	0,6	14,5	15,1	0,6
S5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	48,2	37,9	8,4	4,2	1,3	12,6	13,9	1,3
S6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	50,2	30,5	11,6	7,1	0,6	18,7	19,3	0,6
S7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	30,2	39,9	20,9	7,1	1,9	28	29,9	1,9
S8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	31,5	47,9	16,1	2,9	1,6	19	20,6	1,6
S9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	22,8	42,4	24,1	6,1	4,5	30,2	34,7	4,5
S10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	45,7	41,8	6,4	4,2	1,9	10,6	12,5	1,9
S11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	39,2	39,9	13,2	5,5	2,3	18,7	21	2,3
S12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	25,7	38,6	22,5	5,5	7,7	28	35,7	7,7
S13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	30,9	47,6	13,5	3,9	4,2	17,4	21,6	4,2
S14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	32,8	46,3	15,4	3,5	1,9	18,9	20,8	1,9
S15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	23,8	39,5	25,1	6,1	5,5	31,2	36,7	5,5
S16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	46,6	41,8	5,8	3,5	2,3	9,3	11,6	2,3
S17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	34,1	44,1	15,8	4,2	1,9	20	21,9	1,9
S18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	31,2	45	15,4	4,2	4,2	19,6	23,8	4,2
S19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	34,7	46	12,5	3,9	2,9	16,4	19,3	2,9
S20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	31,2	41,5	17,7	4,2	5,5	21,9	27,4	5,5
S21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	32,5	43,7	46,7	2,6	4,5	49,3	53,8	4,5
S22	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	22,2	41,2	23,2	7,7	5,8	30,9	36,7	5,8
S23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	32,2	41,8	16,7	4,8	4,5	21,5	26	4,5
S24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	22,5	37,6	25,1	9,3	5,5	34,4	39,9	5,5
S25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak	26,7	37,3	20,6	10,9	4,5	31,5	36	4,5
S26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	27,0	45	20,3	3,9	3,9	24,2	28,1	3,9
S27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	28,0	43,7	18,6	5,5	4,2	24,1	28,3	4,2
S28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	34,2	45,5	14,2	3,2	2,9	17,4	20,3	2,9
S29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	31,3	37,4	21	7,4	2,9	28,4	31,3	2,9
S30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	25,5	41,3	24,2	5,5	3,5	29,7	33,2	3,5
S31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	33,4	39,2	19,6	4,5	3,2	24,1	27,3	3,2
S32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	19,6	35	24,8	8	12,5	32,8	45,3	12,5

5. TARTIŞMA

Sağlık okuryazarlığına verilen önem yıldan yıla önemi git gide artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki önemi yıllar içinde kanıtlanmışken, Covid-19 pandemisiyle beraber bulaşıcı hastalıklarda da önemi ortaya çıkmaktadır (49,50). Çalışmamızın amacı Acil servis (AS) ile ASM başvuruları hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyi, demografik özellikleri ve bu düzeylerin kategorik ölçeklerinin AS ya da ASM tercihlerinde etkisini araştırmaktır.

Acil olmayan acil servis kullanımının yaşla olan ilişkisini incelediğimizde, Bianco ve Angelillo'nun (51) İtalya'da yaptığı acil olmayan acil servis başvuruları adlı çalışmasında yaş ortalaması 50,6 bulunmuştur. İdil ve ark.'larının (52) yaptığı benzer bir çalışmada yaş ortalaması 38,4 olarak bulunmuştur Benzer şekilde çalışmamıza katılanların yaş ortancası 36 olarak bulunmuş olup; AS yaş ortancası 34, ASM ortancası 37'dir.Ülkemizdeki genç nüfusun fazla olması, başvurulardaki yaş dağılımının farkının oluşmasında ana etkeni olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık okuryazarlığı indeksi puanının yaş ile ilişkisi incelendiğinde ise, Kamberi ve ark.'larının (53) Kosova'da yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı puanının en yüksek olduğu grup genç katılımcılar (TOFHLA 68.11) olup yaşlıların okuryazarlık düzeyini (TOFHLA 56.02) de en düşük olarak tespit edilmiştir. Benzer şekilde Bozkurt ve Demirci'nin (54) 65 yaş üstü aile sağlığı merkezine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada %85.1 ile yetersiz-sınırlı düzey tespit edilmiştir. Nakayama ve ark.'larının (55) çalışmasında yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında doğrusal ilişki tespit etmiş olup yaş arttıkça okuryazarlık düzeyinin arttığını vurgulamaktadır. Çalışmamızda ise indeks puanının en yüksek olduğu yaş grubu 18-24, en az olduğu yaş grubu ise 75 yaş ve üstü olup sağlık okuryazarlığı indeksi ile yaş arasında ters yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yaşla beraber gelen bu düşüşün güncel sağlık gelişmelerini takip edememekten, bilişsel yeteneklerdeki azalmadan dolayı olduğunu düşünmekteyiz (56).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcılar cinsiyete göre sınıflandırıldığında kadın cinsiyetin AS (%52) ve ASM (%66,3) başvurularının daha fazla olduğunu tespit ettik. Erkeklerin ise acil servis başvurusu (%47,6), aile sağlığı merkezi (%33,7) başvurusundan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Bertakis ve ark.'larının (57)

Amerika’da sağlık hizmetlerinin kullanımında cinsiyet farklılıkları adlı çalışmasında kadın cinsiyetin daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanırken, erkek cinsiyetin ise acil servisleri ve hastane servislerini kullandığı bulunmuş olup bu durum erkeklerin daha fazla acil servis kullanma nedeni olarak da hızlı bir şekilde tedavi almak şeklinde yorumlanmıştır. Tersî çalışmalar incelendiğinde ise Hooker ve ark.’larının(58)yaptığı bir çalışmada kadın cinsiyetin (%55) AS’yi erkeklerden (%45) daha fazla kullandığı tespit edilmiştir. Maunel’in(59) yaptığı çalışmada da kadınlar erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti kullandığını belirlemiştir. Bu farklılık kadınların sağlık algısının ve beklentisinin erkeklerden farklı olduğundan ileri geldiğini söyleyebiliriz.

Sağlık okuryazarlığı indeks puanının cinsiyetle olan ilişkisi literatürde araştırıldığında ise Okyay ve ark.’larının (29) cinsiyetler arası SOY arasında ilişki bulunmadığı gözlenmiştir. Benzer şekilde Haerian ve ark.’larının (60) İran’da yaptığı çalışmada da cinsiyetler arası sağlık okuryazarlığı puanının değişmediğini saptanmıştır. Tanrıöver ve ark.’larının(32) SOY düzeyini kadınlarda daha düşük bulurken, Sorensen ve ark.’larının (19) çalışmasında ise kadınlarda daha yüksek bulmuştur. Wagner ve ark.’larının(61) İngiltere’de yaptığı bir çalışmada da erkek olmanın düşük sağlık okuryazarlığı için risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarında ise kadın ve erkek cinsiyetleri arasında fark saptanmadı. Bu farklı sonuçların testlerin yapıldığı bölgelerin sosyo-ekonomik düzeyi ve eğitim farklılıklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Sağlık okuryazarlığı indeks puanının medeni durumla olan ilişkisini incelediğimizde Rikard ve arkadaşlarının(62) yaptığı çalışmada evli ya da evli insanlarla yaşayan kişilerin sağlık okuryazarlık puanı bekar insanlara göre yüksek bulunmuştur. Jovic-Vranes ve ark.’larının (63) Sırbistan’da yaptığı çalışmada da evli insanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Deniz ve ark.’larının (64) yaptığı yerel bir çalışmada ise evlilikle sağlık okuryazarlığı ilişkisi bulunamamıştır. Bu durumun nedeni olarak evli insanların ekonomik kararlılığı, hayat kalitesindeki artış, düşük depresyon seviyeleri ve sosyal bağlantıların artması gösterilmiştir (65).

Çalışmamızdaki katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi 2 grupta yetersiz-sınırlı (0-33) ve yeterli-mükemmel (>33-50) incelendiğinde; yeterli-mükemmel grubundaki bekar kişilerin yüzdesinin (%39,2), yetersiz-sınırlı grubundaki bekar

kişilerin yüzdesinden (%29,3) anlamlı yüksek olduğu gözlemlendi. Bu durumun bekar insanların daha genç olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde ilköğretim mezunu hastaların acil servis başvurularının ASM başvurularından yüksek olduğu, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının ise ASM başvurularının acil servis başvurularından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Andrews ve ark. (66) yaptıkları bir çalışmada hastaların eğitim düzeyi azaldıkça, hastalıklarını daha ciddi ve acil gördüklerini tespit etmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların acil durumları daha iyi idrak edip, gereksiz acil başvurularından kaçındığı görülmektedir. Khan ve ark.'larının (67) Kanada'da yaptığı çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça acil servis kullanımının arttığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar alınmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan insanların acil kavramını daha iyi anladıkları ve nereye başvurmaları gerektiğini daha iyi bildiğini söyleyebiliriz.

Sağlık okuryazarlığı indeks puanının eğitim ile olan ilişkisi incelendiğinde ise, Nakayama ve ark.'larının(55) yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunamamıştır. Lee ve arkadaşlarının (68) Amerika'daki Asyalı göçmenlerle yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin artmasıyla sağlık okuryazarlığının arttığı bulunmuştur. Beauchamp ve ark.'larının (69) yaptığı çalışmada da eğitilmiş insanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Çalışmamız da Nakayama ve ark.'ları ile Özdemir ve ark.'larının (70) ait çalışmalara benzer şekilde sağlık okuryazarlık puanı ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı. Genel literatür ortak kanısı ise eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bağ olmasıdır(71). İyi eğitim seviyesi, bilgileri anlamak, okumak için gerekli olan özelliklerden biridir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin ortaya koyulamamasının sebebi eğitim sistemimizde sağlığa ve sağlık okuryazarlığına yeterli yer ayrılmasıdır olabilir. Bununla birlikte ASM ve acil servis başvuru tercihinde ise iyi eğitim seviyesinin önemli olduğunu çalışmamızda tespit ettik.

Çalışmaya dahil edilen katılımcılar gelir düzeylerine göre ele alındığında, geliri giderinden az olan hastaların, denk olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde acil servise daha fazla oranda başvurduğu saptandı. Villani ve Mortensen (72) yaptığı çalışmada acil servisi düşük gelirli insanların daha çok kullandığını

tespit etmiştir. Öte yandan, Tsai ve ark.'ları (73) acil olmayan acil servis başvurularında baskın karakteri düşük gelirli olmayan hastalar olarak tespit etmiştir. Bu farklılığın oluşmasında acil servislerin ücretsiz olduğu düşüncesi (74) yanında en yakın sağlık kuruluşunun acil servis olması etkili olabilir (75).

Sağlık okuryazarlığı indeks puanının gelir düzeyine göre olan ilişkisi incelendiğinde ise, Uğurlu ve ark.'larının(76) yaptığı bir çalışmada gelir düzeyi yüksek olan kişilerin SOY puanı geliri düşük olanlardan yüksek bulmuştur. Temel ve arkadaşının (77) kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde yaptığı araştırmada da yine literatürü destekleyecek şekilde gelir düzeyi yüksek olanların SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Eichler ve ark.'larının(78) yaptığı çalışmada da gelir düzeyi düştükçe SOY puanının da düştüğünü göstermiştir. Suma ve ark.'larının(79) Japonya'da yaptığı çalışmada da iyi ekonomik duruma sahip olanların sağlık okuryazarlığı puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Gelir düzeyi düşük olan insanların ekonomik zorluklarla başa çıkarken eğitim ve sağlık durumunu arka plana attıklarını söyleyebiliriz (80). Ayrıca düşük gelirli insanların okuryazarlığının da düşük olduğu bu yüzden de sağlıkla ilgili yazılı materyalleri okumakta zorluk çektiğini söyleyebiliriz (81). Bizim çalışmamızda fark olmaması örneklem büyüklüğünün diğer çalışmalara kıyasla daha küçük olmasına bağlamaktayız.

Sağlık okuryazarlığı indeks puanının meslek gruplarına göre olan ilişkisi incelendiğinde ise, Haghdooost ve ark.'larının (82) İran'da yaptığı bir çalışmada düzenli iş sahibi olanların ve öğrencilerin sağlık okuryazarlığı, geçici işlerde çalışanlara göre ve işsizlere oranla daha yüksek bulmuştur. Liu ve ark.'larının (83) Çin'de sağlık okuryazarlığı ile sağlık durumu ve davranışı arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada profesyonel veya beyaz yakalı bir işte çalışanların, mavi yakalı ya da işçilere göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı olduğu söylenmektedir. Çalışmamız sonuçlarına göre ise meslek grupları içinde SOY puanı ve düzeyi anlamlı farklıydı. Öğrenciler içinde yeterli-mükemmel düzey sağlık okuryazarlık oranı diğer mesleklere göre anlamlı yüksek, esnaf içinde yeterli-mükemmel düzey oranı ise diğer mesleklere göre anlamlı düşüktü. Bu farklılığın oluşmasında öğrencilerin en genç yaş kategorisini oluşturup; genç nüfusun teknoloji kullanımı ve dolayısıyla sağlık verilerine ulaşımının daha kolay olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Sağlık okuryazarlığı kategorik sınıflaması açısından yapılan literatür analizinde, 9 Avrupa ülkesinin içinde olduğu Avrupa birliği çalışmasında (19) katılımcıların %16,5'i mükemmel, %36'sı yeterli, %35,2'si sorunlu-sınırlı, %12,4'ü yetersiz bulunmuştur. Nakayama ve ark.larının (55) yaptığı çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düzeyleri; %4,2 mükemmel, %10,4 yeterli, %35,5 sorunlu-sınırlı, %49,9 yetersiz bulunmuştur ve mükemmel-yeterli oranı % 14,6 tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızın analizinde ise katılımcıların %22,1'i mükemmel, %33,1'i yeterli, %31,7'si sorunlu-sınırlı, %13,1'i yetersiz bulunmuş olup Avrupa birliği çalışması ile benzer olduğu görüldü. Sağlık okuryazarlığı düzeyini mükemmel-yeterli ve yetersiz olarak iki kategoriye indirdiğimizde çalışmamızda %55,2 olarak bulunan mükemmel-yeterli sınıfı, Avrupa birliği çalışmasında %52,5 idi. Sağlık okuryazarlığı indeks puanı açısından ise, Okyay ve Abacıgil'in(29) Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,5 ile sorunlu-sınırlı sınıfında iken, Bakan ve arkadaşının (84) Ağrı'da yaptığı bir çalışmada ise 24,59 ile yetersiz sağlık okuryazarlığı sınıfındaydı. Avrupa birliği çalışmasında (19) genel sağlık okuryazarlığı puanı ise 33,8 bulunmuştur. Çalışmamızın sağlık okuryazarlığı indeks puanı 33,9 olup, ASM'ye başvuran katılımcıların sağlık okuryazarlık indeksi 34,4, acil servis yeşil alana başvuran katılımcıların ise 33,9 idi ve yeterli sağlık okuryazarlığı sınıfında olup Avrupa birliği çalışmasına benzerdi. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ülkelere göre hatta aynı ülkedeki bölgelere göre bile farklılık gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Ülkelerin birbirinden farklı sosyal ve ekonomik nitelikleri, eğitim ve sağlık politikalarının bu farklılığı oluşturduğu söylenebilir. Gelişmiş bir ülke olan Japonya'nın sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması ise gelişmiş bir ülkenin sağlık okuryazarlığının da yüksek olması gerektiği algısını yıkmaktadır (55).

Ölçek boyutlarına göre SOY indeks puanı ile ilgili yapılan literatür analizinde, Okyay ve Abacıgil'in (29) çalışmasında en düşük SOY indeks puanını 27,4 ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunda bulunmuştur. Benzer şekilde çalışmamıza ait olan ölçek boyutlarına göre en düşük SOY indeks puanı hem AS hem de ASM'de 31,3 idi. Ölçek boyutlarına göre SOY düzeyleri incelendiğinde, Okyay ve Abacıgil'in(29) çalışmasında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu yetersiz SOY oranı %38,0 ile en yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde 2018 yılında

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan sağlık okuryazarlığı raporunda (85) da sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunda yeteriz SOY oranı %42.3 ile en yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da literatürü destekler şekilde sağlıkla ilgili bilgi değerlendirme boyutu, yetersiz SOY oranı içerisinde değerlendirildiğinde hem acil serviste (%27) hem de ASM'de (%26) en yüksek bulundu. Bu sonuçlardan yola çıkarak bilgiyi değerlendirme sürecinin daha zor ve karmaşık bir süreç olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan merkezler arasında sağlık okuryazarlığı indeks puanında fark olmamasına rağmen alt süreçler olan sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma skoru ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama skoru ASM hastalarında acil servis başvurularına göre yüksek çıkmış (35,4; 33,3) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.042$; $p=0.035$ sırasıyla). Çalışmamızdaki farklılıkta acil servis hastalarının sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmakta zorlandığı için ulaşımı daha kolay olan acil servisi tercih ettiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların tanı kodları analiz edildiğinde en sık başvuru nedenleri solunum sistemi hastalıkları (%39,4), sindirim sistemi hastalıkları (%16,7) ve kas iskelet sistemi ve bağ doku hastalıklarıydı (%11,3). Acil servis yeşil alana başvuran katılımcılarımızla ASM'ye başvuran katılımcılarımızın tanı kodları dağılımları karşılaştırıldığında, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve kas iskelet sistemi ve bağ doku hastalıklarının acil servis başvurularında anlamlı yüksek çıktığı; endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalık oranının ise anlamlı düşük çıktığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü'nün referans olarak gösterdiği bir çalışma da olan Eroğlu ve ark.'larının(86) acil servise acil olmayan başvuruların değerlendirilmesi çalışmasında en sık başvuru nedeni %39,4 ile üst solunum sistemi hastalıklarıdır. Tanı kodlarının ortalama sağlık okuryazarlığı indeks puanları ile olan karşılaştırmasında ise AS ile ASM arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Bu konu ile ilgili literatürde sağlık okuryazarlığı ile giriş tanıları arasında yapılmış herhangi bir çalışma bulunamamıştır.

6. KISITLILIKLAR

Öncelikle çalışmamızın tek merkezli bir çalışma olması nedeniyle, bölgesel sosyokültürel düzey homojenitesinin sağlanamadığını düşünmekteyiz. Çalışmamız kış mevsiminde ve kısa bir süre zarfında yapılmış olup, bu zaman dilimindeki hasta profili çalışmamızı sınırlamıştır. Katılımcıların yapılan anketi uzun bulması ve kısa zaman süresinde tamamlama istekleri sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilemiş olabilir. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı da anketlerin araştırmacı nezaretinde yapılması katılımcıların doğru şıkkı tercih etmelerine ve sağlık okuryazarlığını olduğundan daha yüksek tespit etmemize neden olmuş olabilir.

7. SONUÇ

Çalışmamızdaki AS ve ASM katılımcıları arasında genel SOY puanı arasında anlamlı fark bulamadık bu sonuçla acil servislerin yoğunluğunun oluşmasında sağlık okuryazarlığından başka faktörlerin etkisinin olabileceğini düşünmekteyiz. Acil servis yoğunluğu oluşturan sebepler üzerinde daha fazla çalışma yapıp, nedenler ortaya koyulmalı ve bu nedenlere yönelik tedbirler alınmalıdır.

Sağlık okuryazarlığının yaşla beraber azaldığını tespit ettik. Ülkemiz yaşlı nüfus oranının arttığını ve yaşlı insanların daha fazla kronik hastalığı olduğundan dolayı, yaşlı insanların sağlık okuryazarlığının artırılması için algoritmalar üretilmeli, koruyucu sağlık hizmetleri artırılmalıdır.

Sağlık okuryazarlığının en zorlanılan boyutu bilgiyi değerlendirme süreci olduğundan toplumun sağlık bilgilerini değerlendirme yetisini arttırmaya yönelik eğitim, çalışma, medya aracılığıyla bilgilendirme ve sosyal faaliyetler yürütülmelidir.

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde medyanın, toplu iletişim alanlarının önemi yaşadığımız pandemi döneminde ön plana çıkarken, bilginin güvenilir olup olmadığını konusunda zorlanması, güvenilir bilgi ortamının henüz sağlanamadığı ve bu konuda gerekli düzenlemelerin yapılması gerektiğini göstermektedir.

Ülkemiz eğitim sisteminde sağlığa ve sağlık okuryazarlığına daha fazla yer ayrılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-67.
2. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 10 Şubat 1999;281(6):552-7.
3. 1. Tözün M, Sözman MK. Health Literacy with Perspective of Public Health, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2014;48.
4. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy The Solid Facts. Copenhagen: WHO; 2013.
5. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 25 Ocak 2012;12:80.
6. 31374,turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasipdf.pdf [İnternet]. [a.yer 23 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31374,turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasipdf.pdf?0>
7. Young's, Macrae C, Cairns G, Pia A. Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Scotland Scottish Gov Publ. 2001;
8. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot*. Mayıs 1986;1(1):113-27.
9. Sağlıkın Teşviki Sözlük.pdf [İnternet]. [a.yer 08 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>
10. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Education Monographs*. 1974;2(1_suppl):1-10.
11. Potvin L, Jones CM. Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Can J Public Health*. 01 Temmuz 2011;102(4):244-8.
12. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*. 01 Ekim 2018;33(5):901-11.

13. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect.* Haziran 2008;11(2):113-22.
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* Aralık 2008;67(12):2072-8.
15. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine.* 01 Nisan 2004;58(7):1309-21.
16. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* Haziran 2005;20(2):195-203.
17. Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med.* Ağustos 2006;21(8):878-83.
18. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med.* Mayıs 2009;36(5):446-51.
19. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, vd. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* Aralık 2015;25(6):1053-8.
20. Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
21. Stewart DW, Cano MA, Correa-Fernández V, Spears CA, Li Y, Waters AJ, vd. Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *BMC Public Health.* 14 Temmuz 2014;14:716.
22. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun.* 2014;19 Suppl 2:302-33.
23. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* Haziran 2010;25(3):464-77.
24. Üçpunar E, Piyal B. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı uyarılma çalışması [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık; 2014.
25. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns.* Eylül 1999;38(1):33-42.
26. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, vd. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med.* Aralık 2005;3(6):514-22.

27. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract.* 24 Mart 2006;7:21.
28. Hanson-Divers EC. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *J Health Care Poor Underserved.* Şubat 1997;8(1):56-69.
29. Okayay P, Abacıgil F, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması 2016. Ankara.T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025.
30. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan _ 2013-2017 [İnternet]. [a.yer 24 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,21353/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017.html>
31. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 19 Temmuz 2011;155(2):97-107.
32. Tanrıöver DM, Yıldırım HH, Ready DFN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. Sağlık-Sen Yayınları 2014; 25: 1426.
33. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is Low Health Literacy Associated With Increased Emergency Department Utilization and Recidivism? *Academic Emergency Medicine.* 2014;21(10):1109-15.
34. Kickbusch Ilona. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education.* 01 Ocak 2008;108(2):101-4.
35. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med.* Aralık 1998;13(12):791-8.
36. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med.* Aralık 2004;19(12):1228-39.
37. Dolton P, Pathania V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. *Journal of Health Economics.* 01 Eylül 2016;49:193-208.
38. Durand A-C, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 25 Eylül 2012;5:525.
39. Hsu C-M, Liang L-L, Chang Y-T, Juang W-C. Emergency department overcrowding: Quality improvement in a Taiwan Medical Center. *J Formos Med Assoc.* Ocak 2019;118(1 Pt 1):186-93.

40. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, vd. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. Mart 2011;29(3):333-45.
41. Plunkett PK, Byrne DG, Breslin T, Bennett K, Silke B. Increasing wait times predict increasing mortality for emergency medical admissions. *Eur J Emerg Med*. Ağustos 2011;18(4):192-6.
42. Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med*. Aralık 2004;44(6):577-85.
43. Pines JM, Shofer FS, Isserman JA, Abbuhl SB, Mills AM. The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Acad Emerg Med*. Mart 2010;17(3):276-83.
44. Pines JM, Iyer S, Disbot M, Hollander JE, Shofer FS, Datner EM. The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Acad Emerg Med*. Eylül 2008;15(9):825-31.
45. van de Ruit C, Lahri S, Wallis LA. Clinical teams' experiences of crowding in public emergency centres in Cape Town, South Africa. *Afr J Emerg Med*. Haziran 2020;10(2):52-7.
46. Towiwat P, Phungoen P, Tantrawiwat K, Laohakul P, Aiewruengsurat D, Thanadetsuntorn C, vd. Quality of gout care in the emergency departments: a multicentre study. *BMC Emerg Med*. 20 Nisan 2020;20(1):27.
47. Efrat-Treister D, Cheshin A, Harari D, Rafaeli A, Agasi S, Moriah H, vd. How psychology might alleviate violence in queues: Perceived future wait and perceived load moderate violence against service providers. *PLoS One* [İnternet]. 24 Haziran 2019 [a.yer 31 Temmuz 2020];14(6). Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6590795/>
48. Cremonesi P, di Bella E, Montefiori M, Persico L. The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to Inappropriate Use of Emergency Departments. *Appl Health Econ Health Policy*. Ekim 2015;13(5):507-14.
49. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-50.
50. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promot Int*. 02 Nisan 2020;
51. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. Temmuz 2003;117(4):250-5.

52. Idil H, Kilic TY, Toker İ, Dura Turan K, Yesilaras M. Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turk J Emerg Med.* Haziran 2018;18(2):71-4.
53. Kamberi H, Hysa B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G, Burazeri G. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Med Arch.* 2013;67(3):209-11.
54. Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey. *Aging Male.* Aralık 2019;22(4):272-7.
55. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, vd. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health.* 23 Mayıs 2015;15:505.
56. Clouston SAP, Manganello JA, Richards M. A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age Ageing.* 01 2017;46(3):493-9.
57. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.* Şubat 2000;49(2):147-52.
58. Hooker EA, Mallow PJ, Oglesby MM. Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010-2014). *J Emerg Med.* Mart 2019;56(3):344-51.
59. Manuel JI. Racial/Ethnic and Gender Disparities in Health Care Use and Access. *Health Serv Res.* 2018;53(3):1407-29.
60. Haerian A, Moghaddam MHB, Ehrampoush MH, Bazm S, Bahsoun MH. Health literacy among adults in Yazd, Iran. *J Educ Health Promot [İnternet].* 30 Aralık 2015 [a.yer 04 Ağustos 2020];4. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4946262/>
61. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health.* Aralık 2007;61(12):1086-90.
62. Rikard RV, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health.* 13 Eylül 2016;16(1):975.
63. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J Public Health (Oxf).* Aralık 2009;31(4):490-5.
64. Deniz S, Oğuzöncül AF. Assessment of Health Literacy Level in Akcadag, Malatya, Turkey. *Firat Tıp Dergisi,* 2020, 25.1.

65. Williams K, Umberson D. Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. *J Health Soc Behav.* Mart 2004;45(1):81-98.
66. Andrews H, Kass L. Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Intern Emerg Med.* Eylül 2018;13(6):893-900.
67. Khan Y, Glazier RH, Moineddin R, Schull MJ. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. *Acad Emerg Med.* Ağustos 2011;18(8):836-43.
68. Lee HY, Rhee TG, Kim NK, Ahluwalia JS. Health Literacy as a Social Determinant of Health in Asian American Immigrants: Findings from a Population-Based Survey in California. *J Gen Intern Med.* Ağustos 2015;30(8):1118-24.
69. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, vd. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [Internet]. 21 Temmuz 2015 [a.yer 27 Temmuz 2020];15. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508810/>
70. Özdemir S, Akça HŞ, Algın A, Kokulu K. Health Literacy in The Emergency Department: A Cross-sectional Descriptive Study. *Eurasian J Emerg Med* 2020;19:94-97.
71. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun.* 2013;18 Suppl 1:172-84.
72. Villani J, Mortensen K. Nonemergent emergency department use among patients with a usual source of care. *J Am Board Fam Med.* Aralık 2013;26(6):680-91.
73. Tsai JC-H, Chen W-Y, Liang Y-W. Nonemergent emergency department visits under the National Health Insurance in Taiwan. *Health Policy.* Mayıs 2011;100(2-3):189-95.
74. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 09 2019;9(10):e030927.
75. Jiang L, Ye L, Dai M, Zhou J, Li Q. Use Andersen's behavior model to explain non-urgent visits in emergency department: A single center study in southwest China. *Int Emerg Nurs.* 20 Mart 2020;100845.
76. Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına

uygunluğunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 28 Nisan 2019;96-106.

77. Temel AB, Çimen Z. KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 29 Aralık 2017;33(3):105-25.
78. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313-24.
79. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, vd. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Educ Couns*. Mayıs 2015;98(5):660-8.
80. Porr C, Drummond J, Richter S. Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers. *Family & Community Health*. Aralık 2006;29(4):328–335.
81. Speirs KE, Messina LA, Munger AL, Grutzmacher SK. Health Literacy and Nutrition Behaviors among Low-Income Adults. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 26 Temmuz 2012;23(3):1082-91.
82. Haghdoost AA, Karamouzian M, Jamshidi E, Sharifi H, Rakhshani F, Mashayekhi N, vd. Health literacy among Iranian adults: findings from a nationwide population-based survey in 2015. *East Mediterr Health J*. 25 Kasım 2019;25(11):828-36.
83. Liu Y-B, Liu L, Li Y-F, Chen Y-L. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 18 Ağustos 2015;12(8):9714-25.
84. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. 2019;8.
85. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması [İnternet]. [a.yer 23 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi.html>
86. Eroglu SE, Toprak SN, Urgan O, et al. Evaluation of non-urgent visits to a busy urban emergency department. *Saudi Med J*. 2012;33(9):967-972.

9. EKLER

EK – 1: ETİK ONAM FORMU

EK-2: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ONAY FORMU



EK – 3: ÇALIŞMA FORMU

Erişkin Acil Servisi ile Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması Çalışması Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı,

Çalışmamız acil servis yeşil alana başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini ortaya koymak ve bu düzeyi aile sağlık merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeyiyle karşılaştırmayı amaçlayan bir bilimsel çalışmadır. Bu çalışmaya katılarak bir anket formu doldurmanızı rica ediyoruz.

Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanma ile ilgili becerilerin hepsini ifade etmektedir. Bu anket, sağlık okuryazarlığı sağlık okuryazarlık düzeyini tespit etmeye yarayan bir ankettir. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak olup, ileride yapılacak araştırma programlarına yön vermek amacıyla istatistiki bilgi olarak kullanılacaktır.

Çalışmaya ilgili olarak çalışma sorumlusu Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Algın ile her zaman 05365033982 numaralı telefondan irtibata geçebilirsiniz.

Araştırmacı adı soyadı: Asist. Dr Rıza Gücal

Tarih:

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

_____(okudum,
anladım, çalışmaya katılmayı kabul ediyorum)

Katılımcı adı soyadı:

İmza:

Tarih:

Sosyo-demografik Veri Formu

1. **Yaşınız** (bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz):
2. **Cinsiyetiniz:** () 1. E () 2. K
3. **Medeni durumunuz:**() 1. Evli () 2. Bekâr
4. **Eğitim durumunuz** (en son bitirilen okulu belirtiniz)
() 1. İlkokul mezunu () 2. Ortaokul mezunu () 3. Lise mezunu
() 4. Meslek Yüksekokulu mezunu () 5. Üniversite/yüksekokul mezunu () 6. Yüksek lisans mezunu ()
7. Doktora mezunu
5. **Mesleğiniz:** () 1. Ev hanımı () 2. İşçi () 3. Emekli () 4. Öğrenci
() 5. Memur () 6. Esnaf () 7. Serbest çalışan () 8. Çiftçi () 9. Diğer.....
6. **Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?**
() 1. Gelir giderden az () 2. Gelir gidere denk () 3. Gelir giderden fazla

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ -32

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/kolay/zor/çok zor” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalıklıbelirtisiolupolmadığınıaraştırmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz 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 (randevualmakgibi) 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	Tahvil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp 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 gib isağlığınız 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 yapılmış 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 etkileyebileceğini 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-4: Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi (The Canadian Triage and Acuity Scale-CTAS)

CTAS Düzeyi	Düzey Tanımı
1.Resüsitasyon	Resüsitasyon gerektiren ya da yaşamın/uzuvların kaybedilme riskinin olduğu durumlardır. Acil ve agresif girişim gerektirir.
2. Çok acil	Hayatı, uzuvları ya da fonksiyonlarını tehdit etme potansiyeli olan durumlardır. Hızlı tıbbi girişim gerektirir.
3. Acil	Acil girişim gerektiren, ciddi sağlık sorunlarına dönüşebilme potansiyeli olan durumlardır.
4. Az acil	Hastanın yaşı ve psikolojik durumuyla ilişkili olabilen bir komplikasyon gelişimi ya da sağlık durumunda kötüye gidişe yol açabilecek olan durumlardır.
5. Acil değil	Akut gelişen ancak aciliyeti olmayan ya da kronik bir hastalığın belirtisi olup kötüye gidişe işaret etmeyen durumlardır.

EK – 5: BEYAN FORMU

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- 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 olarsunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Dr. Rıza Gücal

EK – 6: ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler:

Adı-Soyadı: Rıza Gücal

Doğum Yeri ve Tarihi: Seyhan / 01.03.1990

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi ve Telefonu: Kavacık Mah. Sanal sokak 28/4Beykoz,
İstanbul. 0905365033982

Yabancı Dil: İngilizce

2. Eğitimi:

Tıpta Uzmanlık Eğitimi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim
Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği (2016-)

Üniversite: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp (İngilizce) (2008-2015)

Lise: Seyhan Çeş Anadolu Lisesi (2004-2008)

3. Ünvanları:

Acil Tıp Asistanı (2016-)

Tıp Doktoru (2015-2016)

4. Mesleki Deneyimi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi – Acil
Tıp Asistanı (2016-)

Kağıthane Toplum Sağlığı Merkezi- Pratisyen Hekim (2015-2016)