



İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2025

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI



**YETİŞKİN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNE GÖRE
ACİL SERVİSİ KULLANMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
MEHMET ÇALIK

İSTANBUL, 2025

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**YETİŞKİN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNE GÖRE
ACİL SERVİSİ KULLANMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MEHMET ÇALIK

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi NURCAN KOLAÇ

İSTANBUL – 2025

KABUL VE ONAY

Mehmet ÇALIK tarafından hazırlanan “Yetişkin Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeyine Göre Acil Servisi Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler” adlı tez çalışmasının savunma tarihi tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ

.....

Üye

Doç. Dr. Seher YURT

.....

Üye

Doç. Dr. Kamer GÜR

.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

MEHMET ÇALIK

24.01.2025



ÖN SÖZ

Bu çalışmanın hazırlanması sürecinde bana destek veren, yol gösteren ve cesaretlendiren birçok değerli insan bulunmaktadır. Her birine, bu tezin yazımında sağladıkları katkılar için içtenlikle teşekkür etmek istiyorum.

İlk olarak, değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ'a, bu çalışmanın her aşamasında gösterdiği sabır, özveri ve rehberlik için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Kendisinin, akademik bilgi ve deneyimi ile bu araştırmaya katkı sağlayan yönlendirmeleri, bana çok değerli bir perspektif kazandı. Tez yazım sürecindeki her zorlukta, profesyonel yaklaşımı ve desteğiyle bana güven verdi. Kendisinin disiplinli çalışması ve mükemmeliyetçi yaklaşımı, bu çalışmanın şekillenmesinde en büyük etkenlerden biri olmuştur. Sadece akademik değil, aynı zamanda insani yönüyle de bana örnek olmuştur.

Ayrıca, bu sürecin en zor zamanlarında yanımda olan ve bana sürekli güç veren annem Maşallah ÇALIK, babam Bayram ÇALIK ve ablam Filiz ÇALIK'a da teşekkürlerimi sunuyorum. Annem, bana her zaman sonsuz bir sevgi ve anlayışla destek oldu, en zor zamanlarda bile moral kaynağım oldu. Babam, her konuda bana yol gösteren, sabırla ve şefkatle bana destek veren en değerli danışmanım oldu. Ablam, her an yanımda olarak beni teşvik etti, zorluklar karşısında yalnız bırakmadı ve bu süreç boyunca bana motivasyon sağladı. Ailem, bu tezin yazımında ve akademik hayatım boyunca bana en büyük gücü ve sevgiyi sundu. Onların desteği olmadan bu başarıyı elde etmek mümkün olmazdı.

Bu tez, sağlık okuryazarlığının acil servis ortamındaki önemini ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini ne şekilde etkilediğini anlamaya yönelik bir çalışmanın ürünüdür. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili doğru bilgilere ulaşabilmesi ve bu bilgileri sağlıklı kararlar almak için kullanabilmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bu alandaki farkındalığın artırılmasına yönelik yapılan bu çalışma, sağlık okuryazarlığının toplum sağlığını iyileştirmek adına ne kadar önemli bir faktör olduğunu ortaya koymayı hedeflemiştir.

Bu tezin tamamlanmasında emeği geçen tüm öğretim üyelerine ve araştırma sürecinde sağladıkları desteklerle katkı sağlayan tüm arkadaşlarıma da teşekkürlerimi sunarım. Onların desteği ve moral vermeleri, bu çalışmanın sonuçlanmasına büyük katkı sağladı.

MEHMET ÇALIK

24.01.2025

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	4
1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Tarihçesi:	4
1.2. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	5
1.2.1. Nutbeam Modeli.....	5
1.2.2. Baker Modeli.....	6
1.2.3. Freedman modeli.....	6
1.2.4. Sorensen Modeli.....	7
1.3. Sağlık Okuryazarlığının Dünyada ve Türkiye’de Yeri:	7
1.4. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Durumu	8
1.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	9
1.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	10
1.7. Acil Servis.....	11
1.8. Acil Servis Hizmetinin Kullanımında Sağlık Okuryazarlığının Önemi	11
1.9. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri	12
1.10. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanılmasının Olumsuz Sonuçları	12
BÖLÜM 2: GEREÇ ve YÖNTEM	14
2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	14
2.2. Araştırmanın Soruları	14
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Özellikleri ve Zaman.....	14
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
2.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	15
2.6. Araştırmaya dışlama kriterleri.....	16
2.7. Veri Toplama Araçları.....	16
2.8. Kişisel Tanıtım Formu.....	16

2.9. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32).....	16
2.10. Verilerin Toplanması	18
2.11. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	18
2.12. Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
2.13. Araştırmanın Etik İlkeleri	20
2.14. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	21
3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	21
3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler ...	25
3.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	27
3.4. Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi	37
BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....	39
SONUÇ.....	51
ÖNERİLER.....	52
KAYNAKÇA	53
EKLER.....	63
ÖZ GEÇMİŞ.....	74

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AS	: Acil Servis
BBSH	: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı
HS	: Halk Sağlığı
HSOY	: Halk Sağlığı Okuryazarlığı
SGGM	: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Basit Rastgele Örneklem Formülü Tablosu.....	15
Tablo 2 : TSOY-32'nin 2X4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Karşılık Gelen Madde Numaraları.....	17
Tablo 3 : Güvenirlik ve Normallik	19
Tablo 4 : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	22
Tablo 5 : Katılımcıların Sağlık İlgisi ve Geçmişine İlişkin Bulgular	23
Tablo 6 : Katılımcıların Acil Servis Kullanımına İlişkin Bulgular.....	24
Tablo 7 : Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	25
Tablo 8 : Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Sınıflamasına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 9 : Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	28
Tablo 10 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Sağlık İlgisi ve Geçmişi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 11 : Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Acil Servis Kullanım Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 12 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Acil Servise Gitme Sıklığı	37
Tablo 13 : Genel Sağlık Okuryazarlığı, Tedavi ve Hizmete Yönelik Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	38

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 : Nutbeam Modeli.....	5
Şekil 2 : Baker Modeli.....	6
Şekil 3 : Sorensen Modeli.....	7
Şekil 4 : Sağlık Okuryazarlığı Üzerinde Etkili Olan Faktörler ve Bunların Sonuçları	10



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Yetişkin Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeyine Göre Acil Servisi Kullanma Durumları Ve Etkileyen Faktörler

Mehmet ÇALIK

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı / Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ

Ocak, 2025 – 74

Bu çalışma, 18-65 yaş arası yetişkin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile acil servisi kullanım durumları belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel türde bir araştırmadır. Araştırma, Nisan - Aralık 2024 tarihleri arasında İstanbul İli Avrupa yakasında devlete bağlı bir hastanenin acil servisine başvuran 450 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Veriler SPSS 27 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, anlamlı farkların olup olmadığını belirlemek için ki-kare testi ve t-testleri yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığının acil servise başvuru sıklığıyla olan ilişkisini bulmak için, korelasyon analizi kullanılmıştır. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı değerlendirildiğinde %14.2'sinin yetersiz düzeyde %36.7'sinin sorunlu-sınırlı düzeyde, %30'unun yeterli düzeyde %19.1'inin ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaş ($p<0.05$), cinsiyet ($p<0.001$), eğitim durumu ($p<0.001$) ve meslek ($p<0.01$) ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçek puanları arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Katılımcıların 45-65 yaşındakilerin genel sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu bulundu. Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutundan elde edilen ortalama puan 33.04 ± 9.71 olduğu saptanmıştır. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlık düzeyleri ile tedavi ve hizmete yönelik sağlık okuryazarlığı ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde, oldukça yüksek düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik sağlık okuryazarlığı ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık okuryazarlığı arttıkça genel sağlık okuryazarlığı da artmıştır. Sağlık çalışanları tarafından yaşlı grupta ve eğitimi düşük olan hastaların tedavi ve bakım süreçlerinde sağlık okuryazarlık düzeylerini artırmak amacıyla daha fazla bilgilendirme çalışmalarının yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Acil Servis, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

ABSTRACT

Istanbul Kent University Postgraduate Education Institute

Emergency Department Utilization and Influencing Factors According to Health Literacy Levels of Adult Patients

Mehmet ÇALIK

Master Thesis

Division of Nursing /Discipline of Public Health Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Nurcan KOLAÇ

January, 2025 – 74

This study is a descriptive and correlational research aimed at determining the level of health literacy and emergency department utilization of adult patients aged 18-65. The research was conducted with 450 patients who visited the emergency department of a state hospital located in the European side of Istanbul between April and December 2024. Data were collected through face-to-face interviews using the Descriptive Information Form and the Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32). The data were analyzed using the SPSS 27 software. Descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests were conducted to determine whether significant differences existed. Correlation analysis was used to explore the relationship between health literacy and the frequency of emergency department visits.

When evaluating the overall health literacy of participants, it was found that 14.2% had inadequate, 36.7% had problematic-limited, 30% had sufficient, and 19.1% had excellent health literacy. Significant differences were observed between health literacy scores and the participants' age ($p<0.05$), gender ($p<0.001$), educational status ($p<0.001$), and occupation ($p<0.01$). It was found that individuals aged 45-65 had a higher level of health literacy. The mean score for the Disease Prevention/Health Promotion sub-dimension was 33.04 ± 9.71 . A strong, significant, and positive linear relationship was found between general health literacy and health literacy related to treatment and services, as well as disease prevention and health promotion ($p<0.001$). As participants' health literacy related to treatment and services, and disease prevention and health promotion increased, their overall health literacy also increased. It is recommended that healthcare professionals conduct more informative interventions to increase health literacy levels in older patients and those with lower education levels during their treatment and care processes.

Keywords: Health literacy, Emergency Department, Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32)

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı (SOY) 1970'lerde ortaya atılmış ve giderek daha fazla kabul gören ve halk sağlığı (HS) için kritik öneme sahip bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre SOY; “bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, sağlık bilgilerini anlama bu bilgileri kullanma ve kendi sağlıkları ile ilgili kararlar alabilme yeteneği” olarak tanımlanmıştır (Sertkaya vd., 2023). Günümüzde birey, aile ve toplum sağlığı için SOY'a yönelik yeterliliklerin kazanması gereklidir. Çünkü sağlık sistemleri karışıktır, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili olarak kararlar vermesi ve buna yönelik hizmet edinme kapasitelerine sahip olmaları beklenir. Bu nedenle, SOY bir kişinin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olarak ve sağlığa katkıda bulunan önemli bir faktör olarak belirtilmektedir (Öztürk, 2018; Schumacher vd., 2013).

SOY düzeyinin artması ile sağlıklı yaşam tarzı uygulamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Bireylerin yetersiz SOY düzeyine sahip olması, sağlık bilgilerinin hatalı anlaşılmasına, iyileşme sürecinin uzamasına dolayısı ile sağlığının olumsuz yönde etkileyebileceği bilinmektedir (Öztaş vd., 2016). Bireylerin kendi sağlıkları hakkında bilgi eksikliğinin olması veya SOY düzeyinin düşük olması durumunda sağlıksız yaşam tarzı davranışlarını sergiledikleri bildirilmektedir. O halde SOY düzeyinin yükselmesinde bireylerin tek başına bilgiyi bulmaları değil aynı zamanda, bu bilgiyi özümsemeleri anlamaları bu bilgiye göre nasıl davranış sergilemeleri konusunda bir kapasite geliştirmeleri beklenir (Çopurlar & Kartal, 2016). Literatürde SOY düzeyinin yükseldiği durumlarda hastaların küçük sağlık sorunları için sağlık hizmetlerine başvurma konusundaki algıladıkları ihtiyacın azaldığı veya hastaların mevcut hizmetleri belirleme ve seçme yeteneğini geliştirmeye yardımcı olabileceği bildirilmektedir (O'cathain vd., 2022). Bir diğer açıdan değerlendirildiğinde yetersiz veya sınırlı seviyede SOY düzeyine sahip bireylerin yeterli seviyede SOY düzeyine sahip bireylere karşılaştırıldığında, gereksiz hastane maliyetlerini arttırdıkları, hastanede geçirilen vaktin uzadığı ve gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu boyutlarının yanı sıra; sağlık çalışanlarının iş yükünün arttığı, sağlık harcamalarına ve ülke ekonomisine zarar verdiğinden dolayı HS açısından önemli bir konudur (Baker vd., 1998; Sezgin, 2014). Sağlık okuryazarlığı acil servise (AS) başvuran hastalar için özellikle önemlidir. Amerikan Acil Hekimler Birliği, acil durumu; "ortalama bir sağlık bilgisine sahip kişinin, acil ve plansız olarak tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğuna inandığı, her türlü tıbbi durum olarak tanımlanmaktadır. AS'ler hastalara sunulan hizmetin sürekli verildiği ve tanı konulup gerekli müdahalenin yapıldığı sağlık hizmeti sunucularındandır. Hizmete ihtiyaç duyan hastalara en hızlı şekilde müdahale etmek ve acil olanı belirleyip öncelik tanımak temelinde çalışırlar. Fakat hastalığı acil olmayıp AS başvuran kişi sayısı

oldukça fazladır. Bu kişilerin AS tercih etmeleri özellikle üniversite, eğitim araştırma veya şehir hastanelerinde yüksek hasta sayısına sebep olmaktadır. Böylelikle hastaların hastanede geçirdikleri süreler artmakta, acil hastaların tedaviye ulaşma süreleri uzamaktadır. Öte yandan hasta, aldığı hizmetten memnun kalmamakta ve AS'lerde genel bir kaos ile yetersizlik durumu baş göstermektedir (Ersel vd., 2006). SOY konusunda bilgi ve becerileri yüksek olan insanların AS kullanım oranlarının düşük olduğu ve diğer hastalara göre; sağlık alanında sunulan hizmetlerin kullanımında daha bilinçli davranışlar sergilediği bilinmektedir (Yılmaz vd., 2021). Yetersiz SOY düzeyine sahip olan hastalar yeterli SOY düzeyine sahip hastalara kıyaslandığında AS tekrarlayan başvuruları daha fazladır(Shahid vd., 2022).

Literatürde SOY düzeyinin bir hastanın acil tıbbi bakım arama kararını etkileyebileceği hatta SOY durumunun kötü sağlık sonuçlarını öz yönetimi olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmektedir. Konuyla ilgili bir sistematik araştırmaya dahil edilen AS hastalarının %40'ının sınırlı SOY becerisine sahip olduğu, belirlenmiştir(Herndon vd., 2011).

SOY düzeyi tüm ülkeler için önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkin SOY düzeyi %53 olup orta düzeydedir. Avrupa da ise bu oran %47.6 ile sınırlı bir SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur. Türkiye'de 4924 katılımcı ile yürütülen "Türk Sağlık Okuryazarlığı Çalışması" nda katılımcıların %64.6'sının yetersiz veya sınırlı SOY düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Durusu-Tanrıöver vd., 2014).

Literatürde sınırlı SOY, günümüz acil servislerinde nispeten sessiz bir salgın olup, hasta güvenliğini tehdit etmekte ve hizmetin kalitesini dahi derinden etkilemektedir (L. Zhang vd., 2020). Benzer şekilde ülkemizde AS'lerin kötüye kullanılması yaygın bir sorundur (Sönmez ve Özkan, 2022). Ülkemizde AS'te yapılan bir çalışmada hastaların %85.8 nin yetersiz ve sorunlu-sınırlı SOY düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (Yılmaz vd., 2021). Ancak AS'e başvuran hastaların SOY durumlarını araştıran çalışmalar ve kanıtla sınırlıdır (Marie vd., 2024). SOY düzeyi ile acil servislerin kullanımını arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için ek araştırmalara ihtiyaç vardır (Çopurlar & Kartal, 2016). Ülkemiz de konu ile ilgili literatür incelendiğinde bireylerin AS'e en sık başvuru nedenini semptomatik hastalıklar olduğu bulunmuştur. Oysa bu hastalıkları birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH) veren kurumlarda tedavi edilebileceği ve AS'lerin kullanımına gerekli olmadığı bildirilmektedir (Büyük vd., 2019).

Literatürde AS ziyaretlerinin hastalar ve sağlık sistemi üzerindeki yükünü azaltmak amacıyla okuryazarlığa duyarlı müdahalelerin test edilmesi için önemli bir yer olabileceği belirtilmektedir (Balakrishnan vd., 2017). Son zamanlarda, AS'e başvuran hastaların SOY durumunu değerlendiren

alışmalar bulunmaktadır. Literatürde SOY düzeyleri ile AS kullanmanın önemi giderek daha fazla ilgi görmektedir. Çünkü AS bakımının birden fazla yönü bulunmaktadır. Örneğın AS'e başvuranların sözlü bilgileri, yazılı materyelleri formları anlaması ve bilgilendirilmiş onam vermesi beklenir. Aynı zamanda bireylerin taburcu olduktan sonra takip ve ilaç önerilerini uyma becerisi gibi birçok yönünden etkilenebilir (Carpenter vd., 2014; Herndon vd., 2011).

Acil polikliniklerde etkili ve nitelikli hizmetin devamlı olabilmesi için gereksiz başvuruların önüne geçecek uygulamalara ve toplumun genel SOY seviyesini arttıracak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Yılmaz vd., 2021). Sağlık okuryazarlığı, AS hastalarında ikinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını iyileştirmeye yönelik potansiyel bir hedef olarak yeterince araştırılmamıştır. Bu alışma, 18-65 yaş arası hastaların sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörler ve erişkin acil kullanma durumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Tarihçesi:

Sağlık okuryazarlığı kavramını 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı çalışmasında tarihte ilk kullanan Scott K. Simonds’dur (Simonds, 1974). Bu tarihten sonra SOY kavramını farklı şahıslar, kurum ve kuruluşlar türünden ele alınıp bu husus ile ilgili farklı tanımlamalarda bulunulmuştur.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2011 yılında yayımlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü"nde, SOY kavramı, bireylerin sağlıklı bir yaşamı teşvik etmeye yönelik bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve etkin şekilde kullanma becerisi ile bu süreçleri destekleyen bilişsel ve sosyal yetenekleri ifade eden bir kavram olarak açıklanmıştır (DSÖ, 1998).

Amerikan Tıp Birliği (AMA), bu kavramı, sağlık hizmetleriyle ilgili işlevleri yerine getirebilmek için gerekli olan okuma becerileri ve sayısal işlemleri içeren bir beceri seti olarak tanımlamaktadır. Bu beceriler, bireylerin reçeteleri, randevu belgelerini ve diğer sağlıkla ilgili yazılı materyalleri okuyup anlayabilme yeteneğini de kapsamaktadır. (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, 1999).

SOY ile ilgili geçmişte yapılan bütün tanımlamaları Sorensen ve arkadaşları derlemişler ve SOY kavramını “SOY okuryazarlıkla bağlantılı bir kavramdır. İnsanların sağlıklarıyla ilgili kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek, sürdürmek, sağlıklarını geliştirmek ve hastalıkları önlemek amacıyla gerekli sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlayıp değerlendirme ve kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir” şeklinde yorumlamışlardır (Sørensen vd., 2012).

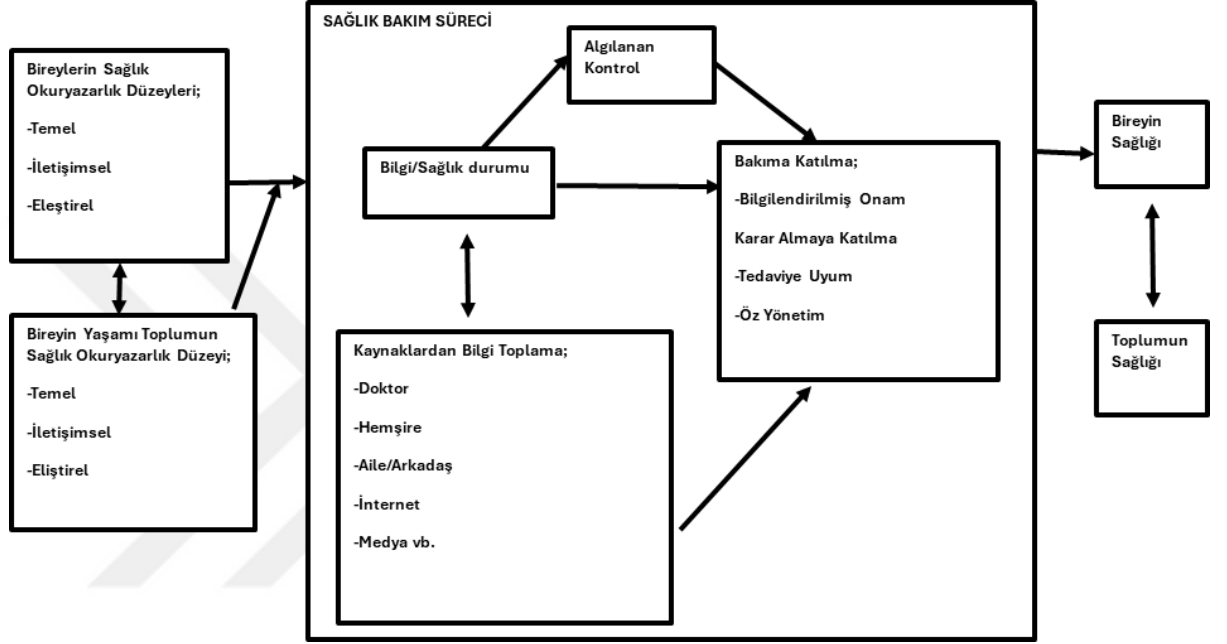
Zarcadoolas ve arkadaşları (2005), SOY kavramını, yaşam kalitesini iyileştirmek ve sağlık risklerini azaltmak amacıyla bireylerin sağlık bilgisine erişim sağlamalarını, bu bilgiyi anlamalarını, değerlendirmelerini ve etkin bir şekilde kullanabilmelerini içeren geniş bir yetkinlikler bütünü olarak tanımlamaktadırlar. Bu kavram, bireylerin sağlıkla ilgili bilinçli tercihler yapabilmelerini mümkün kılacak becerileri kapsar.

SOY kavramı günümüzde önem kazanmıştır. Tüm toplumu kapsayacak şekilde alanı genişlemiştir. Halk sağlığı okuryazarlığı (HSOY) kavramının bireysel SOY’un bir tamamlayıcısı olduğu bildirilmektedir. HSOY kavramını Freedman ve arkadaşları “bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayan halk sağlığı kararlarını almak için ihtiyaç duyulan bilgileri elde etme, işleme, anlama, değerlendirme ve bunlara göre hareket etme derecesi” olarak tanımlamaktadır (Freedman vd., 2009).

1.2. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

SOY sağlıkla ilgili malumatları okumak ve kavramanın dışında, farklı kavramları ve ebatlarıyla incelenmesi, farklı modellerin gün yüzüne çıkmasını doğurmuştur. Bu modellerden en sık kullanılanı Nutbeam'ın modelidir (Nutbeam vd., 2018).

Şekil 1
Nutbeam Modeli



Kaynak: Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 11(2), 113-122. <https://doi.org/10.1111/J.1369-7625.2008.00497.X>

1.2.1. Nutbeam Modeli:

Bu modelde SOY'un birey ve toplumun avantajları öne çıkmaktadır. Halk sağlığı ve birey ön plandadır. Bu model içerisinde üç okuryazarlıktan söz edilir aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (Nutbeam, 2008).

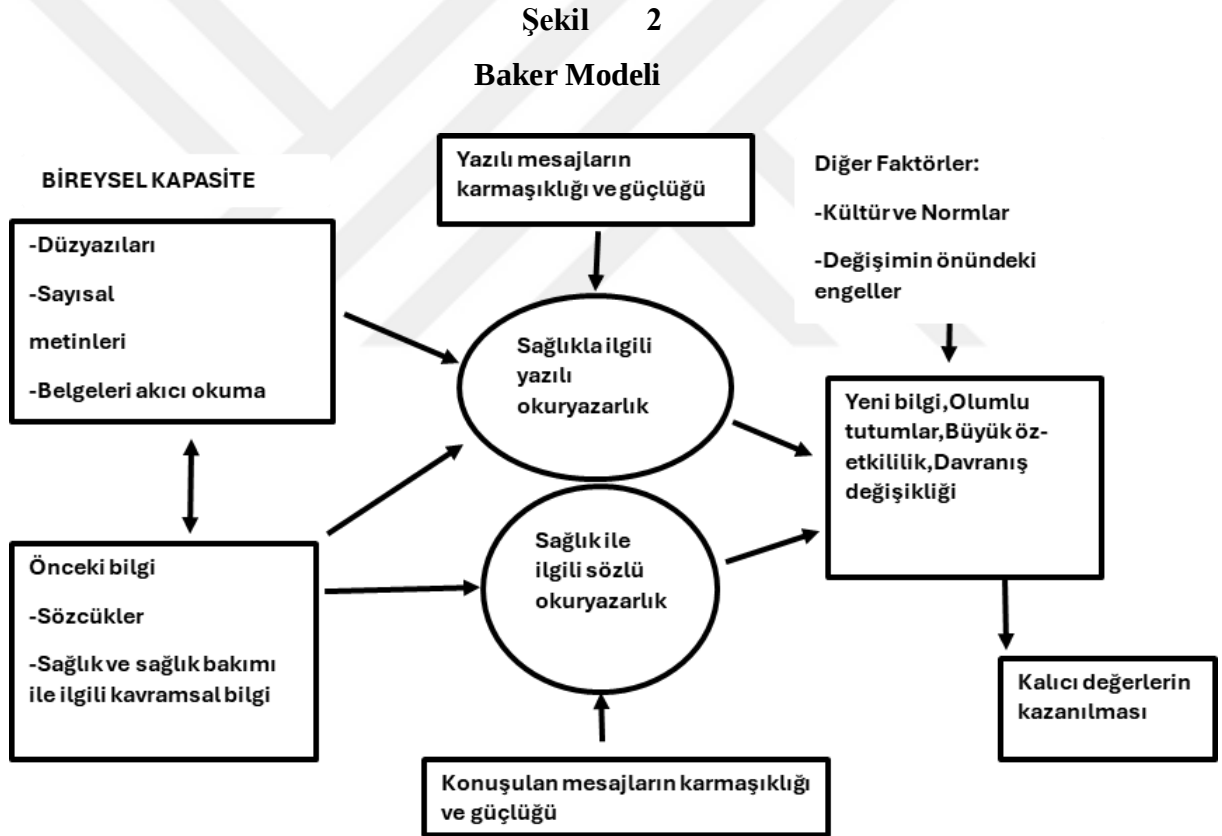
Fonksiyonel (Temel) sağlık okuryazarlığı: Bireylerin günlük hayatlarında kullanabilecek seviyede temel SOY yeteneğine sahip olmasıdır. Ayrıca sağlık eğitimi ve sonuçlarını içeren bilgileri tanımlar. Sağlık hizmetlerden doğru bir şekilde faydalanma söz konusudur. Aynı zamanda spor, beslenme, ilk yardım gibi koruyucu sağlık hizmetlerini ve bu konudaki becerilerini nasıl kullanabileceğini ifade eder (Nutbeam, 2008).

İletişimsel (Etkileşimli) sağlık okuryazarlığı: Bireylerin sadece güncel sağlık bilgilerine ulaşabilmelerini değil, aynı zamanda bilgilerini iletişim bağlamına göre yorumlayabilmelerini ve güncelleyebilmelerini de vurgulamaktadır (Nutbeam, 2008).

Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı: Kritik SOY, en ileri düzeyde sağlık okuryazarlığı yeteneğini ifade eder. Sağlık konularına sorgulayıcı bir yaklaşım sergileyebilmek, sağlık problemlerini tanıyabilmek ve olası sağlık sorunlarının farkında olabilmek gibi yetenekleri içerir (Nutbeam, 2008).

1.2.2. Baker Modeli

Bu SOY modeli, bireylerin sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü bilgileri değerlendirme kapasitelerini kapsar. Bireysel iletişim yeteneği, toplumun ve sağlık sisteminin talepleri doğrultusunda kişinin sağlık okuryazarlığının temelini oluşturur (Baker, 2006).



Kaynak: Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878. <https://doi.org/10.1111/J.1525-1497.2006.00540.X>

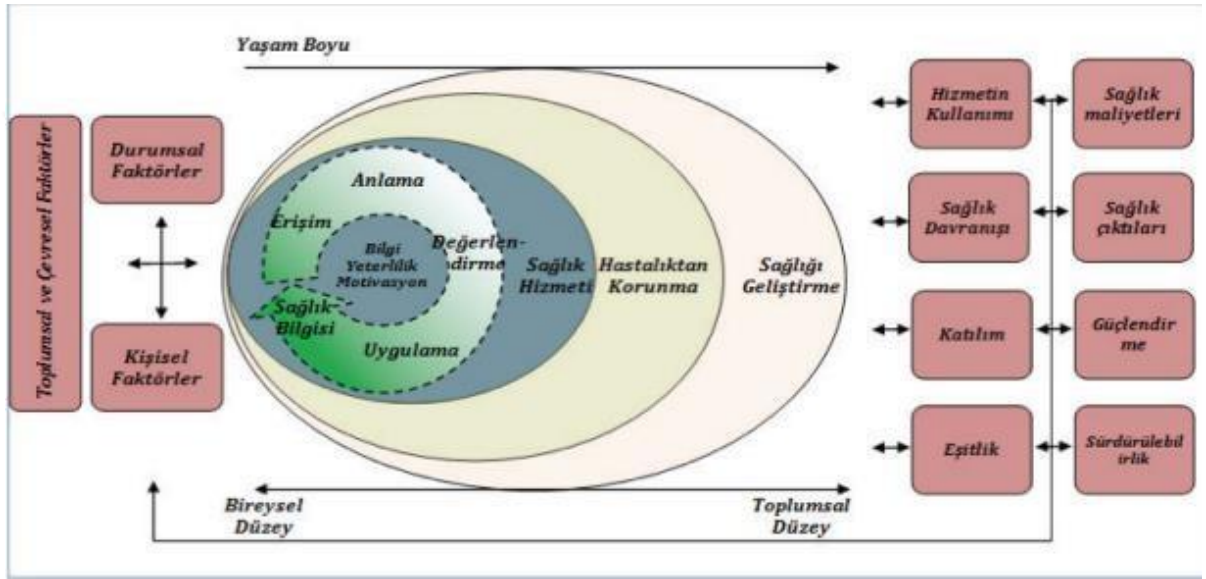
1.2.3. Freedman modeli

Freedman ve arkadaşları bu modele Halk sağlığı okuryazarlığı, bireysel düzeydeki sağlık okuryazarlığı olarak ikiye ayırmışlardır. Hem HSOY hem de bireysel düzeydeki SOY'un eşit düzeyde önemli olduklarını vurgulamışlardır (Freedman vd., 2009).

1.2.4. Sorensen Modeli:

Bu model, daha önceki yapılan modellere nazaran daha kapsamlı konuları içerir. SOY'un ana boyutlarını özetleyen kavramsal bir modeldir. SOY'u etkileyen faktörlerin yanı sıra, SOY'un sağlık sonuçlarına bağlayan yolları gösteren mantıksal bir modelin niteliklerini birleştirir. Modelin çekirdeği, sağlıkla ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama süreciyle ilgili yetkinlikleri göstermektedir (Sørensen vd., 2012).

Şekil 3
Sorensen Modeli



Kaynak: Deniz, S., Öztaş, D., & Akbaba, M. (2018). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Medical Journal*, 8(2), 214-228.

1.3. Sağlık Okuryazarlığının Dünyada ve Türkiye’de Yeri:

UNESCO (Birleşmiş Milletler, Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)’nun açıkladığı son verilere göre küresel olarak kaydedilen ilerlemeye rağmen, 754 milyon yetişkin hala okuma yazma bilmediği, 250 milyon çocuk temel okuryazarlık becerilerini kazanmakta başarısız olduğu bildirilmektedir (UNESCO,2024).

ABD yapılan bir çalışmada yetişkinlerin SOY’u dört performans düzeyi kullanılarak rapor edilmiştir. Bu dört performans düzeyi SOY Temelin Altında, Temel, Orta ve Yetkin olarak ifade edilmiştir. Bu rapora göre, yetişkinlerin %53 Orta düzey, %22’si Temel, %14’ü ise Temel SOY altında olduğu rapor

edilmiştir. Yaklaşık ve Temel SOY olan yetişkinlerin, SOY yüksek olan yetişkinlere göre yazılı kaynaklardan (gazeteler, dergiler, kitaplar, broşürler veya İnternet) sağlık sorunları hakkında bilgi alma olasılıkları daha düşük olduğu ve SOY daha yüksek olan yetişkinlere göre, radyo ve televizyondan sağlık sorunları hakkında çok fazla bilgi alma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Paulsen, 2006).

Avrupa ülkelerinde 2012 yılında (Avusturya, Almanya, Bulgaristan, İrlanda, İspanya, Hollanda, Polonya ve Yunanistan) 15 yaş üzerindeki 8 bin bireyle, 47 sorudan oluşan “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q)” kullanılarak yapılan çalışmada SOY düzeyi saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; 10 katılımcıdan en az 1'i (%12,4) yetersiz SOY'a sahip olduğu bulunmuştur. Ortalama SOY puanları, en yüksek ülke (Hollanda) ve en düşük ülke (Bulgaristan) olmuştur. Hollanda da yetersiz ve problemli SOY düzeyi %28.7 iken Bulgaristan'da bu oran %62.1'dir. Literatürde sağlık durumu kötü, düşük sosyo-ekonomik statü, düşük eğitim ve ileri yaş olan kişilerde SOY'un daha düşük seviyede olduğu bildirilmektedir (Sørensen vd., 2015).

Yakın tarihte 2019 ve 2021 yılları arasında 17 Avrupa ülkesinde Q12 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada Fransız toplumunun %44'ünün yetersiz SOY düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Pelikan vd., 2022).

İtalya'da 2017-2018 yılları arasında 7157 bireyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %40'ı yetersiz veya sorunlu SOY düzeyine sahip olduğunu bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların SOY seviyesinin düşüklüğü ile, düşük eğitim, zayıf mali durum ve yabancı uyruklu olma arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Zanobini vd., 2021).

Çin'de 22.628 ortaokul ve lise öğrencisi üzerinde yapılan bir kesitsel çalışmada SOY'un kötü sağlık sonuçları için kritik ve bağımsız bir risk faktörü olarak hizmet edebileceğine dair sonuçlar bulunmuştur (S. C. Zhang vd., 2019). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %54.4 yetersiz SOY düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (Alahmadi, 2023). Benzer şekilde Suudi Arabistan'da acil servise başvuran bireylerde yapılan bir çalışmada katılan bireylerin yarısından fazlasının sağlık bilgilerini okuma, anlama ve yorumlamada zorluk çektiği saptanmıştır (Aljahany vd., 2024).

1.4. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Durumu

Türkiye’de 2014 yılında SOY düzeyini belirlemek amacıyla Türkiye SOY araştırması yapılmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçeği kullanılarak yürütülen çalışmaya 4924 kişi katılmıştır.

Bu araştırmanın verilerin analizine dayalı sonuçlara göre ülkemiz yetişkin toplumunun %64.6'sının yetersiz SOY grubunda yer aldığı görülmüştür. Bu oran türk toplumunun 35 milyonuna karşılık gelmektedir (Durusu-Tanrıöver vd., 2014).

2016 yılında, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan bir çalışmada, SOY'un ölçülmesine yönelik çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu çalışma, Prof. Dr. Pınar Okyay ve Doç. Dr. Filiz Abacıgil'in editörlüğünde yürütülmüş ve "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması" adı altında önemli ölçekler ortaya konmuştur. Bu ölçeklerden ilki, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması olan ASOY-TR (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması), ikincisi Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), üçüncüsü ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) olmuştur. Bu ölçekler, Türkiye'deki sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere tasarlanmış ve güvenilirlik ile geçerlilik testlerinden geçirilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Türkiye'de SOY düzeyini saptamak amacıyla 6228 hane halkı ile TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması" ülke genelini kapsayan bu çalışmada katılımcıların %30.9 yetersiz, %38 sınırlı, %23.4 yeterli, %7.7 mükemmel seviyede SOY sahip olduğu saptanmıştır (SGGM, 2020).

Türkiye'de 2020 yılında 202 kişinin katılım sağladığı üniversite öğrencileri üzerinde SOY düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan tanımlayıcı çalışmaya göre öğrencilerin SOY'ları hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olmadıkları saptanmıştır (Küçük vd., 2023).

1.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Yetersiz SOY düzeyine sahip olmak, sağlıkla ilgili bilgilerin yanlış anlaşılmasına ve tedavi süreçlerinin gecikmesine yol açarak bireyin sağlığı açısından risk oluşturabileceği gibi, sağlık bütçesinin verimli kullanılmaması ve tedavi maliyetlerinin artması gibi önemli ekonomik sorunlara da sebep olabilmektedir. Bu nedenle, bireylerin ve dolayısıyla toplumun SOY'un artırılması, toplumsal ve ulusal ekonomik açıdan büyük faydalar sağlamaktadır (Sezgin, 2014).

Literatürde yetersiz SOY olan kişilerin hastaneye yatırılma riskinin iki katından fazla olduğu saptanmıştır (Baker vd., 1998). Sınırlı okuryazarlığa sahip olmanın, yeterli okuryazarlığa sahip olmakla karşılaştırıldığında ölüm oranlarında yaklaşık 2 kat artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Sınırlı okuryazarlık aynı zamanda daha yüksek kronik durum yükü ve daha zayıf kendi kendine değerlendirilen sağlık, bakıma erişim ve psikososyal statü ile ilişkilendirilmektedir (Sudore vd.,

2006). Literatürde, sağlık okuryazarlığı ne kadar yüksek olursa, fiziksel aktivite öz yeterliliğinin de o kadar yüksek olduğunu belirtilmektedir (Dominick vd., 2013). Yetersiz SOY, koruyucu sağlık hizmetlerinde tarama testlerinin uygulanmasını engelleyebilir. Örneğin, İngiltere’de kolon kanseri tarama tedavileri için kişilere evlerine belgeler gönderilerek bilgilendirme yapılmaktadır. Ancak yeterli SOY düzeyine sahip kişilerin bu tarama testlerine katılım oranının düşük olduğu gözlemlenmiştir (Kobayashi vd., 2014).

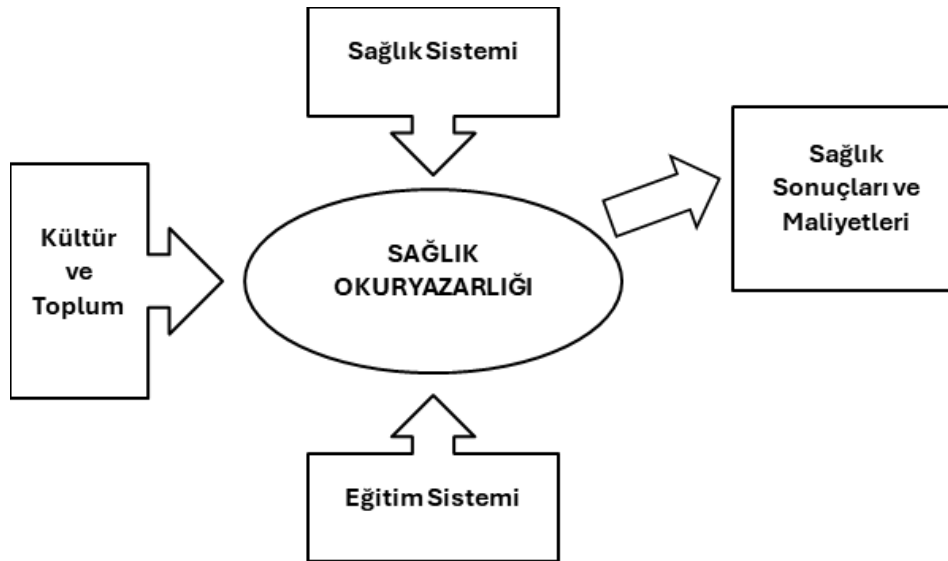
1.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

SOY etkileyen faktörler, toplumsal ve çevresel etmenler (demografik yapı, kültür, dil, siyasi faktörler, toplumsal yapılar) ile kişisel faktörler (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, meslek, istihdam, gelir, okuryazarlık) ve durumsal etmenler (sosyal destek, aile ve akran ilişkileri, medya kullanımı, fiziksel çevre) arasındaki etkileşimle şekillenir (Sørensen vd., 2012).

Bireylerin SOY düzeyi toplumdaki sağlık sistemine ve eğitim sistemine, sosyokültürel durumlarına ilişkin becerilerinin ve etkileşimlerinin bir bütünüdür. Uluslararası Göç Örgütü, SOY olumsuz sonuçlarına çözüm önerileri getirmek amacıyla farklı disiplinlerle bir araya gelerek “Sağlık Okuryazarlığı Komitesi”ni toplamıştır. Bu komite SOY konusunda müdahale alanı gerektiren bir tablo geliştirmiştir. Bu tabloda aşağıda gösterildiği gibi kişilerin sağlık okuryazarlıkları kültür ve toplum, eğitim sistemi, sağlık sistemi ile etkileşim içerisindedir ve bunların hepsi, sağlık sonuçlarını ve maliyetleri etkilemektedir (Tıp Enstitüsü (ABD) Sağlık Okuryazarlığı Komitesi, Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004).

Şekil 4

Sağlık Okuryazarlığı Üzerinde Etkili Olan Faktörler ve Bunların Sonuçları



Kaynak: Tıp Enstitüsü (ABD) Sağlık Okuryazarlığı Komitesi, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004).*Sağlık okuryazarlığı: Kafa karmaşasını sona erdirmek için bir reçete*. Ulusal Akademiler Yayınları.

SOY etkileyen faktörler bireysel ve sistemsel olarak ikiye ayrılmaktadır. SOY ortaya çıkaran bu faktörler sağlık sonuçlarına da etki ederler.

Bireysel faktörler arasında yaş, cinsiyet, okuryazarlık becerileri, bilişsel yetenekler, motivasyon, fiziksel ve duygusal sağlık durumu, sağlık hizmeti deneyimi, özel sağlık koşulları, sağlıkla ilgili inançlar, sosyoekonomik statü ve sosyal destek yer almaktadır. Sistemsel faktörler ise sağlık hizmeti sunanların iletişim becerileri, sağlık bilgisinin karmaşıklığı, sağlık hizmeti ortamının özellikleri, sağlık sisteminin hastalardan talepleri ve beklentileri, sağlık profesyonelleri üzerindeki zaman baskısı gibi unsurlardan oluşmaktadır (Gözlü, 2020).

1.7. Acil Servis

Acil servisler, yılın her günü, günün her saati, sosyal veya ekonomik duruma bakılmaksızın önemli bir kamu hizmeti olarak 24 saat acil bakım sağlarlar. AS'lerin temel beklentilerinden biri, acil durumda olan hastalar için anında erişim ve stabilizasyon sağlama yeteneğidir (Weiss vd., 2004).

Acil sağlık hizmetlerinin amacı; hastane dışında veya içerisinde meydana gelen sağlık problemlerine müdahale etmek görmek istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde hastalara verilen hizmetten yarar görmelerini sağlamak ve hasta ya da hasta yakınlarının memnuniyetlerini yükseltecek nitelikli bir hizmet sunmaktır. Ayrıca hasta ve yaralıların elverişli olan sağlık merkezine nakillerini gerçekleştirmektir (Altındış & Ünal, 2017).

AS'ler, düşük ve orta gelirli ülkelerde genellikle aşırı kalabalık, yetersiz personel ve donanım eksiklikleriyle karşı karşıya kalmakta ve yüksek stresli ortamlara dönüşmektedir. Bu durum, dünya çapında önemli bir sorun olup, bazı ülkelerde ulusal bir kriz olarak tanımlanmaktadır (Naidoo & Schoeman, 2023; Yarmohammadian vd., 2017).

1.8. Acil Servis Hizmetinin Kullanımında Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Griffey ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, SOY yetersiz olan hastaların, SOY yeterli olanlara göre acil servis kullanımının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. SOY yetersiz olan hastalar yeterli SOY sahip olanlara nazaran 14 gün içerisinde en az bir kere daha tekrar AS'e ziyaret etmişlerdir (Griffey vd., 2014). AS hastalarıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %40'ı için SOY

becerileri sekizinci sınıf düzeyinde veya altında olduğu bulunmuştur. 65 yaş ve üzeri yetişkinler üzerinde yapılan araştırmalar, SOY daha düşük olanların AS'ten yararlanma olasılığının daha yüksek olduğunu ve daha yüksek AS maliyetlerine maruz kaldıklarını ortaya çıkardı (Herndon vd., 2011; Marie vd., 2024).

1.9. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri

Konu ile ilgili literatür tarandığında bireylerin acil servisleri uygunsuz kullanılmasının nedenlerinden biri olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik zorluğu belirtilmektedir. BBSH'ni sınırlı kullanan bireylerin AS daha fazla tercih etme nedenleri arasında hastalandığında BBSH hekiminden randevu almanın daha zor olduğunu ve bu nedenle AS kullandıkları ifade edilmektedir (Coster vd., 2017; Durand vd., 2012; Vogel vd., 2019). Benzer şekilde AS'lerin konum ve zamandan kazanç sağladığı belirtilmektedir örneğin tıbbi durumun aciliyeti, BBSH istedikleri bakıma erişememeleri ve tıbbi ihtiyaçların karşılanmasında AS'in daha kaliteli bir bakım vermesidir. Ayrıca bireyleri AS kullanma kararlarını etkileyen nedenler arasında, teşhis ve tıbbi hizmetlerin hazır bulundurulması önemli bir avantaj olarak gösterilmektedir (Coster vd., 2017; Vogel vd., 2019). AS'lerin uygunsuz kullanılmasının bir diğer nedeni ise bireylerin sağlık sigortasının olmaması ve acil servislerden herhangi bir ücret karşılığı alınmadan tedavi olma imkanındır. Yapılan araştırmalarda bireyin sürekli sigortalı olması AS kullanımında yıldan yıla bir değişiklik göstermezken, ancak kişinin uzun vadeli sigortasız olması AS kullanımında artışa neden olduğu saptanmıştır (Coster vd., 2017; Shafer vd., 2020). Yapılan birçok araştırmada bireylerin uygunsuz olarak kullanma nedenlerinden birisi aciliyet algısıdır. AS'e başvuran hastalarının büyük bir çoğunluğu, sağlık profesyonelleri tarafından başvuru şeklinin acil olmayan olarak değerlendirse bile, acil servisten bakım istedikleri sorunları acil olarak algırlarlar (Coster vd., 2017; Durand vd., 2012; Şimşek & Gürsoy, 2015). Bireylerin AS kullanma nedenlerinden bir diğeri barınma, açlık ve güvenlik gibi gereksinimlerinin arayışıdır. Evsiz hastaların AS daha sık kullandığı bir gerçektir. Yapılan araştırmalar, sokakta yaşayan evsizlerin, barınma imkanı olan hastalardan daha fazla AS ziyareti gerçekleştirdiğini göstermektedir. Bu durum, evsizlik yaşayan bireylerin acil servis hizmetlerine daha sık başvurduğunu ve bu ziyaretlerin yüksek kullanıma sahip olarak kategorize edildiğini ortaya koymaktadır (Ball vd., 2024).

1.10. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanılmasının Olumsuz Sonuçları

Acil servislerin uygunsuz kullanımı birçok problemlere neden olabilir. Bunlar arasında hasta yoğunluğunun artışı önemlidir. Çünkü hasta yoğunluğu artarsa morbidite ve mortalite riskinde ve oranında bir artış olabilir. Bu durum asıl bakım alması gereken hastaların tanı tedavi ve bakım

hizmetlerinde aksamalar oluşturur. Aşırı kalabalık AS kapasitesini azaltır, bakım kalitesini etkiler. Hastalar, özellikle kardiyak ve entübe hastalar için olumsuz sağlık riski oluşabilir. Hastane kaynaklı enfeksiyon riskinin yanı sıra hasta yönetimine bağlı hata olasılığı artabilir. Ayrıca yanlış teşhis ve tıbbi hatalara yol açabilir. Nitekim yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada hasta yoğunluğunun %34 oranında ölümü arttırdığını göstermiştir (Guttmann vd., 2011; Sartini vd., 2022). Literatürde AS gereksiz kullanımına bağlı olarak AS geçirilen sürenin artması, hasta memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. (Büyük vd., 2019; Pines vd., 2008). Acil olmayan durumlarda AS kullanılması, sağlık çalışanları için iş yükünü artırır, bundan dolayı sağlık çalışanının performansı düşer ve memnuniyetsizliği artar (Büyük vd., 2019; Durand vd., 2012).

Bu durum zamanla sağlık personelinin özgüvende azalma, içi bırakma, işe devamsızlık tükenmişlik gibi sorunlara neden olur (Sartini vd., 2022). AS uygunsuz kullanımının bir diğer olumsuz sonucu ise özel koruyucu ve sürekli bakıma muhtaç bireylerin tıbbi hizmetlerden yoksun kalmasıdır. Başka bir yere gönderilemeyen kronik multisistem hastalığı olan kompleks hastalar AS gözlem ünitelerine kabul edilmektedir. AS gözlem durumundaki en yaygın hasta kategorileri, demans veya önceki serebrovasküler kazalar veya diğer geç evre hastalık veya organ fonksiyon bozukluğu olan yaşlı kişilerdir. Buna ileri kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer nedenlere bağlı kronik veya akut kronik solunum yetmezliği, kanserin son evreleri ve diğer son dönem hastalıkları olan hastalar dahildir. Bu hastaların çoğu, sınırlı kaynaklar ve yatak eksikliği nedeniyle istenilen bir bakım alamamaktadır (Wang vd., 2018). Literatürde AS sağlık hizmetleri üzerinde etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Araştırmalarda AS uygunsuz kullanımına bağlı olarak sağlık sistemine büyük bir yük getirdiği ve maliyet artışına neden olduğu belirtilmektedir. McWilliams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil yerine birinci basamak sağlık hizmetleri kullanılmasının tercih edilmesi durumunda sağlık harcamalarında %69-%86 oranında kar elde edilebileceği bildirilmektedir (McWilliams vd., 2011).

BÖLÜM 2: GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, 18-65 yaş arası yetişkin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi bunu etkileyen faktörler ve acil servisi kullanım durumları ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın türü tanımlayıcı ve ilişkisel nitelikte bir çalışmadır.

2.2 Araştırmanın Soruları

- Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri nasıldır?
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı, tedavi ve hizmete yönelik sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki var mıdır?
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık okuryazarlığı arasında fark var mıdır?
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile acil servis kullanma durumları arasında fark var mıdır?
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel sağlık okuryazarlığı, tedavi ve hizmete yönelik sağlık okuryazarlığı ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki var mıdır?
- Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sosyo demografik özellikleri arasında fark var mıdır?

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Özellikleri ve Zaman

Bu çalışma, Nisan-Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, veri toplama süreci 12 Temmuz 2024 ile 27 Eylül 2024 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nde yapılmıştır. Veri toplama işlemi, hafta içi her gün 17:00-21:00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir. İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunan bir kurum olup, acil serviste farklı uzmanlık alanlarında görev yapan doktorlar ve hemşireler, acil durumlardaki hastalara hızlı ve etkili müdahalede bulunmaktadır.

Çalışma, acil servis içerisinde bulunan yeşil ve sarı alan hasta bekleme salonlarında yürütülmüştür. Yeşil alan, düşük riskli hastaların beklediği, sarı alan ise orta düzeyde acil durumu olan hastaların

beklediği bölümler olarak tanımlanmaktadır. Bu alanlar, hastaların durumlarına göre öncelik sırasına göre düzenlenmiş olup, böylece hızlı bir şekilde uygun tedaviye ulaşılmasını sağlamaktadır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin Acil Servisini bir yılda yaklaşık 684.928 (Başakşehir Çam ve Sakura İstatistik Birimi) hasta ziyaret etmektedir. Araştırmada kullanılacak örneklem söz konusu evren içerisinden yansız bir şekilde, basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemine göre, %95 güven aralığı ve 0.05 hata payıyla, 684.928 kişiden oluşan bir evrene ait örneklem yaklaşık olarak minimum 384 olarak hesaplanmıştır. Bu sayı olası veri kayıpları düşünülerek %5 (yaklaşık 20 kişi) arttırılmış ve sonuç olarak araştırmada kullanılacak örneklem büyüklüğünün minimum 405 olarak belirlenmiştir (Karasar, 2014).

Tablo 1

Basit Rastgele Örnekleme Formülü Tablosu

Formül	Evren Büyüklüğü	N	684.928
$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N - 1) + t^2pq}$	Test Değeri	t	1.96
	Gerçekleşme Olasılığı	p	0.5
	Gerçekleşmeme Olasılığı	q	0.5
	Hata Payı	d	0.05
	Örneklem Büyüklüğü	n	383.945

Kaynak: Karasar, N. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemleri: Kavramlar, teknikler ve ilkeler*. Nobel Yayınevi.

2.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olunması
- Erişkin Acil Servisi yeşil veya sarı alan hastası olması
- Yaşı 18-65 yaş arası olması
- İletişim kurmaya engel bir durumu olmaması

2.6. Araştırmaya dışlama kriterleri

- Anket verileri eksik olması

2.7. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak iki form kullanılmıştır Birinci formda literatür doğrultusunda (İnan, 2021; Gücal, 2020; Yılmaz vd., 2021) katılımcıların tanımlayıcı özellikleri içeren sorulardan oluşmuştur. İkinci form ise Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün yürütücülüğünde hazırlanmış olan TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır.

2.8. Kişisel Tanıtım Formu

Veri toplama aşamasında araştırmacılar tarafından detaylı literatür taraması sonrasında sosyo demografik veri formu oluşturulmuştur. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği gibi bilgileri ayrıca sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarını belirlemek, acil servise hangi sıklıkla ve ne nedenle başvurduğunu araştıran toplamda 23 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

2.9. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

TSOY-32 de iki temel boyut bulunmaktadır, 2X4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. 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) meydana gelmek üzere sekiz bileşen ölçmede kullanılır (Okyay ve Abacıgil, 2016) (EK-3).

Tablo 2
TSOY-32'nin 2X4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Karşılık Gelen Madde Numaraları

	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

Kaynak: Okyay, P., & Abacıgil, F. (Ed.). (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-594-5.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU'daki gibi 0-50 arasında olacak biçimde standardize yapılmıştır. Kullanılan formül şu şekildedir;

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Formüldeki indeks, bireye özgün hesaplanan indeksi, ortalama ise bireyin cevapladığı her maddenin ortalamasını anlatmaktadır. Varılan hesap sonucunda, 0 en düşük 50 ise en yüksek SOY göstermektedir. HLS-EU'da olduğu gibi İndeks dört gruba ayrılmıştır.

SOY puanlaması aşağıdaki gibidir,

(0-25) puan : Yetersiz SOY

25<Puan≤33 : Sorunlu – Sınırlı SOY

33<Puan≤42 : Yeterli SOY

42<Puan≤50 : Mükemmel SOY (Okyay ve Abacıgil, 2016)

2.10. Verilerin Toplanması

Veriler İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne başvuru yapan hastalarla Tanımlayıcı Bilgi Formu ve TSOY-32 ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Veriler toplanmadan önceden hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş sözlü gönüllü onamları alınmıştır. Veriler hastaların işlemleri bittikten sonra ya da sakin oldukları bir dönemde acil servisin uygun bir ortamında toplanmıştır. Anketlerin uygulama süresi ortalama 15 dakika sürmüştür.

2.11. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişken;

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Bağımsız Değişken;

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve acil servis kullanma durumları vb.

2.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v27 istatistiksel analiz programı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Katılımcı yapısını ortaya koyabilmek adına tanımlayıcı bilgi formuna verilen yanıtlar Sosyo-Demografik Özellikler, Sağlık İlgisi ve Geçmişi ve Acil Servis Kullanımı olmak üzere üç başlık altında incelenmiş, kategorik değişkenler için frekans (f) ve yüzdelere (%), sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler tespit edilip sunulmuştur.

TSOY-32 ölçeği kullanılarak elde edilen verilerin güvenilir olup olmadıkları Cronbach Alfa katsayısı aracılığıyla kontrol edilmiştir. Güvenirlik bir ölçme aracının birbirinden farklı, bağımsız ölçümleri arasında tutarlı ve kararlı sonuçlar üretebilmesi yeteneğidir (Çamkur, 2012). Cronbach Alfa katsayısı 1'e yaklaştıkça iç tutarlılık ve güvenilirlik yükselmektedir (Yang ve Green, 2009). Araştırma sürecinde toplanan verilerin iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin sağlandığını belirtmesi açısından literatürde birçok Cronbach Alfa değeri dile getirilmektedir. Bununla beraber genel kanı olarak Cronbach Alfa katsayısının 0.70'in üzerinde olmasının yeterli olacağı, 0.90'ın üzerinde olmasının ise veri setinin iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin yüksek derecede olacağı yönündedir (Nunnally ve ark, 1994; DeVellis, 2003; Tavşancıl, 2014).

Verilerin analizleri için test seçimi yapılırken normallik varsayımı oldukça önemlidir. Uygulanacak analizlerin parametrik veya parametrik olmayan testlerin hangisinden seçileceğini belirlemek adına

verilerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı çarpıklık ve basıklık değerleri üzerinden kontrol edilmiştir. Tıpkı Cronbach Alfa katsayısında olduğu gibi çarpıklık ve basıklık değerleri için de literatürde birçok aralıktan söz edilmektedir. Pituch ve Stevens (2016) bir veri setinin normal dağıldığını iddia edebilmek için çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığında olmasının yeterli olacağını ifade ederken, Hair ve arkadaşlarına (2010) daha tutucu bir yaklaşımla çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1 aralığında olması gerektiğini dile getirmiştir.

Güvenirlilik ve normallik sonuçları Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3
Güvenirlilik ve Normallik

Ölçek / Alt Boyut / Bileşen	Güvenirlilik		Normallik	
	Madde Sayısı	Cronbach Alfa	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı	32	0.952	-0.044	0.243
Tedavi ve Hizmet	16	0.900	-0.109	0.303
Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi	16	0.926	-0.094	-0.233

Tablo 3 incelendiğinde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve alt boyutlarına ilişkin bütün Cronbach Alfa değerlerinin 0.90’ın üzerinde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla araştırma verilerinin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve alt boyutlarına ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin tamamının ± 1 aralığında yer aldığı belirlenmiş ve dolayısıyla normal dağılım varsayımının sağlandığı tespit edilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığından dolayı verilerin analizlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

Araştırmanın analizlerinde iki bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken Bağımsız Gruplar t Testi (Independent Samples t Test), ikiden fazla bağımsız gruba ilişkin ortalama puanlar karşılaştırılırken ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasında anlamlı farklılıkların tespit edildiği durumlarda bu farklılığa sebep olan grupları belirlemek adına gruplar homojen ise Bonferroni testine, gruplar homojen değilse Tamhane’s T2 testine başvurulmuştur.

Nicel değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon analizi yöntemiyle incelenmiştir.

2.13. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Kent Üniversitesi Etik Kurul’undan 05.04.2024 tarihinde E-10420511-050-31773 sayılı etik kurul izni alınmıştır (Ek-5). Araştırmanın planlanan sağlık kuruluşunda uygulanması için İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alındı (Ek-7; Ek-8). Ayrıca araştırmada kullanılan TSOY-32 ölçeğinin kullanılması için yazardan yazılı izin alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya dahil edilen hastaların aklında soru kalmaması ve rahat bir şekilde anketi cevaplandırması maksadıyla toplanan verilerin mahremiyetine/kişisel verilerinin gizli tutulacağı ve başkaları ile paylaşılmayacağı konusunda hastalara bilgi verildi.

2.14. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Erişkin Acil Servisi’ne başvuran hastalarda yürütülmüştür. Araştırmanın sadece bu hastaneye gelen hastalarla sınırlıdır. Tüm acil servisi kullanan hastalar için genellenemez.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Araştırma sürecinde toplanan verilerden elde edilen bulgular dört başlık altında toplanmış ve istatistiki analizlerden elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

- 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular**
- 2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**
- 3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**
- 4. Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi**

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcılara ilişkin tanımlayıcı özellikler Sosyo-Demografik Özellikler, Sağlık İlgisi ve Geçmişi ve Acil Servis Kullanımı olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir. Elde edilen bulgular ile araştırmanın nasıl bir katılımcı yapısına sahip olduğunu belirlemek amaçlanmıştır.

Tablo 4
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	f	%
Yaş	18-24 Yaş	142	31.6
	25-34 Yaş	137	30.4
	35-44 Yaş	90	20.0
	45-65 Yaş	81	18.0
Cinsiyet	Kadın	254	56.4
	Erkek	196	43.6
Medeni Durum	Evli	236	52.4
	Bekâr	214	47.6
Eğitim Durumu	İlkokul ve Ortaokul	143	31.8
	Lise	160	35.6
	Üniversite	147	32.7
	Öğrenci	61	13.6
Meslek	Çiftçi	6	1.3
	Esnaf	33	7.3
	Memur	24	5.3
	İşçi	115	25.6
	Emekli	37	8.2
	Ev Hanımı	79	17.6
	Diğer	95	21.1
Ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	55	12.2
	Gelir Gidere Eşit	292	64.9
	Gelir Giderden Düşük	103	22.9
Sosyal Güvenlik	Yok	65	14.4
	GSS	365	81.1
	Diğer	20	4.4
Sigara İçme Durumu	Evet	186	41.3
	Hayır	264	58.7
Alkol Kullanma Durumu	Evet	62	13.8
	Hayır	388	86.2

f: Frekans, %: Yüzde

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %31.6'sının 18-24 yaşlarında %30.4'ünün ise 25-34 yaşlarında olduğu, %56.4'ünün kadın %43.6'sının erkek olduğu, %52.4'ünün evli %47.6'sının bekâr olduğu, %31.8'inin ilkokul veya ortaokul %35.6'sının lise ve %32.7'sinin üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu görülmektedir. Katılımcıların %25.6'sının işçi, %17.6'sının ev hanımı, %13.6'sının öğrenci olduğu %21.1'inin ise diğer farklı mesleklere sahip olduğu, %64.9'unun gelirinin giderine eşit olduğu, %81.1'inin sosyal güvencesinin GSS olduğu

görülmektedir. Katılımcıların %41.3'ünün sigara içtiği %58.7'sinin sigara içmediği, %13.8'inin alkol kullandığı, %86.2'sinin alkol kullanmadığı görülmektedir.

Tablo 5
Katılımcıların Sağlık İlgisi ve Geçmişine İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	f	%
Sağlıkla İlgili Bilgi Edinilen Yer	Sağlık Kurumları	266	59.1
	Sosyal Medya / İnternet	181	40.2
	Dergi / Kitap / Gazete	14	3.1
	Televizyon / Radyo	32	7.1
	Akraba veya Komşu	23	5.1
	Diğer	15	3.3
Hanede Beraber Yaşanılan Bir Sağlık Çalışanı Varlığı	Evet	56	12.4
	Hayır	394	87.6
Genel Sağlık Durumu	Çok İyi	42	9.3
	İyi	215	47.8
	Orta	155	34.4
	Kötü	38	8.4
Hemen İlaç Tedavisine Başlama Durumu	Evet	158	35.1
	Hayır	292	64.9
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	124	27.6
	Hayır	326	72.4
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	112	24.9
	Hayır	338	75.1
Kronik Hastalık	Tansiyon	26	23.9
	Astım	22	20.2
	Kalp-Damar Hastalıkları	18	16.5
	Diyabet	17	15.6
	Böbrek	13	11.9
	Troid	6	5.5
	Prostat	3	2.8
	Diğer	36	33.0

f: Frekans, %: Yüzde

Katılımcıların sağlık ilgileri ve geçmişleri incelendiğinde %59.1'inin sağlıkla ilgili bilgileri sağlık kurumlarından edindiği, %40.2'sinin ise sağlıkla ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı/interneti kullandığı, %87.6'sının hanesinde beraber yaşadığı bir sağlık çalışanı olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %47.8'inin sağlık durumunu iyi, %34.4'ünün ise orta olarak nitelediği, %64.9'unun ilaç tedavisine hemen başlamadığı, %72.4'ünün sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %75.1'inin kronik hastalığı bulunmadığı %24.9'unun ise kronik hastalığı bulunduğu

ve bu kronik hastalıkların %23.9'unun tansiyon, %20.2'sinin astım, %16.5'inin kalp-damar hastalıkları olduğu, %33'ünün ise diğer başka hastalıklardan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 6
Katılımcıların Acil Servis Kullanımına İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	f	%
Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı	Her Rahatsızlıkta	98	21.8
	Ciddi Hastalık Durumunda	283	62.9
	Aralıklı Olarak Kontrol Amaçlı	69	15.3
Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvurulan Kurum	Evde Geleneksel Tedavi	36	8.0
	Aile Sağlık Merkezi	90	20.0
	Devlet veya Özel Hastaneler	324	72.0
Acil Servisi Kullanma Sıklığı	Her Zaman	25	5.6
	Sıklıkla	56	12.4
	Bazen	209	46.4
	Çok Az	152	33.8
	Hiçbir Zaman	8	1.8
Bir Yıl İçinde Acil Servise Başvurma Sayısı	1-4 Kez	302	67.1
	5-9 Kez	94	20.9
	10 Kez ve üzeri	54	12.0
Acil Servisi Ziyaret Etme / Kullanma Nedeni	Şikâyetin Acil Olması	310	68.9
	Randevu Bulamama	123	27.3
	Tetkiklerin Hızlı Yapılması	33	7.3
	Zaman Darlığı	27	6.0
	Sosyal Güvence Olmaması	5	1.1
	Diğer	2	0.4
Şu Anda Acil Servise Başvurma Nedeni	Yorgunluk-Halsizlik	105	23.3
	Bağ Ağrısı-Baş Dönmesi	85	18.9
	Gastroenterolojik Hastalıklar	65	14.4
	Göğüs Ağrısı	62	13.8
	Grip-Nezle	50	11.1
	Yüksek Ateş	28	6.2
	Ortopedik Hastalıklar	26	5.8
	Üriner Sistem Hastalıkları	26	5.8
	Travma (kırık-çıkık)	20	4.4
	Kanama	10	2.2
	Kardiyovasküler Hastalıklar	9	2.0
	KBB	8	1.8
	Yaralanma	7	1.6
	Göz	7	1.6
	İş Kazası	6	1.3

	Diğer	58	12.9
	Saatlerdir	131	29.1
Mevcut Şikâyetin Devam Etme Süresi	Günlerdir	243	54.0
	Haftalardır	76	16.9
	Hafif	25	5.6
Şu An Acil Servise Başvurma Nedeninin Aciliyet Durumu	Orta	236	52.4
	Çok Acil	189	42.0

f: Frekans, %: Yüzde

Katılımcıların acil servis kullanımlarına ilişkin bulgular incelendiğinde %62.9'unun ciddi hastalık durumlarında sağlık kuruluşuna gittiği, %72'sinin sağlık hizmeti almak için ilk olarak devlet hastanelerini veya özel hastaneleri tercih ettiği görülmektedir. Katılımcıların %46.4'ünün AS'i bazen kullandığı %33.8'inin ise çok az kullandığı, %67.1'inin bir yıl içerisinde AS'e 1-4 kez başvurduğu görülmektedir. Katılımcıların %68.9'unun AS'i ziyaret etme / kullanma nedeninin şikâyetin acil olması olduğu %27.3'ünün ise randevu bulamama olduğu göze çarparken, katılımcıların %23.3'ünün şu an AS'e başvurma nedeninin yorgunluk-halsizlik, %18.9'unun baş ağrısı baş dönmesi, %14.4'ünün gastroenterolojik hastalıklar olduğu görülmektedir. Katılımcıların %54'ünün mevcut şikâyetinin günlerdir devam ettiği, %52.4'ünün şu an AS'e başvurmasına neden olan rahatsızlığının orta seviyede acil olduğu %42'sinin ise çok acil olduğu görülmektedir.

3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden ve alt boyutlarından elde edilen ölçek puanlarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler önce ölçek geneli için ardından sağlık okuryazarlığı sınıflamaları için hesaplanıp sunulmuştur. Elde edilen değerler üzerinden katılımcıların sağlık okuryazarlıklarının ne düzeyde olduğunu belirlemek amaçlanmıştır.

Tablo 7

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek / Alt Boyut	Ort.	SS	Min.	Maks.
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı	33.49	8.50	0	50
Tedavi ve Hizmet	33.95	8.59	0	50
Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi	33.04	9.71	0	50

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks.: Maksimum

Okyay ve Abacıgil (2016) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan TSOY-32 ölçeğine göre 0 puan en düşük SOY'u, 50 puan en yüksek SOY'u göstermektedir. 0 ile 50 arasında değişen ölçek puanlarına göre SOY düzeyleri aşağıdaki gibi kategorize edilmiştir:

(0-25) puan : Yetersiz SOY

25<Puan≤33 : Sorunlu – Sınırlı SOY

33<Puan≤42 : Yeterli SOY

42<Puan≤50 : Mükemmel SOY (Okyay ve Abacıgil, 2016)

Tablo 7 incelendiğinde katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdikleri yanıtlardan elde edilen ortalama puanın 50 puan üzerinden 33.49 ± 8.50 (min-maks.: 0-50) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların SOY'un yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tedavi ve Hizmet alt boyutundan elde edilen ortalama puanın 50 puan üzerinden 33.95 ± 8.59 (min-maks.: 0-50) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY'un yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutundan elde edilen ortalama puanın 50 puan üzerinden 33.04 ± 9.71 (min-maks.: 0-50) olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY'un yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Gerek genel ölçek puanının gerekse alt boyut puanlarının yeterli SOY düzeyinin alt sınırında olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 8
Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Sınıflamasına Göre Dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı		Tedavi ve Hizmet		Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi	
	f	%	f	%	f	%
Yetersiz	64	14.2	69	15.3	107	23.8
Sorunlu – Sınırlı	165	36.7	145	32.2	119	26.4
Yeterli	135	30.0	148	32.9	126	28.0
Mükemmel	86	19.1	88	19.6	98	21.8

f: Frekans, %: Yüzde

Katılımcıların genel SOY sınıflamasına göre dağılımı incelendiğinde %14.2'sinin yetersiz düzeyde olduğu, %36.7'sinin sorunlu-sınırlı düzeyde olduğu, %30'unun yeterli düzeyde olduğu ve %19.1'inin ise mükemmel düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY sınıflamasına göre dağılımı incelendiğinde %15.3'ünün yetersiz düzeyde olduğu, %32.2'sinin sorunlu-sınırlı düzeyde olduğu, %32.9'unun yeterli düzeyde olduğu ve %19.6'sının ise mükemmel düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY sınıflamasına göre dağılımı incelendiğinde %23.8'inin yetersiz düzeyde olduğu, %26.4'ünün sorunlu-sınırlı düzeyde olduğu, %28'inin yeterli düzeyde olduğu ve %21.8'inin ise mükemmel düzeyde olduğu belirlenmiştir.

3.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarından elde edilen puanların katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Elde edilen bulgular üzerinden katılımcıların genel SOY düzeylerini, tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeylerini ve hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeylerini etkileyen sosyo-demografik, sağlık ilgisi ve geçmişi ve acil servis kullanımıyla ilgili faktörleri tespit etmek amaçlanmıştır.

Tablo 9

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı				Tedavi ve Hizmet				Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi			
			Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p
Yaş	18-24 Yaş (1)	142	34.43	7.85	2.72 ^b	0.044	34.88	7.72	4.11 ^b	0.007	34.00	9.35	1.37 ^b	0.250
	25-34 Yaş (2)	137	34.28	8.25			35.20	8.25			33.38	9.53		
	35-44 Yaş (3)	90	32.55	9.97	1,2>4 ^c		32.52	10.14	1,2>4 ^c		32.50	10.97		
	45-65 Yaş (4)	81	31.58	7.94			31.80	8.25			31.41	9.02		
Cinsiyet	Kadın	254	34.78	8.77	3.71 ^a	0.000	35.14	8.94	3.45 ^a	0.001	34.40	9.84	3.39 ^a	0.001
	Erkek	196	31.82	7.85			32.40	7.88			31.28	9.26		
Medeni Durum	Evli	236	32.89	8.56	1.56 ^a	0.119	33.06	8.59	-2.29 ^a	0.023	32.69	9.91	-0.80 ^a	0.424
	Bekâr	214	34.15	8.40			34.92	8.52			33.43	9.48		
Eğitim Durumu	İlkokul ve Ortaokul (1)	141	31.16	8.91	7.99 ^b	0.000	31.26	9.02	11.31 ^b	0.000	31.11	10.46	4.50 ^b	0.012
	Lise (2)	160	34.53	8.37			34.63	8.32			34.41	9.66		
	Üniversite (3)	147	34.60	7.81	2,3>1 ^c		35.79	7.86	2,3>1 ^c		33.40	8.73	2>1 ^c	
Meslek	Öğrenci (1)	61	34.31	7.76	0.001		35.33	7.35	0.001		33.33	9.52	0.014	
	Çiftçi (2)	6	31.51	9.93			32.58	12.52			30.28	11.06		
	Esnaf (3)	33	28.96	8.21	3.43 ^b		29.08	8.64	3.59 ^b	8>3,6 ^c	28.97	8.86	2.56 ^b	
	Memur (4)	24	33.68	8.05			34.61	8.19			32.87	9.83		
	İşçi (5)	115	33.08	8.48	8>3,6 ^c		33.62	8.89	1>3 ^c		32.55	9.23	8>3 ^c	
	Emekli (6)	37	30.51	8.71			31.25	9.37			29.78	9.57		
	Ev Hanımı (7)	79	33.93	7.95	Diğer (8)		33.61	7.82			34.28	9.66		
Ekonomik Durum	Diğer (8)	95	35.94	8.71	Gelir Giderden Fazla		36.42	8.29			35.36	10.09		
	Gelir Giderden Eşit	55	33.28	8.32	1.27 ^b	0.283	34.00	8.60	2.39 ^b	0.093	32.44	9.84	0.47 ^b	0.627
	Gelir Giderden Düşük	292	33.92	8.08			34.50	8.06			33.37	9.32		
Sosyal	Güvenlik				Yok		65	32.07	GSS		365	33.76		
							9.90				8.27			

1.09 ^b	31.95	9.82					32.12							
0.337	34.33	8.35			2.14 ^b		11	0.33 ^b						
					0.119		22		0.72					
							33.20	1						
							9.							
							54							
	Diğer	20	33.21	7.60			33.36	8.35			33.06	7.70		
Sigara İçme	Evet	186	33.39	8.10	-	0.837	34.08	8.36	0.27 ^a	0.785	32.68	9.54	-0.66 ^a	0.508
							33.85	8.77			33.30	9.83		
Durumu	Hayır	264	33.56	8.79	0.21 ^a		35.54	8.96			34.17	10.15		
Alkol Kullanma Durumu	Evet	62	34.86	8.80			33.69	8.52	1.57 ^a	0.116	32.86	9.64	0.98 ^a	0.329
	Hayır	388	33.27	8.44	1.36 ^a	0.173								

^at: t testi değeri - Bağımsız gruplar t testi, ^bF: F testi değeri - Tek yönlü varyans analizi, ^cBonferroni testi, Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ait puanların sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Medeni durum, ekonomik durum, sosyal güvenlik, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin medeni duruma, ekonomik duruma, sosyal güvenlik türüne, sigara içme durumuna ve alkol kullanma durumuna göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Yaş ($p<0.05$), cinsiyet ($p<0.001$), eğitim durumu ($p<0.001$) ve meslek ($p<0.01$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda TSOY-32 ölçeği puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin yaşa, cinsiyete, eğitim durumuna ve mesleğe göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

18-24 ve 25-34 yaşlarındaki katılımcıların 45-65 yaşlarındaki katılımcılara kıyasla genel SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla genel SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcılara kıyasla genel SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Diğer meslek grubuna mensup (mühendis, mimar, öğretmen) gibi katılımcıların esnaf ve emekli katılımcılara kıyasla genel SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tedavi ve Hizmet alt boyutuna ait puanların sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Ekonomik durum, sosyal güvenlik, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin ekonomik duruma, sosyal güvenlik türüne, sigara içme durumuna ve alkol kullanma durumuna göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Yaş ($p<0,01$), cinsiyet ($p<0,01$), medeni durum ($p<0,05$), eğitim durumu ($p<0,001$) ve meslek ($p<0,01$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda Tedavi ve Hizmet alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin yaşa, cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna ve mesleğe göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

18-24 ve 25-34 yaşlarındaki katılımcıların 45-65 yaşlarındaki katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Bekâr katılımcıların evli katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların ilkökul ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Diğer meslek grubuna mensup (mühendis, mimar, öğretmen) gibi katılımcıların esnaf ve emekli katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca öğrenci katılımcıların esnaf katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutuna ait puanların sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Yaş, medeni durum, ekonomik durum, sosyal güvenlik, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların hastalıklardan korunmasına ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin yaşa, medeni duruma, ekonomik duruma, sosyal güvenlik türüne, sigara içme durumuna ve alkol kullanma durumuna göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Cinsiyet ($p<0.01$), eğitim durumu ($p<0.05$) ve meslek ($p<0.05$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların hastalıklardan korunmasına ve

sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin cinsiyete, eğitim durumuna ve mesleğe göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla hastalıklardan korunmasına ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Lise düzeyinde eğitim almış katılımcıların ilköğretim ve ortaokul düzeyinde eğitim almış katılımcılara kıyasla hastalıklardan korunmasına ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Öğrenci katılımcıların esnaf katılımcılara kıyasla hastalıklardan korunmasına ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların Sağlık İlgisi ve Geçmişi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı				Tedavi ve Hizmet				Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi			
			Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p
Hanede Beraber Yaşanılan Bir Sağlık	Evet	56	35.05	9.47	1.49 ^a	0.143	35.39	9.50	1.34 ^a	0.180	34.70	10.31	1.37 ^a	0.170
Çalışma Varlığı	Hayır	394	33.27	8.34			33.74	8.45			32.80	9.61		
	Çok İyi (1)	42	36.23	8.14			36.37	8.20			36.15	8.88		
	İyi (2)	215	33.63	8.06			34.14	8.23			33.01	9.28		
Genel Sağlık Durumu	Orta (3)	155	33.35	8.71	3.35 ^b		33.93	8.63	3.51 ^b		32.85	10.09	2.35 ^b	0.072
	Kötü (4)	38	30.28	9.59			30.28	9.96			30.46	10.81		
Hemen İlaç Tedavisine Başlama Durumu	Evet	158	33.30	8.89	-	0.727	33.68	8.75	-	0.630	32.96	10.30	-0.13 ^a	0.901
	Hayır	292	33.59	8.30	0.35 ^a		34.09	8.52	0.48 ^a		33.08	9.39		
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	124	32.22	9.37	-	0.050	32.98	9.31	-	0.142	31.50	10.48	-2.08 ^a	0.038
	Hayır	326	33.98	8.10	1.96 ^a		34.32	8.29	1.47 ^a		33.63	9.34		
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	112	32.23	8.96	-	0.069	32.47	9.05	-	0.035	32.04	10.04	-1.26 ^a	0.210
	Hayır	338	33.91	8.31	1.82 ^a		34.44	8.39	2.12 ^a		33.37	9.59		

^at: t testi değeri - Bağımsız gruplar t testi, ^bF: F testi değeri - Tek yönlü varyans analizi, ^cBonferroni testi, Ort.: Ortalama,

SS: Standart Sapma

TSOY-32 ölçeğine ait puanların sağlık ilgisi ve geçmişine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:



Hanede beraber yaşanan bir sağlık çalışanı varlığı, hemen ilaç tedavisine başlama durumu, sürekli kullanılan ilaç varlığı ve kronik hastalık varlığı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin hanede beraber yaşanan bir sağlık çalışanı varlığına, hemen ilaç tedavisine başlama durumuna, sürekli kullanılan ilaç varlığına ve kronik hastalık varlığına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Genel sağlık durumu ($p<0.05$) değişkeni için uygulanan analizler sonucunda TSOY-32 ölçeği puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin genel sağlık durumuna göre değiştiği, bu faktörden etkilendiği tespit edilmiştir.

Genel sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların genel sağlık durumu kötü olan katılımcılara kıyasla genel SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tedavi ve Hizmet alt boyutuna ait puanların sağlık ilgisi ve geçmişine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Hanede beraber yaşanan bir sağlık çalışanı varlığı, hemen ilaç tedavisine başlama durumu ve sürekli kullanılan ilaç varlığı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin hanede beraber yaşanan bir sağlık çalışanı varlığına, hemen ilaç tedavisine başlama durumuna ve sürekli kullanılan ilaç varlığına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Genel sağlık durumu ($p<0.05$) ve kronik hastalık varlığı ($p<0.05$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda Tedavi ve Hizmet alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin genel sağlık durumuna ve kronik hastalık varlığına göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Genel sağlık durumu çok iyi olan katılımcıların genel sağlık durumu kötü olan katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalığı olmayan katılımcıların kronik hastalığı olan katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutuna ait puanların sağlık ilgisi ve geçmişine göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Hanede beraber yaşanan bir sağlık çalışanı varlığı, genel sağlık durumu, hemen ilaç tedavisine başlama durumu ve kronik hastalık varlığı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin hanede beraber yaşanan bir sağlık çalışanı varlığına, genel sağlık durumu, hemen ilaç tedavisine başlama durumuna ve kronik hastalık varlığına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların hastalıklardan korunmasına ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin sürekli kullanılan ilaç varlığına göre değiştiği, bu faktörden etkilendiği tespit edilmiştir.

Sürekli ilaç kullanmayan katılımcıların sürekli kullanılan ilacı olan katılımcılara göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyi daha yüksektir.

Tablo 11

**Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Katılımcıların
Acil Servis Kullanım Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Grup	n	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı				Tedavi ve Hizmet				Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi			
			Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p	Ort.	SS	t-F	p
Sağlık Kuruluşuna GİRİME Sıklığı	Her Rahatsızlıkta	98	33.14	8.79			34.03	8.73			32.23	10.52		
	Ciddi Hastalık Durumunda	283	33.75	8.49			34.10	8.60			33.40	9.48		
	Aralıklı				0.35 ^b	0.708			0.29 ^b	0.745			0.57 ^b	0.566
Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvurulan Kurum	Olarak Kontrol Amaçlı	69	32.95	8.19			33.22	8.47			32.70	9.49		
	Evde													
	Geleneksel Tedavi (1)	36	36.64	9.03			38.13	8.93		0.009	35.36	9.77		
	Aile Sağlık Merkezi (2)	96	32.71	7.96	2.92 ^b	0.055	33.27	8.00	4.80 ^b		32.21	8.90	1.33 ^b	0.265
	Devlet veya Özel Hastaneler (3)	333	33.36	8.53			33.67	8.62	1>2,3 ^c		33.02	9.90		
Acil Servisi Kullanma Sıklığı	Her Zaman	25	30.95	13.09			30.90	13.50			31.21	14.48		
	Sıklıkla	56	33.28	7.82			33.33	8.00			33.24	9.19		
	Bazen	209	33.40	8.44	0.77 ^b	0.542	34.07	8.32	1.04 ^b	0.385	32.70	9.63	0.48 ^b	0.752
Bir Yıl İçinde Acil Servise Başvurma Sayısı	Çok Az	152	34.05	7.78			34.44	8.07			33.68	9.01		
	Hiçbir Zaman	8	34.75	10.82			35.42	10.45			34.18	11.31		
	1-4 Kez	302	33.66	8.01			34.25	8.24			33.06	9.11		
Mevcut Şikâyetin Devam Etme Süresi	5-9 Kez	94	33.48	8.88	0.38 ^b	0.686	33.82	8.61	0.98 ^b	0.377	33.16	10.21	0.04 ^b	0.959
	10 Kez ve üzeri	54	32.57	10.38			32.49	10.34			32.69	11.99		
	Saatlerdir (1)	131	35.39	8.44		0.006	35.42	8.87		0.031	35.33	9.36		0.005
Şu An Acil Servise Başvurma Nedeninin	Günlerdir (2)	243	32.97	8.05	5.17 ^b		33.68	8.12	3.50 ^b		32.23	9.26	5.40 ^b	
	Haftalardır (3)	76	31.88	9.48		1>2,3 ^c	32.28	9.27		1>3 ^c	31.62	11.07		1>2,3 ^c
	Hafif (1)	25	36.35	6.91		0.021	36.05	7.23		0.014	36.53	8.94		
Aciliyet Durumu	Orta (2)	236	34.13	7.96	3.91 ^b		34.81	7.89	4.30 ^b		33.44	9.22	2.77 ^b	0.064
	Çok Acil (3)	189	32.32	9.17		1,2>3 ^c	32.60	9.40		2>3 ^c	32.07	10.28		

^at: t testi değeri - Bağımsız gruplar t testi, ^bF: F testi değeri - Tek yönlü varyans analizi, ^cBonferroni testi, Ort.: Ortalama,

SS: Standart Sapma

TSOY-32 ölçeğine ait puanların acil servis kullanımına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Sağlık kuruluşuna gitme sıklığı, sağlık hizmeti almak için ilk başvurulacak kurum, acil servisi kullanma sıklığı ve bir yıl içinde acil servise başvurma sayısı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).



Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin sağlık kuruluşuna gitme sıklığına, sağlık hizmeti almak için ilk başvurulacak kuruma, acil servisi kullanma sıklığına ve bir yıl içinde acil servise başvurma sayısına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Mevcut şikâyetin devam etme süresi ($p<0.01$) ve şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumu ($p<0.05$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda T TSOY-32 ölçeği puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların genel SOY düzeyinin mevcut şikâyetin devam etme süresine ve şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumuna göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Mevcut şikâyeti saatlerdir süren katılımcıların mevcut şikâyeti günlerdir ve haftalardır süren katılımcılara kıyasla genel SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumu hafif ve orta düzey olan katılımcıların şu an acil servise başvurma nedeni çok acil olan katılımcılara kıyasla genel SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tedavi ve Hizmet alt boyutuna ait puanların acil servis kullanımına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Sağlık kuruluşuna gitme sıklığı, acil servisi kullanma sıklığı ve bir yıl içinde acil servise başvurma sayısı değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin sağlık kuruluşuna gitme sıklığına, acil servisi kullanma sıklığına ve bir yıl içinde acil servise başvurma sayısına göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Sağlık hizmeti almak için ilk başvurulacak kurum ($p<0.01$), mevcut şikâyetin devam etme süresi ($p<0.05$) ve şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumu ($p<0.05$) değişkenleri için uygulanan analizler sonucunda Tedavi ve Hizmet alt boyutu puanları bazında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin sağlık hizmeti almak için ilk başvurulacak kuruma, mevcut şikâyetin devam etme süresine ve şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumuna göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Sağlık hizmeti almak için bir kuruma başvuru yapmadan önce evde geleneksel tedavi yöntemlerini kullanan katılımcıların sağlık hizmeti almak için ilk başta aile sağlık merkezine, devlet hastanelerine

veya özel hastanelere başvuran katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Mevcut şikâyeti saatlerdir süren katılımcıların mevcut şikâyeti haftalardır süren katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumu orta düzey olan katılımcıların şu an acil servise başvurma nedeni çok acil olan katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutuna ait puanların acil servis kullanımına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda:

Sağlık kuruluşuna gitme sıklığı, sağlık hizmeti almak için ilk başvuru kurum, acil servisi kullanma sıklığı, bir yıl içinde acil servise başvurma sayısı ve şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumu değişkenleri için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin sağlık kuruluşuna gitme sıklığına, sağlık hizmeti almak için ilk başvuru kuruma, acil servisi kullanma sıklığına, bir yıl içinde acil servise başvurma sayısına ve şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumuna göre değişmediği, bu faktörlerden etkilenmediği belirlenmiştir.

Mevcut şikâyetin devam etme süresi ($p<0.01$) değişkeni için uygulanan analizler sonucunda Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu puanlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin mevcut şikâyetin devam etme süresine ve şu an acil servise başvurma nedeninin aciliyet durumuna göre değiştiği, bu faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Mevcut şikâyeti saatlerdir süren katılımcıların mevcut şikâyeti günlerdir ve haftalardır süren katılımcılara kıyasla hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyinin daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Acil Servise Gitme Sıklığı

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Acil Servise Gitme Sıklığı										Ki-Kare	
	Her Zaman		Sıklıkla		Bazen		Çok Az		Hiçbir Zaman		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yetersiz	8	12.5	8	12.5	30	46.9	16	25.0	2	3.1	12.34	0.419
Sorunlu – Sınırlı	5	3.0	20	12.1	80	48.5	58	35.2	2	1.2		
Yeterli	6	4.4	19	14.1	58	43.0	50	37.0	2	1.5		
Mükemmel	6	7.0	9	10.5	41	47.7	28	32.6	2	2.3		

χ^2 : Ki-Kare testi değeri

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi yetersiz olanların acil servise gitme sıklığı incelendiğinde %46.9'unun "bazen" %25'inin ise "çok az" olduğu dikkat çekmektedir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi sorunlu-sınırlı olanların acil servise gitme sıklığı incelendiğinde %48.5'inin "bazen" %35.2'sinin ise "çok az" olduğu dikkat çekmektedir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi yeterli olanların acil servise gitme sıklığı incelendiğinde %43'ünün "bazen" %37'sinin ise "çok az" olduğu dikkat çekmektedir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi mükemmel olanların acil servise gitme sıklığı incelendiğinde %47.7'sinin "bazen" %32.6'sının ise "çok az" olduğu dikkat çekmektedir.

Uygulanan Ki-Kare analizi sonucunda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile acil servise gitme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

3.4. Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Bu bölümde genel SOY, tedavi ve hizmete yönelik SOY ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY arasında bir ilişki olup olmadığı korelasyon analizi yöntemi ile incelenmiştir.

Korelasyon analizi iki değişken arasında anlamlı doğrusal bir ilişki olup olmadığını, bu ilişkinin yönünü ve gücünü tespit etmek adına kullanılan, -1 ile +1 aralığında değerler alan istatistiksel bir yöntemdir.

Köklü ve arkadaşları (2007) korelasyon katsayısına (r) ilişkin ölçüt değerleri aşağıda olduğu gibi ifade etmektedir:

$r=0.00$ ise doğrusal bir ilişki yoktur.

$0.01 \leq r < 0.30$ ise düşük düzeyde bir ilişki vardır.

$0.30 \leq r < 0.70$ ise orta düzeyde bir ilişki vardır.

$0.70 \leq r \leq 0.99$ ise yüksek düzeyde bir ilişki vardır.

$r=1.00$ ise mükemmel ilişki vardır.

Elde edilen katsayının pozitif veya negatif olması ilişkinin gücünü değil yönünü ifade edecektir.

Bu çalışmanın veri seti normal dağılım varsayımını karşıladığından dolayı korelasyon analizi yöntemlerinden Pearson Korelasyon kullanılmıştır.

Tablo 13
Genel Sağlık Okuryazarlığı, Tedavi ve Hizmete Yönelik Sağlık Okuryazarlığı ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Pearson Korelasyon		Türkiye Sağlık Okuryazarlığı	Tedavi ve Hizmet	Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı	r	1.000		
	p			
Tedavi ve Hizmet	r	0.924	1.000	
	p	0.000		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	r	0.937	0.733	1.000
	p	0.000	0.000	

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 12 değerleri incelendiğinde katılımcıların genel SOY düzeyleri ile tedavi ve hizmete yönelik SOY ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY arasında pozitif yönde, oldukça yüksek düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dolayısıyla katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik sağlık okuryazarlığı ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY arttıkça genel SOY da artmaktadır.

Katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dolayısıyla katılımcıların tedavi ve hizmete yönelik SOY arttıkça hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY da artmaktadır.

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu araştırma, 18-65 yaş arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlık durumu ve acil servis kullanma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tartışma kısmı iki bölümde sunulmuştur.

Birinci bölümde, araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

İkinci bölümde ise, katılımcıların sağlık okuryazarlık ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile ilgili bulgular ele alınmıştır.

SOY'un genellikle yaşla ters orantılı olduğu ve genç hastaların sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi anlama kapasitesine sahip oldukları bildirilmektedir. Mollakhalili ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada, genç hastaların tıbbi ve sağlık bilgilerini anlamada yaşlılara göre daha az sorun yaşadıklarını ve yaşlılara kıyasla daha fazla konsantrasyona sahip oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde çalışmamızda, katılımcıların yaşları düştükçe SOY düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 9). 18-34 yaş arasındaki bireylerin SOY seviyelerinin, 45-65 yaş arasındaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedeni, gençlerin sosyal medyayı daha aktif kullanmaları ve bilgiye hızlı erişim sağlamaları ile açıklanabilir. Ayrıca, bu durum çalışmaya katılan genç ve orta yaşlı bireylerin sayısının fazla olmasıyla da ilişkilendirilebilir. Almanya'da farklı yaş gruplarında SOY'u ölçmek amacıyla 2151 kişi ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların yaş ortalaması 50.8 olarak bulunmuştur (Klinger vd., 2023). Bu bulgu, bizim çalışmamızdan farklıdır ve bu farkın gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranının daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Sağlık okuryazarlığını, yaş, eğitim ve medeni durumun birbirini etkileyen faktörlerden etkilendiği düşünüldüğünden sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere yönelik, anlaşılması kolay sağlık ve tıbbi bilgiler sağlamanın yollarını geliştirmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Literatürde, cinsiyetin SOY üzerindeki etkisi konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Örneğin, Yılmaz vd. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, genel sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ve cinsiyetin SOY düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı belirtilmiştir. Benzer şekilde McCaskill vd. (2024) tarafından yapılan bir çalışmada ise, kadın ve erkekler arasındaki SOY skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öte yandan, literatürde yapılan bazı araştırmalar, erkeklerde SOY düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, Zhang vd. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, erkeklerin SOY puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, çalışmamızın bulgularıyla ters bir ilişki göstermektedir. Bu farklılık, sağlık

okuryazarlığının cinsiyetler arasında farklılık gösterebileceğini ve bu farkın kültürel, toplumsal veya bireysel faktörlerden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu çalışmada, kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Bu bulgular doğrultusunda kadınların sağlıklarına erkeklere kıyasla daha fazla önem vermeleri, sağlık hizmetlerine erişimde daha aktif katılmaları ya da bazı sağlık sorunlarının kadınlarda daha yaygın olması gibi faktörlerin acil servisi başvuru sıklığını arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının cinsiyetten bağımsız olarak düşünülmesi gerektiğini ve acil sağlık hizmetlerine yönelik eğitimlerin kadınlara özel değil, tüm topluma eşit şekilde verilmesi gerektiğini düşünülmektedir.

Çalışmamızda, bekâr katılımcıların, evli katılımcılara kıyasla SOY düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, SOY konusunda yapılan araştırmalar genellikle benzer bulgulara ulaşmıştır. Evli bireylerin, bekâr bireylere oranla daha düşük SOY'a sahip olduğu ve bu farkın yaş ve eğitim gibi demografik faktörlere bağlı olabileceği öne sürülmektedir (Kaya & Yılmaz, 2021; Mollakhalili vd., 2014).

Araştırmamızın bulgularına göre katılımcıların eğitim durumları birbirine yakındır. Katılımcıların eğitim düzeyi ile SOY arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Lise ve üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların SOY düzeylerinin, ilkokul ve ortaokul düzeyindeki katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, eğitim seviyesinin, bireylerin sağlık bilgilerine erişim, anlama ve kullanma becerilerini geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık bilgilerini daha etkin kullanabildikleri ve sağlıkla ilgili kararlar alırken daha bilinçli hareket ettikleri anlaşılmaktadır. Benzer sonuçlar, literatürde de yer almaktadır. Gümüştekin ve arkadaşları (2024) ve Yılmaz ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyi ile SOY arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça SOY'un da arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, Ahmed ve arkadaşlarının (2023) Katar'da gerçekleştirdiği 770 katılımcının yer aldığı araştırmada eğitim düzeyinin SOY üzerinde benzer bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel bir özellik olmadığını, aynı zamanda eğitimle doğrudan ilişkili bir faktör olduğunu göstermektedir.

Literatürde, farklı meslek gruplarındaki sağlık okuryazarlığı farklarının, bireylerin yaş ve eğitim düzeylerine göre değiştiği belirtilmektedir. Örneğin, ofis çalışanları ve öğrenciler gibi daha eğitilmiş ve genç grupların SOY düzeyinin daha yüksek olduğu, emekçiler ve emeklilerin ise daha düşük SOY'a sahip olduğu ifade edilmektedir. Genç, bekar ve daha yüksek meslek düzeyine sahip bireylerin, sağlık bilgilerini daha iyi anladıkları ve sağlık hizmetlerine yönelik daha fazla bilgiye

ihtiyaç duydukları gözlemlenmiştir. Öte yandan, yaşlılar, evliler ve daha düşük eğitim seviyesine sahip bireyler, sağlıkla ilgili daha fazla yardıma ihtiyaç duyan gruplar arasında yer almaktadır (Mollakhalili vd., 2014). Çalışmamızda, eğitim düzeyi yüksek olan (mimar, mühendis, öğretmen) gibi meslek grubunda olan katılımcıların SOY düzeyinin, esnaf ve emekli katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, öğrenci katılımcıların da esnaf katılımcılara göre tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat Aljahany ve ark. (2024) yaptığı çalışmada öğrencilerin düşük SOY'a sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, meslek gruplarının SOY düzeyi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ve bu farkın büyük ölçüde yaş, eğitim seviyesi gibi demografik faktörlerden kaynaklandığını göstermektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimde gelir durumu önemli bir sosyal belirleyicidir. Çünkü bireylerin ekonomik sınırlılıklarının sağlık durumlarını olumsuz etkilenmesine ve tedaviye erişimde gecikmelere yol açabilir. Çalışmamızın bulgularına göre, katılımcıların yarısından fazlasının gelir ve giderlerinin eşit olduğu görülmektedir. Katılımcıların ekonomik durumları SOY durumunu etkilememiştir. Ancak literatürde gelir durumunu orta ve kötü olarak ifade eden yaşlıların SOY düşük bulunmuştur (Kozak & Akyıl, 2021). Benzer şekilde Durusu Tanrıöver ve arkadaşları (2014) bireylerin sosyoekonomik düzeyleri düştükçe SOY düzeyinin de düştüğünü belirtmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların %81.1'inin sosyal güvencesinin GSS olduğu ve bu oranın büyük bir çoğunluğun sosyal güvenlik sisteminden faydalandığını gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sonuç, GSS'nin geniş kapsama alanına sahip olduğunu ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır. Ancak, %18.9'luk bir kesimin sosyal güvenceye sahip olmaması, sistemde iyileştirme gereksinimlerini işaret etmektedir. Bu bulgular, sosyal güvenlik sisteminin genellikle halkın büyük kısmını kapsadığını, fakat belirli grupların hala sistemin dışında kaldığını göstermesi açısından düşündürücüdür. Bununla birlikte, SOY ile sosyal güvenlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, literatürde yer alan bazı çalışmalardan farklılık göstermektedir. Örneğin, Tekbaş ve arkadaşlarının (2024) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal güvencesi olan bireylerin SOY düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılık, SOY ile sosyal güvenlik arasındaki ilişkinin, çalışmanın yapıldığı örnekleme, katılımcıların özelliklerine veya SOY'un ölçülme yöntemlerine göre değişiklik gösterebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, sosyal güvencenin SOY üzerinde etkili olabilmesi için yalnızca güvenceye sahip olmakla kalmayıp, bu güvencenin kapsamının ve erişim kolaylıklarının da belirleyici faktörler olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların SOY ile sigara içme davranışları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, literatürdeki bazı çalışmalar, sigara içme ile SOY arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Örneğin, Ürdün’de yapılan 327 üniversite öğrencisinin katıldığı bir araştırmada, katılımcıların SOY düzeyi ile sigara içme davranışları arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Rababah & Al-Hammouri, 2023). Bu nedenle bireylerin, bireysel alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlıkları arasında ki ilişkileri belirleyen daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan bireylerin sağlık bilgilerine erişimi incelendiğinde yarısından fazlası sağlık kurumlarından edindiği, yarısına yakını ise sağlıkla ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı/interneti kullandığı görülmektedir. Bu durum, geleneksel sağlık bilgi kaynaklarının hala baskın olduğunu ancak dijital kaynakların da önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Sağlık kurumlarından bilgi edinmenin hala daha yaygın olmasının sebebi sağlık profesyonellerine olan güven veya bilgi doğruluğu gibi faktörler olabilir. Diğer yandan, dijital kaynakların artan kullanımının, bilginin hızlı ve kolay erişilebilir olması ile ilişkilendirilebileceğini düşünmekteyiz. Chen ve ark. 600 hasta üzerinde yaptığı bir araştırmaya göre sırasıyla katılımcıların en çok güvendiği sağlık bilgi kaynağı uzman doktorlar, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, hemşireler ve eczacılardır. Katılımcıların %51.81’i uzman doktorlardan aldıkları sağlık bilgilerine "büyük ölçüde" güvendiklerini belirtmiştir (Chen vd., 2018). Uğurlu ve ark. yaptığı araştırmaya göre, hastaların %32.8’i sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için her zaman interneti kullandığı saptanmıştır (Uğurlu & Akgün, 2019). Bu, internetin sağlık bilgilerine erişimde ne kadar önemli bir kaynak olduğunu gösteriyor.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, katılımcıların genel sağlık durumuna ilişkin olumlu bir algı sergilediğini göstermektedir. Katılımcıların %47.8’inin sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmesi, genel sağlık algısının olumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, %34.4’lük bir kesimin sağlık durumunu orta olarak değerlendirmesi, potansiyel iyileştirilmesi gereken alanların bulunduğunu işaret etmektedir. Bu bulgulara paralel olarak, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanları üzerinden yapılan analizler, katılımcıların SOY düzeyinin genel sağlık durumuyla anlamlı bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymuştur. SOY seviyesi arttıkça, katılımcıların sağlık durumunu "iyi" olarak değerlendirenlerin oranı artarken, sağlık durumlarını "orta" ya da "kötü" olarak belirtenlerin oranı azalmaktadır. Bu sonuçlar, SOY’un bireylerin sağlık algılarını ve sağlık durumlarına ilişkin değerlendirmelerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. SOY’un artmasıyla birlikte, bireylerin sağlık bilgilerini daha iyi kullanabilmesi, daha sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerine ve dolayısıyla daha iyi sağlık durumlarına sahip olmalarına olanak sağlayacaktır.

Bu bulguların benzer sonuçlarla örtüştüğü, Kaya ve Yılmaz (2021) tarafından yapılan bir çalışmada da vurgulanmıştır. Çalışmada, SOY'un genel sağlık durumu üzerinde anlamlı bir fark yarattığı ve SOY'un arttıkça sağlık durumunun iyileştiği belirtilmiştir ($p<0.05$). Bu da sağlık okuryazarlığının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

SOY seviyelerinin, akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (Kütmeç Yılmaz & Kil, 2018). Benzer şekilde araştırmamızda, sürekli ilaç kullanmayan katılımcıların, sürekli ilaç kullanan katılımcılara göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10). Bu bulgu, SOY'un kişilerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimseme ve sağlık durumlarını iyileştirme konusunda önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. İskender ve arkadaşlarının (2023) yaptığı araştırma, SOY arttıkça, bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda daha bilinçli hale geldiğini ve bu farkındalığın sağlık yönetimi üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Kütmeç Yılmaz ve Kil (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, SOY'un yüksek olmasının, bireylerin ilaç kullanımı konusunda daha dikkatli olmalarını sağladığı ve bu durumun akılcı ilaç kullanımı farkındalığını artırdığı ifade edilmiştir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının, bireylerin doğru ilaç kullanımını benimsemeleri ve sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetmeleri açısından kritik bir faktör olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda, kronik hastalığı olmayan katılımcıların, kronik hastalığı olan katılımcılara kıyasla SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, SOY'un sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin etkin bir şekilde kullanımı üzerindeki önemli rolünü göstermektedir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık bilgilerini daha etkin kullanabildikleri ve sağlık hizmetlerine daha bilinçli bir şekilde erişebildikleri anlaşılmaktadır. Bu durum, SOY'un özellikle kronik hastalıkların yönetimi ve önlenmesi açısından kritik bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Liu ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada da SOY yüksek olan bireylerde genellikle daha düşük kronik hastalık prevalansı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, SOY'un düşük olduğu bireylerde kronik hastalıkların daha yaygın olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırmamızda, kronik hastalığı olan katılımcıların sayısının %10 civarında olduğu ve bu hastalıklar arasında en sık tansiyon, astım ve kalp hastalıklarının görüldüğü belirlenmiştir. Bu bulgular, Türkiye'de en sık görülen hastalıklar ile paralellik göstermektedir. Özellikle hipertansiyon ve astım gibi hastalıkların yüksek oranlarda görülmesi, bu alanlarda daha fazla bilinçlendirme ve önleyici sağlık politikalarının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Dost ve Durmaz'ın (2022) çalışmasında ise, kronik hastalığı olan bireylerin SOY düzeylerinin çoğunlukla sınırlı olduğu ve

sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanma konusunda zorluklar yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu bulgu, araştırmamızdaki sonuçlarla örtüşmekte olup, kronik hastalıkların yönetimi konusunda sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiğini bir kez daha vurgulamaktadır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bireylerde hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerinde olumsuz etkiler gözlemlenmiştir. Wolf ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmaya göre, yetersiz SOY'a sahip bireyler, daha zayıf fiziksel ve zihinsel sağlık işlevselliği ile karşılaşmış ve rutin yaşam aktivitelerinde daha fazla sınırlama yaşamıştır. Bu bireylerin, hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp yetmezliği ve artrit gibi kronik rahatsızlıklara daha yüksek oranlarla sahip oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde, Koreli yaşlı yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada, sınırlı SOY'un daha yüksek kronik hastalık oranları ve daha düşük öznel sağlık durumu ile ilişkilendirildiği gözlemlenmiştir (Kim, 2009).

SOY'un sadece hastalık yönetimiyle değil, aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarıyla da güçlü bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Gaffari-Fam ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, hipertansiyon hastalarındaki SOY düzeyinin, kan basıncı kontrolü üzerinde belirleyici bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Yüksek SOY'a sahip bireyler, daha etkin bir şekilde kan basıncını kontrol edebilmekte ve sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarını benimsemektedirler. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının, sadece hastalıkların önlenmesi ve yönetimi açısından değil, aynı zamanda bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmesinde de önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlası, ciddi hastalık durumlarında sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Bu bulgu, acil servislerin genellikle acil durumlar için kullanıldığını göstermektedir. Ancak, bu davranışın ardında yatan nedenlerin daha detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Katılımcıların acil servisleri ne zaman ve nasıl kullanacakları konusundaki bilgi düzeylerinin yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları zorluklar ve ekonomik durumları gibi faktörlerin de bu davranış üzerinde etkili olduğu öngörülmektedir. Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların genel SOY düzeyinin sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bu, sağlık okuryazarlığının sağlık kuruluşlarına başvurma sıklığını doğrudan etkilemediğini ve başka faktörlerin belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde, SOY düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerini daha sık kullandığına dair bulgular bulunmaktadır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin hastalarla iletişimlerinde, düşük SOY'a sahip bireylerin ihtiyaçlarını dikkate alarak, onlara uygun bilgi ve destek sağlamaları gerektiğini ortaya koymaktadır (Berens vd., 2018). Ancak çalışmamızda bu ilişkinin belirgin olmaması, SOY'un tek başına bir belirleyici faktör olmadığı ve sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen daha geniş bir etmenler

yelpazesi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sunucularının, özellikle SOY düşük bireylerle iletişimde daha dikkatli ve bilinçli olmaları önemlidir.

Çalışmamızda, sağlık hizmeti almak için geleneksel tedavi yöntemlerini tercih eden katılımcıların SOY düzeylerinin, devlet hastanesi veya özel hastaneyi tercih eden katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, geleneksel tedavi yöntemlerini kullanan bireylerin, SOY'un daha yüksek olduğunu ve sağlık hizmetlerine başvurmadan önce alternatif tedavi yöntemlerini daha iyi anladıklarını düşündürebilir. Geleneksel tedaviye başvuran bireylerin sağlık hizmetleri ve tedavi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları, bu kişilerin sağlıkla ilgili kararlar alırken daha bilinçli olduklarını gösteriyor olabilir. Bununla birlikte, literatürde Yılmaz ve arkadaşlarının (2021) yaptığı benzer bir çalışmada, sağlık kurumlarını ilk başvuru yeri olarak tercih etme durumunun, SOY'dan etkilenmediği bulunmuştur. Bu, bizim bulgularımızla çelişen bir durumdur. Yılmaz ve arkadaşlarının bulgularına göre, SOY'un bireylerin hangi sağlık kurumuna başvuracaklarını seçmelerinde belirleyici bir rol oynamadığı görülmüştür. Ancak, bizim çalışmamızda geleneksel tedavi yöntemlerini kullanan katılımcıların daha yüksek SOY'a sahip olması, sağlık kurumlarına başvuru alışkanlıklarının, SOY düzeyinden bağımsız olarak şekillenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, katılımcıların %46.4'ü acil servisi ara sıra, %33.8'i ise nadiren kullanmaktadır. Bu durum, AS'lerin kullanım sıklığı açısından bireyler arasında belirgin bir çeşitliliğin olduğunu göstermektedir. AS'in kullanım sıklığındaki bu çeşitlilik, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir faktördür. Farklı sıklıklarla AS'e başvuran bireylerin ihtiyaçları ve sağlık hizmetlerine yönelik beklentileri değişebilir, bu da hizmetlerin etkin bir şekilde sunulabilmesi için önemli bir girdidir. Ayrıca, bu bulgular, AS'lerin kullanımının daha iyi anlaşılması ve optimize edilmesi gereken alanlar olduğuna işaret etmektedir. Çalışmamızda, AS kullanma sıklığının sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olmadığı ve bu faktörün kullanım sıklığını anlamlı şekilde etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç, sağlık okuryazarlığının AS başvurusu sıklığını doğrudan etkilemediğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, Yılmaz ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, AS nadiren tercih edenlerin sağlık okuryazarlığı ortalamalarının, AS daha sık kullananlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.002$). Bu bulgu, sağlık okuryazarlığı ile AS başvuru sıklığı arasında ters bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Yılmaz ve arkadaşlarının bulgularına göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin AS daha az kullanması, sağlık sorunlarını daha iyi tanımaları ve uygun sağlık hizmetlerine başvurma konusunda daha bilinçli olmaları ile açıklanabilir. Bu durum, sağlık

okuryazarlığının artırılmasının AS'lerin gereksiz kullanımını azaltabileceği ihtimalini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızın bulguları, AS'e başvuran katılımcıların en yaygın şikayetlerinin yorgunluk-halsizlik (%23.3), baş ağrısı ve baş dönmesi (%18.9) ile gastroenterolojik hastalıklar (%14.4) olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, modern toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunlarının AS'ler üzerindeki yükünü ortaya koymaktadır. Yorgunluk ve halsizlik gibi şikayetlerin yaygınlığı, bireylerin sağlık sorunlarını erken dönemde tanıma ve uygun şekilde yönetmede karşılaştıkları zorlukları yansıtır olabilir. Benzer şekilde, baş ağrısı ve baş dönmesi gibi şikayetlerin yüksek oranda bildirilmesi, toplumda bu tür semptomların genellikle AS'te ele alındığını ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin aşırı yüklenmesine neden olduğunu gösterebilir.

ABD de Elixhauser ve Owens (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, AS'e başvuruların en yaygın nedenlerinin dolaşım bozuklukları (kalp ve kan damarları hastalıkları) olduğu, bunun da tüm başvuruların %26.3'ünü oluşturduğu bildirilmiştir. Solunum bozuklukları, başvuruların %15.1'ini, sindirim bozuklukları ise %14.1'ini oluşturmuştur. Bu sonuçlar, sağlık sorunlarının coğrafi ve kültürel farklılıklar gösterdiğini ancak AS başvurularının çoğunlukla ciddi sağlık problemleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise en sık AS'e başvuru nedeninin solunum sistemi hastalıkları olduğu bulunmuştur (Aslan, 2023). Ancak, bizim çalışmamızda en sık başvuru nedenlerinin yorgunluk-halsizlik, baş ağrısı ve gastroenterolojik hastalıklar olması, Türkiye'deki AS başvurularının daha çok "acil olmayan" sağlık sorunları nedeniyle yapıldığını düşündürmektedir. Bu farklılık, sağlık hizmetlerinin yanlış kullanımı, sağlık okuryazarlığının eksikliği veya bireylerin sağlık sorunlarını zamanında ve doğru şekilde değerlendirememesi gibi faktörlere bağlı olabilir. Ayrıca, Türkiye'de AS'lerin aşırı kullanımı ve başvuruların genellikle acil olmayan durumlar için yapılması, AS'lerin kapasite aşımına yol açan önemli bir faktör olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, katılımcıların büyük bir kısmının son bir yıl içinde 1 ila 4 kez AS'e başvurması, sağlık sistemimizin bazı kritik alanlarında yetersizliklere işaret edebilir. Bu oran, bireylerin sağlık sorunlarını zamanında ve uygun şekilde çözebilmesi için primer sağlık hizmetlerine daha fazla erişim sağlanması gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca, bu bulgular toplumsal sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi gerektiğini de ortaya koymaktadır. Öte yandan, AS'e başvurma sıklığı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, Okur ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir. Okur ve arkadaşları, üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada son bir yıl içinde AS'e başvuru durumuna göre anlamlı bir farklılık bulamamışlardır. Bu benzerlik, sağlık okuryazarlığının AS başvurusu sıklığını

etkilemediğini düşündürebilir. Ancak, bu sonuçların literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olabileceği unutulmamalıdır. Sağlık okuryazarlığı ile acil servise başvuru arasındaki ilişkinin daha derinlemesine incelenmesi gerekebilir. Örneğin, SOY yalnızca bireylerin hastalık belirtilerini tanımlarını değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerine nasıl erişim sağladıklarını, sağlık hizmetlerinin kalitesini nasıl değerlendirdiklerini de kapsar. Bu faktörler, AS'e başvuru sıklığını etkileyebilir, ancak bu çalışmada incelenen SOY faktörleri ile ilişkisi anlamlı bir fark yaratmamıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların %68.9'unun AS'i ziyaret etme nedeninin şikâyetlerinin "acil" olması olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, AS'lerin gerçekten acil vakalara hizmet verdiğini ve acil sağlık hizmetlerinin bu tür durumlar için kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Ancak, dikkat çeken bir diğer bulgu, katılımcıların %27.3'ünün acil servisi, randevu bulamama nedeniyle kullandıklarını belirtmeleridir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunların bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sağlık hizmetlerine erişim açısından yaşanan zorluklar, özellikle randevu almanın zorluğu ve sağlık hizmetlerinin kapasitesindeki yetersizlikler, bireyleri AS'lere başvurmaya zorlayabilmektedir. Bu da AS'lerin üzerindeki yükü artırmakta ve acil olmayan vakaların da acil sağlık hizmetlerine erişimlerini zorlaştırmaktadır.

Bu bulgular, sağlık hizmetlerine erişimin zorluğunun, AS'lere başvuru sebeplerinden biri haline geldiğini ve sağlık sistemindeki yapısal sorunların AS'ler üzerinde daha fazla baskı oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bu konuda, Lobachova ve arkadaşları (2014), 1062 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, hastalar sağlık sorunlarını ciddi buldukları için acil serviste bakım aradıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların dörtte birinden fazlası normal randevu bulamadığı için acil servise başvurması sağlık sistemine önemli iyileştirmeler yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle, sağlık hizmetlerine erişimdeki engellerin azaltılması, hastaların AS'lere başvurmadan önce birinci basamakta aile sağlığı merkezlerinde hizmet almaları ve sevk zincirine uyulması sağlanabilir. Randevu sistemindeki aksaklıkların giderilmesi ve sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılması, AS'lerin üzerindeki yükü hafifletebilir ve acil sağlık hizmetlerinin daha verimli bir şekilde sunulmasına yardımcı olabilir.

Çalışmamızın bulgularına göre, katılımcıların yarısından fazlasının mevcut şikâyetlerinin günlerdir devam ettiği bulunmuştur. İlginç bir şekilde, şikâyetleri saatlerdir süren katılımcıların, şikâyetleri günlerce ve haftalarca süren katılımcılara göre SOY düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 11). Saatlerdir süren sağlık şikâyetlerine sahip bireyler, genellikle bu durumu daha erken fark etmiş ve sağlıklarıyla ilgili daha bilinçli kararlar almış olabilirler. Bu kişilerin SOY'larının yüksek

olması, sağlık sorunlarının erken evrelerinde sağlık bilgisi ve kaynaklarına daha kolay erişim sağlayarak durumu kontrol altına alabilme yeteneklerini artırmış olabilir. Buna karşın, günlerce ve haftalarca süren şikâyetler, SOY'un düşük olmasından veya bireylerin sağlık sorunlarını zamanında tanımlama ve çözme konusunda daha az bilgi sahibi olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamıza karşıt olarak Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada mevcut şikâyetin süresinden etkilenmediği bulunmuştur (Yılmaz vd., 2021)

Çalışmamızın bulguları, AS'lere başvuran katılımcıların önemli bir kısmının başvurduğu rahatsızlıkların orta seviyede acil (yaklaşık %52.4) olduğunu, yalnızca %42'sinin ise çok acil durumlar yaşadığını göstermektedir. Bu, AS'lerin yalnızca çok acil durumlar için değil, orta aciliyet gerektiren sağlık sorunları için de başvuru alan önemli sağlık hizmeti birimleri olduğunu ortaya koymaktadır. Wang ve arkadaşlarının (2018) belirttiği gibi, AS'ler "her şey departmanı" olarak işlev görmektedir ve halk, hastalıklarının ciddiyetine bakılmaksızın AS'lere başvurmaktadır. Bu durum, AS'lerin aşırı kalabalıklaşmasına ve bu hizmetlerin verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Ayrıca, SOY ile aciliyet durumu arasındaki ilişki, çalışmamızın bir başka önemli bulgusudur (Tablo 11). Hafif ve orta düzeyde acil durumu olan bireylerin SOY düzeyinin, çok acil durumu olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, yüksek SOY'a sahip bireylerin, sağlık sorunlarını daha doğru değerlendirebildiğini ve AS yerine daha uygun sağlık hizmetlerine başvurabileceklerini göstermektedir. Bu bulgular, Wang ve arkadaşlarının (2018) acil servislerin aşırı kalabalıklaşmasının önlenmesinde SOY'un artırılmasının önemini vurgulayan görüşlerini destekler niteliktedir.

Bulgularımız, SOY'un, acil servise başvuru sıklığını etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Yüksek SOY'a sahip bireyler, acil servislerde daha doğru bir değerlendirme yapabilmekte ve aciliyet durumuna göre daha etkin bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Bu bağlamda, SOY'un artırılmasına yönelik eğitimlerin, AS'lerin verimli kullanılması ve sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından büyük öneme sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca, SOY yüksek olan bireyler, AS'e başvurudan önce sağlık sorunlarını kendi başlarına değerlendirerek, gereksiz başvuruların önüne geçebilir ve böylece AS'lerin aşırı yüklenmesinin önüne geçilebilir.

Çalışmamızda, TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarından elde edilen veriler, katılımcıların SOY düzeylerini değerlendirmemize olanak tanımıştır. Elde edilen verilere göre, katılımcıların genel SOY ortalamasının 33.49 ± 8.50 , tedavi ve hizmet alt boyutunun 33.95 ± 8.59 , hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunun ise 33.04 ± 9.71 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar,

katılımcıların SOY yeterli seviyede olduğu, ancak daha yüksek seviyelere ulaşılması için eğitim ve bilinçlendirme faaliyetlerinin gerekliliğini göstermektedir.

Kerkez ve Şahin (2023) tarafından yapılan bir araştırmada, katılımcıların SOY orta-üst seviyede olduğu tespit edilmiştir (107.37 ± 13.11). Benzer şekilde, Okyay ve Abacıgil (2016) tarafından yapılan sağlık okuryazarlığı sınıflamasına göre, 33 puan "Yeterli Sağlık Okuryazarlığı" olarak değerlendirilmekte ve katılımcıların sağlıkla ilgili temel bilgilere sahip olduklarını, ancak SOY'un gelişen sağlık hizmetleri ve dinamikleriyle paralel olarak artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalar da benzer sonuçlar sunmaktadır. Örneğin, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU) kullanılarak yapılan bir araştırmada, sekiz Avrupa ülkesinde yapılan anketin sonuçlarına göre, katılımcıların %16.5'inin SOY mükemmel, %36'sının yeterli, %35.2'sinin sorunlu/sınırlı ve %12.4'ünün ise yetersiz olduğu belirlenmiştir (Sørensen vd., 2015). Bu bulgular, SOY'un toplumsal düzeyde yayılmasına yönelik daha fazla çaba gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda da katılımcıların %36.7'si "sorunlu-sınırlı", %14.2'si ise "yetersiz" SOY seviyesine sahiptir. Bu durum, SOY'un artırılmasına yönelik daha fazla eğitim ve farkındalık faaliyetlerinin yapılması gerektiğini göstermektedir.

Yılmaz ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %47.9'unun SOY "yetersiz" ve %34.9'unun "sınırlı" seviyede olduğu, tedavi boyutundaki ortalama puanın 22.9 ± 11.3 , hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun ise 24.7 ± 11.8 olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda, tedavi ve hizmet alt boyutundaki SOY'un genel olarak daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların %32.9'u "yeterli" ve %19.6'sı "mükemmel" düzeyde SOY'a sahipken, bu sonuç, tedavi ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda toplumun büyük bir kısmının bilgi sahibi olduğunu, ancak hala iyileştirmelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Gücal (2020) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların %33.1'inin "yeterli" seviyede SOY'a sahip olduğu, ancak SOY'un daha da geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Bu çalışmada hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY alt boyutunda, katılımcıların %23.8'inin "yetersiz" seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, toplumda hastalıkları önleme ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda bilincin artırılması gerektiğini göstermektedir. McCaskill ve ark. (2024) tarafından yapılan araştırmada, İspanya'nın Aragon bölgesindeki uzmanlık konsültasyonlarına katılan hasta popülasyonunun %10.7'sinin yetersiz, %48.7'sinin sorunlu, %32.7'sinin yeterli ve %8'inin mükemmel SOY'a sahip olduğu belirtilmiştir.

Bu, toplumda sağlıklı yaşam tarzına ve hastalıkları önlemeye yönelik bilgi seviyelerinin düşük olduğunu, bu alanda eğitim ve farkındalık artırıcı faaliyetlerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Son olarak, İnan (2021) tarafından ebeveynlerin SOY düzeylerini değerlendiren çalışmada, katılımcıların %82.3'ünün "yetersiz", %11.9'unun "sorunlu/sınırlı", %4.5'inin "yeterli" ve %1.3'ünün "mükemmel" SOY'a sahip olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular da SOY'un toplumda önemli bir gelişim alanı olduğunu ve özellikle "yetersiz" seviyedeki katılımcılar için daha fazla eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Elde edilen bu veriler, SOY'un genel olarak yeterli seviyede olduğunu ancak özellikle sağlıklı yaşam tarzı, hastalıkları önleme ve sağlığın geliştirilmesi konularında daha fazla eğitim ve farkındalık artırıcı çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, SOY'un toplumun her kesiminde yaygınlaştırılmasına yönelik çabaların artırılması gerektiğini göstermektedir.

SONUÇ

- Katılımcıların genel SOY düzeyleri ile tedavi ve hizmete yönelik SOY ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY arasında pozitif yönde, oldukça yüksek düzeyde, anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların yaşları arttıkça SOY seviyeleri azalmıştır. 18-34 yaş arasındaki katılımcıların 45-65 yaş grubundakilere katılımcılara göre daha yüksek SOY’a sahip olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların cinsiyeti, mesleği ve eğitim durumu ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyini etkilemiştir.
- Bekâr katılımcıların SOY düzeyleri, evli katılımcılara göre daha yüksektir.
- Yüksek eğitim seviyesine sahip (mühendis, mimar, öğretmen) gibi katılımcıların, esnaf ve emekli gibi daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylere göre daha yüksek SOY’a sahip olduğu belirlenmiştir.
- Gerek genel ölçek puanının gerekse alt boyut puanlarının yeterli SOY düzeyinin alt sınırında olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların %32.9’u "yeterli", %19.6’sı ise "mükemmel" SOY’a sahiptir. Tedavi ve hizmet alt boyutunda ise SOY seviyesi daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların büyük kısmı sağlık bilgilerini sağlık kurumlarından almıştır. Katılımcılar ikinci sırada sosyal medyadan yararlanmıştır.
- Sürekli ilaç kullanmayan katılımcıların sürekli kullanılan ilacı olan katılımcılara göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyi daha yüksektir.
- Kronik hastalığı olmayan katılımcıların kronik hastalığı olan katılımcılara kıyasla tedavi ve hizmete yönelik SOY düzeyi daha yüksektir.
- Mevcut şikâyeti saatlerdir süren katılımcıların mevcut şikâyeti günlerdir ve haftalardır süren katılımcılara göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik SOY düzeyi daha yüksek seviyededir.
- Katılımcıların genel SOY düzeyinin sağlık kuruluşuna gitme sıklığına, sağlık hizmeti almak için ilk başvuru kuruma, acil servisi kullanma sıklığına ve bir yıl içinde acil servise başvurma sayısına göre değişmediği, belirlenmiştir.
- Geleneksel tedavi yöntemlerini tercih eden bireylerin SOY seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

ÖNERİLER

- Toplumda tedavi ve hizmete yönelik SOY ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık programların geliştirilmesi,
- SOY'un artırılması için farklı yaş gruplarına ve cinsiyetlere yönelik stratejiler geliştirilmesi,
- İlkokul ve ortaokul düzeyinde eğitim almış bireylere genel SOY düzeyinin artırıcı faaliyetlerin yapılması, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, yaşlı bireyler için daha anlaşılır sağlık bilgilerini sunan eğitimlerin verilmesi,
- SOY'un artması için, sağlık bilgilerine erişim yollarının çeşitlendirilmesi ve SOY'u artırmaya yönelik eğitimlerin artırılması,
- SOY'un artması için, sağlık kurumlarının yanı sıra sosyal medya ve diğer dijital platformlara daha fazla önem verilerek sağlık bilgisinin yayılması,
- Sevk zincirinin işlenmesi; öncelikle birinci basamaktaki halkın, hangi hizmetlerden yararlanabileceği bilgisinin verilmesi,
- Sürekli ilaç kullanan bireyler için, ilaç yönetimi ve tedavi süreçlerini daha iyi anlayabilmeleri adına kişiselleştirilmiş eğitim programları ve rehberlik hizmetleri sunulması,
- Başta kronik hastalar olmak üzere, ilaçların yan etkileri, doğru kullanım yöntemleri ve tedavi sürecinin önemi gibi konularda, SOY düzeylerinin artırılması,
- SOY'un geliştirilmesi için; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi ve meslek gibi demografik faktörlerden etkilenebileceğinin düşünülmesi ve buna yönelik sağlıklı iletişimi stratejilerinin oluşturulması,
- SOY seviyesini artırmak amacıyla sağlık kuruluşlarında, bireylerin sağlıklarıyla ilgili sorularını rahatça sorabileceği ve rehberlik alabileceği danışmanlık hizmetleri sunulması,
- Toplumda sağlıklı yaşam tarzı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi konularında daha fazla eğitim ve farkındalık çalışmalarının yapılması,
- SOY'un yalnızca bireysel bir özellik değil, aynı zamanda toplumun çeşitli kesimlerinin eğitim ve sağlık bilgilerine erişim düzeyleriyle doğrudan ilişkili bir faktör olduğunu düşünülerek daha büyük örneklerle bilimsel araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, A. M. A. A. H. C. on H. L. for the C. on S. A. A. M. A. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*, 281(6), 552-557. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- Ahmed, S., Kehyayan, V., Abdou, M., & Bougmiza, I. (2023). Prevalence and determinants of health literacy among the adult population of Qatar. *Frontiers in Public Health*, 11, 1278614. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1278614>
- Alahmadi, Y. M. (2023). Evaluation of Health Literacy and Associated Factors Among Adults Living in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580231161428>
- Aljahany, M., Doumi, R., Alhuthail, R. A., Alshangiti, H. Y., Alsugair, R. A., Aldokhail, L. S., Aljohani, L. H., Alqasimi, N. A., Alotaibi, E. M., Alaradi, L. M., Alabdullah, N. A., Alkelabi, N. S., Aleyeidi, N. A., & Fayed, A. (2024). Public Health Literacy and Emergency Department Utilization in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 995. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s440872>
- Altındış, S., & Ünal, Ö. (2017). Türkiye'nin acil servis kalite standartları durumu. *Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü*. Geliş tarihi: 29.09.2017, Kabul tarihi: 03.10.2017. Erişim adresi: <http://orcid.org/0000-0003-2805-5516>
- Aslan, E. Ç. (2023). Acil servis kullanımının değerlendirilmesi: kesitsel bir çalışma. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 1-13. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinsbd/issue/76626/1276295>
- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878. <https://doi.org/10.1111/J.1525-1497.2006.00540.x>
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13(12), 791. <https://doi.org/10.1046/J.1525-1497.1998.00242.x>
- Balakrishnan, M. P., Herndon, J. B., Zhang, J., Payton, T., Shuster, J., & Carden, D. L. (2017). The Association of Health Literacy With Preventable Emergency Department Visits: A Cross-sectional Study. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1042-1050. <https://doi.org/10.1111/acem.13244>
- Ball, M. A. Z., Sack, D. E., Druffner, S. A., Jones, I., Wrenn, J. O., Sexton, M. M., Shinn, M., & Hess, J. J. (2024). Characteristics and Health Care Utilization of Patients With Housing

- Insecurity in the ED. *JAMA Network Open*, 7(4), E248565.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.8565>
- Berens, E.-M., Vogt, D., Ganahl, K., Weishaar, H., Pelikan, J., & Schaeffer, D. (2018). Health Literacy and Health Service Use in Germany. *Health Literacy Research and Practice*, 2(2), e115. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180503-01>
- Büyük, N., Üniversitesi, D., Çocuk, T. F., Tıp, B., Hastanesinin, F., Acil, Ç., Başvuran, S., Özellikleri, H., Cahit Temizkan, R., Kılıçaslan, Ö., Ankaralı, H., Kocabay, K., Sağlığı, Ç., & Kliniği, H. (2019). Characteristics of Patients Visiting the Pediatric Emergency Department of a Medical Faculty Hospital. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Mayıs, 24(2).
<https://doi.org/10.21673/anadoluklin.463388>
- Carpenter, C. R., Kaphingst, K. A., Goodman, M. S., Lin, M. J., Melson, A. T., & Griffey, R. T. (2014). Feasibility and Diagnostic Accuracy of Brief Health Literacy and Numeracy Screening Instruments in an Urban Emergency Department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(2), 137.
<https://doi.org/10.1111/acem.12315>
- Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., Li, Y., Kaphingst, K., & Orom, H. (2018). Health Literacy and Use and Trust in Health Information. *Journal of health communication*, 23(8), 724. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137-1149.
<https://doi.org/10.1111/acem.13220/full>
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3).
- Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 40.
<https://doi.org/10.5455/tjfmpe.193796>
- Deniz, S., Öztaş, D., & Akbaba, M. (2018). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Medical Journal*, 8(2), 214-228. <https://doi.org/10.31832/smj.402835>
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Sage.

- Dominick, G. M., Dunsiger, S. I., Pekmezi, D. W., & Marcus, B. H. (2013). Health Literacy Predicts Change in Physical Activity Self-efficacy Among Sedentary Latinas. *Journal of immigrant and minority health*, 15(3), 533. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9666-7>
- Dost, A., & Durmaz, M. Ö. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 652-666. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.10>
- Durand, A. C., Palazzolo, S., Tanti-Hardouin, N., Gerbeaux, P., Sambuc, R., & Gentile, S. (2012). Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes*, 5, 525. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-525>
- Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray-Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması* (1. baskı). Sağlık-Sen Yayınları.
- Elixhauser, A., & Owens, P. (2006). Reasons for Being Admitted to the Hospital through the Emergency Department, 2003. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk63506/>
- Ersel, M., Karcioğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M., & Tunç, M. A. (2006). Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 6(1), 025-035.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Gaffari-Fam, S., Babazadeh, T., Oliaei, S., Behboodi, L., & Daemi, A. (2020). Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. *Patient preference and adherence*, 14, 499. <https://doi.org/10.2147/ppa.s244820>
- Gözlü, K. (2020). Sağlıkın sosyal bir belirleyicisi: Sağlık okuryazarlığı [A social determinant of health: Health literacy]. *Med J SDU*, 27(1), 137-144.
- Griffey, R. T., Kennedy, S. K., McGownan, L., Goodman, M., & Kaphingst, K. A. (2014). Is Low Health Literacy Associated with Increased Emergency Department Utilization and Recidivism? *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1109. <https://doi.org/10.1111/acem.12476>
- Guttmann, A., Schull, M. J., Vermeulen, M. J., & Stukel, T. A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency

- department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ (Clinical research ed.)*, 342(7809). <https://doi.org/10.1136/bmj.d2983>
- Gücal, R. (2020). Erişkin acil servis ile aile sağlığı merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması (Yayımlanmamış tıp uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Gümüştekin, M., Balatlı, A., Kantarcı, M. A., Tunç, Y. E., Aykır, M. E., Yozcu, A., Şen, A., Erdem, H. E., Demir, M. S., Altunbaş, M. H., Arslan, M., Yarbı, R., Kaptan, Ş., & Birge, Y. (2024). Bir Üniversite Sağlık Kampüsündeki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 32-45. <https://doi.org/10.18614/deutip.1461417>
- Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Education.
- Herndon, J. B., Chaney, M., & Carden, D. (2011). Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. *Annals of emergency medicine*, 57(4), 334-345. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.035>
- İnan, E. (2021). Çocuk acil yeşil alan ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk hastaların ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi (Yayımlanmamış tıp uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 11(2), 113-122. <https://doi.org/10.1111/J.1369-7625.2008.00497.x>
- İskender, M. D., Özcan, E., Gülsoy, A., & Uyan, Y. (2023). Yetişkin Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı Öz Farkındalığı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Araştırma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(4), 512-520. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1341723>
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemleri: Kavramlar, teknikler ve ilkeler*. Nobel Yayınevi.
- Kaya, M., & Yılmaz, Ö. (2021). Bireysel özellikler, sağlık okuryazarlığı ve genel sağlık durumu arasındaki ilişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 33, 113-122. <https://doi.org/10.20875/makusobed.8>
- Kerkez, N., & Şahin, T. (2023). Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 336-346. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1177899>

- Kim, S. H. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2337-2343. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2008.02739.x>
- Klinger, J., Berens, E. M., & Schaeffer, D. (2023). Health literacy and the role of social support in different age groups: results of a German cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 23(1), 2259. <https://doi.org/10.1186/S12889-023-17145-x>
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., & von Wagner, C. (2014). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine*, 61(100), 100. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.012>
- Kozak, F., & Akyıl, R. Ç. (2021). Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 122-132. <https://doi.org/10.54189/hbd.997788>
- Küçük, A., Çalış İbiş, K., Madan, G., Aytuğ Kanber, N., Author, C., yazar, S., Üyesi, Ö., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, A., Gör, Ö., & Geliş Tarihi, M. (2023). Health literacy levels of university students and factors related to patient's rights.. *Ağustos*, 8(2), 183-202. <https://doi.org/10.54409/hod.1305200>
- Kütmeç Yılmaz, C., & Kil, A. (2018). Individuals' health literacy level and their knowledge and practices with respect to rational drug use. *Kontakt*, 20(4), e401-e407. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.08.001>
- Liu, L., Qian, X., Chen, Z., & He, T. (2020). Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC Public Health*, 20(1), 690. <https://doi.org/10.1186/S12889-020-08804-4>
- Lobachova, L., Brown, D. F. M., Sinclair, J., Chang, Y., Thielker, K. Z., & Nagurney, J. T. (2014). Patient and Provider Perceptions of Why Patients Seek Care in Emergency Departments. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(1), 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.04.063>
- Marie, P., Romain-Scelle, N., Potinet, V., Schott, A. M., & Douplat, M. (2024). Assessment of health literacy in a French emergency department. *BMC Health Services Research*, 24(1), 493. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11003-1>
- McCaskill, A., Gasch-Gallen, A., & Montero-Marco, J. (2024). Measuring general health literacy using the HLS19-Q12 in specialty consultations in Spain. *BMC Public Health*, 24(1), 3247. <https://doi.org/10.1186/S12889-024-20710-7>
- McWilliams, A., Tapp, H., Barker, J., & Dulin, M. (2011). Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. *North Carolina medical journal*, 72(4), 265-271.

- Mollakhalili, H., Papi, A., Zare-Farashbandi, F., Sharifirad, G., & HasanZadeh, A. (2014). A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(1), 66. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.134804>
- Naidoo, R., & Schoeman, R. (2023). Burnout in emergency department staff: The prevalence and barriers to intervention. *The South African journal of psychiatry : SAJP : the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 29. <https://doi.org/10.4102/sajpsy psychiatry.v29i0.2095>
- Nunnally, J., & Bernstein, L. (1994). *Psychometric theory*. McGraw-Hill Higher Education.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health promotion international*, 33(5), 901-911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- O'cathain, A., Foster, A., Carroll, C., Preston, L., Ogden, M., Clowes, M., & Protheroe, J. (2022). Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for minor health problems: a systematic review. *Health and Social Care Delivery Research*, 10(38). <https://doi.org/10.3310/ivqj9044>
- Okur, E., Evcimen, H., & Şentürk, A. Y. (2021). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 18-24. <https://doi.org/10.17942/sted.629676>
- Okyay, P., & Abacıgil, F. (Ed.). (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-594-5.
- Öztaş, D., Bozcuk Güzeldemirci, G., Özhasanekler, A., Yıldızbaşı, E., Karahan, S., Karataş Eray, İ., Üstü, Y., Doğusan, A. R., Mollahaliloğlu, S., Öztürk, M., Akçay, M., Üniversitesi, Y. B., Fakültesi, T., Sağlığı, H., Dalı, A., Atatürk, A., Ve, E., Hastanesi, A., Üniversitesi, H., & Hekimliği, A. (2016). The Evaluation of Repetitive Admissions to the Emergency Department by the Perspective of Health Literacy. *Ankara Medical Journal*, 16(3), 255-262. <https://doi.org/10.17098/amj.84540>
- Öztürk, E. U. (2018). *Sağlık okuryazarlığı ve önemi*. <http://openaccess.biruni.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12445/114>
- Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. NCES 2006-483.

[https://www.academia.edu/65350062/The Health Literacy of Americas Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy NCES 2006 483](https://www.academia.edu/65350062/The_Health_Literacy_of_Americas_Adults_Results_from_the_2003_National_Assessment_of_Adult_Literacy_NCES_2006_483)

- Pelikan, J. M., Link, T., Straßmayr, C., Waldherr, K., Alferts, T., Bøggild, H., Griebler, R., Lopatina, M., Mikšová, D., Nielsen, M. G., Peer, S., Vrdelja, M., & on behalf of the HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2022). Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129/s1>
- Pines, J. M., Iyer, S., Disbot, M., Hollander, J. E., Shofer, F. S., & Datner, E. M. (2008). The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Satisfaction for Admitted Patients. *Academic Emergency Medicine*, 15(9), 825-831. <https://doi.org/10.1111/J.1553-2712.2008.00200.x>
- Pituch, K. A., & Stevens, J. (2016). *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS*. Routledge.
- Rababah, J. A., & Al-Hammouri, M. M. (2023). Health Literacy and Smoking Habits Among a Sample of Jordanian University Students. *Journal of community health*, 48(1), 30-37. <https://doi.org/10.1007/S10900-022-01139-8>
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2020). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü.
- Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., Cremonesi, P., Canale, F., & Cristina, M. L. (2022). Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. *Healthcare*, 10(9). <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>
- Schumacher, J. R., Hall, A. G., Davis, T. C., Arnold, C. L., Bennett, R. D., Wolf, M. S., & Carden, D. L. (2013). Potentially Preventable Use of Emergency Services: The Role of Low Health literacy. *Medical care*, 51(8), 654. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e3182992c5a>
- Sertkaya, Z., Koyuncu, E., Nakipoğlu Yüzer, G. F., & Özgirgin, N. (2023). Investigation of health literacy level and its effect on quality of life in patients with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 46(1), 62. <https://doi.org/10.1080/10790268.2021.1991162>
- Sezgin, D. (2014). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* 73-92.
- Shafer, P. R., Dusetzina, S. B., Sabik, L. M., Platts-Mills, T. F., Stearns, S. C., & Trogon, J. G. (2020). Insurance instability and use of emergency and office-based care after gaining coverage: An observational cohort study. *PLoS ONE*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238100>

- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. <http://dx.doi.org/10.1177/10901981740020s102>, 2(1_suppl), 1-10.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- SÖNMEZ, E., & ÖZKAN, A. (2022). Emergency services and health literacy. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 39(2), 589-590. <https://doi.org/10.52142/omujecm.39.2.61>
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Newman, A. B., Rosano, C., Rooks, R., Rubin, S. M., Ayonayon, H. N., & Schillinger, D. (2006). Limited Literacy and Mortality in the Elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 806. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x>
- Şimşek, P., & Gürsoy, A. (2015). Acil servislerin acil sorunu: uygunsuz kullanım. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(4), 312-317. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.2>
- Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (5th ed., pp. 16-58). Nobel Yayın Dağıtım.
- Tekbaş, S., Yılmaz, Ü. D., & Pola, G. (2024). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 74-84. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.1101234>
- Tıp Enstitüsü (ABD) Sağlık Okuryazarlığı Komitesi, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Sağlık okuryazarlığı: Kafa karmaşasını sona erdirmek için bir reçete*. Ulusal Akademiler Yayınları.
- Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 96-106. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.449973>

- UNESCO. (2024, Eylül 17). Okuryazarlık hakkında bilmeniz gerekenler. *UNESCO*.
- Vogel, J. A., Rising, K. L., Jones, J., Bowden, M. L., Ginde, A. A., & Havranek, E. P. (2019). Reasons Patients Choose the Emergency Department over Primary Care: a Qualitative Metasynthesis. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2610. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05128-x>
- Wang, Z., Xiong, X., Wang, S., Yan, J., Springer, M., & Dellinger, R. P. (2018). Causes of Emergency Department Overcrowding and Blockage of Access to Critical Services in Beijing: A 2-Year Study. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(5), 665. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.02.009>
- Weiss, S. J., Derlet, R., Arndahl, J., Ernst, A. A., Richards, J., Fernández-Frankelton, M., Schwab, R., Stair, T. O., Vicellio, P., Levy, D., Brautigan, M., Johnson, A., & Nick, T. G. (2004). Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 11(1), 38-50. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2003.07.017>
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946-1952. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary* (Sağlık Teşviki Sözlüğü). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Yang, Y., & Green, S. B. (2011). Coefficient alpha: A reliability coefficient for the 21st century? *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(4), 377-392.
- Yarmohammadian, M. H., Rezaei, F., Haghshenas, A., & Tavakoli, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 22(1). <https://doi.org/10.4103/1735-1995.200277>
- Yılmaz, S., Daharlı, E., & İd, İ. İ. (2021). Acil Polikliniğin Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi : Kesitsel Bir Çalışma Investigation of the Relationship of Emergency Polyclinic Use and Health Literacy: A Sectional Study Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD 2. *JAMER*, 6(3), 66-71.
- Zanobini, P., Lorini, C., Lastrucci, V., Minardi, V., Possenti, V., Masocco, M., Garofalo, G., Mereu, G., & Bonaccorsi, G. (2021). Health Literacy, Socio-Economic Determinants, and Healthy Behaviours: Results from a Large Representative Sample of Tuscany Region, Italy.

International journal of environmental research and public health, 18(23).
<https://doi.org/10.3390/ijerph182312432>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

Zhang, L., Ding, D., Neubeck, L., & Gallagher, R. (2020). Health literacy as a predictor of emergency department visits and self-rated health among Chinese immigrants: findings from an Australian survey. *Patient education and counseling*, 103(11), 2353-2360.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.017>

Zhang, S. C., Li, D. L., Yang, R., Wan, Y. H., Tao, F. B., & Fang, J. (2019). The association between health literacy and psychosomatic symptoms of adolescents in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7589-0>

Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R., Sharma, M., & Zhao, Y. (2016). Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 11(4), e0152547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152547>

EKLER

Ek 1: Katılımcı Onam Formu



Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, yetişkin acil servisine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bunları etkileyen faktörleri tanımlamak amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma kapsamında bize verdiğiniz bilgiler hiçbir kurum ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Size verilen anket formundaki soruları dikkatli okumanız ve eksiksiz doldurmanız gerekmektedir. Araştırmaya verdiğiniz destek için çok teşekkür ederim.

Araştırmacı:

Mehmet ÇALIK

İmza:

1. Yaşınız nedir?

18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-65 ☐

2. Cinsiyetiniz:

Kadın ☐ Erkek ☐

3. Medeni durumunuz:

Evli ☐ Bekar ☐

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

İlkokul ve Ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans/ Lisans ☐ Lisansüstü ☐

5. Hangi meslek grubu içinde yer alıyorsunuz?

Öğrenci ☐ Çiftçi ☐ Esnaf ☐ Memur ☐ İşçi ☐
Emekli ☐ Ev Hanımı ☐ Diğer ☐

6. Sosyal güvenceniz var mı?

Yok ☐ Sgk ☐ Diğer ☐

7. Sigara içiyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu (devamı)

8. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

9. Ekonomik durumunuz nedir?

Gelir Giderden Fazla (Yüksek) ☐

Gelir Gidere Eşit (Orta) ☐

Gelir Giderden Az (Düşük) ☐

10. Sağlıkla ilgili bilgileri genelde nereden edirsiniz?

Sağlık Kurumlarından ☐ Sosyal Medya / İnternet ☐ Dergi/Kitap

/Gazete vb. ☐ Televizyon/Radyo ☐ Akraba veya Komşu ☐

Diğer ☐

11. Hanenizde sizinle yaşayan sağlık çalışanı (Doktor-Hemşire vb.) birisi var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

12. Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?

Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐

13. Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda hemen ilaç tedavisine başvurur musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

14. Kronik hastalığınız var mıdır?

Evet ☐ Hayır ☐

Cevabınız evet ise kronik hastalığınızı belirtiniz.

15. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

16. Sağlık kuruluşlarına gitme sıklığınız nedir?

Her rahatsızlıkta ☐

Ciddi hastalık durumunda ☐

Aralıklı olarak kontrol amaçlı ☐

17. Sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğunuz kurum neresidir?

Sağlık kurumuna gitmeden geleneksel yolla tedavi ☐

Aile sağlığı merkezi ☐

Devlet veya özel hastaneler ☐

Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu (devamı)

18.Hastanelerin acil servislerini kullanma sıklığınız nedir?

Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐
Çok az ☐ Hiçbir zaman ☐

19. Acil servis polikliniğini ziyaret etme / kullanma sebebiniz nedir?

Sosyal güvencem olmadığından ☐
Tetkiklerin hızlı yapılması ☐
Zamanım olmadığından ☐
Randevu bulamadığımdan ☐
Şikayetimin acil olduğundan ☐
Diğer ☐ Belirtiniz.

20. Bir yıl içinde yaklaşık olarak kaç kez acil servise başvurduunuz?

1-4 ☐ 5-9 ☐ 10-üzeri ☐

21. Şu anda acil servise başvurma nedeniniz nedir?

Yorgunluk- Halsizlik ☐ Grip-Nezle ☐ Baş ağrısı- Baş dönmesi ☐
İş kazası ☐ Travma (kırık-çıkık) ☐ Yüksek ateş ☐ Yaralanma ☐
Kanama ☐ Göğüs ağrısı ☐ Diğer ☐

22.Mevcut şikayetiniz ne kadar süredir devam etmektedir ?

Saatlerdir ☐ Günlerdir ☐ Uzun Süredir ☐

23. Şu an acil servise başvuru nedeninizin aciliyet durumunu değerlendirir misiniz?

Hafif ☐ Orta ☐ Çok acil ☐

Ek 3: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” 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?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					

Ek 3: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (devamı)

15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabilceği 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 5: Etik Kurul Karar Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.04.2024- E-10420511-050-31773



T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu



Sayı : E-10420511-050-31773
Konu : Etik Kurul Onayı

05.04.2024

Sayın Mehmet ÇALIK

Yürütücülüğünü yapacağınız “18-65 Yaş Arası Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi, Etkileyen Faktörler ve Erişkin Acil Servisini Kullanma Durumu İle İlişkisi” konulu çalışmanız ile ilgili başvurunuz Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 27.03.2024 tarihli, 2024-03 sayılı toplantısında görüşülerek ekteki şekliyle uygun olduğuna karar verildi.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ahmet Tuğrul BİREN
Başkan

Ek: Raportör Değerlendirme Formu



Ek 7: Kurum Çalışma İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi



Sayı : E-96317027-604.01-248302781
Konu : Mehmet ÇALIK 'ın Araştırma İzni Hk.

10.07.2024

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI)
(İstanbul Eğitim Ve Tescil Birimi)

İlgi : 24.06.2024 tarihli ve E-15916306-604.01-246745003 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Mehmet ÇALIK'ın **"18-65 Yaş Arası Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi, Etkileyen Faktörler ve Erişkin Acil Servisini Kullanma Durumu ile İlişkisi"** konulu yüksek lisans tezinin yapılması 09.07.2024 tarihli Eğitim Ar-Ge Komisyon Toplantısında uygun görülmüş olup, gerekli izinlerin verilmesi hususunda,

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Necdet SAĞLAM
Koordinatör Başhekim

Ek 8: İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-249367064
Konu : Mehmet ÇALIK 'ın Araştırma İzni hk.

İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi : 16.05.2024 tarihli ve E-40478029-044-32828 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversitenizin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği (Tezli) Yüksek Lisans programı öğrencisi Mehmet ÇALIK'ın **"18-65 Yaş Arası Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi, Etkileyen Faktörler ve Erişkin Acil Servisini Kullanma Durumu ile İlişkisi"** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **10.07.2024** tarih ve **2024/11** sayılı kararınca **uygun görülmüştür**. Çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Müdür a.
Başkan

Ek: Hastane Görüşü_UYGUN

ÖZ GEÇMİŞ

Mehmet ÇALIK, 2013-2017 yılları arasında İzmir Menemen Anadolu Lisesi'nde eğitim aldı. 2017-2021 yılları arasında Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde lisans eğitimini tamamladı. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde 2022 yılında hemşire olarak göreve başladı 2023 yılında İstanbul Kent Üniversitesi'nde Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programına başladı. Üroloji, Genel cerrahi, Kulak burun boğaz servislerinde çalıştı. En son olarak Hiperbarik Tedavi Ünitesinde görev yapmaktadır. Çalıştığı kurumlarda çeşitli alanlarda kurs ve sempozyumlara katılım sağlamıştır. Hobileri arasında spor yapmak, film izlemek, kitap okumak bulunmaktadır. Orta seviyede İngilizce konuşabilmektedir.

