



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL
ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANİYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

ÇOCUK ACİL YEŞİL ALAN VE ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ÇOCUK
HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ertuğrul İnan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL – 2021



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANIYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

ÇOCUK ACİL YEŞİL ALAN VE ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ÇOCUK
HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ertuğrul İnan

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sevgi AKOVA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL - 2021

TEŞEKKÜR

Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğindeki uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi, görgü, bilimsel ve klinik tecrübeleriyle önderlik ederek bilimsel ufkumu genişleten, klinik içi ve dışı tüm sorunlarımda yardımcı olan başta çocuk sağlığı ve hastalıkları klinik şefimiz Prof. Dr. Betül Sözeri' ye ve çocuk sağlığı ve hastalıkları klinik eğitim sorumlumuz sayın Prof. Dr. Mehmet Karacan' a olmak üzere tüm klinik hocalarıma,

Tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde destek, ilgi ve anlayışını esirgemeyen, beni yönlendiren, tez hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevgi AKOVA'ya; hastane içi ve dışında emeklerini esirgemeyerek yardımcı olan tüm çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman doktorlarına,

Beraber 4 sene geçirdiğim, emeklerini unutamayacağım ve ailem olarak gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma ve eş kıdemlerim, Fatih, Mücahit, Batuhan'a

Bana dost kıraathanesi tadında günler geçirmemi sağlayan Manyetik rezonans (MR) birimine ve tabi ki dostum Muhittin'e

Uzmanlığa giden yolda, dört yıl boyunca sevgi, saygı ve uyum içinde çalıştığım çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği hemşire ve personeline,

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

Üniversite sınavını, tıpta uzmanlık sınavını, bildiğim tüm sıkıntılarında yanımda hissettiğim, türlü zorlukları beraber aştığım, dert ortağım, hayat arkadaşım, en yakın dostum olan eşim, Dt. Burcu Dereli İNAN' a,

Hayatıma bambaşka bir yön veren, tüm güzellikleri anlamlandıran, asistanlık sürecimde; kimi zaman uzaktan, kimi zaman yakınımdan, tüm masumiyetiyle yanımda olan aslan oğlum Demir'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ertuğrul İnan

İstanbul - 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR	iv
ŞEKİLLER.....	v
TABLolar	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığının Anlamı ve Önemi.....	3
2.2. Sağlık Okuryazarlığının Dünyada ve Türkiye’de Yeri	4
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	6
2.3.1. Nutbeam modeli.....	7
2.3.2. Lee Modeli	8
2.3.3. Zarcadoolas Modeli	8
2.3.4. Baker Modeli	9
2.3.5. Freedman Modeli	9
2.3.6. Sorensen Modeli	9
2.4. Sağlık Okuryazarlığı Seviyesinin İncelenmesinde Bakılan Ölçümler	10
2.5. Acil Servis Hizmetinin Kullanımında Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	12
2.6. Acil Servisi Acil Olmayan Hastalar Tarafından Tercih Edilme Sebepleri	13
2.6.1. Poliklinik Hekimliği ve Yandal Branş Hekimlerine Ulaşma Zorlukları.....	13
2.6.2. Görüntüleme ve laboratuvar Hizmetlerinde Gecikme	13
2.6.3. Hastaların Algıdaki Yanlışlığı Nedeniyle Aciliyet Belirlemedeki Zorluklar	13
2.6.4. Sosyal Güvence Endişesi	13
2.7. Acil Servisinin İhtiyaç Dışı Kullanımının Yarattığı Sonuçlar	14
2.7.1. Ölüm Oranlarındaki Artış	14
2.7.2. Hastaların Memnuniyetinde Azalma	14
2.7.3. Çalışanların Memnuniyetinde Azalma	14

2.7.4. Sağlık Hizmet Sunucularının Verimliliğinde Azalma	14
2.7.5. Maliyetlerde Artış	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Yeri	15
3.2. Veri Toplama ve Kaydetme	15
3.3. Veri Düzenlemesi ve İstatistiksel Analiz	16
3.4. Araştırmada Değişkenler	17
3.4.1. Tanımlayıcı Değişkenler	17
3.4.2. Tanımlanan Değişkenler	17
4. BULGULAR.....	18
4.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı	18
4.2. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi	24
5. TARTIŞMA	33
6. KISITLILIKLAR	38
7. SONUÇ	39
8. KAYNAKLAR	41
9. ÖZGEÇMİŞ	46
10. EKLER.....	47

KISALTMALAR

ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkçe
Uyarlaması DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HALS	: Health Activities Literacy Scale
NVS	: The Newest Vital Sign
SILS	: Single Item Literacy Screen
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TOFHLA	: Test of Functional Health
Literacy in Adults TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 1: Nutbeam Modeli.....	7
Şekil 2: Lee Modeli	8
Şekil 3: Baker Modeli	9
Şekil 4: Sorensen Modeli	10
Şekil 5: Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli.....	10
Şekil 6: Hasta Akış Şeması	18
Şekil 7: Eğitim Durumuna Göre Başvuru Seçim.....	21
Şekil 8: Mesleğe Göre Başvuru Yeri	21
Şekil 9: Hastalığa Şikayetlerine Göre Başvuru Yeri	23

TABLÖLAR

Tablo 1: TSOY-32 2X4'lük Matris Bileşenleri ve İçerikleri	12
Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özellikleri Frekans Tablosu	19
Tablo 3: Yaş Gruplarına Göre Başvuru Yeri	20
Tablo 4: Poliklinik ve Acil Servis Yeşil Alan Başvuru Grupları Arasında Demografik Verilerin Dağılım Oranlarının Karşılaştırılması	22
Tablo 5: Başvuru Şikayetlerinin Başvuru Yerine Göre Karşılaştırılması	24
Tablo 6: Yaşların Başvuru Merkezine Göre Karşılaştırılması	25
Tablo 7: Yaş Grupları - Okur Yazarlık Frekans ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosu..	25
Tablo 8: Yaş ile Okuryazarlık İndeksi Arasında Korelasyon Analizi.....	26
Tablo 9: Demografik Özelliklerin TSOY Puanı Karşılaştırılması	27
Tablo 10: Acil Servise Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlık Puanı Açısından Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	29
Tablo 11: Polikliniğe Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlık Puanı Açısından Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	29
Tablo 12: Demografik Özelliklere Göre SOY Dikotom Dağılımı	30
Tablo 13: Başvuru Yerinin TSOY-32 Puanı Karşılaştırılması.....	31
Tablo 14: TSOY-32 Düzeylerinin Başvuru Yerine Göre Dağılımı	31
Tablo 15: Başvuru Şikayetlerinin Sağlık Okuryazarlık Puanı Karşılaştırılması.....	32

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, çocuk acil yeşil alan ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk hastaların ebeveynlerinin, SOY düzeyleri arasındaki farklılıkları ortaya çıkararak, ülkemiz literatürüne katkıda bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli, prospektif, gözlemsel anket çalışmamızda, Türkiye Sağlık Bakanlığı renk skalalı triaj sistemine göre, çocuk acil yeşil alan hasta grubu ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk hastaların şikayeti, ebeveynlerin demografik özellikleri, eğitim düzeyleri, meslekleri ve gelir veya gider durumlarına göre alt gruplara ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 400 hastanın 200'ü (%50,0) çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine, 200'ü (%50,0) çocuk acil yeşil alana başvuranlardan meydana gelmekteydi. Çalışmaya katılan hastaların ebeveynlerinin yaşları 20 ile 75 arasında değişmekte olup yaş ortancası 34 (29-40) saptandı. Çalışmaya katılan hastaların ebeveynleri, 20-29 yaş, 30-39 yaş ve 40 yaş üzeri olarak 3 gruba ayrıldı. 20-29 yaş grubunun acil servis ve poliklinik başvurularına göre TSOY-32 indeksi ortancalarının karşılaştırılmaları sonucu olarak, anlamlı denilebilecek fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca sağlık okuryazarlık puanı, acil servise başvuranların anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,012$). Başvuru merkezine bakılmaksızın, çalışmaya dahil edilen bütün hastaların yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı indeksi ortancalarının arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Çalışmaya dahil olan toplam 400 kişinin 146'sı (%36,5) erkek, 254'ü (%63,5) kadındı ve ayrı ayrı analiz edildiğinde sağlık okuryazarlığı puanı açısından poliklinik ve acil servis grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit etmedik. Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında 165'i (%41,3) orta öğretim ve altı mezunu, 121'i (%30,3) lise mezunu, 114'ü (%28,5) ön lisans ve üstü eğitim düzeyine sahipti. Eğitim durumları açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvuruları incelendiğinde anlamlı fark tespit edildi. Bu farkı oluşturan ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin %50,5'i poliklinik başvurusu yaparken ($p<0,05$), ön lisans

ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin %39'u acil servis kliniğine başvuru yapmaktadır ($p<0,05$). Çalışmaya dahil edilen hastalardan polikliniğe başvuranlarda medeni durum ($p=0,011$) ve meslek grupları ($p=0,001$) bakımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, cinsiyet ($p=0,076$), eğitim düzeyleri ($p=0,149$), ve gelir ($p=0,538$) grupları arasında sağlık okuryazarlığı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı.

Katılımcıların genel TSOY-32 ortancası 17 (11-23) olarak saptanmış ve yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sağlık hizmetlerinden yararlanırken akılcı, verimli, doğru kullanımı sağlamak için en iyi yollardan biri SOY seviyesini arttırmaktır. Acil servislerde oluşan yoğunluğun önemli sebepleri arasında yer alan SOY seviyesinin, düşük olmasına bağlamaktayız. Gereksiz acil servis başvurularının bu nedenle yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelime: Çocuk acil yeşil alan, Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği, TSOY-32, Sağlık okur yazarlığı

ABSTRACT

Purpose: With this study, we aimed to contribute to the literature of our country by revealing the differences between the TSOY levels of the parents of the pediatric patients who applied to the pediatric emergency green area and the pediatric polyclinic.

Materials and Methods: According to the color scale triage system of the Turkish Ministry of Health, in our single-center, prospective, observational survey study, the complaints of the pediatric patients group who applied to the pediatric emergency green area and the pediatric patients group who applied to pediatric health and diseases polyclinic were divided into subgroups according to the demographic characteristics of the parents, their education levels, occupations, incomes and expenditure status.

Results: Of the 400 patients who participated in the study, 200 (50.0%) were admitted to the pediatric polyclinic, and 200 (50.0%) were admitted to the pediatric emergency green area. The ages of the parents of the patients participating in the study ranged from 20 to 75, and the median age was 34 (29-40). The parents of the patients participating in the study were divided into three groups as 20-29 years old, 30-39 years old and over 40 years old. As a result of the comparison of the medians of the health literacy index of the 20-29 age group according to the emergency service and outpatient clinic applications, it was determined that there was a significant difference ($p<0.05$). In addition, the health literacy score of those who applied to the emergency service was found to be significantly higher ($p=0.012$). Regardless of application center, It was observed that there was no statistically significant difference in the relationship between the age groups of all patients included in the study and the median of the health literacy index.

Of the 400 people included in the study, 146 (36.5%) were men and 254 (63.5%) were women, and when analyzed separately, we did not find a statistically significant difference between the polyclinic and emergency service groups in terms of health literacy scores. Considering the education level of the participants, 165 (41.3%) had secondary education or below, 121 (30.3%) had high school graduation, and 114

(28.5%) had an associate degree or higher education. A significant difference was found when the emergency service clinic and polyclinic applications were examined in terms of educational status. While 50.5% of individuals with secondary school or below education level apply to the outpatient clinic ($p<0.05$), 39% of individuals with an associate degree or higher education level apply to the emergency department ($p<0.05$) which is the reason they are making up this difference. Among the patients included in the study, there was a statistically significant difference in terms of marital status ($p=0.011$) and occupational groups ($p=0.001$) in those who applied to the polyclinic, while in terms of gender ($p=0.076$), education level ($p=0.149$), and income ($p=0.538$) there was no statistically significant difference between the groups in terms of health literacy score.

The overall median TSOY-32 of the participants was found to be 17 (11-23), and it was determined to be at an insufficient level.

Conclusion: The importance of reducing the density in pediatric emergency services and increasing the level of health literacy regardless of demographic characteristics was emphasized. Again, one of the best ways to ensure the rational, efficient and correct use of health services is to increase the levels of SOY. For this reason, we think that redundant emergency service applications are high.

Keywords: Pediatric emergency green area, pediatric health and diseases polyclinic, TSOY-32, Health literacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Modern toplumlarda, sosyal gelişim ve ilerleyen teknoloji ile birlikte insanlar kendi sağlık düzeylerini, hastalıklarını daha iyi öğrenmek ve kolay ulaşım sağlamak istemektedir. Sağlık durumları ve hastalıkları ile ilgili bilgilere ulaşmak, anlamak ve kullanmak ise SOY kavramını gündeme getirmiştir. SOY, kişilerin kendi sağlık durumları ile ilgili bilgi edinebilen, daha sağlıklı yaşamasını destekleyen, ilgili kararlar almasına yardımcı olan, sağlık hizmeti verenler için ise donanımlı, yetenekli olmaya imkan veren veri olmuştur (1). SOY, bireylerin sağlık hizmetlerinden hızlı ve doğru hizmet almalarında önemli rol oynamaktadır. SOY seviyesi düşük olan bireyler, sağlık durumlarıyla ilgili yanlış kararlar alarak, tanı ve tedavilerde gecikmeye, sağlık sisteminin iş yükünün artmasına, bireyin kendisi ve toplum nezdinde, hastalıklarda mortalite ve morbiditenin artışına neden olmaktadır (2,3).

Koruyucu sağlık hizmetlerinden doğru yararlanmada, tedavinin doğru uygulanmasında, sağlık hizmeti verenler ile iyi iletişim içinde olmak, bireyin kendisi ve çevresi için gerekli klinik yönelimler kazanması açısından sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür. Yüksek sağlık okuryazarı olan bireylerde, kanser, kalp rahatsızlıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme oranı, SOY düzeyi düşük bireylere göre daha düşüktür (4).

Acil servis kliniği, hastaların sağlık hizmetlerine randevu almadan, sıra beklemeden, hızlı, kolay ulaşabildikleri, istenilen tetkiklerin de kısa zamanda sonuçlandığı bir klinik türüdür. Toplumda bu hizmetlerden lüzumsuz bir şekilde yararlanmak, sunulan sağlık hizmetlerinin basamaklarını takip etmeden diğer birimlerin yerine acil servisi tercih etmek gibi düşünce alt yapısına sahip hastalar vardır. Hastaların bu davranış biçimleri, sağlık hizmetleri kullanımında acil kavramının iyi öğrenilmediği ve gerekli bilgi donanımına sahip olunmadığı anlaşılmaktadır (5).

Ülkemizdeki tüm hastane başvurularının %30 civarını acil servis başvuruları oluşturmaktadır (5). Acil servislerin başvuru yoğunluğunun nedenlerinden birinin de SOY seviyesinin yetersiz ya da düşük olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Ülkemizde yapılan SOY çalışmalarını da göz önünde bulundurarak, bu

Çalışmada ocuk acil yeşil alana başvuran hastaların ebeveynlerinin SOY düzeyleri ile ocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların ebeveynlerinin SOY düzeyiyle karşılaştırarak ocuk acillerin kötüye kullanımıyla ilgili literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ANLAMI VE ÖNEMİ

Sağlık okuryazarlığının anlaşılabilmesi için okuryazarlığın tanımını bilmek önceliğimiz olmalıdır. Okuryazarlık; bireylerin, diğer bireylerle iletişim kurmak ve anlamak için temel seviyede okuma ve yazma bilmesidir (6). Türk Dil Kurumu okuryazarlığı: “Kişinin okuma yazması olması ve öğrenim görmesi şeklinde” açıklamıştır (7).

Genel anlamda okuryazarlık; kişilerin sayıları kullanma, okuma, yazma, bilgiye ulaşabilme, düşüncelerini dışa aktarabilme, sonuca ulaşabilme ve problemleri çözebilme olarak tanımlanır (8). UNESCO’ya göre: “Farklı türdeki yazılı ve basılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve işleme yeteneğidir ve bu yetenek bireylerin topluma tamamen katılımını sağlamakta, bilgisini ve gücünü geliştirerek kişisel hedeflerine ulaşmasına olanak vermekte ve sürekli öğrenmeyi içermektedir” (9). Anlaşıldığı üzere, okuryazarlık; okuyabilme yazabilme becerisinin dışında, okuduğunu anlayabilme, yorumlayabilme ve günlük yaşamına geçirebilme yeteneğininide içeren anlaşılması güç bir konudur.

SOY ise, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) tanımlamasında: “Sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerilere sahip olmasıdır” (10). Amerikan Tıp Birliği (AMA) : “Sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için, temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi” şeklinde tanımlamıştır (2). Belirtilen yetilere ek olarak, reçetelerini, randevu kağıtlarını ve sağlıkla ilgili diğer terimleri okuma ve anlama yeteneklerininide kapsamaktadır. Tıp Enstitüsü (IOM) ise: “Bireylerin uygun sağlık kararlarını alırken, ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyabilme, anlayabilme, işleme ve davranışa geçirebilme yeteneğidir.” şeklinde tanımlamıştır (11).

Bu kurum ve kuruluşların, müşterek olarak SOY’u ; bireylerin eksiklerini tamamlaması ve edinilen bilgilerin kullanımı, duraklama dönemine girebilse de eğitim programları ile gelişen, yaşlılık ya da sağlık problemleri gibi durumlarla da azalabilen bir seri kişisel yetenekler olarak bahsetmektedir (12). Temel olarak SOY; okuryazarlığa bağlı, kişilerin hayat kalitelerini iyileştirmeleri, hastalıklardan

korunabilmeleri, daha sağlıklı olabilmeleri gibi konuları kapsar. Ayrıca ihtiyacı olan kararları alabilmeleri ve sorgulayabilmeleri için gerekli sağlık bilgilerine ulaşabilmeyi ve bu bilgileri yeterli seviyede anlayarak hayata geçirebilme becerilerinide kapsar (13).

SOY düzeyinde iyileşme, sağlık personeli ve sağlık hizmetini alan bireylerin üstüne düşen sorumlulukları yerine getirerek, iletişimin daha güçlü olmasına, daha iyi anlamayı ve anlaşılmayı sağlayarak, kalitenin artmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca hekim ile sağlık hizmetini alan bireylerin birlikte geçirdikleri süre sınırlıdır, bu sınırlı zaman içerisinde hasta ve hekimin iyi iletişim kurması ve hekimin yaptığı sağlık bilgilendirmesini hastanın en iyi şekilde anlaması zorunludur. Aynı zamanda hastalar günümüzde daha aktif rol almakta ve ileri tetkik tedavi aşamalarındaki kararlara dahil olmak istemektedir (14). Tüm bu oluşan şartların doğru şekilde sürdürülebilmesini kişilerin SOY düzeylerinin yüksek olmasıyla sağlanacağını düşünmekteyiz.

2. 2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE YERİ

Sağlık okuryazarlıklarının seviyesini ölçebilmek ve bu ölçümleri standart hale getirebilmek için çok fazla çalışma mevcuttur. Çalışmalara bakıldığında, “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM) ve “Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi” (The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) adlandırılan seviye ölçümlerinin daha fazla çalışıldığı gözlenmektedir (15,16,17). Ek olarak, kişilerin okuma seviyesini anlama açısından “Tek Maddeli Okuryazarlık Tarama Ölçeği” (Single Item Literacy Screener-SILS) önemli araçlardandır (18). Bahsedilen ölçüm parametrelerinin, her ülkenin gelişmişlik düzeylerine uygunluğu konusunda eksiklikleri olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu ölçüm araçlarının güvenilirlik, bilgi kalitesi, genel kalitesi açısından eksiklikler olabileceği çeşitli yayınlarda bildirilmiştir (15,1 ,19).

SOY seviyesinin tüm toplumlarda olması gereken seviyenin altında olduğu bilinmektedir (20,21). Örnek olarak, Amerika’da yapılmış bir çalışmada, yetişkinlerin okuma yazma yetilerinin sadece %22’sinin yeterli seviyede olduğu saptanmıştır. Kişilerin %14’ünün ise yeterli seviyeden düşük olduğu, çoğunluğun ilaç etiketlerini, prospektüsleri, randevu kâğıtlarını ve termometreyi okumakta zorlandığı gözlenmiştir (20).

Amerikan Tıp Derneği; yeterli seviyede bulunmayan sağlık okuryazarlığı seviyesinin, hastalar ve doktorlar üzerindeki etkisinin incelenmesini konu alarak, çalışma yapmıştır. SOY düzeyini yükseltebilmek için yapılabilecek araştırmaların tanımlaması da amaçlanmıştır (20). Çalışmaya göre SOY seviyesi temel düzeyin altında olan hastaların, problemlerini anlatmak için yeterli seviyede olmadığı, sağlık problemlerinin derecesini etkileyecek seviyede iletişim problemleri yaşadıkları gözlenmiştir. Ayrıca SOY düzeyi yetersiz olan hastaların medikal durumlarını, tedavilerini iyi seviyede anlayamaması sebebiyle hastaneye yatış oranında da artış yaşandığı gözlenmiştir. Sonuç olarak çalışmada esas olarak sağlık hizmeti sunucularının ve halkın SOY konusundaki farkındalığının artırılması ve iletişimlerinin iyileştirilmesi konusuna dikkat çekilmiştir (20,22).

Williams ve diğerlerinin Amerika’da 2659 hasta üstünde yaptıkları kesitsel çalışmada, hastaların onlardan beklenen okuma düzeyleri ve sayısal ölçümleri hangi seviyede becerebildikleri sorgulanmıştır. Araştırma neticesinde hastaların büyük bölümünün yeterli seviyede sağlık terimleri okumaya ve kavramaya dair yeterli olmadıkları gözlenmiştir. Araştırmaya dahil olan hastaların %26’sı başka zaman için oluşturulan randevu tarihini, %59.5’i önceden belirtilmiş olur formunu, %41.6’sı ise yemek yemeden ilaç tüketmesi istendiğini anlayamadığını belirtmişlerdir (23).

Cleveland, Ohio, Houston, Florida ve Tampa eyaletlerinde, Gazmararian ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ya İspanyolca ya da İngilizce bilen 65 yaşın üstü 3260 hastanın SOY seviyesi araştırılmıştır. İngilizce ana dile sahip hastaların ise %33.9’unun, İspanyolca ana dile sahip hastaların %53.9’unun, yeterli seviyede SOY düzeyine sahip olduğu gözlenmiştir (24).

Avrupa ülkesinden sekiz tanesinin; (Yunanistan, Avusturya, Polonya, Hollanda, Almanya, İspanya, Bulgaristan, İrlanda) dahil olduğu ayrıntılı incelemede ise SOY düzeylerine bakılarak, ülkelerde yaşayanlar yetersiz, problemli, yeterli, başarılı seviyede olarak 4 gruba ayrılmıştır. Bulgaristan’da araştırmaya katılanların %62’si, Hollanda’da %29’u yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır. İspanya’nın (%42)’si, Bulgaristan’ın (%37)’si yeterli ve başarılı seviyede ve puan sıralamasına göre en alt sıralarda oldukları saptanmıştır. Ana hatları ile bakıldığında araştırmada bulunanların %35’inin ortalamanın altında olduğu, %12’sinin ise SOY düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi düşük olanlarda, azınlık gruplarda, yeni göç

etmiş kişilerde, kronik sağlık sorunları olanlarda, yaşlılarda, sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük olduğu gözlenmiştir (21,25).

Türkiye’de SOY ile ilgili yeterli veri olmamakla birlikte okuma yazma bilen, ancak herhangi bir eğitim görmeyen veya yarıda bırakan (%7), okur yazar olmayan (%5), bireylerin sayısı ve yaklaşık eğitimin sürdüğü yıl oranlandığında 6 yıl / kişi olarak hesaplandığını düşünülürse, SOY düzeyinin olması gerekenden çok daha düşük olduğu söylenebilir (26).

SOY yakın zamanlarda ülkemizde yaygınlaşmıştır ve farklı girişimlerde bulunmaya başlanılmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” 26 Aralık 2012 tarihinde oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve bazı üniversiteler aracılığıyla SOY düzeyinin ülkemizde iyileşmesi amacıyla yapılan faaliyetler ve araştırmalar oluşturulmaktadır (27,28). Yine, Türkiye’de SOY düzeyini arttırmayı amaçlayarak Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı 2005’ten bu yana devam eden “Gençlere sağlık projesi” sayesinde kişilerin sağlık hakkında olan bilgi düzeylerinin gelişmesine yardımcı olacak çalışmalar devam etmektedir (28).

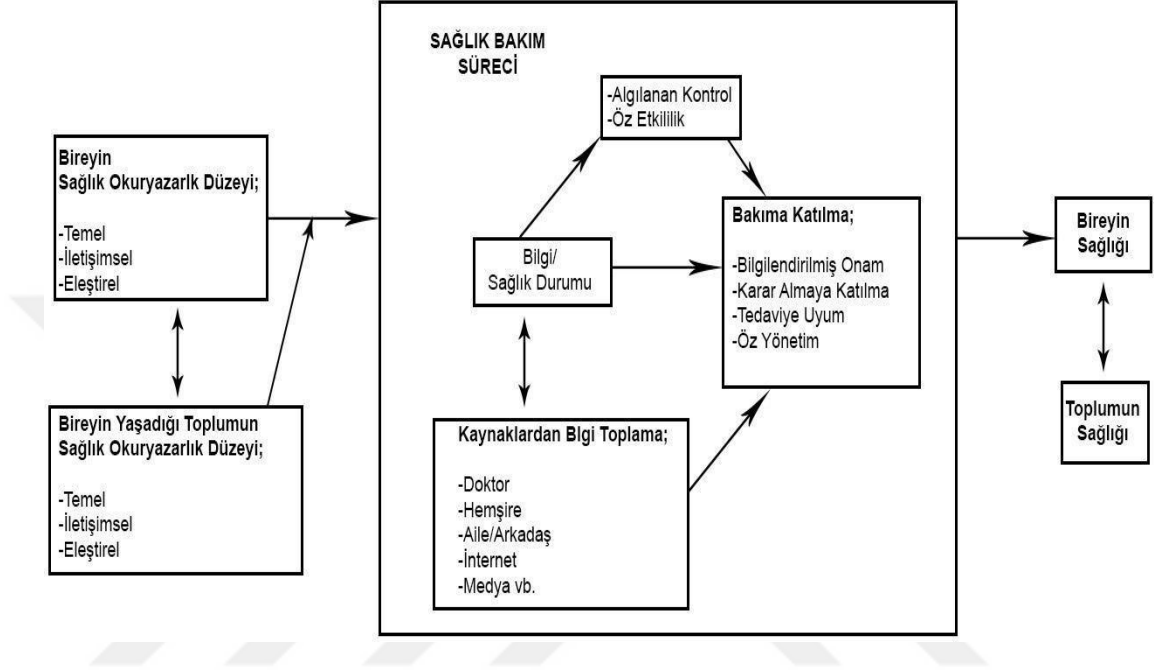
2009-2012 yıllarında, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası yardımıyla, Tanrısu Över ve ark.’ları 4924 kişi üzerinde Türkiye’de yapılan sağlık okuryazarlığı incelemesi sonucunda, Türkiye’nin genel TSOY-32 indeksi 30.4 görülmüştür. Ölçümlerin sonucuna göre ülkenin %40.1’inin sorunlu, %24 ’ünün yetersiz SOY seviyesinde olduğu anlaşılmıştır. Problemlili ve yetersiz SOY düzeyinde yaklaşık 3 milyon kişinin olduğu söylenebilir. Ancak Türkiye’de SOY gelişmesine yönelik daha fazla araştırma ve çalışma gereksinimi vardır (29).

2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI MODELLERİ

Sağlıkla ilgili konuları okuma ve anlamının dışında SOY, farklı boyutları ve kavramları ile ele alınması, farklı modellerin ortaya çıkmasını doğurmuştur. Don Nutbeam’in modeli, bu modellerin içerisinde en sık kullanılanıdır (30).

2.3.1. Nutbeam modeli:

Şahısların ve toplumun yararları bu modelde öne çıkmaktadır. Toplumun ve bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi birikiminin, bununla ilgili mesajlarında yer aldığı modeldir. Nutbeam modelinde SOY üç şekilde anlatılmıştır (31);



Şekil 1: Nutbeam Modeli (31)

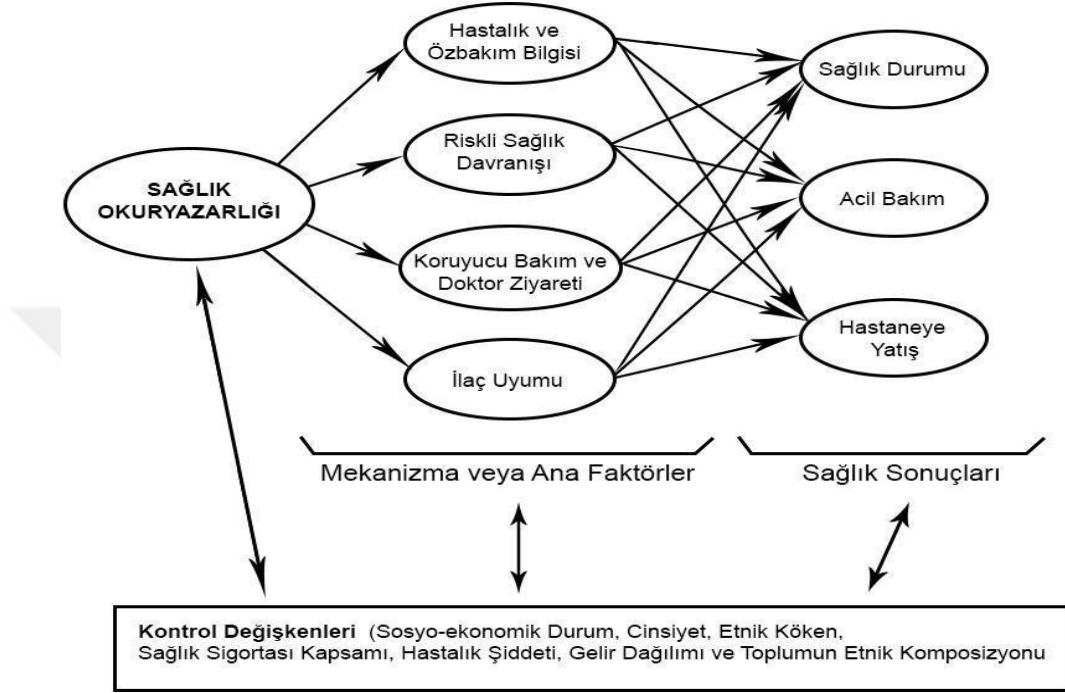
Fonksiyonel (Temel) sağlık okuryazarlığı: Bireylerin günlük yaşamlarına dahil edebilecek kadar temel SOY yetisine sahip olmasıdır. Sağlık hizmetlerine doğru ulaşmasının yanında koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileride bilmesidir (33,1).

İletişimsel (Etkileşimli) sağlık okuryazarlığı: Bu düzeyde, kişilerin güncel sağlık bilgilerine ulaşırken ek olarak iletişimin durumuna göre anlam çıkarıp, bilgisini yenileyebilme ve her zaman yeni bilgilere ulaşabilir olmasıdır. İletişimsel ve sosyal becerileri iç içe kullanabilmesidir (33,1).

Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı: Sağlık konularına sorgulayıcı yaklaşabilmek, sağlık problemlerini bilmek, oluşabilecek sağlık sorunlarının farkına varabilmek gibi yetenekleri kapsar. En ileri seviye SOY yeteneğini kapsar (33,1).

2.3.2. Lee Modeli:

Bireylerin sağlık durumuyla sağlık merkezine başvuru arasındaki bağlantıyı aydınlatır. Bunun yanı sıra, plansız sağlık hizmetleri sunucularına başvuru, tedavilerine uyum sağlayamama gibi durumların yer aldığı modeldir (34).



Şekil 2: Lee Modeli (34)

2.3.3. Zarcadoolas Modeli:

Bireyin sağlık konularında yeni bilgilere açık olup, kendi sağlığı, demografik, sosyal çevre, inanç, kültürel faktörler gibi insan faktörlerinden etkilenebildiğini ifade eden modeldir. Dört şekilde ifade edilmiştir (35);

Temel okuryazarlık; sağlıkla ilgili konuşma, yazma, okuma ve yorumlama ayrıca tedavilerini algılayabilme becerisini içeren terimdir.

Bilimsel okuryazarlık; bu terim bilim ve teknolojik gelişmeleri SOY düzeyine dahil edebilme becerisidir.

Yurttaşlık okuryazarlığı; bireyin SOY seviyesinin toplum sağlığı üzerine etkisini ön planda tutma yetisidir.

Kültürel okuryazarlık; toplumun geleneklerini, dini, dünyaya bakış açısını harmanlayarak sağlık bilgisini tanımlayabilmesidir.

2.3.4. Baker Modeli:

Bu modelde, kişilerin iletişim kurabilme ve bilgileri harmanlayabilme kapasitesidir (12).



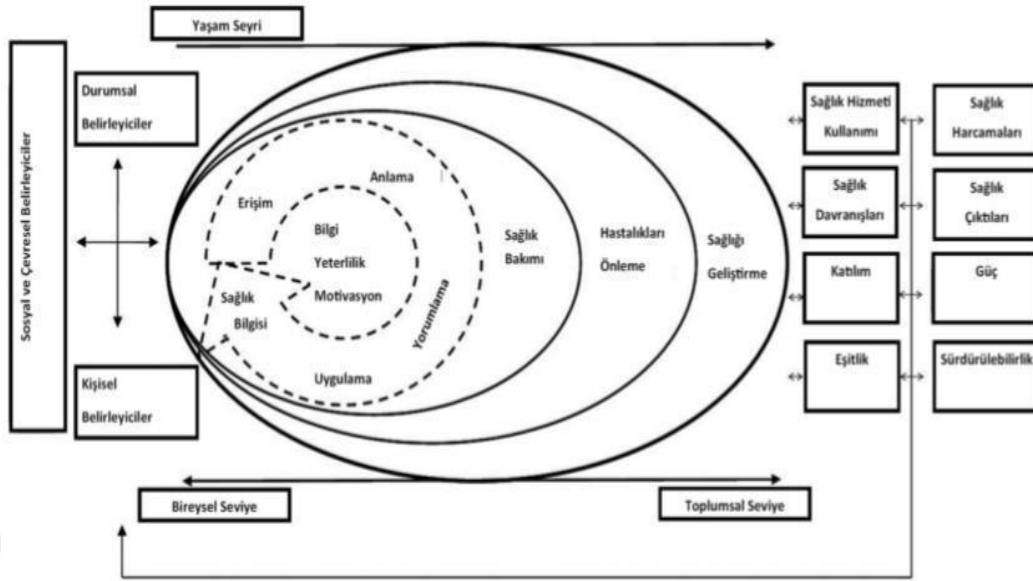
Şekil 3: Baker Modeli (12)

2.3.5. Freedman Modeli:

Toplumun ve kişilerin SOY düzeyi bu modelde ikiye ayrılmıştır. Eşit oranda önemli olduğuna dikkat çekilmiştir (36).

2.3.6. Sorensen Modeli:

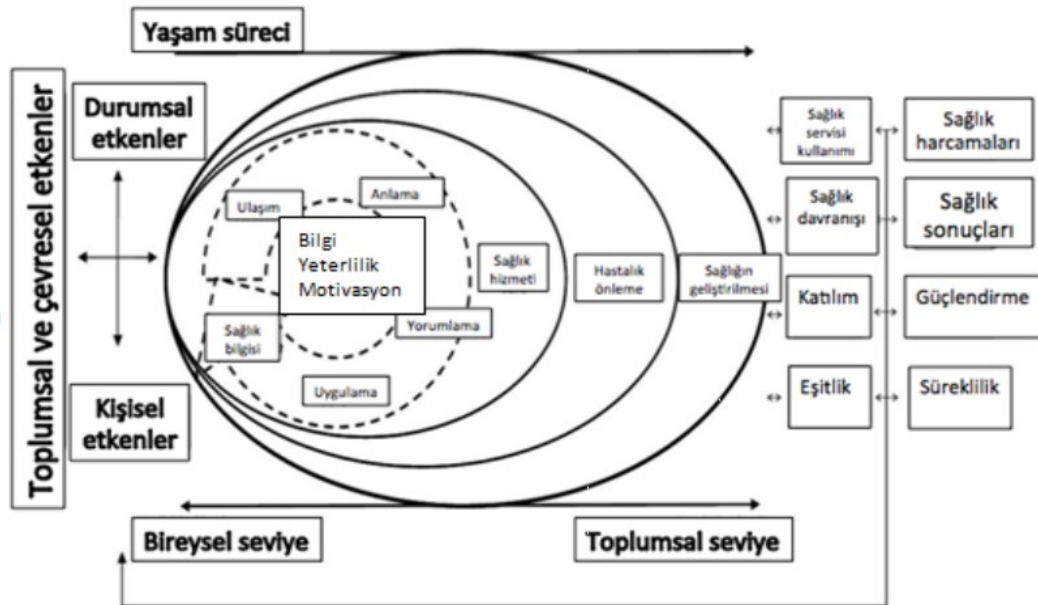
Diğer farklı modellerin eksik kaldığı konulara değinmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımın doğru şekilde sağlanması ve aksi takdirde oluşabilecek fazla maliyetleri, sağlık hizmetleri sunucularına yansıyan negatif durumu anlatmayı hedeflemiştir (13).



Şekil 4: Sorensen Modeli (13)

2.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SEVİYESİNİN İNCELENMESİNDE BAKILAN ÖLÇÜMLER

Artarak önem ve ilgi kazanan SOY üzerinde, ölçüm çalışmaları yapılmaktadır. Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (National Assembly and adult literacy) ilk kullanılan ölçümlerdendir. Bu ölçek, Amerikan sağlık eğitimiyle ilgili veriler edinilmiştir (23).



Şekil 5: Entegre sağlık okuryazarlığı modeli(13)

Bu ölçümlerle, SOY seviyeleri belirlemek için yöntemlerin bulunması, konuyu soyut kavram olmaktan çıkarmıştır. Bu ölçeklerin dört ana başlığı mevcuttur (37):

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM): 3-6 dakika gibi hızlıca yapılabilen 66 sorudan oluşan bu test, medikal kelimeleri tanıma, söyleyebilme gibi sorularıda mevcuttur. Zaman açısından avantaj sağlamış olsa da ölçeği anlama ve sayısal beceri açısından kapsayıcı değildir (38).

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS): Bireyin kendi sağlığını koruması, bilgisini geliştirmesi, hastalıkların önüne geçmesi, bireyin kendi sağlık bakımını idame ettirmesi, gerektiğinde doğru sağlık hizmetine ulaşabilmesi gibi beş bölümden oluşmaktadır. Oldukça geniş değerlendirme olanağı sağlamaktadır ancak yaklaşık 30-40 dakika aralığında zaman gerektirmesi nedeniyle tercih edilmemesine neden olmaktadır (12).

En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS): Hem anlama, hem okuma, hem de hesaplama gibi etkenleri ölçmesi, 3-6 dakika kadar kısa zaman ihtiyacı olmasıyla avantajlıdır ancak yeterli ve yetersiz SOY seviyesini belirlemede eksik kalması, dezavantajdır (39).

REALM ve NVS ölçeklerini Özdemir ve ark.'ları yaptığı çalışma ile Türkiye'de 456 hastanın SOY seviyesini sosyodemografik özelliklerini kullanarak test edilmiştir ve REALM testinin daha yüksek oranda SOY düzeyi tespit edilmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük, eğitim düzeyi düşük kadın hastaların, her iki testte de en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (38).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR): 2016 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı planlamasıyla, Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayı altında 3 ölçek belirlenmiştir. İçerik olarak, ilaç kullanımını, hastalıklardan korunmayı, sağlığını iyileştirmeyi, sorgulayıp karar vermeyi, uygulamaya dökmeyi içeren 47 anket sorusu vardır (40,41).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32): HLS-EU (European Health Literacy Survey) araştırmasına istinaden 32 tane soru ile sağlık okuryazarlığını ölçme hedeflenmiştir. Orijinal ölçeğinde üç temel boyut ele alınmış olmasına karşın, TSOY-32 de iki temel boyut ele alınmıştır. Matris iki boyut; hastalıklardan korunma ile sağlığın geliştirilmesi, tedavi ile sağlık hizmetidir. Dört süreç; bilgiye ulaşabilme, anlama, değerlendirme, bu bilgiyi kullanabilme gibi toplam sekiz bileşen

değerlendirmede rol oynar. Değerlendirmede, HLS-EU çalışmasındakine benzer olarak indeksler 0 ile 50 arasında olarak tanımlanmıştır. İndeks = (ortalama-1) x (50/3), kullanılan formüldür.

Formül hesabına göre çıkan sonuç ile aşağıdaki puanlama esas alınır (40),

(0-25): Yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak sıralanmıştır.

Tablo 1: TSOY-32 2X4'lük Matris Bileşenleri ve İçerikleri (40)

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

2.5. ACIL SERVİS HİZMETİNİN KULLANIMINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ:

Hastaların gerek kendisi, gerekse yakınlarının hastalıkları nedeniyle sağlık hizmetleri sunucularına ulaşmak için, hangi kurumu, hangi doktoru tercih edeceği konusu tamamen SOY'u ilgilendiren konudur. SOY düzeyi yüksek olan kişilerin, sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalandığı, tarama, aşılama, egzersiz ve rutin sağlık kontrollerini gibi programları daha fazla önemsedikleri gözlenmektedir. Sağlık hizmetleri sunucularının tedavi etmeye yönelik gerek kurum içi, gerekse kurum dışı verilen talimatları yerine getirmeye daha kolay uyum sağladığı görülmektedir. Bu kazanımların sonucu olarak, acil servis başvurularında belirgin azalma saptanmıştır (41).

SOY düzeyi yüksek olanların, düşük olanlara göre daha az sağlığını etkileyen

iletişim sorunları olduğu, sağlık durumlarını, tedavilerini daha iyi algıladığı ve anladığı gözlenmektedir (42). Tüm bu sebeplerden dolayı, sağlık okuryazalığı yüksek olan hastaların, hastaneye yatış riskini de azaltmaktadır (43).

SOY düzeyi düşük, poliklinik veya aile sağlığı merkezlerine başvurması gereken, aciliyeti olmayan hastaların fazla olması veya SOY düzeyinden bağımsız olarak acil servis hizmetlerine ulaşımın kolay olması gibi sebepler nedeniyle, gerçek acil hastaların tedavilerinde ve muayene edilmelerinde aksamalar gibi hak kayıplarına yol açmaktadır (41,44).

2.6. ACIL SERVİSİ ACIL OLMAYAN HASTALAR TARAFINDAN TERCİH EDİLME SEBEPLERİ

2.6.1. Poliklinik Hekimliğı ve Yandal Branş Hekimlerine Ulaşma zorlukları:

Mesai saatlerinde çalışılması, randevu tarihlerinin uzunluğu gibi nedenlerle, tetkik ve tedavi konularında hastaların, sağlık hizmeti sunucularına ulaşmada zorluk yaşadığı görülmektedir (45).

2.6.2. Görüntüleme ve Labaratuvar Hizmetlerinde Gecikme:

Poliklinik ile branş hekimlerinin tetkik istemleri daha ileri tarihte sonuçlanmakta, çoğu zaman sonuç randevusunu ileri tarihe alarak hastaların bu hizmetten faydalanması gerekmektedir. Çoğu tetkikin acil servis gibi tek bir bölümde toplanmış olması başvuru yoğunluğunu daha da arttıran etmenlerdendir (46).

2.6.3. Hastaların Algıdaki Yanlışlığı Nedeniyle Aciliyet Belirlemedeki Zorluklar:

Acil hasta kavramı, kesin bir tanımlama ve sınıflandırma olmaması, sağlık hizmetleri sunucuları ve hastalar tarafından farklı anlamlara yol açmasına sebebiyet vermektedir (47).

2.6.4. Sosyal Güvence Endişesi:

Acil servise başvuruda bulununan hastaların, ücretsiz veya katılım payı düşük tutulması, yoğunluğun artmasındaki diğer etken olarak tespit edilmiştir (48).

2.7. ACIL SERVİSİNİN İHTİYAÇ DIŞI KULLANIMININ YARATTIĞI SONUÇLAR

2.7.1. Ölüm Oranlarındaki Artış:

Acil müdahale gerekliliği olan hastaların sağlık hizmetleri sunucularına ulaşımının yoğunluk nedeniyle zorlaşması, hizmetlerin kalitesinde bozulmaya, kalitede azalmayla birlikte mortalite ve morbidite oranlarında artışa sebep olmaktadır (49,50).

2.7.2. Hastaların Memnuniyetinde Azalma:

Artan kalabalık, bekleme sürelerinde, tedavi ve müdahale sürelerinde uzamalar olması nedeniyle oluşmaktadır.

2.7.3. Çalışanların Memnuniyetinde Azalma:

Hastaların yoğun başvuruda bulunduğu saatlerde artan fazla yük, sağlık personeline yansımaktadır. Bunun sonucunda fiziksel yorgunluk, tükenme gibi durumlar sebep olmaktadır.

2.7.4. Sağlık Hizmet Sunucularının Verimliliğinde Azalma:

Artan iş yükü, hekimlerin ve sağlık personellerinin verimini düşürmektedir. Fiziksel ve zihinsel yorgunluklarda, istenilen laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinde hatalar ve en önemlisi yapılan tetkikleri değerlendirmede doğabilecek yanlışlıklar, eksik tedavi riskleri, hastaların sağlığını etkilemektedir (53).

2.7.5. Maliyetlerde Artış:

Acil servislerin yoğun kullanımı, tetkik ve tedavi işlemleri, polikliniklerde yapılan işlemlere göre daha maliyetli olmasıdır (54).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırmamız tek merkezli, prospektif, gözlemsel anket çalışmasıdır. 31.12.2020 tarihli E-48865165-302.14.01- sayılı etik kurul onayını takiben 01.10.2020 – 01.06.2021 tarihleri arasında T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil yeşil alan ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde yürütüldü (Ek-1).

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

3.2. Veri Toplama ve Kaydetme

Çalışmamızda haftasonu dahil edilmeden, mesai saatlerinde (08.00-17.00) olacak şekilde planlamasını yaparak, aynı saat aralıklarında görüşme yaparak, çalışma gruplarını ortaya çıkarmayı amaçladık.

Görüşmeleri çocuk acil servisinde ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde bekleme salonlarında, anket soruları ve yanıtları eğitimli bir araştırma görevlisi tarafından sesli okunarak kaydedildi. Anket çalışması hakkında hasta ebeveynlerine bilgilendirme yapıldı. Kabul edenlerden ise aydınlatılmış onamları alındı.

Çalışmamıza katılım sağlayan çocuk hastaların ebeveynleri, aşağıdaki kriterlere göre belirlendi;

Hasta ebeveynlerinin çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Ankete katılmayı kabul edenler,
- T.C. Sağlık Bakanhğı renk skalalı triaj sistemine göre çocuk acil yeşil alana başvuran 18 yaş altı hastaların ebeveynleri,
- 18 yaş altında çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların ebeveynleri yer aldı.

Hasta ebeveynlerini çalışmadan dışlama kriterleri:

- Ankete katılımı kabul etmeyenler,
- T.C. Sağlık Bakanlığı renk skalalı triaj sistemine göre çocuk acil sarı alan ve çocuk acil kırmızı alana başvuran hasta ebeveynleri,
- Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olan sağlık hizmeti sunucuları,
- Okuma yazma bilmeyenler,
- Türkçe bilmeyenler,
- Sağlık sorunları olması nedeniyle katılım sağlayamayanlar olarak uyguladık.

Veri toplarken yaptığımız anket ile hastaların ebeveynlerine “ Hangi şikayetle hastanemize başvuruyorsunuz? ” sorusu ile bilgilenmeyi amaçladık. Hastaların başvuru şikayeti söylemine göre şekillendirip, oluşan verileri daha iyi analiz edebilmek için, kendi içlerinde gruplara ayırdık. Bunlar;

- Solunum yolu hastalıkları (boğaz ağrısı, halsizlik, burun akması, öksürük, nefes darlığı vb.),
- Eklem ve kas hastalıkları (Ağrı, fıtık, kas ağrısı vb.),
- Romatizmal hastalıklar (fmf, periyodik ateş sendromları, tekrarlayan ateş, tekrarlayan karın ağrısı, Caps, Pfapa vb.),
- Kardiyovasküler hastalıklar (doğumsal kalp hastalıkları, çarpıntı, göğüs ağrısı vb.),
- Gastrointestinal hastalıklar (karın ağrısı, ishal, kabızlık, kilo alamam vb.),
- Nörolojik hastalıklar (yürüyememe, baş ağrısı, konuşamama, nöbet, gelişim geriliği vb.),
- Endokrin hastalıkları (boy kısalığı, tiroid hastalığı, diyabet, kılınma, adet görme/görememe vb.),
- Nefrolojik hastalıklar (idrar yolu enfeksiyonu, böbrek hastalıkları vb.),
- Kan hastalıkları (kansızlık, malignite, lösemi vb.),
- Genel muayene (genel kontrol, bilgi edinme, aşı vb.),
- Aciller (travma, düşme, çarpma, bayılma vb.) şeklinde gruplara ayırdık.

3.3. VERİ DÜZENLEMESİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler SPSS 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilecektir. Kolmogorov Smirnov testi ile verilerin dağılımının normal dağılıp dağılmadığına bakılacaktır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortanca, çeyreklik, frekans vb.) yanı sıra Parametrik veriler için t- testi, One Way Anova Testi, Non-parametrik veriler için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılacaktır. Sayısal değişkenler değerlendirilirken korelasyon analizi kullanılacaktır. Kategorik değişkenler değerlendirilmesinde ise Ki-Kare testi kullanılacaktır. Anlamlılık bütün değerler için $p<0,05$ düzeylerinde değerlendirilecektir.

3.4. ARAŞTIRMADA DEĞİŞKENLER

3.4.1. Tanımlayıcı Değişkenler

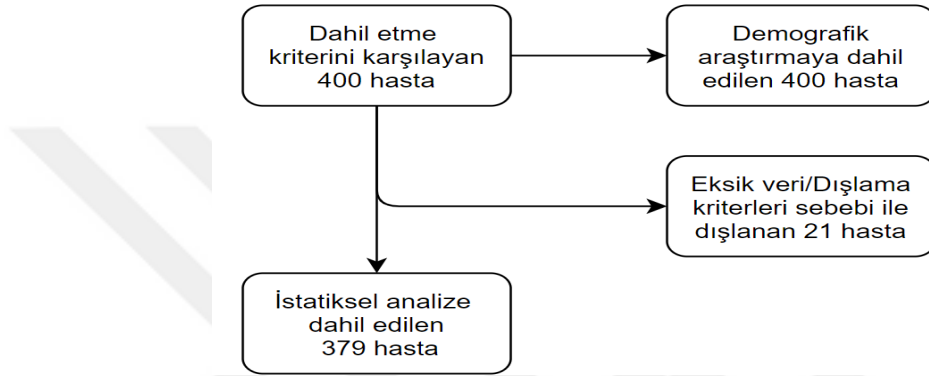
Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı meslek, aylık geliri gibi demografik özellikleri, çocuğunun başvuru şikayeti ve SOY düzeyi bilgilerinin sonuçlarıdır.

3.4.2. Tanımlanan Değişkenler

Katılımcıların SOY düzeyleri ise TSOY-32 ile belirlenen sonuçlardır.

4. BULGULAR

01.10.2020 – 01.06.2021 tarihleri aralığında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Yeşil Alan'ı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran hastaların ebeveynleri ve çalışmaya dahil edilen 400 hasta demografik incelemeler ve tablolarda yer almıştır. 400 hastadan dışlanma kriterleri uygulandıktan sonra kalan 379 hasta ise istatistiksel analiz ile ele alınmıştır.



Şekil 6: Hasta Akış Şeması

4.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Katılımcıların tümünde:

- TSOY-32 ortancası 17 (11-23) olarak saptanmış ve yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya dahil edilen hasta ebeveynlerinin yaşları 20 ile 75 arasında değişmekte olup yaş ortancası 34 (29-40) saptandı (Tablo 1).
- Bekar yaş ortancası 30 (25-34), evli yaş ortancasına 37 (32-42) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü ($p<0.001$).
- Çalışmaya katılan toplam 400 kişinin 146'sı (%36,5) erkek, 254'ü (%63,5) kadındı (Tablo 1).
- Çalışmaya dahil edilen 400 hastanın 200'ü (%50,0) poliklinik, 200'ü (%50,0) acil servis-yeşil alana başvuranlardan meydana gelmekteydi (Tablo 1).
- Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında 367'si (%91,8) evli, 33'ü (%8,3) bekardı (Tablo 1).
- Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında 165'i (%41,3) Orta öğretim ve

altı mezunu, 121'i (%30,3) lise mezunu, 114'ü (%28,5) ön lisans ve üstü eğitim düzeyine sahipti (Tablo 1).

- Katılımcılarımızın gelir durumuna bakıldığında 141'inin (%35,3) geliri giderinden az, 195'inin (%48,5) geliri gidere denk, 65 (%16,3) kişinin ise geliri giderinden fazlaydı (Tablo 1).

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özelliklerini Frekans Tablosu

		N (400)	%
Cinsiyet	Erkek	146	36,5%
	Kadın	254	63,5%
Medeni durum	Evli	367	91,8%
	Bekar	33	8,3%
Eğitim durumu	İlkokul	84	21,0%
	Ortaokul	81	20,3%
	Lise	121	30,3%
	Meslek Yüksek Okul	32	8,0%
	Lisans	66	16,5%
	Yüksek Lisans	10	2,5%
	Doktora	6	1,4%
Meslek	Ev Hanım	130	32,5%
	İşçi	69	17,3%
	Emekli	9	2,3%
	Öğrenci	45	11,3%
	Memur	63	15,8%
	Esnaf	15	3,8%
	Serbest Çalışan	26	6,5%
	Çiftçi	1	0,3%
	Diğer	42	10,5%
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	141	35,3%
	Gelir gidere denk	194	48,5%
	Gelir giderden fazla	65	16,3%

Tablo 4’de görüldüğü üzere, cinsiyetler açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvurular incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$). Cinsiyetler ayrı ayrı incelendiğinde de acil servis kliniği ve poliklinik başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı da görülmüştür ($p>0,05$).

Yaş grupları açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvurular incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Yaş grupları ayrı ayrı incelendiğinde de 20-29 yaşında olan katılımcıları acil servis kliniği ve poliklinik başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve acil servis kliniği başvurularının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

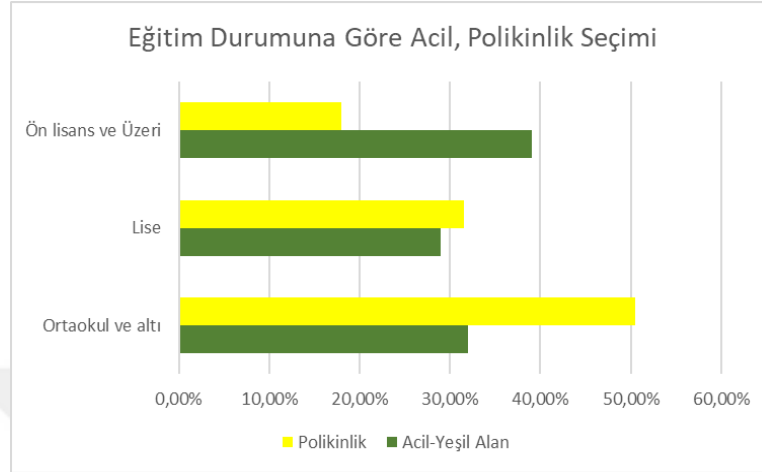
Tablo 3: Yaş Gruplarına Göre Başvuru Yeri

		Başvuru yeri				
		Acil-Yeşil Alan		Poliklinik		
		n	%	n	%	p
Yaş	20-29 Yaş	68	34,0%	40	20,0%	0,006
Grup	30-39 Yaş	85	42,5%	107	53,5%	
	40 ve Üzeri	47	23,5%	53	26,5%	

Tablo 4’de görüldüğü üzere, medeni durum açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvurular incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Medeni durum ayrı ayrı incelendiğinde de bekar olan katılımcıları acil servis kliniği ve poliklinik başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve poliklinik başvurularının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

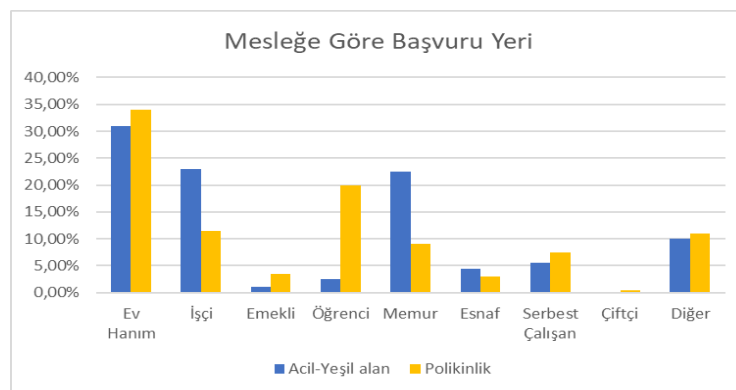
Çalışmaya dahil edilen hasta ebeveynlerinin eğitim düzeyleri ortaokul ve altı, lise, ön lisans ve üstü olarak 3 gruba indirgenerek edilerek analiz edildiğinde, katılımcıların %41,3’i ortaokul ve altı düzeyinde, %30,3’ü ise lise, %28,4’i ön lisans ve üzeri düzeyde idi. Eğitim durumları açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvurular incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Bu ilişkiyi oluşturan farklılığın ortaokul ve altı eğitim düzeyi ile ön lisans ve üzeri eğitim düzeyinden kaynakladığı tespit edilmiştir. Ortaokul ve altı eğitim

düzeyine sahip bireylerin %50,5'i poliklinik başvurusu yaparken ($p<0,05$), ön lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin %39'u acil servis kliniğine başvuru yapmaktadır ($p<0,05$).



Şekil 7: Eğitim Durumuna Göre Başvuru Seçimi

Meslekleri açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvurular incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Bu ilişkiyi oluşturan farklılığın işçi, öğrenci ve memur mesleklerine sahip gruplardan kaynakladığı tespit edilmiştir. İşçi ve memur olarak çalışan bireylerin sırasıyla %23'ü ve %22,5'i acil servis kliniğine başvurusu yaparken ($p<0,05$), öğrenci olan bireyleri %20'si polikliniğe başvuru yapmaktadır ($p<0,05$).



Şekil 8: Mesleğe Göre Başvuru Yeri

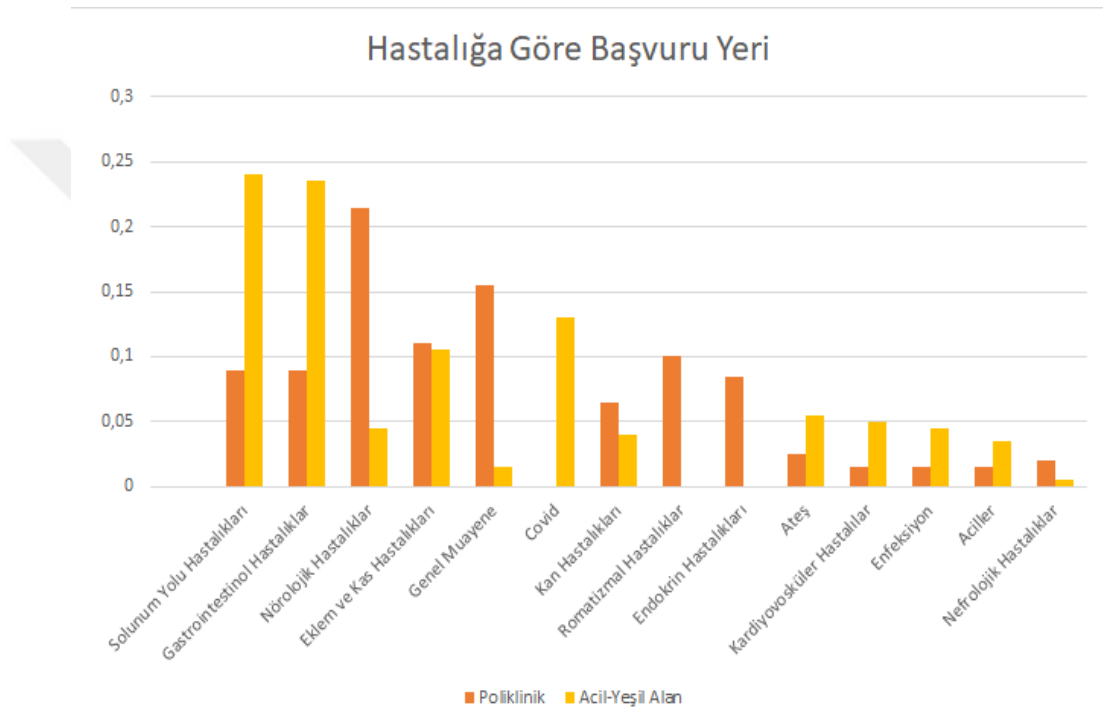
Gelir düzeyleri açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvurular incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 4: Poliklinik ve Acil Servis-Yeşil Alan Başvuru Grupları Arasında Demografik Verilerin Dağılım Oranlarının Karşılaştırılması.

		Başvuru yeri					
		Acil-Yeşil Alan		Poliklinik			
		n (200)	%	n (200)	%	X ²	p
Cinsiyet	Erkek	66	33,0%	80	40,0%	2,114	0,146
	Kadın	134	67,0%	120	60,0%		
Medeni durum	Evli	190	95,5%	177	88,5%	5,582	0,018
	Bekar	10	5,0%	23	11,5%		
Eğitim durumu						23,977	0,000
	Ortaokul ve altı	64	32,0%	101	50,5%	8,297	0,004
	Lise	58	29,0%	63	31,5%	0,207	0,649
	Ön lisans ve Üzeri	78	39,0%	36	18,0%	15,474	0,000
Meslek						56,826	0,000
	Ev Hanım	62	31,0%	68	34,0%	0,277	0,599
	İşçi	46	23,0%	23	11,5%	7,667	0,006
	Emekli	2	1,0%	7	3,5%	2,778	0,096
	Öğrenci	5	2,5%	40	20,0%	27,222	0,000
	Memur	45	22,5%	18	9,0%	11,571	0,001
	Esnaf	9	4,5%	6	3,0%	0,600	0,439
	Serbest Çalışan	11	5,5%	15	7,5%	0,615	0,433
	Çiftçi	0	0,0%	1	0,5%	-	-
	Diğer	20	10,0%	22	11,0%	0,095	0,758
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	81	40,5%	60	30,0%	5,638	0,060
	Gelir gidere denk	86	43,0%	108	54,0%		
	Gelir giderden fazla	33	16,5%	32	16,0%		

Ki-Kare Testi

Çalışmaya dahil edilen hastalardan acil servise başvuranlarda solunum yolu hastalıkları oranı (%24,0) polikliniğe başvuranlara göre (%9,0) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek idi ($p<0,05$). Acil servise başvuranlarda Gastrointestinal hastalıklara oranı (%23,5) polikliniğe başvuranlara göre (%9,0) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek idi ($p<0,05$). Acil servise başvuranlarda Nörolojik hastalığı oranı (%4,5) polikliniğe başvuranlara göre (%21,5) istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük idi ($p<0,05$).



Şekil 9: Hasta Şikayetlerine Göre Başvuru Yeri

Tablo 5: Başvuru Şikâyetlerinin Başvuru Yerine Göre Karşılaştırılması

Başvuru Şikâyetleri	Başvuru yeri							
	Poliklinik		Çocuk Acil- Yeşil Alan		Total			
	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Solunum Yolu Hastalıkları	18	9,0%	48	24,0%	66	16,5%	13,636	0,000
Gastrointestinal Hastalıklar	18	9,0%	47	23,5%	65	16,3%	12,938	0,000
Nörolojik Hastalıklar	43	21,5%	9	4,5%	52	13,0%	22,231	0,000
Eklem ve Kas Hastalıkları	22	11,0%	21	10,5%	43	10,8%	0,023	0,879
Genel Muayene	31	15,5%	3	1,5%	34	8,5%	23,059	0,000
Covid	0	0,0%	26	13,0%	26	6,5%	-	-
Kan Hastalıkları	13	6,5%	8	4,0%	21	5,3%	1,190	0,275
Romatizmal Hastalıklar	20	10,0%	0	0,0%	20	5,0%	-	-
Endokrin Hastalıkları	17	8,5%	0	0,0%	17	4,3%	-	-
Ateş	5	2,5%	11	5,5%	16	4,0%	2,250	0,134
Kardiyovasküler Hastalıklar	3	1,5%	10	5,0%	13	3,3%	3,769	0,052
Enfeksiyon Hastalıkları	3	1,5%	9	4,5%	12	3,0%	3,000	0,083
Aciller	3	1,5%	7	3,5%	10	2,5%	1,600	0,206
Nefrolojik Hastalıklar	4	2,0%	1	0,5%	5	1,3%	1,800	0,180

Ki-Kare Testi**4.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışmaya dahil edilen hasta ebeveynleri, 20-29 yaş, 30-39 yaş ve 40 yaş üstü olarak 3 gruba ayrıldı. 20-29 yaş grubunun acil servis ve poliklinik başvurularına göre TSOY-32 indeksi ortancalarının karşılaştırılmaları sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer yaş grupları açısından istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Yaşların Başvuru Merkezine Göre Karşılaştırılması

Yaş Grup	Basvuru yeri						
	Acil-Yeşil Alan			Poliklinik			
	TSOY-32 Puanı			TSOY-32 Puanı			
	Medyan	%25	%75	Medyan	%25	%75	p
20-29 Yaş	17,00	10,00	23,50	12,00	7,00	17,00	0,012
30-39 Yaş	17,50	12,00	23,00	18,00	12,50	23,50	0,945
40 ve Üzeri	18,00	15,00	26,00	18,00	11,50	20,50	0,268

Mann Whitney U Testi

Hastalar acil servis veya poliklinik başvurusuna göre ayrıldığında ve çalışmaya dahil edilen bütün hastaların yaş grupları ile TSOY-32 indeksi ortancalarının arasındaki ilişkide ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 7: Yaş Grupları - Okur Yazarlık Frekans ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Yaş Grup	TSOY-32 puanı									
	Yetersiz		Sorunlu-Sınırlı		Yeterli		Mükemmel		TSOY-32 İndeksi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Ortanca (%25-%75)	p
20-29 Yaş	82	26,3%	13	28,9%	6	35,3%	0	0,0%	16,0 (9,0 – 21,0)	0,062
30-39 Yaş	153	49,0%	18	40,0%	8	47,1%	3	60,0%	18,0 (12,0 – 23,0)	
40 ve Üzeri	77	24,7%	14	31,1%	3	17,6%	2	40,0%	18,0 (13,0 – 22,0)	

Kruskal-Wallis Testi

Çalışmaya dahil edilen hastaların verileri için yapılan Spearman korelasyon analizinde yaş ile TSOY-32 indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı saptandı ($p>0,05$; $r=0,084$).

Tablo 8: Yaş ile Okuryazarlık İndeksi Arasında Korelasyon Analizi

Sağlık okuryazarlığı indeksi skoru	Yaş	
	r	p
	0,084	0,101

Çalışmaya dahil edilen hastalardan erkekler ve kadınlar ayrı ayrı analiz edildiğinde TSOY-32 puanı açısından poliklinik ve acil servis grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p_{\text{erkek}}=0,142$ ve $p_{\text{kadın}}=0,244$).

Çalışmaya dahil edilen hasta ebeveynleri başvuru merkezlerine bakılmaksızın TSOY-32 puanları açısından demografik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların cinsiyet, medeni durum, meslekler ve aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Erkeklerin kadınlara göre, evli olan bireylerin bekar bireylere göre TSOY-32 puanları daha yüksektir. Eğitim durumu açısından ise ortaokul ve altı olan kişiler daha yüksek puana sahiptir.

Çalışmaya dahil edilen hasta ebeveynlerinin meslek grupları arasındaki farklılığı belirlemek için yapılan Post Hoc (Tamhane's) testi sonucu, ev hanımlarının, öğrenci ve esnaftan yüksek puana sahip olduğu, işçilerin esnaflardan yüksek puana sahip olduğu, serbest çalışanların emekli, öğrenci ve esnaftan yüksek puana sahip olduğu ve diğer meslek gruplarında esnaflardan yüksek puana sahip olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır.

Tablo 9: Demografik Özelliklerin TSOY-32 Puanı Karşılaştırılması

		TSOY-32 Puanı			p
		Medyan	%25	%75	
Cinsiyet	Erkek	19,00	13,00	24,00	0,009*
	Kadın	17,00	11,00	21,50	
Medeni durum	Evli	18,00	12,00	23,00	0,021*
	Bekar	12,00	9,00	20,50	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	18,00	14,00	23,00	0,135**
	Lise	17,00	11,00	21,00	
	Ön lisans ve Üzeri	17,00	9,00	23,00	
Meslek	Ev Hanım ¹	18,00	13,00	23,00	0,000** 1>4 1>6 2>6 3<7 4<7 6<8 6<7
	İşçi ²	17,50	13,00	22,50	
	Emekli ³	18,00	14,00	20,00	
	Öğrenci ⁴	13,50	7,00	17,00	
	Memur ⁵	17,00	8,00	21,00	
	Esnaf ⁶	11,50	7,00	17,00	
	Serbest Çalışan ⁷	22,00	19,00	27,00	
	Diğer ⁸	18,00	11,00	27,00	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	19,00	13,00	26,00	0,039**
	Gelir gidere denk	17,00	11,00	21,00	
	Gelir giderden fazla	17,00	11,00	21,00	

*Mann Whitney Testi, **Kruskal Wallis Testi

Çalışmaya dahil edilen hastalardan acil servise başvuranlarda cinsiyet ($p=0,034$) ve meslek grupları ($p=0,007$) bakımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanırken, medeni durum ($p=0,867$), eğitim düzeyleri ($p=0,354$), ve gelir ($p=0,068$) grupları arasında TSOY-32 puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı.

Acil servise başvuran meslek grupları arasındaki farklılığı belirlemek için

yapılan Post Hoc (Tamhane's) testi sonucu, serbest çalışan grubunun esnaf grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Acil Servise Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlık Puanı Açısından Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		TSOY-32 Puanı			p
		Medyan	%25	%75	
Cinsiyet	Erkek	20,00	14,00	26,00	0,034*
	Kadın	17,00	11,00	23,00	
Medeni durum	Evli	17,00	12,00	23,00	0,867*
	Bekar	17,00	9,00	27,00	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	19,00	15,50	23,00	0,354**
	Lise	17,00	11,00	22,00	
	Ön lisans ve Üzeri	17,00	11,00	26,00	
Meslek	Ev Hanım ¹	19,00	14,00	23,00	0,007** 6<7
	İşçi ²	19,00	14,00	26,00	
	Emekli ³	17,00	14,00	20,00	
	Öğrenci ⁴	14,00	9,00	15,00	
	Memur ⁵	16,50	8,50	18,50	
	Esnaf ⁶	12,00	9,00	18,00	
	Serbest Çalışan ⁷	22,00	19,00	27,00	
	Diğer ⁸	26,00	14,50	27,00	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	20,00	14,00	27,00	0,068**
	Gelir gidere denk	17,00	11,00	21,00	
	Gelir giderden fazla	17,00	12,00	19,00	

*Mann Whitney Testi, **Kruskal Wallis Testi

Çalışmaya dahil edilen hasta ebeveynlerinden polikliniğe başvuranlarda medeni durum (p=0,011) ve meslek grupları (p=0 ,001) bakımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanırken, cinsiyet (p=0,076), eğitim düzeyleri (p=0,149), ve

gelir (p=0,538) grupları arasında TSOY-32 puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı.

Polikliniğe başvuran meslek grupları arasındaki farklılığı belirlemek için yapılan Post Hoc (Tamhane's) testi sonucu, serbest çalışan grubunun işçi ve öğrenci gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 11: Polikliniğe Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlık Puanı Açısından Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		TSOY-32 Puanı			p
		Medyan	%25	%75	
Cinsiyet	Erkek	18,00	12,00	22,00	0,076*
	Kadın	16,00	10,00	21,00	
Medeni durum	Evli	18,00	12,00	22,00	0,011*
	Bekar	11,00	7,00	16,00	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	18,00	12,00	22,00	0,149**
	Lise	15,00	11,00	21,00	
	Ön lisans ve Üzeri	16,00	6,00	20,00	
Meslek	Ev Hanım ¹	18,00	13,00	21,00	0,001**
	İşçi ²	17,00	12,00	21,00	
	Emekli ³	18,00	10,00	20,00	
	Öğrenci ⁴	13,00	5,00	18,00	
	Memur ⁵	20,00	5,00	31,00	
	Esnaf ⁶	8,50	5,00	16,00	
	Serbest Çalışan ⁷	22,00	21,00	27,00	
	Diğer ⁸	18,00	9,00	23,00	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	18,00	13,00	23,00	0,538**
	Gelir gidere denk	17,00	10,00	21,00	
	Gelir giderden fazla	17,00	6,00	21,00	

*Mann Whitney Testi, **Kruskal Wallis Testi

Çalışmaya dahil edilen hastaların ebeveynleri TSOY-32 sonuç durumuna göre yetersiz-sınırlı ve yeterli-mükemmel olarak dikotomize edilerek incelendiğinde katılımcıların demografik özellikleri ile TSOY-32 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı ($p>0,05$).

Tablo 12: Demografik Özelliklere Göre TSOY-32 Dikotom Dağılımı

		TSOY-32 dikotom						p
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	126	35,3%	12	54,5%	138	36,4%	0,069
	Kadın	231	64,7%	10	45,5%	241	63,6%	
Medeni durum	Evli	330	92,4%	21	95,5%	351	92,6%	0,599
	Bekar	27	7,6%	1	4,5%	28	7,4%	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	148	41,5%	9	40,9%	157	41,4%	0,466
	Lise	108	30,3%	9	40,9%	117	30,9%	
	Ön lisans ve üzeri	101	28,3%	4	18,2%	105	27,7%	
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	127	35,6%	10	45,5%	137	36,1%	0,267
	Gelir gidere denk	176	49,3%	7	31,8%	183	48,3%	
	Gelir giderden fazla	54	15,1%	5	22,7%	59	15,6%	
Meslek	Ev Hanım	117	32,8%	9	40,9%	126	33,2%	0,870
	İşçi	62	17,4%	2	9,1%	64	16,9%	
	Emekli	9	2,5%	0	0,0%	9	2,4%	
	Öğrenci	38	10,6%	2	9,1%	40	10,6%	
	Memur	53	14,8%	4	18,2%	57	15,0%	
	Esnaf	14	3,9%	0	0,0%	14	3,7%	
	Serbest Çalışan	24	6,7%	2	9,1%	26	6,9%	
	Çiftçi	1	0,3%	0	0,0%	1	0,3%	
	Diğer	39	10,9%	3	13,6%	42	11,1%	

Ki-Kare Testi

Acil servis ve polikliniğe başvurularında TSOY-32 indeks puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Tablo 13: Başvuru Yerinin TSOY-32 Puanı Karşılaştırılması

	Başvuru yeri						
	Acil-Yeşil Alan			Poliklinik			
	Medyan	%25	%75	Medyan	%25	%75	
TSOY Puanı	17,00	12,00	23,00	18,00	10,00	21,00	0,147

Man Whitney U Testi

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara uygulanan TSOY-32 ölçeğine göre katılımcıların %1,3'ü mükemmel, %4,5'i yeterli, %11,9'u sorunlu/sınırlı, %82,3'i yetersiz düzeyde sağlık okuryazarı idi. TSOY-32 düzeylerinin dağılımı açısından poliklinik ve acil servis grupları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 14: TSOY-32 Düzeylerinin Başvuru Yerine Göre Dağılımı

TSOY-32		Başvuru yeri						
		Acil-Yeşil Alan		Poliklinik		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
	Yetersiz	152	78,4%	160	86,5%	312	82,3%	0,075
	Sorunlu-Sınırlı	30	15,5%	15	8,1%	45	11,9%	
	Yeterli	8	4,1%	9	4,9%	17	4,5%	
	Mükemmel	4	2,1%	1	0,5%	5	1,3%	

Ki-Kare Testi

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların başvuru şikayetleri arasında TSOY-32 puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Tablo 15: Başvuru Şikayetlerinin Sağlık Okuryazarlık Puanı Karşılaştırılması

Başvuru şikâyeti	TSOY-32 Puanı			p
	Medyan	%25	%75	
Ateş	17,00	9,50	22,50	0,336
Solunum Yolu Hastalıkları	17,00	11,00	24,00	
Eklem ve Kas Hastalıkları	16,00	12,00	21,00	
Romatizmal Hastalıklar	20,00	12,00	23,00	
Kardiyovasküler Hastalılar	21,00	14,00	23,00	
Gastrointestinal Hastalıklar	19,00	13,00	23,00	
Nörolojik Hastalıklar	18,00	11,00	21,00	
Endokrin Hastalıkları	16,00	9,00	21,00	
Nefrolojik Hastalıklar	16,00	16,00	17,00	
Kan Hastalıkları	19,00	14,00	22,00	
Genel Muayene	16,00	11,00	20,00	
Aciller	24,50	17,00	35,00	
Covid	19,50	17,00	27,00	
Enfeksiyon	15,50	10,00	18,00	

Kruskal Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Ülkemizde, hastane başvurularına bakıldığında, acil servis yoğunluğunun olması gerekenden çok yüksek olduğu görülmektedir (5). Bunun önemli nedenlerinden birinin de SOY düzeyinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (41). Çalışmamızın amacı; çocuk hastaların ebeveynlerinin TSOY-32 seviyeleri, demografik özellikleri, meslek, gelir durumu, eğitim seviyeleri gibi sınıflamalar ile çocuk acil yeşil alan ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği seçimlerine olan etkisini incelemek ve karşılaştırmaktır.

Cinsiyetler açısından çalışmamıza dahil edilen başvurular incelendiğinde, tercih konusunda anlamlı bir ilişki olmadığını gözlemledik ($p>0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak, Bertakis ve ark.'larının Amerika'da sağlık hizmetlerinin kullanımında cinsiyet farklılıkları adlı çalışmalarında, erkeklerin daha çok acil servis ve 3. Basamak hastane servislerini kullanırken, kadınların daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerini kullandığını tespit etmişlerdir. Bu durumun oluşmasında erkeklerin daha hızlı şekilde tedaviye ulaşmak istediğiyle ilişkilendirmişlerdir (55). Hooker ve ark.'larının çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak kadınların daha fazla birinci basamak sağlık hizmetinden faydalandığı gözlenmiştir (56). Manuel'in çalışmasında ise çalışmamıza benzer olarak kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık hizmeti kullandığını görülmüş (57). Edirne ve ark. yaptıkları çalışmada benzer olarak hastaların %43.2'si erkek, %56.8'i kadın cinsiyeti şeklinde analiz edilmiştir (76). Oktay ve ark. 'larının yaptıkları diğer bir çalışmada yine çalışmamıza benzer olarak acil servise başvuran hastaların %43.5'ü erkek; %56,5'si kadın olduğunu göstermişlerdir (77). Bizim çalışmamızda, başvuru tercihlerinde cinsiyet açısından anlamlı fark olmaması ile diğer çalışmalardan daha farklı olduğunu gözledik. Bunun nedenleri arasında, literatür örneklerinin, acil servise başvuran erişkin hastalar ile gerçekleşmesi, çocuk hastaların ebeveynleri ile ilgili benzer çalışma olmaması olabilir.

İstatistiksel olarak cinsiyetler ayrı ayrı incelendiğinde de acil servis ve poliklinik başvuruları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Başvuru yerine bakılmaksızın TSOY-32 seviyesi incelendiğinde ise erkeklerin kadınlara göre TSOY-32 seviyesini anlamlı yüksek gözledik ($p=0,009$). TSOY-32 indeksi puanı incelendiğinde Okyay ve ark.'larının çalışmamızdan farklı olarak cinsiyetler arasında

ilişki olmadığını gözlemişlerdir (40). Haerian ark.'larının İran'da yine cinsiyetler arasında SOY indeks puanında farklılık saptamamışlardır (58). Tanrıöver ve ark.'larının yaptığı çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak SOY düzeyinin kadınlarda daha düşük olduğu bildirilmiştir (59). Sorensen ve ark.'larının ise tersi olarak erkeklerde daha düşük SOY düzeyi tespit edilmiştir (60). Wagner ve ark.'larının İngiltere'de yapmış olduğu çalışmada yine bizim çalışmamızın sonucunun tersi olarak erkek olmanın düşük SOY açısından risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (78). Bu araştırmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmasında temel sebep, bölgelerin sosyoekonomik düzeyi, eğitim eşitsizliği gibi faktörler olduğu fikrindeyiz.

Çalışmamızda dahil edilen hasta ebeveynlerinin yaşları 20 ile 75 aralığında idi. Yaş ortancası 34 olarak saptadık. 20-29, 30-39, 40 yaş ve üstü, olarak 3 gruba ayırarak incelemeyi gerçekleştirdik. Yaş grupları açısından acil servis kliniği ve poliklinik başvurular incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Yaş grupları ayrı ayrı incelendiğinde de 20-29 yaşında olan katılımcıları acil servis kliniği ve poliklinik başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve acil kliniği başvurularının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bianca ve Angelillo'nun İtalya'da yapmış olduğu çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak ileri yaş grubunun (50,6) acile başvurduğunu, acil olmayan acil başvuruları adlı çalışmasında saptamıştır (79). İdil ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise acil olmayan acil servis başvurusu yapan hastaların yaş ortalaması 38,4 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamıza göre farklı olarak daha ileri yaş gözlenmiştir. Çocuk acil servisine başvuran hasta ebeveynlerinin yaş grubu ile TSOY-32 düzeyi düşük saptanan yaş grubunda benzerlik saptadık. 20-29 yaş grupları arasında polikliniğe başvuran TSOY-32 düzeyini anlamlı olarak düşük saptadık ($p=0,012$). Diğer incelenen gruplar arasında ve başvuru yerine bakılmaksızın incelememizde anlamlı fark tespit edilmedi. Çalışmamıza benzer olarak Nakayama ve ark.'larının araştırmasında yaş ile doğru orantı olduğunu ve yaş arttıkça SOY seviyesinde arttığını tespit etmişlerdir (61). Kamberi ve ark.'larının Kosova'da yaptığı araştırmada TOFHLA'a göre ileri yaşların (>50 yaş) SOY seviyesini daha düşük, gençlerin (18-35 yaş) ise en yüksek puana sahip olduğu görülmüş (62). Bozkurt, Demirci'nin birinci basamak sağlık kurumuna başvuran 65 yaş üstü ile yapılan çalışma sonucunda %85.1 olup, yetersiz veya sınırlı seviye olduğu gözlenmiştir (63). Yaşlanmayla birlikte

bilişsel yeteneklerin azaldığı görüşünü, doğrular niteliktedir. Çalışmamızın bir grubunda saptadığımız veriye kıyasla, çoğu çalışmada tersi durum mevcuttur. Bu sonuç çalışmanın bölgesel kaynaklı, tek merkezli, örneklem büyüklüğü diğerlerine kıyasla kısıtlı olmasından kaynaklı olabilir.

Katılımcıların eğitim seviyesini ortaokul ve altı, lise, ön lisans ve üstü olmak üzere 3 gruba ayırarak inceledik. Başvuru yerine bakılmaksızın, başvuruda bulunan hasta ebeveynlerinin büyük çoğunluğunu ortaöğretim ve altı mezunlar oluşturmaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları poliklinik başvuruları arasında en yüksek başvuru oranı ortaokul ve altı eğitim seviyesi olarak gözledik. Çocuk acil yeşil alan servisi başvuruları arasında ise ön lisans ve üzeri eğitim seviyesi en yüksek saptadık. Sanılanın aksine ters orantı şeklinde ve eğitim seviyesi azaldıkça poliklinik kullanımında artma tespit ettik. Bu konu hakkında, gelişmiş ülkelerde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Khan ve ark.'larının Kanada'da yaptığı araştırmada çalışmamızdan farklı olarak eğitim seviyesi arttıkça acil servis kullanımının azaldığı yönündedir (64). Andrews ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada, bizim çalışmamızdan yine farklı olarak eğitim düzeyi azaldıkça, gereksiz acil başvurularında artış olduğunu ve hastalıklarını daha önemli ve acil olarak düşündüklerini saptamışlardır (80). Eğitim düzeyini başvuru merkezine bakılarak ve başvuru merkezine bakılmaksızın incelediğimizde, TSOY-32 indeksi açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. Eğitim seviyesi açısından, başvuru yeri ve sağlık okuryazarlığı indeksi açısından bulduğumuz iki sonuç, acil servisi kötüye kullanımını destekler nitelikte sonuçlardı. Çalışmamıza benzer olarak SOY indeksi ile eğitim düzeyi karşılaştıran Nakayama ve ark.'larının yaptığı çalışmada, ilişki bulunamamıştır (61). Yine çalışmamıza benzer olarak Özdemir ve ark.'larının eğitim düzeyi ve SOY indeksi arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak genel ortak düşünce SOY düzeyi ile eğitim düzeyi arasında çok sıkı ilişki olduğu yönündedir (65). Lee ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak Amerika'daki asyalı göçmenlerin eğitim düzeyinin artmasıyla SOY seviyesinin arttığını bildirmişlerdir (34). Beauchamp ve ark.'larının çalışmamızdan yine farklı olarak eğitim seviyesinin artmasıyla SOY düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmaların bikaçına benzer olarak, eğitim seviyesi ile bağımsız SOY düzeyinin, acil servisin kötüye kullanımının göstergelerinden birinin olduğu fikrindeyiz.

Çalışmamızda gelir düzeyi incelendiğinde, hastaneye en çok başvuruyu, geliri giderinden az kişiler oluşturduğu tespit edildi. Acil servis kliniği ve poliklinik başvuruları arasında anlamlı ilişki olmadığını saptadık. Tsai ve ark.'ları acil olmayan acil servis başvurularan hastalar arasında yapmış oldukları çalışmada, düşük gelirli olmayan hastaların çoğunluğu oluşturduğu görüşünde veri elde etmiştir (67). Çalışmamıza farklı olarak Villani ve Mortensen'in araştırmasında acil servisi, düşük gelirli insanların daha sıklıkla kullandığı veriler ortaya koymuştur (68). Düşük gelirli insanların, tercih sebepleri arasında acil servislerin ücretsiz olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür (69). Başvuru yerine bakılmaksızın, TSOY-32 indeks puanı, geliri giderden az olan katılımcıların anlamlı yüksek olduğunu saptadık. Acil servis ve poliklinik ayrı ayrı istatistiğine bakıldığında anlamlı olabilecek fark gözlemedik. Litaratüre bakıldığında, bir çok çalışma düşük gelirli insanların SOY puanının düşük olduğunu gösteriyor. Bu durumun gelir düzeyi düşük olan kişilerin okuryazarlık oranında da düşüklük olduğu, bu sebeple sağlıkla ilgili bilgi içeren yazılarında okumakta zorluk yaşayacağı, düşüncesi hakimdir (70). Ayrıca gelir düzeyi düşük insanların ekonomik zorluklarla uğraşırken sağlık ve eğitim gibi ihtiyaçlarını ikinci plana bırakmasıdır (71). Bu görüşleri doğrulayan çalışmalar ise Uğurlu ve ark.'larının çalışmasında yüksek gelir seviyesi SOY seviyesi daha yüksek olarak gözlemişlerdir (15). Eichler ve ark.'larının çalışmasında ise düşük gelir düzeyi olan kişilerin sağlık okuryazarlık indeksinin düşük olduğunu saptamışlardır (72). Çalışmamızda çoğu görüşün tersi olmasının sebebi örneklem büyüklüğü daha küçük olmasından kaynaklı olabilir. Ancak bu konuda yapılmış çalışma sayısı az olduğundan karşılaştırma yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Meslekler açısından başvuru yerlerini incelediğimizde, işçi ve memur ebeveynlerin, acil servisi kullanımında, anlamlı fark olduğunu saptadık. Diğer taraftan öğrenci olan ebeveynlerin poliklinik kullanımının acil servise göre anlamlı yüksek olarak saptadık. TSOY-32 düzeyi puanını karşılaştırdığımızda anlamlı farklar saptadık. Ev hanımlarının SOY düzeyi öğrenci ve esnaf olan ebeveynlerden anlamlı yüksek tespit ettik. İşçi ebeveynlerin esnaf ebeveynlerden daha yüksek olduğunu, serbest çalışan ve diğer olarak kategorize ettiğimiz ebeveynler ise ev hanımı, emekli, öğrenci, esnaf ebeveynlerin tamamından SOY düzeyinin yüksek olduğunu saptadık. Bu alanda yapılmış çalışmalarında kısıtlı olduğunu gözledik. Haghdooost ve ark.'larının İran'da

olan araştırmasında sabit işte çalışanların ve öğrencilerin SOY düzeyi, sürekli olmayan işlerde çalışanlara göre anlamlı yüksek olarak gözlenmiştir (73). Liu ve ark.'larının Çin'de yaptığı araştırmada ise profesyonel veya beyaz yakalı işlerde çalışan kişilerin, mavi yakalı işçilere göre, daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (74).

Araştırmamıza dahil ettiğimiz, solunum yolu hastalıkları şikayetiyle başvuran hastaların acil servise başvuru oranı (%24,0) polikliniğe başvuranlara göre (%9,0) anlamlı şekilde yüksek saptadık ($p<0.05$). Aynı şekilde gastrointestinal hastalıkları şikayeti ile acil servise başvurma oranı (%23,5) polikliniğe başvuranlara göre (%9,0) yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Nörolojik hastalıklarla ilgili şikayetlerle polikliniğe (%21,5) başvurma oranı ile acil servise başvuranlara göre (%4,5) anlamlı şekilde yüksek idi ($p<0.05$). Başvuru şikayetlerine göre TSOY-32 puanı incelediğimizde, anlamlı olabilecek veri elde edemedik.

Araştırmamıza dahil edilen kişilerin TSOY ölçeğine göre %1,3'ü mükemmel, %4,5'i yeterli, %11,9'u sorunlu/sınırlı, %82,3'ü yetersiz seviyede saptadık. Çocuk acil yeşil alan servisi ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği başvurularında TSOY-32 seviyesinde indeks puan açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Literatür incelememizde; Avrupa birliğinin 9 Avrupa ülkesinin dahil olduğu araştırmada, %16,5 mükemmel, %36 yeterli, %35,2 sorunlu/sınırlı, %12,4 yetersiz olarak saptamışlardır (60). Nakayama ve ark.'larının çalışmasında %4,2 mükemmel, %10,4 yeterli, %35,5 sorunlu/sınırlı, %49,9 yetersiz saptanmıştır (61). Bizim çalışmamızda yetersiz oranı oldukça yüksek saptanması ile Japonya'da yapılmış bu çalışmanın benzeridir. SOY seviyesini iki grup altında yeterli/mükemmel, yetersiz/sınırlı şeklinde incelediğimizde %94,2 olan yetersiz/sınırlı grubu Nakayama ve ark.'larının çalışmasında %85,4 saptanmasıyla benzer sonuçlar elde ettiğimizi düşünmekteyiz. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin Japonya'da yapılmış bu çalışma ile gelişmiş ülkelerde yüksek olduğu fikrinde tersi bir sonuç elde etmişlerdir (61). Ülkemizin Ağrı ilinde Bakan ve arkadaşının yaptığı çalışmada TSOY-32 ölçeği puan ortalamasını 24.59 olarak saptamıştır ve iki grup altında yeterli/mükemmel, yetersiz/sınırlı şeklinde incelediğimizde, çalışmanın bizim çalışmamıza benzer olarak yetersiz/sınırlı oranı 77,8 olarak saptamışlardır. TSOY-32 puanını da 33,8 olarak saptamışlardır (75). Çalışmamızın genel SOY puanı 17 olarak saptadık ve yetersiz düzeyde olduğunu belirledik. Okyay ve Abacıgil'in TSOY-32 çalışmasında ise genel sağlık

okuryazarlığını 29,5 ile sorunlu/sınırlı sınıfta olarak saptamışlardır (40).

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamız tek merkezli çalışma olup, bulunduğu bölgenin özelliklerine göre sonuç ortaya çıktığı ve sağlıklı heterojen dağılım gösteren veri bilgisine ulaşamadığı fikrindeyiz. Çalışmamızın yapıldığı zaman itibari ile COVID-19 virüs salgını olması nedeniyle, sağlık bakanlığınca alınan tedbirler ile aralıklı olarak poliklinik hizmetlerinde duraklamalar, sosyal mesafe ve hijyen gibi faktörler, çalışmamızı sınırlandırmıştır. Ek olarak bazı dönemler içerisinde kliniğimizde yüksek ateş, solunum sıkıntısı ve COVID-19 hastalığına yakalanan ve yakalanmış kişilerle temaslı olan hasta veya ebeveyn grubunu, daha sıklıkla çocuk acil servisi bölümünde, immunsupresif veya temaslı olmayan hasta gruplarını ise çoğunlukla çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde muayeneleri yapılarak kontaminasyonun önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle anket çalışmasında başvuru şikayetini ve buna bağlı olarak SOY düzeyini, bölümler arasındaki sonucu etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Katılımcıların anketi uzun bulması, süre kısıtlılığı, hızlı bitirme istekleri yanlış cevaplamalara neden olabileceği fikrindeyiz. Ayrıca anketlerin 21 tanesinde, demografik anket bilgilerinden sonra gelen TSOY sorularında; hatalı, eksik veya boş olması nedeniyle sağlık okuryazarlığı veri analizini 379 kişi üzerinden, demografik dağılım veri analizini ise 400 kişi üzerinden hesaplamayı gerçekleştirdik.

Çalışmanın sağlık profesyoneli bir araştırmacı ile birlikte yapılmış olması, sağlık okuryazarlık düzeyi olması gerektiğinden daha yüksek sonuçlara sebep olmuş olabilir.

7. SONUÇ

Çalışmamızda çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği ve çocuk acil yeşil alan servisine başvuran hasta ebeveynlerinin TSOY-32 puanı açısından incelememiz sonucunda anlamlı fark bulamadık. Sağlık okuryazarlığının başvurduğu servise bakılmaksızın, tüm parametrelerde yetersiz olduğunu tespit ettik.

SOY düzeyinin tüm gruplarda yetersiz sonuçlanmasının oluşturabileceği endişe verici konular ise; hastalıkların aciliyetinin değerlendirilememesi, acil ve poliklinik başvurularının zamanında ve doğru olarak yapılamaması, alınan poliklinik randevularının takipsizliği, düzenlenen tedavilerinin uygun şekilde uygulanamaması, hastalığın öğrenimindeki ve takibindeki zorluklar, özellikle kronik hastaların, hastalıklarıyla yaşamayı öğreniminde yetersizlikler gibi durumlardır. Tüm bunların sonucu olarak, sağlık hizmeti kullanımının artması, maliyetlerin artması, tedaviye uyumda zorluklar, hayat kalitesinde azalma, sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik gibi durumlar ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamız ile TSOY-32 değerlerinin yetersiz olarak bulunması, çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin aciliyet kavramının yeterli anlaşılmadığını ortaya çıkarmıştır. Çocuk acil yeşil alana başvuran ebeveynlerin TSOY-32 değerlerindeki yetersizliğin saptanması acil başvurularındaki yoğunluğun sebeplerinden bir tanesi olarak tespit edilmiştir.

TSOY-32 düzeylerinin yetersiz olması, çocuk acil yeşil alan servisinde oluşan yoğunluk, sarı alan ve kırmızı alana başvuran hastaların hizmet alımındaki aksamalar, geri dönüşümsüz sonuçlara yol açması nedeniyle, konu üzerinde daha fazla çalışma yapıp, diğer nedenlerinde ortaya konularak, bu sebeplere yönelik çalışmalarda yapılması gerekmektedir.

SOY düzeyini iyileştirmeye yönelik uygulamalar konusunda, sağlık çalışanlarına, politika yürütenlere ve sağlık sistemini yönetenlere büyük görevler düşmektedir. Sağlık hizmeti sunucularının hastalarla olan iletişimin artırılması önemli konulardan biridir. Bazı durumlarda ise iletişimde, hastaların en iyi anlayacağı yöntemi seçmenin faydası olacaktır. Bu yöntemler görsel, işitsel ve çizerek olabilir. Hastalıkları anlatırken, bu yöntemlerden hangisi seçilirse seçilsin, iletişimde basit bir

dil kullanması, hastalıkların ve tedavilerin anlaşılmasında büyük kolaylık sağlayacaktır. İlave olarak hastanın, hastalık ve tedaviyi anladığı, sorgulayarak teyit edilmeside çok faydalı olacaktır. Tüm bu uygulamalar, sağlık sisteminde, SOY düzeyinde iyileşme olarak karşımıza çıkacaktır.

Covid-19 virüsü salgınıyla, sosyal medya, televizyon gibi parametrelerin bilgi edinme noktasında ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Günümüzde geleneksel medyanın yanında, gelişen teknolojiyle birlikte, bilgiye ulaşım davranışlarında değişime uğramıştır. Bu değişimin sebebi günlük hayatın oldukça geniş kısmını mobil cihazların oluşturmasıdır. Ancak doğru kaynağa ulaşımındaki zorluklar nedeniyle her toplumun kültürüne ve alışkanlığına uygun, her seviyeden bireylerin anlayabileceği şekilde mobil uygulamalara teşvik etmek ve doğru bilgilere ulaşmak amaçlanmalıdır. Yaşadığımız şu günlerde COVID-19 virüs pandemisinde sosyal medya, televizyon gibi teknolojik ulaşım araçlarının, doğru ya da yanlış olarak toplumları yönlendirdiği gözlenmiştir. Bu nedenle teknolojik gelişmelerin, doğru bilgiye ulaşım kolaylığının ve buna yönelik mobil uygulamaların sağlanması ile SOY düzeyinde iyileşme olacağı da kaçınılmaz sonuç olarak karşımıza çıkacaktır.

Ülkemizin insan gücü, kalitesi ve zekası sayesinde, eğitim sisteminin içerisinde sağlık okuryazarlığının yer alması, gösterilen yol haritalarının uygulamaya konulması ile basit ve hızlı şekilde çözüme kavuşulacağı inancındayız. Unutmamak gereken konu şudur ki; daha sağlıklı toplum, sağlık okuryazarlık seviyesinin yükselmesiyle sağlanacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-67
2. 1. Tözün M, Sözmen MK. Health Literacy with Perspective of Public Health, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2014;48.
3. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 10 Şubat 1999;281(6):552-7.
4. .Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy The Solid Facts. Copenhagen: WHO; 2013.
5. 31374,turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri- arastirmasipdf.pdf [İnternet]. [a.yer 23 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31374,turkiye-saglik-okuryazarligi- duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasipdf.pdf?0>
6. Young's, Macrae C, Cairns G, Pia A. Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Scotland Scottish Gov Publ. 2001;
7. Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları;2011.
8. Young S, Macrae C, Cairns G, Pia A. Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Scotland: The Scottish Government Publications;2001.
9. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs. Paris: UNESCO Education Sector;2004
10. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*. 1998; 13, 349–364.
11. Nielsen-Bohlman I., Panzer AM, Kinding, DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004
12. Baker DW. The Meaning and Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21: 878–883
13. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonsk, Z, Brand H. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*. 2012; 12(80): 1-13.
14. 13.Osborne H. Health Literacy. From A to Z. 2th Edition.Burlington: Jones & Bartlett; 2013.
15. Uğurlu, Z. (2011). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara
16. Betz, N.E., & Weiss, D.J. (2008). Validity. In R. Parker & B. Bolton (Eds.), *Handbook of measurements and evaluation in counseling and development*. Austin, TX: Pro-ed.
17. Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W.(1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 391-395.
18. Morris, N.S., MacLean, C.C., Chew, L.D., Littenberg, D. (2006). The single item literacy screener:

- Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BioMed Central Family Practice*, 7, 21-27.
19. Kickbusch, I.S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3): 289-297.
 20. National Center for Education Statistics. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy. Retrieved September 6, 2006, from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>.
 21. Pelikan, J.M., Rothlin, F., Ganahl, K. (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states: The European health literacy project, 2009-2012. Maastricht: European Health Literacy Project Consortium. Retrieved June 30, 2012, from www.health-literacy.eu.
 22. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of American Medical Association*, 281(6), 552- 557.
 23. Williams, M.V., Parke, R.M., Baker, D.W. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of American Medical Association*, 274(21), 1677-1682.
 24. Gazmararian, J., Baker, D., Williams, M., Parker, R., Scott, T., Green, D., et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medical Association*, 281, 545-551.
 25. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Temel istatistikler: Okuma-yazma oranları. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
 26. - Bilir, N. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12 (1), 61-68.
 27. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/article/viewFile/5000071880/5000066131>, Erişim Tarihi: 1.10.201
 28. Sağlık okuryazarlığını e-öğrenme. http://uzem.ankara.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=377&Itemid=108&lang=tr, Erişim Tarihi: 08.09.201
 29. Tanrısu Över M. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA r.pdf>, Erişim tarihi: 20.06.2015
 30. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*. 01 Ekim 2018;33(5):901-11.
 31. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. Aralık 2008;67(12):2072-8.
 32. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*. Haziran 2008;11(2):113-22.
 33. Pehlivan, H. (2005). Eğitimde yaratıcılığın önemi. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 28-30 Eylül 2005, Denizli.
 34. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*. 01 Nisan 2004;58(7):1309-21.
 35. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. Haziran 2005;20(2):195-203.
 36. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy

- defined. *Am J Prev Med.* Mayıs 2009;36(5):446-51.
37. Health Literacy- A prescription to end confusion. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10883, Erişim tarihi: 06.03.2014
38. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* Haziran 2010;25(3):464-77.
39. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, vd. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med.* Aralık 2005;3(6):514-22.
40. Okyay P, Abacıgil F, Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Flık%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf> Erişim tarihi: Mayıs 2016
41. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is Low Health Literacy Associated With Increased Emergency Department Utilization and Recidivism? *Academic Emergency Medicine.* 2014;21(10):1109-15.
42. Kickbusch Ilona. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education.* 01 Ocak 2008;108(2):101-4.
43. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med.* Aralık 1998;13(12):791-8.
44. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med.* Aralık 2004;19(12):1228-39.
45. Dolton P, Pathania V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. *Journal of Health Economics.* 01 Eylül 2016;49:193-208.
46. Durand A-C, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 25 Eylül 2012;5:525.
47. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, vd. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* Mart 2011;29(3):333-45.
48. Hsu C-M, Liang L-L, Chang Y-T, Juang W-C. Emergency department overcrowding: Quality improvement in a Taiwan Medical Center. *J Formos Med Assoc.* Ocak 2019;118(1 Pt 1):186-93.
49. Plunkett PK, Byrne DG, Breslin T, Bennett K, Silke B. Increasing wait times predict increasing mortality for emergency medical admissions. *Eur J Emerg Med.* Ağustos 2011;18(4):192-6.
50. Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* Aralık 2004;44(6):577-85.
51. Pines JM, Iyer S, Disbot M, Hollander JE, Shofer FS, Datner EM. The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Acad Emerg Med.* Eylül 2008;15(9):825-31.
52. van de Ruit C, Lahri S, Wallis LA. Clinical teams' experiences of crowding in public emergency centres in Cape Town, South Africa. *Afr J Emerg Med.* Haziran 2020;10(2):52-7.

53. Towiwat P, Phungoen P, Tantrawiwat K, Laohakul P, Aiewruengsurat D, Thanadetsuntorn C, vd. Quality of gout care in the emergency departments: a multicentre study. *BMC Emerg Med*. 20 Nisan 2020;20(1):27.
54. Cremonesi P, di Bella E, Montefiori M, Persico L. The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to Inappropriate Use of Emergency Departments. *Appl Health Econ Health Policy*. Ekim 2015;13(5):507-14.
55. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*. Şubat 2000;49(2):147-52.
56. Hooker EA, Mallow PJ, Oglesby MM. Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010-2014). *J Emerg Med*. Mart 2019;56(3):344-51.
57. Manuel JI. Racial/Ethnic and Gender Disparities in Health Care Use and Access. *Health Serv Res*. 2018;53(3):1407-29.
58. Haerian A, Moghaddam MHB, Ehrampoush MH, Bazm S, Bahsoun MH. Health literacy among adults in Yazd, Iran. *J Educ Health Promot [İnternet]*. 30Aralık 2015 [a.yer 04 Ağustos 2020];4. Erişim adresi <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4946262/>
59. Tanrıöver DM, Yıldırım HH, Ready DFN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. Sağlık-Sen Yayınları 2014; 25: 1426.
60. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, vd. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* Aralık 2015;25(6):1053-8.
61. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, vd. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*. 23 Mayıs 2015;15:505.
62. Kamberi H, Hysa B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G, Burazeri G. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Med Arch*. 2013;67(3):209-11.
63. Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey. *Aging Male*. Aralık 2019;22(4):272-7.
64. Khan Y, Glazier RH, Moineddin R, Schull MJ. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. *Acad Emerg Med*. Ağustos 2011;18(8):836-43.
65. Özdemir S, Akça HŞ, Algin A, Kokulu K. Health Literacy in The Emergency Department: A Cross-sectional Descriptive Study. *Eurasian J Emerg Med* 2020;19:94-97.
66. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The

- relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun.* 2013;18 Suppl 1:172-84.
67. Tsai JC-H, Chen W-Y, Liang Y-W. Nonemergent emergency department visits under the National Health Insurance in Taiwan. *Health Policy.* Mayıs 2011;100(2-3):189-95.
68. Villani J, Mortensen K. Nonemergent emergency department use among patients with a usual source of care. *J Am Board Fam Med.* Aralık 2013;26(6):680-91.
69. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 09 2019;9(10):e030927.
70. Speirs KE, Messina LA, Munger AL, Grutzmacher SK. Health Literacy and Nutrition Behaviors among Low-Income Adults. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* 26 Temmuz 2012;23(3):1082-91.
71. Porr C, Drummond J, Richter S. Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers. *Family & Community Health.* Aralık 2006;29(4):328-335.
72. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health.* 2009;54(5):313-24.
73. Haghdoust AA, Karamouzian M, Jamshidi E, Sharifi H, Rakhshani F, Mashayekhi N, vd. Health literacy among Iranian adults: findings from a nationwide population-based survey in 2015. *East Mediterr Health J.* 25 Kasım 2019;25(11):828-36.
74. Liu Y-B, Liu L, Li Y-F, Chen Y-L. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health.* 18 Ağustos 2015;12(8):9714-25.
75. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. 2019;8.
76. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi* 2008;15(4):107-11.
77. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish University Hospital. *Croat Med J* 2003;44(5):585-91.
78. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health.* Aralık 2007;61(12):1086-90.
79. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health.* Temmuz 2003;117(4):250-5.
80. Andrews H, Kass L. Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Intern Emerg Med.* Eylül 2018;13(6):893-900.

