



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS YEŞİL ALANA BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETİ KULLANIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DENİZ ÇINAROĞLU
ORCID ID: 0009-0009-4349-9116
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
BAŞASİSTAN MERYEM ÇAKIR

İZMİR-2024





T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS YEŞİL ALANA BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETİ KULLANIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DENİZ ÇINAROĞLU
ORCID ID: 0009-0009-4349-9116
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
BAŞAŞİSTAN MERYEM ÇAKIR

İZMİR-2024

KABUL VE ONAY SAYFASI

Tıp Fakóltesi;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Anabilim Dalı Uzmanlık

Programı tarafından yürütölmüş olan “Acil Servis Yeşil Alana Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı İle Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, aşğıdaki jüri tarafından Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: / /

Tez Danışmanı : Başasistan Meryem ÇAKIR

ORCID: 0000-0003-1575-6946

İMZA

Üye :

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

Üye :

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

Üye :

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

Üye :

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

ONAY: Bu Uzmanlık tezi, Eğitim Planlama Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

(Unvanı, Adı Soyadı)

Dekan

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	4
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	14
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	14
1.2. Araştırmanın Amacı	15
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	15
2. GENEL BİLGİLER	16
3.1. Araştırmanın Türü.....	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Veri Toplama Araçları	39
3.5. İstatistiksel Analiz	41
3.6. Etik İzinler	41
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
7. KAYNAKLAR	70

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bize yol gösteren, akademik açıdan kendimi geliştirmem için elinden geleni yapan, her türlü sorunumda yapıcı ve yol gösterici davranışlarıyla bana destek olan kıymetli ve saygıdeğer hocam, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kurtuluş Öngel'e, tez çalışmam süresince her durumda yanımda olup yardımına koşan, takıldığım her türlü konuda değerli fikirlerinden faydalandığım, tez konusu bulma ve yazma sürecinde bana yol gösterip desteğini esirgemeyen her zaman bir telefon kadar yakınımda olan çok kıymetli tez danışmanım Başasistan Meryem Çakır'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca eğitimimiz boyunca çok değerli bilgi ve tecrübeleriyle daima bizlere yol gösteren hem hekimliği ile hem ailesine, öğrencilerine diğer hekimlere, hastalarına, çevreye olan duruşuyla bana her zaman örnek olan Doç. Dr. Gülseren Pamuk'a, her durumda yanımda olan takıldığım her türlü konuda değerli fikirlerinden faydalandığım, sadece akademik danışman değil, aynı zamanda bir abla gibi destek olan, bana her daim ilham veren ve motivasyon kaynağı olan Dr. Öğr. Üyesi Serap Öksüz'e ve aile hekimi uzmanlık eğitimimde emeği geçen çok değerli sayın hocalarım Doç. Dr. Berna Erdoğan Mengen, Doç. Dr. Esra Meltem Koç ve Prof. Dr. Hüseyin Can 'a şükranlarımı sunarım. Bugünlere gelmemde çok büyük emeği olan sevgili annem, babama ve her zorlandığımda yanımda olan canım kardeşim Kamile'ye çok teşekkür ederim. Hayatımın her anında moral ve motivasyon kaynaklarım sevgili çocuklarım Arel ve Mercan'a; her zaman yanımda olan tıp fakültesi yazıp doktor olmam dahil hayatımın her kritik kararında desteğini hissettiğim bana her daim sonsuz güven veren sevgili eşim Osman Sezer Çınaroğlu'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr Deniz Çınaroğlu

AĞUSTOS 2024

ÖZET

ACİL SERVİS YEŞİL ALANA BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Deniz ÇINAROĞLU

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi, İzmir, Türkiye, 2024

Amaç: Bu çalışma, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyerek, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Kesitsel analitik bir araştırma olarak planlanan bu çalışma, Mayıs 2023 ile Ekim 2023 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis yeşil alan hasta bekleme salonunda yürütülmüştür. OpenEpi örneklem büyüklüğü hesaplama aracı kullanılarak çalışma için 326 hasta gereksinimi belirlemiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi REALM ve NVS ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veri formu, katılımcıların demografik bilgilerini ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarını belirlemek için kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiki analizi SPSS 26 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerde $p < 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %53,1'i kadın, %46,9'u ise erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $40,48 \pm 15,81$ olarak belirlendi. Yapılan tek değişkenli analizlerde sağlık okuryazarlık düzeylerine baktığımızda katılımcıların REALM toplam puan ortalaması $60,25 \pm 10,10$ idi. REALM puanlarına göre katılımcıların %1,5'i yetersiz, %4,9'u kısıtlı, %22,4 kısmen yeterli, %71,2 yeterli sağlık okuryazarı olarak sınıflandırıldı. NVS toplam puan ortalaması ise $3,05 \pm 1,63$ olup, katılımcıların %20,0'si yetersiz, %35,1'i orta derecede ve %44,9'u yeterli sağlık okuryazarı olarak sınıflandırıldı. REALM'e göre sağlık okuryazarlığı yetersiz ve kısıtlı olanların yaş ortalaması $58,85 \pm 13,99$ iken, yeterli olanların yaş ortalaması $37,52 \pm 15,01$ olarak belirlendi. Aradaki fark istatistiki olarak anlamlıydı ($p < 0,001$). REALM'e göre

yetersiz ve kısıtlı grupta yer alanların, yeterli grupta yer alanlara göre eğitim düzeyi istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulundu ($p<0,001$). REALM'e göre sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz ve kısıtlı olanların son bir yıldaki aile hekimine başvurusu, yeterli olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı ($p=0,044$). NVS'ye göre sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların yaş ortalaması $44,84\pm16,10$ iken, yeterli olanların yaş ortalaması $38,14\pm14,91$ olarak belirlendi. Bu fark da REALM testinde olduğu gibi istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,015$). NVS ölçeğinde yetersiz sağlık okuryazarı olarak gruplanan katılımcıların çoğunluğu ortaokul ve altı eğitim düzeyindeyken, yeterli grupta olanların çoğunluğu üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahipti ($p=0,011$).

Hastaların son bir yılda aile hekimine başvuruları incelendiğinde eğitim seviyesi ortaokul ve altı olan katılımcıların aile hekimliğine daha sık başvurdukları bulundu ($p=0,004$). Katılımcılardan bilinen bir hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullananların aile hekimliğine daha sık başvurdukları görüldü ($p<0,001$). Aile hekimliğine daha fazla başvuran bireylerin acil servisi de aynı şekilde fazla kullandığı tespit edildi. ($p=0,011$) Hastaların acil servise başvuruları incelendiğinde ise sadece aile hekimliğine başvuru sayısı ile ilişkili bulundu. Acil servise başvuru sayısı arttıkça aile hekimliğine de başvuru sayısının arttığı görüldü ($p<0,001$).

Çok değişkenli analizlerde, kişilerin sosyal güvencesi olması durumunda, son bir yılda aile hekimine 3'den fazla başvurma olasılığının 2,850 kat arttığı bulundu. Bilinen bir hastalığı olması durumunda bu olasılık 2,066 kat, sürekli ilaç kullanımı durumunda bu 3,020 kat ve son bir yıl içinde acil servise başvuru sayısının artması durumunda ise 1,089 kat daha fazlaydı.

Sonuçlar: Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri anlama kapasitelerini artırabilir. Acil servis yeşil alanına başvuran hastaların cevaplarından elde ettiğimiz verilerde kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı ve sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç gibi faktörlerin aile hekimliğine başvuruda daha belirleyici rol oynadığı bulunurken, sağlık okuryazarlık düzeyinin aile hekimine başvuru davranışlarını doğrudan etkilemediği görülmüştür. Aile sağlığı merkezlerinde toplanacak veriler ile benzer çalışmaların yapılması konu hakkında ek bilgiler sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, nvs, realm, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND PRIMARY HEALTH CARE SERVICE UTILIZATION OF PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT GREEN AREA

Deniz ÇINAROĞLU

Izmir Katip Celebi University, Faculty of Medical Sciences Family Medicine
Medical Specialization Thesis, Izmir, Türkiye, 2024

Objective: This study aims to determine individuals' health literacy levels and investigate the relationship between health literacy level and utilization of primary health care services.

Methods: This cross-sectional analytical study was conducted between May 2023 and October 2023 in the green area patient waiting room of the Emergency Department of İzmir Kâtip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital. The OpenEpi sample size calculation tool was used to determine the requirement of 326 patients for the study. The health literacy level of the participants was assessed with REALM and NVS scales. The sociodemographic data form was used to determine the participants' demographic information and health service utilization habits. Statistical analysis of the data obtained was evaluated using the SPSS 26 package program. A $p < 0.05$ was considered statistically significant in the analysis

Results: Of the individuals who participated in the study, 53.1% were female and 46.9% were male. The mean age of the participants was 40.48 ± 15.81 years. When we looked at the health literacy levels in the univariate analysis, the mean REALM total score of the participants was 60.25 ± 10.10 . According to REALM scores, 1.5% of the participants were classified as insufficient, 4.9% as limited, 22.4% as partially sufficient, and 71.2% as sufficient health literate. The mean NVS total score was 3.05 ± 1.63 , and 20.0% of the participants were classified as insufficiently, 35.1% as moderately, and 44.9% as adequately health literate. According to REALM, the mean age of those with inadequate and limited health literacy was 58.85 ± 13.99 , while the mean age of those with adequate health literacy was 37.52 ± 15.01 . The difference was statistically significant ($p < 0.001$). According to REALM, the educational level of those in the inadequate and limited group was statistically lower than those in the

adequate group ($p < 0.001$). According to REALM, the number of visits to the family physician in the last year by those with inadequate and limited health literacy was statistically significantly higher than those with adequate health literacy ($p = 0.044$). According to the NVS, the mean age of those with inadequate health literacy was 44.84 ± 16.10 , while the mean age of those with adequate health literacy was 38.14 ± 14.91 . This difference was statistically significant as in the REALM test ($p = 0.015$). Most of the participants who were grouped as inadequately health literate in the NVS scale had an education level of secondary school and below. In contrast, most of the adequate group had an education level of university and above ($p = 0.011$).

When the patients' visits to the family physician in the last year were analyzed, it was found that the participants with an education level of secondary school and below visited the family physician more frequently ($p = 0.004$). It was observed that participants with known disease and those who were constantly taking medication applied to family medicine more frequently ($p < 0.001$). It was determined that individuals who applied to family medicine more frequently also used the emergency service more frequently ($p = 0.011$). ($p = 0.011$) When the emergency service visits of the patients were analyzed, it was found to be related only to the number of applications to family medicine. As the number of emergency room visits increased, the number of visits to family medicine also increased ($p < 0.001$).

The multivariate analyses provided valuable insights into the factors influencing healthcare utilization. For instance, having social security increased the likelihood of visiting a family physician more than three times in the last year by 2.850 times. Similarly, having a known disease, continuous medication use, and increased emergency room visits were all associated with higher probabilities of frequent family physician visits.

Conclusion: Health literacy level may increase individuals' access to health information and their capacity to understand this information. In the data we obtained from the responses of the patients who applied to the green area of the emergency department, it was found that factors such as the presence of chronic diseases, continuous medication use, and the need for health services played a more determinant role in the application to family medicine. In contrast, the level of health literacy did not directly affect the behavior of applying to the family physician. Conducting similar

studies with data to be collected in family health centers may provide additional information on the subject

Keywords: family medicine, health literacy, nvs, realm



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACEP: Amerikan Hekimleri Birliği

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

AHRQ: Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı

BKİ: Beden Kütle İndeksi

HALS: Health Activities Literacy Scale

HLS-EU: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi

MART: Medical Achievement Reading Test

NAAL: Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi

NVS: Newest Vital Sign

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

PHLAT: Parental Health Literacy Activities Test

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimlerine Uzmanı

SILS: Single Item Literacy Screen

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

YSÖ : Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TOFHLA: The Test of Functional Health Literacy in Adults

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

WONCA: World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

WRAT-R: Wide Range Achievement Test-Revised

TABLÖLAR

Tablo 1: Sosyodemografik özelliklerin frekans dağılımları

Tablo 2: Sağlık durumu ve sağlık sistemine yönelik frekans analizleri

Tablo 3: REALM ve NVS frekans analizleri

Tablo 4: REALM ve NVS toplam puanları korelasyon ilişkisi

Tablo 4.1: REALM ve NVS kategorilerinin karşılaştırılması

Tablo 5: Sosyodemografik özelliklerin REALM kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 6: Sağlık durumu ve sistemlerinin REALM kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 7: Sosyodemografik özelliklerin NVS kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 8: Sağlık durumu ve sistemlerinin NVS kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 9: Sosyodemografik özelliklerin acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 10: Sağlık durumu ve sistemlerinin acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 11: REALM ve NVS kategorilerinin acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 11.1: REALM ve NVS puanlarının acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 12: Sosyodemografik özelliklerin aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 13: Sağlık durumu ve sistemlerinin aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 14: REALM ve NVS kategorilerinin aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 14.1: REALM ve NVS puanlarının aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

Tablo 15: Aile hekimi başvuru sayıları grupları için parametrelerin çoklu ikili lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde önemli bir dönüşümü beraberinde getiren Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2010 yılında ülke genelinde uygulanmaya başlamıştır. Bu program kapsamında başlatılan aile hekimliği uygulaması, bireylerin sağlık hizmetlerine daha etkin bir şekilde erişmelerini ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını hedeflemiştir. Aile hekimliği yaklaşımı, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin vurgulanmasıyla toplumsal hastalık yükünü azaltmayı ve iki ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulmasını sağlamıştır. Bu sayede, birinci basamak hizmetlerine olan talep artmış ve ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerindeki yoğunluk azalmıştır (1).

Aile hekimleri, bireylerin ve ailelerinin sağlık ve sosyal sorunlarını yakından tanıyarak koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini sunan önemli sağlık profesyonelleridir. Ancak, bazı hastalar, aile hekimliği hizmetlerinden yeterince haberdar olmadıkları için başvurularını yeterli bir şekilde gerçekleştirememektedirler (2). Bu durumun temel nedenlerinden biri, hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olması olabilir.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine erişim, anlama ve kullanma yetenekleri ile sağlık hizmetlerine yönelik bilişsel ve sosyal becerilerini ifade eder. Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık okuryazarlığını, bireylerin sağlık bilgisine erişim ve bu bilgiyi kullanma yetenekleri olarak tanımlamıştır. Sağlık okuryazarlığının artmasıyla birlikte, bireyler sağlık hizmetlerini daha etkin bir şekilde kullanabilmekte ve bu durum sağlık hizmetinin topluma geri dönüşünü olumlu yönde etkilemektedir (3).

Yapılan çalışmalar günümüzde birçok insanın uzun yıllardır birinci basamak sağlık hizmetini yeterince verimli kullanamadığını göstermektedir. Gerek kronik hastalıklar için kullanılan ilaçların tekrar yazılması gerekse üst solunum yolu gibi hafif semptomlarda bile birinci basamak sağlık hizmeti yerine hastanelerin acil servislerinin yoğun bir şekilde kullanılmakta olduğu görülmektedir. Hastane acil servislerinin bu şekilde gereksiz meşguliyeti ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ciddi bir hizmet aksamasına sebep olmaktadır (4).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmet ihtiyacı için hastane acil servislerini kullanan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sıklığını doğrudan etkilemektedir.

1.4. Araştırmanın nemi ve Yaygın Etkisi

Bu araştırma, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirleyerek, bu düzey ile birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve bu bilgileri etkin şekilde kullanabilme kapasiteleri açısından kritik öneme sahiptir. Araştırmanın bulguları, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında sağlık okuryazarlığının dikkate alınması gerektiğini vurgulamakta ve düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylere yönelik stratejilerin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, sağlık politikalarının şekillendirilmesinde ve aile hekimliği hizmetlerinin geliştirilmesinde rehberlik edebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin dördüncü maddesi, sağlık hizmetlerini, insan sağlığını tehdit eden etkenlerin yok edilmesi, toplumun korunması, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlar. Kısaca, sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, tedavi ve rehabilitasyonudur (5).

Sağlık hizmetleri temel bir insan hakkıdır ve sunumu devletin sorumluluğundadır. Sağlık hizmetleri sigorta şirketleri, hükümetler, sendikalar ve diğer kuruluşlarca planlanır ve sunulur. Bu kuruluşlar, sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunmalıdır (6). Güçlü bir sağlık sistemi, sağlıklı ve adil bir toplumun temelidir (7).

2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, esasen kamusal bir hizmet olup, devlet kurumları tarafından sunulur (8). Bu hizmetlerin kamusal karakteri, fiyatlandırılmaması, topluma fayda sağlaması ve dışsallıklar gibi özelliklerle pekiştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yaydığı dışsallıklar, pozitif veya negatif olabilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yararları toplum tarafından anında fark edilmeyebilir; bu faydaların fiyat mekanizması ile ölçülmesi zorlayıcıdır (9). Örneğin, aşılama pozitif, sigara tüketimi ise negatif dışsallıklara örnektir; devlet, sigaraya vergiler koyarak bu etkileri azaltmaya çalışır (10).

Sağlık hizmetlerinin başlıca özellikleri:

Bilgi Asimetrisi: Sağlık hizmetlerinde sağlayıcılar, hastalardan daha fazla bilgiye sahiptir.

Talep Esnekliğinin Olmaması: Sağlık ihtiyaçları acil olduğunda, hastalar fiyat değişikliklerine duyarsızdır.

Uluslararası Düzeyde Korunan Hak: Sağlık hizmetleri uluslararası düzeyde korunan bir haktır.

Yüksek Maliyet ve Hızlı Değişim: Sağlık hizmetleri hızla değişen, yüksek maliyet gerektiren bir alandır (11).

Üretilir Üretilmez Tüketilme Zorunluluğu: Üretildiği anda tüketilmesi gereken soyut bir hizmettir (12).

BM ve DSÖ'nün 1977'de yayımladığı "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" raporu, sağlık hizmetlerinin evrensel platformda yer almasını sağlamıştır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, sağlık hakkını uluslararası alanda önem kazanmıştır (13). 1978'de DSÖ tarafından yayımlanan Alma Ata Bildirgesi'nde, temel sağlık hizmetleri tanımlanmış ve hakkaniyet, toplu katılım, uygun maliyet gibi ana bileşenler belirlenmiştir (14).

Sağlık hizmetlerini ve kurumlarını ayıran temel özellikler:

Çıktının Tanımlanması ve Ölçülmesi Zorluğu: Sonuçları somut olarak tanımlamak ve ölçmek zordur.

Karmaşıklık ve Değişkenlik: Sağlık kurumlarındaki işler karmaşık ve sürekli değişkendir.

Acil ve Ertelenemez Faaliyetler: Faaliyetler acil olup ertelenemezdir.

Hata ve Belirsizliklere Duyarlılık: Sağlık hizmetleri, hata ve belirsizliklere karşı duyarlıdır (15).

Türkiye'de sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamuya ait kurumlar tarafından sunulmaktadır. Sağlık kurumlarını ayıran başlıca özellikler:

Rastlantısal Tüketim: Talep, öngörülemeyen bir yapıya sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri haricinde, talep planlanmamıştır (16).

İkame Edilemezlik: Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet geçemez.

Ertelenemezlik: İhtiyaç duyulduğunda karşılanması gereken hizmetlerdir.

Hekimin Belirleyici Rolü: Hekim, hizmet sunumunda anahtar rol oynar.

Tüketici Memnuniyeti ve Kalitenin Önceden Bilinememesi: Hizmetin kalitesi ve sağladığı memnuniyet önceden tahmin edilemez.

Kamusal Ürün Olma Özelliği: Kamu yararı için sunulan sağlık hizmetleri herkese açıktır. Ancak tüm sağlık hizmetleri kamu malı değildir.

Çıktıların Paraya Çevrilememesi: Sağlık hizmetleri fiyatlandırılması zor hizmetlerdir.

2.1.2 Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması

2.1.2.1 Koruyucu sağlık hizmetleri

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki yönerge, kişileri hastalıklardan, yaralanmalardan, sakatlanmalardan ve erken ölümden korumak amacıyla sunulan sağlık hizmetleri olarak tanımlar. Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasına yönelik bu hizmetler, çeşitli organizasyonel birimlerce gerçekleştirilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikli olması, maliyet açısından daha uygun ve etkili bir yaklaşımdır. Bu hizmetler, çevreye ve kişiye yönelik olarak ikiye ayrılır (17).

Kişisel koruyucu sağlık hizmetleri sağlık uzmanları tarafından sağlanır ve şunları içerir:

Aşılama,

Kişisel hijyen eğitimi,

Sağlık eğitimi programları,

Koruyucu ilaç kullanımı,

Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri,

Beslenme düzenlemeleri. Hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi de bu kapsamdadır.

Çevresel sağlık hizmetleri ise çevredeki fiziksel, kimyasal ve biyolojik tehlikeleri ortadan kaldırmayı ve sağlıklı yaşam alanları oluşturmayı hedefler. Bu hizmetler çevre sağlığı teknisyenleri, biyologlar, kimyagerler ve mühendisler tarafından sağlanır.

Alanları şunlardır:

Radyasyon tehlikelerinin kontrolü,

İş sağlığı ve güvenliği,

Gürültü kirliliği yönetimi,

Gıda hijyeni denetimi,

Zararlı böceklerin kontrolü,

Katı atık yönetimi,

Su kaynaklarının izlenmesi (18).

2.1.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Günlük yaşamda insanlar, çeşitli kazalar, yaralanmalar ve hastalıklarla karşılaşabilirler, bu da sağlıklarında bazı bozulmalara neden olabilir. Bu bozulmaların iyileştirilmesi veya ortadan kaldırılması amacıyla sunulan hizmetler tedavi edici hizmetler olarak adlandırılır. Tedavi edici hizmetler, hekim sorumluluğunda, ekip çalışması ve teknolojinin kullanımı ile yürütülür. Bu nedenle, tedavi hizmetleri koruyucu hizmetlere göre daha büyük bir organizasyon gerektirir ve genellikle daha yüksek maliyetlidir.

Tedavi edici hizmetler, üç ana kategoriye ayrılır: birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri. Ayrıca, bu hizmetlerin sunumunda yatarak ve ayakta sağlık hizmeti yöntemleri kullanılmaktadır (17).

2.1.2.2.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmeti, tanı, tedavi, rehabilitasyon, tarama ve izleme gibi koruyucu işlemleri içeren, kolay erişilebilir ve düşük maliyetli bir hizmet sunumudur. Sağlık sisteminin ilk temas noktası olarak tanımlanır ve toplumun genel sağlık düzeyini korumayı ve iyileştirmeyi amaçlar. Ülkemizde sağlıktaki dönüşüm kapsamında aile hekimliği sistemi bu hizmetlerin temelini oluşturur. 2010 yılında sağlık ocaklarının yerini aile sağlığı merkezleri almış, burada bir veya daha fazla aile hekimi ve aile sağlığı elemanları hizmet vermeye başlamıştır. Aile sağlığı merkezlerinde

bireylere yönelik sağlık hizmetleri sunulurken, toplum sağlığı merkezleri topluma yönelik hizmetler yürütür ve bu hizmetlerin koordinasyonunu sağlar (19).

Aile hekimliği sistemi ile aile hekimlerine belirli standartlar getirilmiş ve bir ödeme sistemi oluşturulmuştur. Bu düzenlemelerle sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Evden çıkamayan, yaşlı veya engelli bireylerin tanı, tedavi ve rehabilitasyonları için evde sağlık hizmetleri devreye sokulmuştur. Bu hizmetler, aile hekimleri ve bir üst basamak sağlık hizmetleri ile koordineli olarak yürütölür. Aile hekimine ulaşımın zor olduğu yerlerde, periyodik olarak sağlık hizmeti sunulmuştur. Kurum hekimlerine aile hekimliği yetkisi verilmiştir (20).

Entegre ile hastaneleri ve sağlık merkezleri, ikinci basamak sağlık hizmetine ulaşamayan bölgelerde acil sağlık, koruyucu sağlık, yataklı tedavi ve evre sağlığı gibi hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetler, 7 gün 24 saat kesintisiz sunulmaktadır. Aile hekimliği uygulamasıyla, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiş ve toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Toplum sağlığı merkezleri, aşılama kampanyaları ve kanser taramaları gibi hizmetlerin yanı sıra, evre sağlığı, bulaşıcı hastalıkların kontrolöl ve adli hizmetler gibi alanlarda faaliyet göstermektedir. Evde sağlık hizmetleri, hareket kısıtlılığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakta ve hastaların tedavi süreçlerini evde sürdürmesine olanak tanımaktadır. Aile hekimliği sistemi, bireylerin sağlık durumlarını yakından izlemekte ve gerektiğinde bir üst basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmektedir.

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun genel sağlık düzeyini korumak ve iyileştirmek amacıyla sunulan, kolay erişilebilir ve düşük maliyetli hizmetlerdir. Aile hekimliği sistemi, bu hizmetlerin temelini oluşturur ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırarak genel sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunur.

2.1.2.2.1.1 Aile Hekimliği

2.1.2.2.1.1.1 Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile hekimliği, birey ve aileye sürekli ve kapsamlı sağlık bakımı sunan, biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini birleştiren geniş kapsamlı bir tıbbi uzmanlık dalıdır. Her yaştan, cinsiyetten, organ sisteminden ve hastalık grubundan hastaları kapsar (21).

Bir tıp disiplininin temel özellikleri, akademik bir camiada anabilim dalının kurulması, resmi bir derneğinin bulunması ve yayın yapacak dergilerinin olmasıdır. Hem Türkiye'de hem de dünya genelinde aile hekimliği, tıp disiplini olarak kabul görmektedir.

WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), aile hekimliğinin temel unsurlarını şu şekilde tanımlar: Sağlık sisteminde ilk temas noktası olarak sınırsız sağlık hizmeti sunar. Yaş ve cinsiyet fark etmeksizin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleriyle hizmetin koordinasyonunu sağlayarak sağlık kaynaklarının verimli kullanımını temin eder. Gerektiğinde hasta savunucusu olarak diğer uzmanlık alanlarına geçiş sürecini kolaylaştırır ve bireye, ailesine ve topluma yönelik birey merkezli bir yaklaşım benimser. Hekim ve hasta arasında güçlü bir iletişim kurarak, zamanla gelişen eşsiz bir danışmanlık süreci sağlar. Toplumda yaygın hastalıkların prevalans ve insidanslarına dayalı olarak özel karar verme süreçlerine sahiptir. Hastaların hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını aynı anda ele alır. Acil müdahale gerektiren ve başlangıçta belirgin olmayan hastalıkları tedavi eder. Etkili koruma sağlayarak hastaların ve çevrelerinin sağlığını ve refahını korumaya katkıda bulunur. Toplum sağlığı ve çevrenin korunması konularında özel bir sorumluluğu vardır. Sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır. Hastaların güçlenmesini ve sağlıklarına yönelik farkındalıklarını artırmayı teşvik eder (22).

WONCA'ya göre aile hekimi uzmanı, bu disiplinin ilkelerine göre yetiştirilmiş bir uzman hekimdir ve yaş, cinsiyet veya hastalık türü fark etmeksizin, tıbbi bakım talep eden herkese kapsamlı ve sürekli bakım sağlamakla birincil derecede yükümlüdür. Hasta bakımında bireyin kültürel arka planını, yaşadığı toplumu, ailesini ve genel çevresel sağlığı dikkate alır. Kişinin bireysel özerkliğine önem verir ve topluma ile

doğal çevreye karşı olan mesleki sorumluluğunu daima akılda tutar. Hastalarıyla tedavi planları oluştururken, onların fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, varoluşsal ve çevresel sağlıkla ilgili özelliklerini göz önünde bulundurur. Tekrarlayan görüşmelerde güven inşa ederek bireyle ilgili bilgileri toplar ve entegre eder. Aile hekimi, sağlığı teşvik ederek, hastalıkları önleyerek, tedavi ve bakım hizmetleri sunarak veya hastalığı hafifleterek mesleki görevini yerine getirir. Bu esnada, hizmet verdiği toplumun sağlık ihtiyaçları ve mevcut kaynaklarına göre hareket eder. İhtiyacı olan hastaları uygun yerlere yönlendirir.

TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği), aile hekimliğinin bireysel sağlıktan toplumsal sağlığa kadar her alanda etkin olduğunu belirtir. Sağlık seviyesinin korunması ve yükseltilmesi için hayatın her evresinde hizmet sunulmalıdır. Modern tıbbi bilgidan faydalanarak erken tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem hizmetlerini kesintisiz sunan bir uzmanlık dalıdır.

2.1.2.2.1.1.2 Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

"Tek Sağlık, Gezegen Sağlığı ve Sürdürülebilirlik" uygulamaları, altı temel yeterlilik, on iki ilke ve üç ek özelliği içeren entegre bir yaklaşımı aile hekimliği disiplinine kazandırır (22). Aile hekimliğini tanımlayan 12 temel özellik, uzman aile hekimlerinin ustalaşması gereken 6 çekirdek yeterliliği kapsar:

Birinci basamak yönetimi: Aile hekimliği ilk temas noktası olup, her yaştan ve cinsiyetten hastalara hizmet sunar. Diğer sağlık çalışanlarının hizmetlerini koordine eder ve hasta savunuculuğu yapar. Hastaları gereksiz testlerden korur ve sağlık sistemi içinde rehberlik eder.

Kişi merkezli bakım: Aile hekimi, hastanın koşullarını ve özerkliğini dikkate alarak etkili bir doktor-hasta ilişkisi kurar. Hastanın kendini yönetme yeteneğini ve sağlığını koruma becerisini destekler.

Kapsamlı yaklaşım: Aile hekimi, bireyin akut ve kronik problemlerini bir bütün olarak yönetir, koruma, tedavi, palyasyon ve rehabilitasyonu sağlar. Gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik konularında diğer profesyonellerle iş birliği yapar.

Toplum yönelimli: Aile hekimi, bireylerin sağlık ihtiyaçları ile toplumun sağlık ihtiyaçlarını dengeler ve çevreyi en az kirleten uygulamaları seçer.

Bütüncül yaklaşım: Biyopsikososyal modelle, bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel boyutlarını dikkate alır. Sağlık ve hastalık, bu unsurların karmaşık etkileşimleriyle şekillenir.

Özgün problem çözme becerileri: Aile hekimi, toplum hakkında bilgi sahibi olmalı ve erken evre hastalıkları yönetebilmelidir. Henüz belirginleşmemiş durumları tanımada özgün karar verme süreçleri uygular (22).

Bu yeterlilikler, aile hekimlerinin etkin bir şekilde sağlık hizmeti sunmasını sağlar ve sağlıklı bireyler ile toplumların oluşturulmasına katkıda bulunur.

2.1.2.2.1.1.3 Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Tıbbi bilgi birikiminin artması ve tıbbi teknolojilerin gelişmesi, tıp uygulamalarını birçok uzmanlık alanına ayırmıştır. Bu süreç, tedavi hizmetlerini karmaşıklaştırmış ve tıbbi disiplinlerin birbirinden uzaklaşmasına yol açmıştır. Aile hekimliği, bu ihtiyaca cevap olarak ortaya çıkmıştır. İlk olarak 1923'te Francis Peabody bu ihtiyacı dile getirmiştir (23).

1950'lerde Birleşik Krallık'ta Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (RCGP) kurulmuştur. 1954'te Kanada Aile Hekimleri Koleji kurulmuş ve o zamandan beri birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği yapısı bulunmaktadır. 1957'de Amerikan Tıp Birliği, Aile Hekimliği Uygulaması Hazırlık Komitesi'ni oluşturmuş ve uzmanlık programları oluşturulmasını öngören bir rapor yayımlamıştır. 1964'te yeni bir komite kurulmuş ve 1966'da Millis ve Willard Raporları yayımlanmıştır. Bu raporlar, aile hekimliği yapılanmasının temellerini atmıştır. Almanya'da aile hekimliği uygulamaları 1850'lerde başlamış, ancak 1976'da bir anabilim dalı kurulmuş ve 1980'den beri uzmanlık eğitimi verilmektedir. 1994'ten itibaren aile hekimliği yapmak isteyen hekimler için uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir (24).

2.1.2.2.1.1.4 Türkiye'de Aile Hekimliği

1963 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ile Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan Sağlık Ocağı

Sistemi uygulanmaya başlamıştır. Aile hekimliği kavramı 1970'lerde gündeme gelmiş ve 1983'te uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (25). Uzmanlık eğitimi, 1985'te üç büyük ilin Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri'nde başlatılmıştır (26). Türkiye'deki ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur (27).

1990'da Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş, bu dernek 1998'de Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adını almıştır. 1993'te Yüksek Öğretim Kurulu, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tıp fakültelerinde kurulmasını sağlamış ve Trakya Üniversitesi'nde de bu anabilim dalı kurulup uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır (28).

2000'lerin başında Türkiye'nin sağlık göstergeleri OECD ülkelerine kıyasla düşüktü. 2002'de açıklanan Acil Eylem Planı ve 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin daha etkili, verimli ve adil organize edilmesi amaçlanmıştır. 2004'te Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası hazırlanmış ve 2005'te Düzce'de uygulanmaya başlamıştır. 2010 itibarıyla aile hekimliği uygulaması ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. Uygulamanın ilk yıllarında uzman yetersizliği nedeniyle pratisyen hekimler eğitilmiştir. 2014'te Sağlık Bakanlığı, sözleşmeli aile hekimlerine uzmanlık eğitimi (SAHU) alma imkânı tanımıştır. 2022 itibarıyla aile hekimi olarak çalışan hekimler üç grupta toplanmaktadır: pratisyen hekimler, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimler ve Tıpta Uzmanlık Sınavı ile uzmanlık kazanıp eğitim almış aile hekimleri. 2020'de Türkiye'de 26.594 Aile Hekimliği Birimi ve 8.015 Aile Sağlığı Merkezi varken, 2022'de bu sayı 27.762'ye yükselmiştir (29).

2.1.2.2.2 İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı konulamayan veya tedavi edilemeyen sağlık sorunları yaşayan bireylere hizmet verir. Bu kuruluşlarda, uzman hekimler ve sağlık personeli görev alır ve bu personel, hastaların daha karmaşık sağlık sorunlarını ele almak için gerekli uzmanlığa ve donanıma sahiptir. İkinci basamak sağlık hizmetleri hem yataklı hem de yataksız olarak sunulabilir. Bu kuruluşlar genellikle birçok uzmanlık dalında hizmet sunarken, bazı durumlarda belirli hastalık türlerine, yaş gruplarına veya cinsiyetlere yönelik özel

sağlık hizmetleri de sağlayabilir. Böylece, hastalar çeşitli tıbbi alanlarda kapsamlı bakım alabilirler (30).

2.1.2.2.3 Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı ve ileri düzeyde tanı ile özel tedavi gerektiren durumlarda devreye girer. Bu kuruluşlar, ileri teknoloji ile donatılmış olup, yüksek derecede uzmanlaşmış sağlık personeli ve hekimlerin görev yaptığı kurumlardır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları, ileri tıbbi cihazlar ve teknoloji kullanarak karmaşık sağlık sorunlarına çözümler sunar. Ayrıca, bu kurumlar eğitim ve araştırma faaliyetlerini de kapsamlı bir şekilde yürütürler, böylece hem tıp bilimine katkıda bulunur hem de sağlık personelinin eğitimine katkı sağlarlar.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları, 3A (ileri düzey hastaneler) ve 3B (kamu, özel ve eğitim hastaneleri) olarak iki ana kategoriye ayrılır. Bu ayrım, Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Yönetmeliği'nde belirtilen çeşitli kriterlere dayanarak yapılmaktadır. Bu kriterler arasında hastanenin sunduğu hizmetlerin kapsamı, sahip olduğu teknolojik donanım, personelin uzmanlık düzeyi ve sağlanan tedavi yöntemlerinin çeşitliliği gibi unsurlar yer alır (31).

Bu sağlık kuruluşları, ağır ve karmaşık hastalıkların yönetiminde kritik bir rol oynar ve ileri düzeyde tıbbi bakım sunar. Ayrıca, tıbbi araştırmalar ve eğitim programları aracılığıyla sağlık sektörüne katkıda bulunurlar. Eğitim ve araştırma hastaneleri, geleceğin sağlık profesyonellerini yetiştirmede önemli bir rol oynarken, aynı zamanda yeni tedavi yöntemlerinin ve teknolojilerin geliştirilmesine de katkıda bulunur.

2.2 Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığını anlamak için öncelikle okuryazarlık kavramını açıklamak gereklidir. Okuryazarlık, bir kişinin yeterli düzeyde okuma ve yazma becerisine sahip olması olarak tanımlanır. Daha geniş anlamda, okuma, yazma ve sayısal bilgileri kullanabilme, bilgiye erişme, değerlendirme ve karar verme yeteneğidir (32).

Okuryazarlık, sağlık ve sağlık belirleyicileri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Okuryazarlık seviyesinin düşük olması olumsuzluklara yol açarken, artan okuryazarlık düzeyi bireylerin sağlık durumlarını olumlu etkiler. Bu durum, sağlık okuryazarlığına olan ilgiyi artırmıştır (33).

Sağlık okuryazarlığı terimi, ilk kez 1974 yılında S. Simonds tarafından "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" adlı makalede kullanılmıştır. Başlangıçta basitçe "bireyin sağlığı için gerekli beceriler" olarak tanımlanırken, 1993 yılında Nutbean ve Wise tarafından "bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve buna uygun davranış geliştirme" olarak güncellenmiştir. Sağlık okuryazarlığının literatürde yaygın olarak kullanılmaya başlanması, 2003 yılında Amerika'da gerçekleştirilen Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) çalışmasından sonra olmuştur (34).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık okuryazarlığını "bireyin iyi sağlık halini sürdürmek ve geliştirmek amacıyla bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki bilişsel ve sosyal yetenekler" olarak tanımlar (35). Zarcadoolas ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini içeren çok yönlü bir kavram olarak tanımlar (36). Kickbusch ve arkadaşları ise sağlık okuryazarlığını, "bireylerin günlük yaşamlarında sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilme yeteneği" olarak tanımlar (37).

Sorensen ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığını "kişilerin sağlıklarıyla ilgili günlük hayatlarında karar almak, hayat kalitelerini korumak ve yükseltmek için gerekli sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma" yeteneği olarak genişletmiştir (38). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi'nde (HLSEU), sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlık durumunu geliştirme ve hastalıkları önleme konusundaki bilgi, yeterlilik ve motivasyonlarını değerlendiren bir kavram olarak ele alınmıştır (39).

Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde sağlık okuryazarlığı, "kişilerin sağlıklı olmayı ve bu davranışı sürdürmeyi teşvik edecek şekilde bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal yetenekler" olarak tanımlanmıştır (40).

Özetle, sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlayıp değerlendirebilmesi, bu bilgileri uygun davranışlara dönüştürebilmesi ve sağlık hizmetlerini kullanabilmesi olarak tanımlanabilir (41).

2.2.2 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili bilgilere erişim, bu bilgileri anlama ve kullanma yeteneğini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu yeteneklerin geliştirilmesi, bakım kalitesini artırarak sağlık eşitsizliklerini azaltmaya katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı, fonksiyonel, işlevsel, eleştirel, sosyal, dijital, kültürel gibi çeşitli kategorilere ayrılabilir.

2.2.2.1 Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili dokümanları anlama ve kullanma kapasitesini içerir. Bu tür okuryazarlık, tıbbi terminolojiyi anlamayı, reçeteleri okumayı ve sağlık hizmetlerine erişim sağlamayı kapsar (42).

2.2.2.2 Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetleri ve uygulamaları hakkında eleştirel bir bakış açısına sahip olmalarını ifade eder. Bu kategori, bireylerin sağlık hizmetleri ve uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmalarını, bu bilgileri eleştirel bir şekilde değerlendirmelerini ve kendi sağlık kararlarını almalarını sağlar.(43)

2.2.2.3 Sosyal Sağlık Okuryazarlığı

Sosyal sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri ve uygulamalarının sosyal, kültürel ve politik boyutlarını anlamayı içerir. Bu tür okuryazarlık, bireylerin sağlık hizmetlerinin sosyal, kültürel ve politik bağlamını anlamalarını ve eleştirel olarak değerlendirmelerini sağlar. Sosyal sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine sınırlı erişimi olan grupların sağlık sorunlarının çözümüne katkıda bulunur (44).

2.2.2.4 Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin dijital kaynaklardan sağlıkla ilgili bilgileri anlaması ve kullanması yeteneğini ifade eder. Bu kategori, insanların sağlıkla ilgili web siteleri ve dijital platformlarda bilgi bulmalarına ve bu bilgileri eleştirel olarak değerlendirmelerine yardımcı olur (45).

2.2.2.5 Kültürel Sağlık Okuryazarlığı

Kültürel sağlık okuryazarlığı, farklı kültürlerin sağlık algılarını ve uygulamalarını anlamayı ifade eder. Bu tür okuryazarlık, bireylerin farklı kültürlerde sağlık hizmetlerine erişim, sağlık seçimleri ve sağlık algıları hakkında bilgi edinmelerine yardımcı olur (46).

2.2.2.6 Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Kritik sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetleri ve uygulamaları hakkında eleştirel bir tutum geliştirmelerini ve eleştirel düşünme yeteneklerine sahip olmalarını ifade eder. Bu kategori, bireylerin sağlık hizmetleri ve uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmalarını, bu bilgileri eleştirel bir şekilde değerlendirmelerini ve kendi sağlık kararlarını almalarını sağlar (47).

2.2.2.7 Güncel Sağlık Okuryazarlığı

Güncel sağlık okuryazarlığı, bireylerin tıbbi hizmetler ve uygulamalar hakkında güncel bilgilere erişimini ifade eder. Bu kategori, bireylerin sağlık hizmetleri ve uygulamalarına ilişkin yenilikleri takip etmelerini, güncel sağlık bilgilerine ulaşmalarını ve bu bilgileri eleştirel olarak değerlendirmelerini sağlar (48).

2.2.2.8 Eşitlikçi Sağlık Okuryazarlığı

Eşitlikçi sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine sınırlı erişimi olan grupların sağlık sorunlarının çözümüne yardımcı olmayı amaçlar. Bu kategori, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek, sağlık sorunlarını çözmek ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için çeşitli stratejiler geliştirmesini sağlar.

Bu sınıflandırmalar, sağlık okuryazarlığının farklı yönlerini ele almaktadır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili belgeleri anlamalarını ve kullanmalarını sağlarken, işlevsel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişim ve kullanımını ifade eder. Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri ve uygulamaları hakkında eleştirel düşünmeyi teşvik ederken, sosyal sağlık okuryazarlığı, bu hizmetlerin sosyal, kültürel ve politik bağlamını anlamayı amaçlar. Dijital sağlık okuryazarlığı, dijital platformlarda sağlık bilgilerini bulmayı ve değerlendirmeyi içerirken, kültürel sağlık okuryazarlığı, farklı kültürlerin sağlık algılarını ve uygulamalarını anlamayı hedefler.

2.2.3 Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneğidir. Bu yetenek, sağlıklı yaşam tarzları ve hastalıkların önlenmesi konusunda bilgiye erişimi sağlar ve sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanmak, sağlık sonuçlarını iyileştirmek açısından büyük önem taşır.

Çeşitli araştırmalar, sağlık okuryazarlığının önemini ve etkisini ortaya koymuştur. ABD'de yapılan bir araştırma, yetişkinlerin yaklaşık %36'sının, Birleşik Krallık'ta ise %43'ünün düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermiştir. Bu bireyler, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık bilgilerini anlama konusunda zorluklar yaşamaktadırlar (49, 50).

Düşük sağlık okuryazarlığı, obezite, diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar riskini artırır. Ayrıca, bu bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi sınırlıdır ve bu durum daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir (51). Sağlık okuryazarlığı yüksek toplumların, daha düşük ölüm oranlarına sahip olduğu gösterilmiştir (52).

Sørensen ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir meta-analiz, düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık bilgilerini anlama konusunda zorlandıklarını ve hata yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (53). Baker ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığının kronik hastalık yönetimi üzerindeki etkisini araştırmış ve düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların ilaçları ve tedavileri yeterince kullanamadıklarını bulmuşlardır, bu da daha kötü sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (54).

Sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler, sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanır, daha fazla soru sorar, sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgi edinir ve bilinçli kararlar alırlar. Bu kişiler, sağlık hizmetleri hakkında daha iyi iletişim kurar, sunulan bilgileri daha iyi anlar ve daha olumlu tutumlar sergiler (55).

Sağlık okuryazarlığını artırmak, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırabilir. Örneğin, sağlık okuryazarlığı düşük bireyler için anlaşılabilir broşürler ve eğitim materyalleri hazırlamak, sağlık okuryazarlığını geliştirmenin etkili yollarından biridir. Sağlık okuryazarlığı eğitim programları da bu konuda etkilidir (56).

2.2.4 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını tam olarak kavrayabilmek için, bu kavramı etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığının sonuçlarını incelemek önemlidir. Sağlık okuryazarlığı; demografik, kültürel, psikososyal unsurlar, genel okuryazarlık seviyesi, bireysel özellikler, hastalık deneyimleri ve sağlık hizmetleri sistemi ile ilişkili faktörlerden etkilenir.

Demografik faktörler arasında yaş, ırk, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve istihdam durumu bulunur. Genellikle yaşlı, siyahi, kadın, evli olmayan, düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı daha düşüktür (57).

Psikososyal faktörler, öz yeterlilik, sosyal destek, sağlık bilgisi ve hastalıkların anlaşılması gibi unsurları içerir. Sağlık inançlarının düşük olması, yetersiz sosyal destek ve sağlık konularındaki bilgisizlik, düşük sağlık okuryazarlığına neden olabilir (58).

Genel okuryazarlık seviyesi, sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir, ancak yüksek okuryazarlık her zaman yüksek sağlık okuryazarlığı anlamına gelmez. Araştırmalar, düşük okuryazarlık seviyesine sahip kişilerin sağlık bilgilerini anlamakta zorlandığını, ancak yüksek okuryazarlık seviyesine sahip kişilerin de sağlık okuryazarlığının düşük olabileceğini göstermektedir (59).

Bireysel özellikler arasında görme, işitme, konuşma yetenekleri, hafıza ve anlamlandırma kapasitesi ile fiziksel, sosyal ve bilişsel beceriler bulunur. Bu becerilerin azalması, düşük sağlık okuryazarlığına yol açabilir.

Hastalıkla ilgili deneyimler; hastalığın süresi, tipi, tedavi karmaşıklığı, hastalığın şiddeti, komplikasyonlar ve ek hastalıkların varlığı olarak sıralanabilir. Hastalığın süresi uzadıkça, tedavi karmaşıklıklaştıkça ve ek hastalıklar ortaya çıktıkça, sağlık okuryazarlığı seviyeleri etkilenir (60).

Sağlık sistemi ile ilgili faktörler ise; sağlık hizmetine erişim, sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık güvencesi kapsamı ve doktor-hasta ilişkisi olarak belirtilir. Bu faktörler, bireylerin hem sağlık durumunu hem de sağlık bilgilerini etkiler (61).

2.2.5 Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin giriş noktası olması nedeniyle aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı büyük bir öneme sahiptir. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ), WONCA Avrupa kurulunun belirlediği temel yeterlilikler doğrultusunda sağlık okuryazarlığına yönelik bir rehber hazırlamıştır. Bu rehberde, düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin tanınması, iletişim kurulması ve eğitim verilmesi ele alınmaktadır. Gerçek yaşam örnekleri, pratik ipuçları ve kısa yollar ile sözlü ve yazılı iletişim, öz yönetim ve destekleyici sistemler ana odak noktaları olarak belirtilmiştir (62).

Sağlık okuryazarlığı seviyesini ölçmek için geliştirilen ölçekler, uygulama süresinin uzunluğu nedeniyle günlük pratikte sık kullanılmamaktadır. Bu testlerin geliştiricileri, klinisyenlerin hastaların test edilmekten utanma olasılığına karşı duyarlı olmalarını ve bu bilgileri günlük klinik uygulamalarına nasıl adapte edeceklerini düşünmelerini önerir. Bu bağlamda, Chew ve arkadaşları, yetersiz sağlık okuryazarlığını belirlemek

için üç kısa soru önermişlerdir: “Hastane materyallerini okumak için ne sıklıkla birinden yardım alıyorsunuz?”, “Tıbbi formları kendi kendinize doldurmakta ne kadar eminsiniz?”, “Yazılı bilgileri anlamakta güçlük çektiğiniz için tıbbi durumunuzu öğrenmekte ne sıklıkla sorun yaşıyorsunuz?” (63).

Zamanla mevcut ölçeklerin kısa formları veya yeni kısa ölçekler geliştirilmiştir. Ayrıca, aile hekimlerine düşük sağlık okuryazarlığına işaret eden kırmızı bayraklar tanımlanmıştır;

- Randevuları sık sık kaçıрма
- Hasta kayıt formunda eksiklikler olması
- İlaçları yanlış kullanma
- İlaçlarının isimlerini ve kullanım amaçlarını bilmeme
- Hapları etiketlere bakarak değil, görünümüne göre tanıma
- Tutarlı ve sıralı tarih verememe
- Az soru sorma veya hiç soru sormama
- Testleri ve yönlendirmeleri takip etmeme
- Gözlüğünü evde unuttuğunu söyleyip evde okuyacağını belirten hasta (64).

2.2.6 Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri

The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): Davis ve ekibi tarafından geliştirilen bu ölçek, 66 tıbbi terimden oluşur. Katılımcılardan, sıralanan kelimeleri okumaları istenir ve doğru telaffuz edilen kelime sayısı test puanını belirler. Testin süresi 3-5 dakika arasında değişir. Daha sonra 8 maddelik kısa formu geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Özdemir ve ekibi tarafından yapılmıştır (65-67).

Newest Vital Sign (NVS): Başlangıçta beş faktörü değerlendiren bu ölçek, beslenme etiketi ve buna bağlı 6 soruyla güncellenmiştir. 3 dakikada tamamlanan test, sayısal beceri ve bilgiyi anlama yeteneğini ölçer. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (67).

Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R): Dewalt ve ekibi tarafından geliştirilen WRAT-R, tıbbi olmayan 42 kelimenin okuma ve telaffuzunu değerlendirir. 5 dakikalık test, 5-75 yaş arası bireyleri kapsar (68).

Medical Achievement Reading Test (MART): Hanson-Divers tarafından geliştirilen MART, sağlık alanıyla ilgili 42 kelimeyi içerir ve okuma becerisine dayanır. Test süresi 3-5 dakikadır (69).

Single Item Literacy Screen (SILS): Weiss ve ekibi tarafından geliştirilen SILS, yetişkinlerin basılı sağlık materyallerini okuma sıklığını ölçer. Test, tek bir sorudan oluşur ve "Hiçbir zaman"dan "Her zaman"a kadar yanıt seçenekleri içerir (70).

Health Activities Literacy Scale (HALS): Rudd ve ekibi tarafından geliştirilen HALS, 191 sağlık sorumluluğunu analiz eder. Sağlık okuryazarlık seviyeleri 1 (Düşük) ile 5 (Yüksek) arasında değişir. Türkçe versiyonu yoktur (71).

Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT): Kumar ve ekibi tarafından geliştirilen PHLAT, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını ve aritmetik yeteneklerini değerlendirir. Ölçek 20 madde içerir ve Türkçe versiyonu bulunmaktadır (72).

Health Literacy Survey Europa (HLS-EU): Sorensen ve ekibi tarafından geliştirilen HLS-EU, 47 soru ve 7 alt boyuttan oluşur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (73).

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ): Sezer ve Kadioğlu tarafından geliştirilen YSOÖ, 28 maddeden oluşur ve yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeyini değerlendirir. 4 alt boyutu ve yüksek Cronbach Alpha katsayısına sahiptir (74).

The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): Parker ve ekibi tarafından geliştirilen bu ölçek, okuma ve hesaplama yeteneklerini değerlendirir. İki ana bölümden oluşan test, 22 dakikada tamamlanır. Türkçe versiyonu Üçpunar tarafından uyarlanmıştır (75-76).

2.3 Acil Tıp

Acil tıp, ani hastalık veya yaralanma durumlarında değerlendirme, tedavi ve önlemleri içeren bir uzmanlık alanıdır. Acil tıbbi bakım, her an ihtiyaç duyulabilecek şekilde 24 saat sunulmalıdır (77). Bu hizmetlerde hastanın yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni veya ekonomik durumu gibi faktörler gözlemlenmez. Acil tıp, hastalığın başlangıcından hastaneye nakil, acil serviste tedavi ve sonrasında taburculuk veya başka bir kliniğe yönlendirme süreçlerini kapsar. Bu hizmetlerin güvenli sunumu için uzman bir ekip, en son bilimsel ve teknolojik imkanları kullanarak yeterli kaynakları sağlamalıdır.

Acil servisler, 24 saat kesintisiz hizmet sunan, acil durumlarda müdahalelerin zamanında yapılabilirdiği birimlerdir (78). Amerikan Hekimleri Birliği (ACEP), acil bir durumu olan herkesin acil hasta olarak kabul edilmesi ve değerlendirilmesi gerektiğini belirtir. Acil durumların planlanmamış olması nedeniyle, deneyimli sağlık personelinin yılın 365 günü, 24 saat hizmet vermesi gerekebilir.

ACEP tarafından belirlenen acil servis hizmetlerinin sağlanması için standartlar şunlardır:

- Tüm bireylerin acil servislere her zaman erişebilmesi.
- Beklenmedik acil tıbbi durumlarda 7/24 hizmet sunulması.
- Tıbbi bakım ve hemşirelik hizmetlerinin eksiksiz sunulması.
- Hasta değerlendirme, tanı, tedavi ve taburculuk süreçlerinin en uygun şekilde yürütülmesi.
- Sağlık personeli arasında uyumlu iş bölümü.
- Acil servislerin hasta popölasyonunun gereksinimlerine uygun şekilde organize edilmesi.
- Etkili yönetim ve iyi tasarlanmış fiziksel yapı, ekipman, tıbbi malzeme ve yardımcı hizmetler (79).

Gerçek acil tıbbi durumlar ACEP tarafından şu şekilde tanımlanmıştır:

- 24 saat içinde hastaneye yatmayı gerektiren sağlık problemleri.
- Akut travmalar.
- Ani başlayan ciddi ağrılar, akut enfeksiyonlar.
- Bilinç bozukluğu veya bulanıklık.

- Kanama veya olası şok durumları.
- Doğum veya doğumla ilgili sorunlar.
- Hayati fonksiyonların bozulması.
- Fiziksel veya psikolojik bozukluklara yol açabilecek durumlar.
- Madde kullanımı veya istismarı şüpheli vakalar (80).

Hasta aciliyetinin belirlenmesi, hastaların kendi algılarına ve gereksinimlerine dayanır, bu da hekimlerin algılarından farklılık gösterebilir (81).

2.3.1 Acil Servisin Tarihçesi

Acil servis sistemlerinin kökeni, savaş zamanlarına kadar uzanır. Sezar'ın savaş alanlarında sağlık personeli görevlendirdiği ve "Uçan Gezici Vagon" olarak adlandırılan sağlık ekipleri kurduğu bilinmektedir.

Türkiye'de acil sistemlerinin tarihine bakıldığında, Alman hekimlerin 1898 yılında Gülhane Askeri Hastanesi'nde sıhhiye eğitimi vermeye başladıkları görülmektedir. Türk ordusunda eğitim alan sağlık personeli ve hekimler, savaş sırasında yaralanan askerlere hizmet vermiştir. Ayrıca, Florence Nightingale, Kırım Savaşı sırasında İstanbul'a gelerek yaralı askerlerin tedavi ve bakımında çalışmıştır.

Savaş ve kaza durumlarında acil servislere başvuran hasta sayısındaki artış ve dünya savaşlarından elde edilen deneyimler, ilkyardımanın ve tıbbi teknolojinin önemini vurgulamış, acil servislerin gelişimine katkıda bulunmuştur. 1960'lı yıllarda acil servisler yalnızca kritik hastalara hizmet verirken, 1960'lar ve 70'lerde acil servis ve ambulans merkezlerinde hızlı bir gelişim yaşanmıştır (82).

2.3.2 Acil Serviste Triyaj

Acil servis triyajı, hastaların ilk başvurularında tetkik, tedavi önceliklerini ve bakım alanlarını hızlıca belirlemek için kullanılan bir sınıflama yöntemidir. Hastaların şikayetleri, hayati bulguları ve tıbbi geçmişlerine dayanarak yapılr ve amacı, hastalara doğru zamanda, doğru yerde ve uygun kaynaklarla hızlı ve etkili bakım sağlamaktır.

Ayrıca, acil servis triyajı, acil departmanlarının organizasyonu ve maliyet-etkinlik değerlendirmeleri gibi alanlarda kılavuz niteliğindedir (83).

Triyaj skalaları, hastaların tıbbi durumlarının ciddiyetine göre bekleme sürelerini optimize ederek gecikmenin olumsuz etkilerini azaltmayı hedefler. Acil bakım gerektirmeyen durumlarda triyaj gerekli değildir (84). Acil bakımın güvenliğini ve etkinliğini artırmak için yatak başı kayıt, gelişmiş triyaj, doktor triyajı ve aciliyeti düşük hastalar için hızlı bakım uygulamaları önerilmektedir. Hızlı bakım uygulamaları, bekleme sürelerini azaltarak acil olmayan hastaların döngüsünü hızlandırır ve laboratuvar kullanımını ile hastane yatışlarını azaltır, ancak klinik sonuçlara olumsuz etkisi olmadığı gösterilmiştir (85).

Triyaj sistemi, hastayı tam, tutarlı ve etkin olarak değerlendirmeyi sağlamalıdır. Hasta sayısının ve acil vakaların artması, maliyet kontrolleri üzerindeki baskılar nedeniyle etkili bir triyaj sistemine ihtiyaç vardır (86).

Acil servislerde çeşitli ülkelerde üç ve beş basamaklı triyaj sistemleri geliştirilmiştir:

Üç Basamaklı Triyaj Sistemleri:

- Çok acil: Hayatı veya bir uzvu tehdit eden durumlar (örn. havayolu tehdidi, kontrol edilemeyen kanamalar, göğüs ağrısı, şok, çoklu travma).
- Acil: Hayatı veya uzvu tehdit edebilecek, ancak derhal müdahale gerektirmeyen durumlar (örn. ciddi baş ağrısı, açık kırıklar, orta derecede nefes darlığı, karın ağrısı).
- Acil olmayan: Hayatı veya uzvu tehdit etmeyen, saatler sonra müdahale edilse de morbiditeyi artırmayan durumlar (örn. yara pansumanı, sütür alınması, kronik eklem ağrıları).

Beş Basamaklı Triyaj Sistemleri:

- Hemen-ivedi: Anında müdahale ve tedavi gerektiren durumlar (örn. kardiyak arrest, havayolu tıkanıklığı, şok).
- Çok acil: Kısa süre içinde müdahale ve tedavi gerektiren durumlar (örn. göğüs ağrısı, ciddi kanamalar, ciddi nefes darlığı, majör travma).
- Acil: 30-60 dakika içinde müdahale gerektiren durumlar (örn. zehirlenmeler, ciddi ağrılar).

- Yarı acil: Saatler içinde müdahale ve tedavi gerektiren durumlar (örn. laserasyonlar, karın ağrısı, kalça veya uzun kemik kırıkları).
- Acil olmayan: Saatler sonra müdahale edilse de sorun yaratmayan durumlar (örn. yara kontrolü, minör döküntüler, sütür alımı, izole minör ekstremitte travmaları) (87).

2.3.3 Acil Servisin Gereksiz Kullanımının Sonuçları

Acil servislerin gereksiz yere tercih edilmesi, kritik müdahale gerektiren hastaların hizmet almasını zorlaştırarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltmaktadır. Aşırı kalabalıklaşma, tıbbi müdahale gereksinimi olan hastaların sağlık personeline ulaşma süresini uzatmakta, bekleme sürelerini artırmakta ve bu durum acil durum hastalarında mortalite (ölüm oranı) ve morbidite (hastalık oranı) artışına yol açmaktadır (88).

Acil servislerin aşırı yoğunluğu, sağlık hizmeti sunumunda kapasite yetersizliklerine neden olabilmekte ve bu da acil müdahalelerde gecikmelere yol açmaktadır. Bu durum, hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlık sistemine olan güveni sarsmaktadır (89). Ayrıca, bekleme sürelerinin uzaması ve tedavi süreçlerinin gecikmesi, hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğine yol açmakta, bu da sağlık sistemine olan güveni zedelemektedir (90).

Acil servislerdeki yoğunluk, sağlık çalışanlarının iş yükünü artırarak zihinsel ve bedensel yorgunluğa neden olmakta, bu da tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini ve hastalara sunulan hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (91).

Aşırı hasta yoğunluğu, sağlık çalışanlarının verimliliğini azaltmakta ve hata yapma riskini artırmaktadır. Örneğin, hasta örneklerinin karıştırılması veya yanlış tedavi uygulanması gibi durumlar, hasta sağlığını tehlikeye atmaktadır (92).

Uzun bekleme süreleri ve aşırı kalabalık, hasta ve yakınlarının sabırsız ve agresif davranışlarına yol açmakta, bu da sağlık personeline yönelik şiddet vakalarını artırmaktadır. Bu tür olaylar, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (93).

Gereksiz acil servis başvuruları, sağlık sistemine ek maliyetler yüklemekte ve sağlık bütçesine ek yük getirirken, kaynakların verimli kullanılmasını engellemektedir. Bu durum, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir (94).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, kesitsel analitik dizaynda bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma Mayıs 2023 ile Ekim 2023 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil servis yeşil alan hasta bekleme salonunda yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklem büyüklüğü, OpenEpi örneklem büyüklüğü hesaplama aracı kullanılarak belirlenmiştir ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayınladığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı verileri göz önüne alınarak, Türkiye'de yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının %31 olduğu dikkate alınmıştır (67). Çalışmada %95 güç ve %5 hata düzeyi kabul edilmiştir. Ayrıca, standart sapmanın %5 olacağı varsayılmıştır. OpenEpi hesaplama aracı kullanılarak yapılan hesaplamalar sonucunda, çalışmaya en az 326 kişinin çalışmaya alınması gerektiği belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için REALM ve NVS ölçekleri kullanılmıştır. Bu ölçeklerin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği literatürde kanıtlanmış olup, çalışmanın sonuçlarının güvenilirliğini artırmak amacıyla iki ölçek tercih edilmiştir (67). Yine çalışmada araştırmacılar tarafından literatür araştırması sonucunda oluşturulan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır.

Veriler yüz yüze görüşme yoluyla anket tekniği ile toplanmıştır. Böylece araştırmacıların katılımcılarla doğrudan iletişim kurmalarını sağlamış ve veri toplama sürecinde ortaya çıkabilecek olası yanlış anlamalar en aza indirilmiştir.

Sosyodemografik Veri Formu

Veri toplama sürecinde araştırmacılar tarafından bir sosyodemografik veri formu oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formu, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, gibi demografik bilgilerini toplamakla birlikte, sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları gibi konularda da bilgi sağlamaktadır. Bu

form, literatürde benzer çalışmalarda kullanılan soru tiplerine uygun olarak hazırlanmıştır.

REALM Ölçeği

REALM ölçeği uygulanan katılımcılara 66 tıbbi terim gösterilmiş ve bu terimlerin her birinin katılımcı tarafından doğru okunması beklenmiştir. Katılımcıların doğru telaffuz ettiği kelimeler üzerinden puanlama yapılmıştır. 0-18 arası puan yetersiz SOY, 19-44 arası puan kısıtlı SOY, 45-60 arası puan kısmen yeterli SOY, 61-66 arası puan yeterli SOY olarak sınıflandırılmıştır. Bu formun kısa sürede uygulanabilir olması, araştırmacılara zaman kazandırmış ve katılımcıların dikkatinin dağılmasını engelleyerek doğru verilerin toplanmasını sağlamıştır.

NVS Ölçeği

NVS ölçeği ile, katılımcıların okuduğunu anlama, okuduğundan çıkarım yapma ve basit aritmetik işlemler yapma becerileri değerlendirilmiştir. Katılımcılara verilen bir besin etiketi üzerinden sorulan 6 soru ile sağlık okuryazarlığı seviyeleri ölçülmüştür. 0 -1 doğru sayısı: yetersiz sağlık okuryazarı; 2-3 doğru sayısı orta derecede sağlık okuryazarı; 4 ve üzeri doğru sayısı yeterli sağlık okuryazarı olarak değerlendirilmiştir. Bu ölçek, sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarını kapsayarak, katılımcıların günlük yaşamda karşılaşılabilecekleri sağlık bilgilerini anlama ve yorumlama yeteneklerini değerlendirmiştir. (95)

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis yeşil alan hastası olmak,
- 18 yaş üzeri olmak,
- Çalışmaya katılım onayını yazılı ve sözlü olarak onaylamak,
- Okuma yazma bilmek.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılım onayı vermemek,
- 18 yaş altı olmak,
- Okuma yazması olmamak,
- Anket verileri eksik olmak.

Çalışmanın başında toplam 436 hasta ile anket yapılmıştır. 26 hasta 18 yaş altında olduğu için, 20 hasta sonradan çalışmaya katılım onayı vermediği için, 15 hasta okuma yazması olmadığı için ve 13 hasta anket verileri eksik olduğu için çalışma dışı bırakıldı. Kriterleri karşılayan, 326 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), medyan (M), minimum (min) ve maksimum (max) değerler olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Hastaların tek ölçümlü sayısal değişkenleri veriler normal dağılım koşullarını sağlamadığından Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin birbirleri ile karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testinden, sürekli değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerinin incelenmesinde veriler normal dağılmadığından Spearman korelasyon katsayısından yararlanıldı. Aile hekimliğine başvuru sayılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde çoklu ikili lojistik regresyondan yararlanıldı. Regresyon analizinde sonuç modelin elde edilmesinde geriye doğru elemeli Wald yöntemi kullanıldı. Son model için uygunluk Hosmer-Lemeshow uyum iyiliği testi ile değerlendirildi. Son modeldeki değişkenler için açıklayıcılık katsayısı olarak Nagelkerke R² değeri veri verildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

3.6. Etik İzinler

Çalışma için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.04.2023 tarih ve 0186 dosya numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1: Sosyodemografik özelliklerin frekans dağılımları

Değişkenler	İstatistikler
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	173 (53,1)
Erkek	153 (46,9)
Yaş	
$\bar{x} \pm ss$	40,48 $\pm$ 15,81
<i>M (min-max)</i>	38 (18-80)
Yaş kategorileri, n (%)	
50 yaş altı	222 (68,1)
50-65 yaş	80 (24,5)
65 yaş üzeri	24 (7,4)
Boy, (cm)	
$\bar{x} \pm ss$	168,55 $\pm$ 8,89
<i>M (min-max)</i>	169 (145-200)
Kilo, (kg)	
$\bar{x} \pm ss$	71,79 $\pm$ 15,20
<i>M (min-max)</i>	70 (39-175)
VKI, (kg/m²)	
$\bar{x} \pm ss$	25,19 $\pm$ 4,59
<i>M (min-max)</i>	24,78 (12,88-60,55)
Eğitim düzeyi, n (%)	
Ortaokul ve altı	114 (35,0)
Lise	99 (30,4)
Üniversite ve üstü	113 (34,6)
Sosyal güvence, n (%)	
Yok	72 (22,1)
Var	254 (77,9)
Medeni durum, n (%)	
Bekâr	149 (45,7)
Evli	177 (54,3)
Gelir düzeyi, n (%)	
Kötü (Gelirim giderimden düşük)	103 (31,6)
Orta (Gelirim giderime eşit)	174 (53,4)
İyi (Gelirim giderimden yüksek)	49 (15,0)
Yaşam kalitesi (hissedilen), n (%)	
Düşük	91 (27,9)
Orta	206 (63,2)
Yüksek	29 (8,9)
Sigara, n (%)	
Hayır	184 (56,4)
Evet	142 (43,6)
Alkol, n (%)	
Hayır	217 (66,6)
Evet	109 (33,4)

Düzenli egzersiz, n (%)	
Hayır	231 (71,1)
Evet	95 (28,9)

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, M: Medyan

Tablo 1'de, çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, katılımcıların %53,1'i kadın ve %46,9'u erkek olduğu görüldü. Katılımcıların yaş ortalaması $40,48 \pm 15,81$ iken, en genç katılımcı 18 yaşında en yaşlısı ise 80 yaşındaydı. Yaş kategorilerine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların %68,1'inin 50 yaş altında, %24,5'inin 50-65 yaş arasında, %7,4'ünün ise 65 yaş ve üzerinde olduğu görüldü. Boy ve kilo ölçümleri incelendiğinde, katılımcıların boy ortalamasının $168,55 \pm 8,89$ cm, kilo ortalamasının ise $71,79 \pm 15,20$ kg olduğu belirlendi. Katılımcılar eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde %35,0 'sinin ortaokul ve altı, %30,4'unun lise, %34,6'sının ise üniversite ve üstü eğitim aldığı görüldü. Ayrıca, katılımcıların %22,1'inin sosyal güvencesiz olduğu, %45,7'sinin bekar olduğu ve %54,3'ünün evli olduğu tespit edildi. Katılımcıların gelir düzeyi sorgulandığında %31,6'sının gelirinin kötü, %53,4'ünün orta düzeyde ve %15,0'sinin ise gelirinin iyi olduğu belirtti. Yaşam kalitesi değerlendirmesinde ise, katılımcıların %27,9'u düşük, %63,2'si orta ve %8,9'u yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu belirtti. Sigara ve alkol tüketimi ile düzenli egzersiz yapma durumuna bakıldığında ise, katılımcıların %56,4'ünün sigara içmediği, %66,6'sının alkol kullanmadığı ve %71,1'inin düzenli egzersiz yapmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2: Sağlık durumu ve sağlık sistemine yönelik frekans analizleri

Değişkenler	N	%
Bilinen hastalığınız var mı?		
Hayır	183	56,3
Evet	143	43,7
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?		
Hayır	205	63,1
Evet	121	36,9
Sağlık ile ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?		
Tv, radyo,gazete,dergi vs	33	10,1
İnternet	116	35,7
Doktor	164	50,5
Diğer	13	3,7
Acil servise başvuru şikâyetiniz nedir		
Gastrointestinal	124	38,0
Genitoüriner	13	4,0
Nöropsikiyatrik	44	13,5
Kardiyovasküler	25	7,7

Solunum	68	20,7
Kas iskelet	21	6,5
Deri mukoza	10	3,1
Diğer	13	4,0
Aseptomatik	8	2,5
Şikâyetlerin süresi		
<1 gün	144	44,5
1-14 gün	140	43,3
15 30gün	16	4,4
>30 gün	26	7,8
Acile gelmeden önce aile hekiminize başvurduğunuz mu?		
Hayır	265	81,5
Evet	61	18,5
Aile hekiminize neden gitmediniz?		
Aklıma gelmedi	15	4,6
Yetersiz buluyorum	79	24,2
Hastanede çalışıyorum	46	14,1
İlgilenmeyeceklerini düşündüm	41	12,6
Daha uygun gördüm	29	8,9
Daha kolay ulaşabiliyorum	45	13,8
Mesai saati dışı	44	13,5
Ağrının şiddeti çok	16	4,9
Ani gelişen bir ağrı	5	1,6
Misafirim	6	1,8
Son 1 yılda acile kaç kere başvurduğunuz?		
$\bar{x} \pm ss$	5,12±5,74	
$M (min-max)$	3 (0-50)	
Son 1 yılda aile hekiminize kaç kere başvurduğunuz?		
$\bar{x} \pm ss$	3,45±4,80	
$M (min-max)$	2 (0-40)	

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, M: Medyan

Tablo 2'de sağlık durumu ve sağlık sistemi kullanımına yönelik frekans analizleri sunuldu. Katılımcıların %56,3'ü bilinen herhangi bir hastalığa sahip değilken, %43,7'sinin bir veya daha fazla hastalığı vardı. Sürekli bir ilaç kullananların oranının %36,9 olduğu görüldü. Katılımcıların sağlık bilgilerine ulaşma kaynaklarına bakıldığında, %10,2'sinin tv, radyo gazete gibi geleneksel medya kaynaklarından, %35,7'si internetten, %50,5'i ise doktordan sağlık bilgisi edindiğini belirtti. Katılımcıların acil servise başvurma şikayetleri incelendiğinde en yaygın şikayetlerin sırasıyla gastrointestinal (%38,0), solunum (%20,7) ve nöropsikiyatrik (%13,6) sorunlar olduğu görüldü. %44,5'i şikayetlerinin gün içinde geliştiğini belirtirken, %7,8'inin şikayetlerinin bir ayı aşkın süredir olduğu görüldü. Katılımcıların çoğunluğu (%81,5) acile başvurmadan önce aile hekimlerine başvurmadıklarını belirtti.

Başvurmama nedenleri incelendiğinde ise, en yaygın nedenin "yetersiz buluyorum" (%24,2) olduğu görüldü. Ayrıca katılımcılar son 1 yılda ortalama $5,12 \pm 5,74$ kez acil servise başvurduğunu ve $3,45 \pm 4,80$ kez aile hekimlerine başvurduğunu belirtti.

Tablo 3: REALM ve NVS frekans analizleri

Değişkenler	<i>n</i>	%
REALM toplam puan		
$\bar{x} \pm ss$		60,25±10,10
<i>M (min-max)</i>		64 (0-66)
REALM kategorik		
Yetersiz	5	1,5
Kısıtlı	16	4,9
Kısmen yeterli	73	22,4
Yeterli	232	71,2
NVS 1		
Yanlış	149	44,7
Doğru	177	55,3
NVS 2		
Yanlış	303	93,0
Doğru	23	7,0
NVS 3		
Yanlış	97	29,7
Doğru	229	70,3
NVS 4		
Yanlış	124	38,0
Doğru	202	62,0
NVS 5		
Yanlış	52	16,3
Doğru	274	83,7
NVS 6		
Yanlış	69	21,1
Doğru	157	78,9
NVS toplam puan		
$\bar{x} \pm ss$		3,05±1,63
<i>M (min-max)</i>		3 (0-6)
NVS kategorik*		
0-1 puan: yetersiz soy	65	20,0
2-3 puan: orta derecede soy	115	35,1
4-6 puan: yeterli soy	146	44,9

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, *M*: Medyan

REALM ve NVS ölçekleri kullanılarak katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyeleri değerlendirildi. Tablo 3'teki verilere göre, katılımcıların REALM toplam puanının ortalaması $60,25 \pm 10,10$ iken, %1,5'i yetersiz , %4,9'u kısıtlı, %22,4'ü kısmen yeterli ve %71,2'si yeterli düzeyde puan aldı.

NVS toplam puanının ortalaması $3,05 \pm 1,63$ olduğu ve katılımcıların %20,0'sinin yetersiz, %35,1'inin orta derecede ve %44,9'unun yeterli derecede sağlık okuryazarı olduğu belirlendi.

Tablo 4: REALM ve NVS toplam puanları korelasyon ilişkisi

NVS toplam puan	REALM toplam puan	
	<i>rho</i>	0,356
	<i>p</i>	<0,001

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4, REALM ve NVS toplam puanları arasındaki korelasyon ilişkisini göstermektedir. Spearman korelasyon katsayısı (*rho*) 0,356 olarak bulundu. ($p < 0,001$). Bu, REALM ve NVS toplam puanları arasında orta derecede pozitif bir ilişki olduğunu gösterdi. Yani, katılımcıların tıbbi terimleri doğru okuma becerisi ile sağlık bilgilerini anlama ve yorumlama becerisi arasında bir ilişki bulundu. Bu sonuçlar, tıbbi okuryazarlık ile ilgili iki farklı ölçüm aracı olan REALM ve NVS'nin birbirleriyle anlamlı bir ilişki içinde olduğunu ve birinde yüksek puan alan bireylerin diğerinde de yüksek puan alma eğiliminde olduğunu gösterir.

Tablo 4.1: REALM ve NVS kategorilerinin karşılaştırılması

	REALM kategorileri				Test İstatistikleri	
	Yetersiz	Kısıtlı	Kısmen yeterli	Yeterli	χ^2 değeri	<i>p</i> değeri
NVS kategorileri, <i>n</i> (%)						
Yetersiz SOY	2 (3,1)	4 (6,2)	21 (32,2)	38 (58,5)	27,211	<0,001
Orta derecede SOY	2 (1,8)	7 (6,1)	36 (31,6)	70 (60,5)		
Yeterli SOY	1 (0,7)	5 (3,4)	16 (11,0)	124 (84,9)		

‰: Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği

Tablo 4.1, REALM ve NVS kategorilerinin karşılaştırılması yapıldı. NVS kategorileri, yetersiz SOY, orta derecede SOY ve yeterli SOY olarak belirlenirken REALM kategorileri ise yetersiz, kısıtlı, kısmen yeterli ve yeterli olarak belirlendi. Karşılaştırma sonucunda elde edilen χ^2 değeri 27,211'dir ve p değeri <0,001'dir. Bu sonuçlar, REALM ve NVS kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu ilişki, katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyelerini belirlerken hem REALM hem de NVS ölçeklerinin birlikte kullanılabileceğini öne sürmektedir.

Tablo 5: Sosyodemografik özelliklerin REALM kategorilerine göre karşılaştırılması

	REALM			Test İstatistikleri	
	Yetersiz+Kısıtlı	Kısmen yeterli	Yeterli	Test değeri	p değeri
Cinsiyet, n (%)					
Kadın	12 (57,1)	35 (47,9)	126 (54,3)	$\chi^2=1,053$	0,591
Erkek	9 (42,9)	38 (52,1)	106 (45,7)		
Yaş					
$\bar{x} \pm ss$	58,85 $\pm$ 13,99	44,63 $\pm$ 14,41	37,52 $\pm$ 15,01	$H=37,94$ 7	<0,001
<i>M (min-max)</i>	63 (27-80) ^a	45 (18-72) ^b	34 (18-79) ^c		
Yaş kat, n (%)					
50 yaş altı	5 (23,8) ^a	41 (56,2) ^b	176 (75,9) ^c	$\chi^2=35,19$ 0	<0,001
50-65 yaş	10 (47,6) ^a	26 (35,6) ^a	44 (19,0) ^b		
65 yaş üzeri	6 (28,6) ^a	6 (8,2) ^b	12 (5,1) ^b		
Boy, (cm)			168,51 $\pm$ 8,85		
$\bar{x} \pm ss$	164,90 $\pm$ 6,61	169,71 $\pm$ 8,85	170 (152-	$H=5,351$	0,069
<i>M (min-max)</i>	164 (155-182)	170 (152-200)	200)		
Kilo, (kg)					
$\bar{x} \pm ss$	78,09 $\pm$ 14,86	74,79 $\pm$ 13,31	70,27 $\pm$ 15,56	$H=9,924$	0,007
<i>M (min-max)</i>	75 (57-110) ^a	74 (50-110) ^a	70 (39-175) ^b		
VKI, (kg/m²)			24,65 $\pm$ 4,59		
$\bar{x} \pm ss$	28,74 $\pm$ 5,57	25,89 $\pm$ 3,70	24,22 (12,8-	$H=19,70$ 0	<0,001
<i>M (min-max)</i>	26,86 (20,9-43) ^a	26,12 (18-35,1) ^a	60,5) ^b		
Eğitim düzeyi, n (%)					
Ortaokul ve altı				$\chi^2=22,82$ 1	<0,001
Lise	13 (61,9) ^a	35 (47,9) ^a	66 (28,4) ^b		
Üniversite ve	6 (28,5) ^a	22 (30,1) ^a	71 (30,6) ^a		
üstü	2 (9,6) ^a	16 (22,0) ^a	95 (41,0) ^b		

Sosyal güvence, n (%)				$\chi^2=1,243$	0,537
Yok	4 (19,0)	13 (17,8)	55 (23,7)		
Var	17 (81,0)	60 (82,2)	177 (76,3)		
Medeni durum, n (%)				$\chi^2=11,494$	0,003
Bekâr	3 (14,3) ^a	29 (39,7) ^{ab}	117 (50,4) ^b		
Evli	18 (85,7) ^a	44 (60,3) ^{ab}	115 (49,6) ^b		
Gelir düzeyi, n (%)				$\chi^2=3,905$	0,419
Kötü	8 (38,1)	21 (28,8)	74 (31,9)		
Orta	9 (42,9)	45 (61,6)	120 (51,7)		
İyi	4 (19,0)	7 (9,6)	38 (16,4)		
Yaşam kalitesi (hissedilen), n (%)				$\chi^2=14,374$	0,006
Düşük	7 (33,3) ^a	8 (11,0) ^b	76 (32,8) ^a		
Orta	12 (57,1) ^{ab}	59 (80,8) ^b	135 (58,2) ^a		
Yüksek	2 (9,5) ^a	6 (8,2) ^a	21 (9,1) ^a		
Sigara, n (%)				$\chi^2=0,273$	0,872
Hayır	13 (61,9)	41 (56,2)	130 (56,0)		
Evet	8 (38,1)	32 (43,8)	102 (44,0)		
Alkol, n (%)				$\chi^2=2,871$	0,238
Hayır	16 (76,2)	53 (72,6)	148 (63,8)		
Evet	5 (23,8)	20 (27,4)	84 (36,2)		
Düzenli egzersiz, n (%)				$\chi^2=2,164$	0,339
Hayır	16 (76,2)	47 (64,4)	168 (72,7)		
Evet	5 (23,8)	26 (35,6)	64 (27,3)		

%. Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği, a, b ve c üst simgeleri aynı satırdaki değişkenlerde gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri barındıran gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 5’te katılımcıların sosyodemografik özellikleri REALM ölçeği sonuçlarıyla karşılaştırıldı. Cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,591$). REALM yeterli kategorisindeki hastaların yaş ortalaması diğer kategoridekilerden düşüktü ($p < 0,001$). Hastaların boy uzunlukları her üç kategoride de istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,069$). Ancak REALM yeterli grubundaki hastaların kilo ve VKI (Vücut Kitle İndeksi) değerleri diğer kategorilerdeki hastalardan düşük bulundu (sırasıyla $p=0,007$, $p < 0,001$). REALM düzeyi yeterli katılımcıların çoğunun üniversite ve üstü eğitim aldığı görüldü ($p < 0,001$). Sosyal güvence dağılımları REALM kategorilerinde benzerdi ($p=0,537$). Medeni durumları incelendiğinde REALM yetersiz gruptaki katılımcıların çoğunun evli, yeterli grubundakilerin ise çoğunluğunun bekar olduğu görüldü ($p=0,003$). Gelir düzeyi dağılımları ise REALM kategorilerinde benzerdi ($p=0,419$). REALM kısmen yeterli kategorisinde düşük-orta yaşam kalitesine sahip hasta sayılarının oranı diğerlerinden yüksekti ($p=0,006$). Sigara, alkol kullanımları ve düzenli egzersiz yapma durumları ise kategorilerde benzer dağılıma sahipti (sırasıyla $p=0,872$ $p=0,238$ $p=0,339$).

Tablo 6: Sağlık durumu ve sistemlerinin REALM kategorilerine göre karşılaştırılması

	REALM			Test İstatistikleri	
	Yetersiz+Kısıtlı	Kısmen yeterli	Yeterli	χ^2 değeri	<i>p</i> değeri
Bilinen hastalığınız var mı?					
Hayır	9 (42,9)	41 (56,2)	133 (57,6)	1,696	0,428
Evet	12 (57,1)	32 (43,8)	99 (52,4)		
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?					
Hayır	9 (42,9)	45 (61,6)	151 (65,4)	4,271	0,118
Evet	12 (57,1)	28 (38,4)	81 (34,6)		
Sağlık ile ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?					
Tv, radyo,gazete,dergi vs	5 (23,8)	6 (8,2)	22 (9,5)	8,327	0,215
İnternet	4 (19,0)	26 (35,6)	86 (37,1)		
Doktor	10 (47,6)	38 (52,1)	116 (50,0)		
Diğer	2 (9,5)	3 (4,1)	8 (3,4)		
Acil servise başvuru şikâyetiniz nedir					
Gastrointestinal	9 (42,9)	20 (27,4)	95 (40,9)	23,776	0,056
Genitoüriner	0 (0,0)	5 (6,8)	8 (3,4)		
Nöropsikiyatrik	7 (33,3)	15 (20,5)	22 (9,6)		
Kardiyovasküler	0 (0,0)	9 (12,4)	16 (6,9)		
Solunum	1 (4,8)	15 (20,5)	52 (22,4)		
Kas iskelet	3 (14,3)	4 (5,5)	14 (6,0)		
Deri mukoza	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (4,4)		
Diğer	1 (4,8)	4 (5,5)	8 (3,4)		
Asemptomatik	0 (0,0)	1 (1,4)	7 (3,0)		
Şikâyetlerin süresi					
<1 gün	9(42,9)	31(42,5)	104 (44,8)	1,038	0,984
1-14 gün	8(38,1)	30 (41,1)	102 (44,0)		
15-30gün	2 (9,5)	5 (6,8)	9(3,9)		
>30 gün	2 (9,5)	7 (9,6)	17 (7,3)		
Acile gelmeden önce aile hekiminize başvurduğunuz mu?					
Hayır	17 (81,0)	63 (86,3)	185 (80,1)	1,428	0,490
Evet	4 (19,0)	10 (13,7)	47 (19,9)		
Son 1 yılda acil servise kaç kere başvurduğunuz?					
$\bar{x}\pm ss$	7,95±11,98	5,15±6,01	4,85±4,64	0,037	0,981
<i>M (min-max)</i>	3 (1-50)	3 (0-40)	3 (0-21)		
Son 1 yılda aile hekiminize kaç kere başvurduğunuz?					
$\bar{x}\pm ss$	8,90±12,16	3,39±3,37	2,97±3,62	6,234	0,044
<i>M (min-max)</i>	3 (0-40) ^a	3 (0-15) ^{ab}	2 (0-30) ^b		

%: Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, *M*: Medyan, z: Mann-Whitney *U* testi, *a*, *b* üst simgeleri aynı satırdaki değişkenlerde gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri barındıran gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 6’da, katılımcıların bilinen hastalığı olması ve sürekli ilaç kullanması durumu REALM kategorileriyle incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit

edilmedi (sırasıyla $p=0,428$ $p=0,118$). Benzer şekilde katılımcıların sağlık bilgisine erişim yoluyla, acil servise başvuru nedenleriyle, şikayetlerin süresiye ve acil servise başvurmadan önce aile hekimliğine başvurma durumları ile REALM kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (sırasıyla $p=0,215$ $p=0,056$ $p=0,984$ $p=0,49$). REALM kategorileri ile son bir yılda acil servise başvuru sayısı ortalaması incelendiğinde anlamlı bir fark görülmezken, REALM yetersiz-kısıtlı olanların son bir yılda aile hekimine başvuru ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu görüldü (sırasıyla $p=0,981$, $p=0,044$).

Tablo 7: Sosyodemografik özelliklerin NVS kategorilerine göre karşılaştırılması

	NVS			Test İstatistikleri	
	Yetersiz	Orta Derecede	Yeterli	Test değeri	p değeri
Cinsiyet, n (%)					
Kadın	34 (52,3)	61 (53,0)	78 (53,4)	$\chi^2=0,028$	0,986
Erkek	31 (47,7)	54 (47,0)	68 (46,6)		
Yaş	44,84±16,1		38,14±14,9	$H=8,410$	0,015
$\bar{x}\pm ss$	0	41,12±16,34	1		
M (min-max)	46 (18-74) ^a	39 (18-80) ^{ab}	36 (18-77) ^b		
Yaş kat, n (%)				$\chi^2=10,86$ 0	0,028
50 yaş altı	35 (53,8) ^a	76 (66,0) ^{ab}	111 (76,0) ^b		
50-65 yaş	23 (35,4) ^a	29 (25,3) ^{ab}	28 (19,2) ^b		
65 yaş üzeri	7 (10,8) ^a	10 (8,7) ^a	7 (4,8) ^a		
Boy, (cm)	168,29±9,3		169,14±8,7	$H=1,270$	0,530
$\bar{x}\pm ss$	2	168,04±8,88	0		
M (min-max)	168 (152-187)	169 (145-200)	169 (152-192)		
Kilo, (kg)	73,73±18,3		71,11±13,7	$H=0,355$	0,838
$\bar{x}\pm ss$	3	71,74±15,08	3		
M (min-max)	71,5 (49-175)	72 (40-110)	70 (39-103)		
VKI, (kg/m²)	26,02±5,77	25,30±4,53	24,77±4,01	$H=2,117$	0,347
$\bar{x}\pm ss$	24,9 (18,4-60,5)	25,6 (15,4-40)	24,3 (12,8-37,4)		
M (min-max)					
Eğitim düzeyi, n (%)				$\chi^2=13,16$ 4	0,011
Ortaokul ve altı	30 (46,2) ^a	46 (40,7) ^a	38 (26,0) ^b		
Lise	19 (29,2) ^a	36 (30,1) ^a	44 (30,1) ^a		
Üniversite ve üstü	16 (24,6) ^a	33 (29,2) ^a	64 (43,9) ^b		
Sosyal güvence, n (%)				$\chi^2=2,120$	0,346
Yok	17 (23,6)	21 (29,1)	34 (47,3)		

Var	48 (73,8)	94 (82,5)	112 (76,7)		
Medeni durum, n (%)					
Bekâr	29 (44,6) ^{ab}	42 (36,5) ^b	78 (53,4) ^a	$\chi^2=7,896$	0,019
Evli	36 (55,4) ^{ab}	73 (63,5) ^b	68 (46,6) ^a		
Gelir düzeyi, n (%)					
Kötü	21 (32,3)	36 (31,3)	46 (31,5)	$\chi^2=0,342$	0,987
Orta	33 (50,8)	63 (54,7)	78 (53,4)		
İyi	11 (16,9)	16 (14,0)	22 (15,1)		
Yaşam kalitesi (hissedilen), n (%)					
Düşük	18 (27,7)	28 (24,3)	45 (30,8)	$\chi^2=1,849$	0,763
Orta	40 (61,5)	78 (67,8)	88 (60,3)		
Yüksek	7 (10,8)	9 (7,9)	13 (8,9)		
Sigara, n (%)					
Hayır	30 (46,2)	71 (61,7)	83 (56,8)	$\chi^2=3,945$	0,139
Evet	35 (53,8)	44 (38,3)	63 (43,2)		
Alkol, n (%)					
Hayır	46 (70,8)	83 (72,1)	88 (60,3)	$\chi^2=4,578$	0,101
Evet	19 (29,2)	32 (27,9)	58 (39,7)		
Düzenli egzersiz, n (%)					
Hayır	45 (69,2)	79 (68,6)	107 (73,3)	$\chi^2=0,683$	0,711
Evet	20 (30,8)	36 (31,0)	39 (26,7)		

%. Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği, a, b üst simgeleri aynı satırdaki değişkenlerde gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri barındıran gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 7’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile NVS kategorileri analiz edildi. Tablo 5’deki REALM sonuçlarıyla benzer şekilde cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, yaş açısından "Yetersiz" kategorisindeki katılımcıların ortalama yaşlarının diğer kategorilere göre daha yüksek olduğu görüldü (p=0,015). Katılımcıların boy kilo ve beden kitle indeksleri ile NVS düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla p=0,53 p=0,838 p=347) Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde REALM sonuçlarına benzer şekilde "Yetersiz" kategorideki katılımcıların ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olma oranı diğer kategorilere göre daha yükseken, “yeterli” kategorisindekilerin çoğunluğunun üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olduğu görüldü (p=0,011). Yine REALM sonuçlarıyla benzer şekilde NVS “yeterli” puanlanan katılımcıların çoğunluğunun bekar olduğu görüldü (p=0,019). Katılımcıların gelir düzeyleri, sigara içme, alkol tüketme ve düzenli egzersiz yapma alışkanlıkları ile NVS kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterilemedi (sırasıyla p=0,918 p=0,139 p=0,101 p=0,711).

Tablo 8: Sağlık durumu ve sistemlerinin NVS kategorilerine göre karşılaştırılması

	NVS			Test İstatistikleri	
	Yetersiz	Orta derecede	Yeterli	χ^2 değeri	p değeri
Bilinen hastalığınız var mı?					
Hayır	37 (56,9)	59 (51,3)	87 (59,6)	1,785	0,410
Evet	28 (43,1)	56 (48,7)	59 (40,4)		
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?					
Hayır	42 (64,6)	65 (56,5)	98 (67,1)	4,065	0,131
Evet	23 (35,4)	50 (43,5)	48 (32,9)		
Sağlık ile ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?					
Tv, radyo,gazete,dergi vs	4 (6,2)	13 (11,3)	16 (11,0)	9,611	0,142
İnternet	32 (49,2)	40 (34,8)	44 (30,1)		
Doktor	29 (44,6)	56 (48,7)	79 (54,1)		
Diğer	0 (0,0)	6 (5,2)	7 (4,8)		
Acil servise başvuru şikâyetiniz nedir					
Gastrointestinal	24 (37,0)	45 (39,2)	55 (37,7)	22,049	0,142
Genitoüriner	2 (3,1)	7 (6,1)	4 (2,7)		
Nöropsikiyatrik	14 (21,5)	12 (10,4)	18 (12,3)		
Kardiyovasküler	4 (6,2)	14 (12,1)	7 (4,8)		
Solunum	8 (12,3)	20 (17,4)	40 (27,4)		
Kas iskelet	7 (10,7)	6 (5,2)	8 (5,5)		
Deri mukoza	3 (4,6)	3(2,6)	4 (2,8)		
Diğer	2 (3,1)	6 (5,2)	5 (3,4)		
Aseptomatik	1 (1,5)	2 (1,8)	5 (3,4)		
Şikâyetlerin süresi					
<1 gün	24 (36,9)	52 (45,2)	68 (46,5)	4,972	0,547
1-14 gün	33(50,7)	52 (45,2)	55(37,6)		
15-30gün	4 (6,2)	5 (4,3)	7 (4,9)		
>30 gün	4 (6,2)	6 (5,3)	16 (11,0)		
Acile gelmeden önce aile hekiminize başvurduğunuz mu?					
Hayır	51 (78,5)	94 (81,7)	120 (82,2)	0,492	0,782
Evet	14 (21,5)	21 (18,3)	26 (17,8)		
Son 1 yılda acil servise kaç kere başvurduğunuz?					
$\bar{x}\pm ss$	4,82±4,82	5,74±7,27	4,80±4,72	0,578	0,749
M (min-max)	3 (0-20)	3 (0-50)	3 (0-30)		
Son 1 yılda aile hekiminize kaç kere başvurduğunuz?					
$\bar{x}\pm ss$	3,20±3,51	3,89±6,06	3,23±4,15	0,137	0,934
M (min-max)	2 (0-15)	2,5 (0-40)	2 (0-34)		

‰: Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiğı, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, M: Medyan, z: Mann-Whitney U testi

Tablo 8'deki veriler, katılımcıların sağlık durumu ve sistemlerinin NVS kategorilerine göre nasıl dağıldığını göstermektedir. Bilinen hastalık ve sürekli ilaç kullanımı durumlarının NVS kategorileri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmadı (sırasıyla $p=0,410$ $p=0,131$). Sağlık bilgilerine erişim kaynakları incelendiğinde, TV, radyo, gazete gibi geleneksel medya kaynaklarının ve internetin NVS kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı görüldü($p=0,142$). Acil servise başvuru şikayetlerinin dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,142$). Ayrıca, acil servise gelmeden önce aile hekimine başvurma durumunun da NVS kategorileri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,782$). Son olarak, son bir yılda acil servise ve aile hekimine başvuru sayısı ortalaması ile NVS kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,749$ $p=0,934$).

Tablo 9: Sosyodemografik özelliklerin acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Acil Servis Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	Test Değeri	p değeri
Cinsiyet, n (%)				
Kadın	94 (54,3)	79 (45,7)	$\chi^2=0,670$	0,413
Erkek	81 (52,9)	72 (47,1)		
Yaş				
$\bar{x} \pm ss$	40,27 $\pm$ 15,44	40,64 $\pm$ 16,32	$z=0,103$	0,918
M (min-max)	39 (18-77)	38 (18-80)		
Yaş kategorileri, n (%)				
50 yaş altı	119 (53,6)	103 (46,4)	$\chi^2=0,079$	0,961
50-65 yaş	43 (53,7)	37 (46,3)		
65 yaş üzeri	13 (54,1)	11 (45,9)		
Boy, (cm)				
$\bar{x} \pm ss$	168,44 $\pm$ 8,86	168,66 $\pm$ 8,78	$z=0,307$	0,759
M (min-max)	169 (150-200)	168,5 (145-192)		
Kilo, (kg)				
$\bar{x} \pm ss$	72,30 $\pm$ 16,18	71,20 $\pm$ 14,03	$z=0,248$	0,804
M (min-max)	70 (43-175)	70 (39-105)		
VKI, (kg/m²)				
$\bar{x} \pm ss$	25,42 $\pm$ 5,15	24,95 $\pm$ 3,92	$z=0,043$	0,965
M (min-max)	24,63 (17,67-60,55)	24,89 (12,88-40,01)		
Eğitim düzeyi, n (%)				
Ortaokul ve altı	55 (48,2)	59 (51,8)	$\chi^2=2,515$	0,284
Lise	57 (58,5)	42 (41,5)		
Üniversite ve üstü	63 (56,4)	50 (43,6)		
Sosyal güvence, n (%)				
Yok	38 (52,7)	34 (47,3)	$\chi^2=0,094$	0,760
Var	137 (54,3)	117 (45,7)		

Medeni durum, n (%)				
Bekâr	87 (58,3)	62 (41,7)	$\chi^2=1,842$	0,175
Evli	88 (49,7)	89 (50,3)		
Gelir düzeyi, n (%)				
Kötü	61 (59,2)	42 (40,8)	$\chi^2=3,252$	0,197
Orta	85 (49,9)	89 (51,1)		
İyi	29 (59,1)	20 (40,9)		
Yaşam kalitesi, n (%)				
Düşük	42 (46,0)	49 (54,0)	3,294	0,193
Orta	118 (57,5)	88 (42,5)		
Yüksek	15 (51,7)	14 (48,3)		
Sigara, n (%)				
Hayır	90 (48,9)	94(51,1)	2,285	0,131
Evet	85(59,8)	57 (40,2)		
Alkol, n (%)				
Hayır	121 (56,0)	96 (44,0)	1,184	0,277
Evet	54 (49,5)	55 (50,5)		
Düzenli egzersiz, n (%)				
Hayır	126 (54,5)	105 (45,5)	0,057	0,812
Evet	49 (51,5)	46 (48,5)		

%. Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği

Tablo 9, sosyodemografik özelliklerin acil servise başvuru sayısının kategorilerine göre karşılaştırılmasını içermektedir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, kadınların %54,3'ü son bir yılda 3 veya daha az acil servise başvururken, erkeklerin %47,1'inin 3'ten fazla acile başvurduğu görüldü ($p=0,413$). Katılımcıların acil servise başvuru sayısı ile yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksleri (VKI) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p=0,918$ $p=0,759$ $p=0,804$ $p=0,965$). Eğitim düzeyleri incelendiğinde orta okul ve altı eğitim seviyesinde olan katılımcıların acil servise başvuru sayısının daha fazla oranda olduğu görüldü ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,284$) Sosyal güvence, medeni durum, gelir düzeyi, yaşam kalitesi, sigara ve alkol kullanımı ve düzenli egzersiz yapma durumu açısından yapılan karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi (sırasıyla $p=0,760$ $p=0,175$ $p=0,197$ $p=0,193$ $p=0,131$ $p=0,277$ $p=0,812$).

Tablo 10: Sağlık durumu ve sistemlerinin acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Acil Servis Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	χ^2 değeri	p değeri
Bilinen hastalığınız var mı?				
Hayır	103 (56,5)	80 (43,5)	1,180	0,277
Evet	72 (50,4)	71 (49,6)		
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?				
Hayır	116 (56,8)	89 (43,2)	1,929	0,165
Evet	59 (48,8)	62 (51,2)		
Sağlık ile ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?				
Tv, radyo,gazete,dergi vs	14 (42,4)	19 (57,6)	5,042	0,169
İnternet	70 (60,5)	46 (39,5)		
Doktor	83 (50,6)	81 (49,4)		
Diğer	8 (67,0)	5 (33,0)		
Acil servise başvuru şikâyetiniz nedir				
Gastrointestinal	63 (50,8)	61 (49,1)	4,775	0,781
Genitoüriner	5 (38,5)	8 (61,5)		
Nöropsikiyatrik	26 (60,5)	18 (39,5)		
Kardiyovasküler	12 (46,8)	13 (53,2)		
Solunum	41 (60,2)	27 (39,8)		
Kas iskelet	10 (47,6)	11 (52,4)		
Deri mukoza	5 (50,0)	5 (50,0)		
Diğer	8 (58,3)	5 (41,7)		
Aseptomatik	5 (62,5)	3 (37,5)		
Şikâyetlerin süresi				
<1 gün	78 (54,1)	66 (45,9)	1,191	0,755
1-14 gün	76 (54,3)	64 (45,7)		
15-30gün	7 (42,9)	9 (57,1)		
>30 gün	14 (52,0)	12 (48,0)		
Acile gelmeden önce aile hekiminize başvurduğunuz mu?				
Hayır	137 (51,7)	128 (48,3)	2,451	0,117
Evet	38 (63,2)	23 (36,8)		
Son 1 yılda aile hekiminize kaç kere başvurduğunuz?				
$\bar{x} \pm ss$	2,74 $\pm$ 3,82	4,32 $\pm$ 5,73	3,595	<0,001
M (min-max)	2 (0-30)	3 (0-40)		

%; Satır yüzdesi, M : Medyan, χ^2 : Kikare test istatistiği, z : Mann-Whitney U testi

Tablo 10'da, sağlık durumu ve sağlık sistemlerinin acil servise başvuru sayısı kategorilerine göre karşılaştırılması yapıldı. Katılımcıların bilinen bir hastalığı ve sürekli kullanılan ilaçları olup olmamasıyla acil servise başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi ($p=0,277$ $p=0,165$). Benzer şekilde sağlık bilgisine ulaşma kaynakları ile acil servise başvuru sayıları gruplaması arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi ($p=0,169$). Acil servise başvuru şikayetleri ve şikayetlerin süresi ile başvuru sayıları arasında yapılan karşılaştırmada da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi ($p=0,781$ $p=0,755$). Ancak son bir yılda aile hekimine başvuru sayısı ile acil servis başvuru sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($z=3,595$; $p<0,001$). Aile hekimine daha sık başvuran bireylerin acil servise de daha fazla başvurduğu görüldü.

Tablo 11: REALM ve NVS kategorilerinin acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Acil Servis Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	χ^2 değeri	p değeri
REALM kategorik				
Yetersiz	3 (60,0)	2 (40,0)	0,211	0,976
Kısıtlı	8 (50,0)	8 (50,0)		
Kısmen yeterli	40 (54,9)	33 (45,1)		
Yeterli	124 (53,6)	108 (46,4)		
NVS kategorik*				
0-1 puan: yetersiz soy	35 (54,7)	30 (45,3)	0,127	0,938
2-3 puan: orta derecede soy	61 (53)	54 (47)		
4-6 puan: yeterli soy	79 (54,2)	67 (45,8)		

%%: Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği

Tablo 11'de katılımcıların acil servis başvuru sayısı ile REALM ve NVS kategorilerinin karşılaştırılması yapıldı. Ancak acil servis başvuru sayılarıyla sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (sırasıyla $p=0,976$ $p=0,938$).

Tablo 11.1: REALM ve NVS puanlarının acil servis başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Acil Servis Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	<i>z</i> değeri	<i>p</i> değeri
REALM toplam puan				
$\bar{x} \pm ss$	60,15±10,28	60,18±10,20	0,099	0,921
<i>M</i> (<i>min-max</i>)	64 (0-66)	64 (0-66)		
NVS toplam puan				
$\bar{x} \pm ss$	3,12±1,68	2,95±1,59	1,053	0,292
<i>M</i> (<i>min-max</i>)	3 (0-6)	3 (0-5)		

M : Medyan, z : Mann-Whitney U testi

Tablo 11.1'e göre REALM ve NVS toplam puan ortalamaları; acil servis başvuru sayısı 3 ve daha az olan grup ve 3'ten fazla olan grupta istatistiksel olarak benzer bulundu (sırasıyla $p=0,921$ $p=0,292$).

Tablo 12: Sosyodemografik özelliklerin aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Aile Hekimliği Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	Test Değeri	p değeri
Cinsiyet, n (%)				
Kadın	102 (59,0)	71 (41,0)	$\chi^2=4,790$	0,029
Erkek	108 (70,6)	45 (29,4)		
Yaş				
$\bar{x}\pm ss$	39,30 $\pm$ 14,64	42,62 $\pm$ 17,61	$z=1,267$	0,205
M (min-max)	37 (18-75)	42 (18-80)		
Yaş kategorileri, n (%)				
50 yaş altı	152 (68,5)	70 (31,5)	$\chi^2=5,018$	0,081
50-65 yaş	45 (56,3)	35 (43,7)		
65 yaş üzeri	13 (54,2)	11 (45,8)		
Boy, (cm)				
$\bar{x}\pm ss$	169,20 $\pm$ 8,81	167,36 $\pm$ 8,93	$z=1,889$	0,059
M (min-max)	169 (145-200)	168 (150-192)		
Kilo, (kg)				
$\bar{x}\pm ss$	72,47 $\pm$ 15,87	70,57 $\pm$ 13,90	$z=1,264$	0,206
M (min-max)	72 (39-175)	68 (42-110)		
VKI, (kg/m²)				
$\bar{x}\pm ss$	25,34 $\pm$ 4,84	25,11 $\pm$ 4,12	$z=0,110$	0,912
M (min-max)	24,80 (12,88-60,55)	24,73 (15,43-42,97)		
Eğitim düzeyi, n (%)				
Ortaokul ve altı	60 (52,6)	54 (47,4)	$\chi^2=11,228$	0,004
Lise	72 (73,2)	27 (26,8)		
Üniversite ve üstü	78 (69,0)	35 (31,0)		
Sosyal güvence, n (%)				
Yok	57 (79,2)	15 (20,8)	$\chi^2=8,771$	0,003
Var	153 (60,2)	101 (39,8)		
Medeni durum, n (%)				
Bekâr	105 (70,5)	44 (29,5)	$\chi^2=4,386$	0,036
Evli	105 (59,3)	72 (40,7)		
Gelir düzeyi, n (%)				
Kötü	64 (62,1)	39 (37,9)	$\chi^2=0,438$	0,803
Orta	113 (64,9)	61 (35,1)		
İyi	33 (67,3)	16 (32,7)		
Yaşam kalitesi (hissedilen), n (%)				
	48 (52,7)	43 (47,3)	7,669	0,022
	143 (69,4)	63 (30,6)		

Düşük	19 (65,5)	10 (34,5)		
Orta				
Yüksek				
Sigara, n (%)				
Hayır	117 (63,6)	67 (36,4)	0,127	0,722
Evet	93 (65,5)	49 (34,5)		
Alkol, n (%)				
Hayır	129 (59,4)	88 (40,6)	6,994	0,008
Evet	81 (74,3)	28 (25,7)		
Düzenli egzersiz, n (%)				
Hayır	159 (68,8)	72 (31,2)	7,120	0,008
Evet	51 (53,6)	44 (46,4)		

%%: Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği

Tablo 12 de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile aile hekimliğine başvuru sayıları arasındaki ilişki incelendi. Kadın katılımcıların son bir yıl içinde aile hekimliğine başvuru sayısının erkeklerden daha fazla olduğu görüldü ($p=0,029$). Katılımcıların yaş, boy, kilo ve VKI değerleri ile aile hekimliği başvuru sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Ancak katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça aile hekimliğine başvuru sayısının azaldığı görüldü ($p=0,004$). Sosyal güvencesi olanlarda aile hekimliğine başvuru sayılarının daha fazla olduğu görüldü ($p=0,003$). Benzer şekilde evli olan katılımcıların aile hekimliğine başvuru sayıları bekâr olanlardan fazlaydı ($p=0,036$). Gelir düzeyi dağılımları ile aile hekimliğine başvuru sayıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken; yaşam kalitesini düşük olarak değerlendiren katılımcıların aile hekimliğine başvurma oranları diğerlerinden yüksekti ($p=0,803$ $p=0,022$). Alkol kullanmayan ve düzenli egzersiz yapan katılımcıların aile hekimliğine başvuru sayıları daha fazla bulundu (her ikisi için de $p=0,008$) Ancak sigara kullanma durumları ile aile hekimliğine başvuru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,722$)

Tablo 13: Sağlık durumu ve sistemlerinin aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Aile Hekimliği Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	χ^2 değeri	p değeri
Bilinen hastalığınız var mı?				
Hayır	138 (75,4)	45 (24,6)	22,492	<0,001
Evet	72 (50,3)	71 (49,7)		
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?				

Hayır	154 (75,1)	51 (24,9)	28,289	<0,001
Evet	56 (45,8)	65 (54,2)		
Sağlık ile ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?				
Tv, radyo,gazete,dergi vs	20 (60,6)	13 (39,4)	2,525	0,471
İnternet	80 (69,0)	36 (31,0)		
Doktor	103 (62,8)	61 (37,2)		
Diğer	7 (53,8)	6 (46,2)		
Acil servise başvuru şikâyetiniz nedir				
Gastrointestinal	78 (63,4)	46 (36,6)	8,002	0,433
Genitoüriner	7 (53,8)	6 (46,2)		
Nöropsikiyatrik	29 (65,9)	15 (34,1)		
Kardiyovasküler	11 (44,0)	14 (56,0)		
Solunum	47 (70,1)	21 (29,9)		
Kas iskelet	16 (76,2)	5 (23,8)		
Deri mukoza	7 (70,0)	3 (30,0)		
Diğer	9 (69,2)	4 (30,8)		
Asemptomatik	6 (75,0)	2 (25,0)		
Şikâyetlerin süresi				
<1 gün	92 (63,9)	52 (36,1)	2,345	0,504
1-14 gün	94 (67,1)	46 (32,9)		
15-30gün	11 (71,4)	5 (28,6)		
>30 gün	13 (50,0)	13 (50,0)		
Acile gelmeden önce aile hekiminize başvurduğunuz mu?				
Hayır	174 (65,7)	91 (34,3)	1,144	0,285
Evet	36 (59)	25 (41)		
Son 1 yılda acil servise kaç kere başvurduğunuz?				
$\bar{x}\pm ss$	4,15 $\pm$ 3,79	6,92 $\pm$ 7,91	z=2,547	0,011
M (min-max)	3 (0-20)	5 (0-50)		

‰: Satır yüzdesi, *M*: Medyan, χ^2 : Kikare test istatistiğı, z: Mann-Whitney *U* testi

Tablo 13'a göre, bilinen hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullananların aile hekimliğine 3'ten fazla başvurma oranları, bu özelliklere sahip olmayanlardan anlamlı derecede yüksekti (her ikisi için de $p<0,001$). Sağlık ile ilgili bilgiye ulaşım kaynakları, acil servise başvuru şikâyetleri, şikâyetlerin süresi ve acile gelmeden önce aile hekimine başvurup başvurmama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (sırasıyla $p=0,471$ $p=0,433$ $p=0,504$ $p=0,285$). Son bir yılda aile hekimine 3'ten fazla başvuru yapan katılımcıların acil servise başvuru sayılarının da daha fazla olduğu görüldü ($p=0,011$).

Tablo 14: REALM ve NVS kategorilerinin aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Aile Hekimliği Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	χ^2 değeri	p değeri
REALM kategorik				
Yetersiz	4 (80,0)	1 (20,0)	4,146	0,246
Kısıtlı	7 (43,7)	9 (56,3)		
Kısmen yeterli	45 (61,6)	28 (38,4)		
Yeterli	154 (66,4)	78 (33,6)		
NVS kategorik*				
0-1 puan: yetersiz soy	44 (66,7)	21 (33,3)	1,691	0,429
2-3 puan: orta derecede soy	69(60)	46 (40)		
4-6 puan: yeterli soy	97 (66,4)	49 (33,6)		

%%: Satır yüzdesi, χ^2 : Kikare test istatistiği

Tablo 14'e göre, REALM ve NVS kategorileri ile aile hekimliği başvuru kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi (sırasıyla p=0,246 p=0,429).

Tablo 14.1: REALM ve NVS puanlarının aile hekimliği başvuru kategorilerine göre karşılaştırılması

	Aile Hekimliği Başvurusu		Test İstatistikleri	
	3 ve daha az	3'ten fazla	z değeri	p değeri
REALM toplam puan				
$\bar{x} \pm ss$	60,60±10,22	59,61±9,91	0,829	0,407
M (min-max)	64 (0-66)	63 (0-66)		
NVS toplam puan				
$\bar{x} \pm ss$	3,03±1,67	3,07±1,58	0,178	0,859
M (min-max)	3 (0-6)	3 (0-5)		

M: Medyan, z: Mann-Whitney U testi

Tablo 14.1'e göre, REALM ve NVS toplam puan ortalamaları ile aile hekimliği başvuru kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi (sırasıyla p=0,407 p=0,859). Bu sonuçlar, hastaların sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile aile hekimliği başvuru davranışları arasında doğrudan bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Tablo 15: Aile hekimi başvuru sayıları grupları için parametrelerin çoklu ikili lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	β	Standart hata	Wald İstatistikleri	p	Odds Oran	Odds Oranı için %95 GS	
						Alt sınır	Üst Sınır
Sabit	-5,492	0,908	36,556	<0,001	0,004		
Sosyal güvence	1,047	0,367	8,122	0,004	2,850	1,387	5,856
Sürekli ilaç kullanımı	1,105	0,260	18,109	<0,001	3,020	1,813	5,030
Son bir yıl acil başvuru sayısı	0,086	0,024	12,668	<0,001	1,089	1,039	1,142

Modele Alınan Değişkenler: Sosyal güvence, Medeni durum, Yaşam kalitesi, Alkol, Düzenli egzersiz, Bilinen hastalık, Sürekli ilaç kullanımı, Aile hekiminize neden gitmediniz, Son bir yıl acil başvuru sayısı, REALM puan, NVS toplam.
Model İstatistikleri: Hosmer and Lemeshov Testi $\chi^2=4,608$; $p=0,708$; Nagelkerke $R^2=0,218$
Eleme Yöntemi: Backward-Wald

β : Regresyon katsayısı, GS: Güven sınırları

Tablo 15’te elde edilen sonuçlara göre, aile hekimine başvuru sayılarını öngörmede sosyal güvence, sürekli ilaç kullanımı ve son bir yılda acil servise başvuru sayıları istatistiksel olarak önemli bulundu. Bu analize göre, sosyal güvencesi olanların 2,850 kat aile hekimine 3’den fazla başvurma olasılığının arttığı gözlemlendi. Benzer şekilde, sürekli ilaç kullanımı durumunda bu durum 3,020 kat, son bir yıl içinde acil servise başvuru sayısının artması durumunda ise 1,089 kat daha fazla olmaktadır. Bu sonuçlar, sosyal güvence varlığının, kronik ilaç kullanımının ve acil servis ziyaretlerinin aile hekimine başvuru sıklığını belirlemede önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan bireylerin %53,1'i kadın ve %46,9'u erkekti. Bu oran araştırmadaki cinsiyet dağılımının benzer olduğunu ancak kadın katılımcıların biraz daha fazla olduğunu göstermektedir. Hollanda'da toplum sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan kapsamlı bir anket çalışmasında kadın katılımcılar %52.9'luk bir oran bildirilmiş olup sonuçlarımız benzerlik göstermektedir (96). Bu fark kadınların sağlık durumlarını erkeklere göre daha fazla önemseme, sağlık hizmetlerine erişimde kadınların daha aktif olmaları veya belirli sağlık sorunlarının kadınlarda daha fazla görülmesi gibi faktörlere bağlı olarak hastaneye başvuru sıklığından kaynaklı olabilir.

Yaş kategorilerine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğunun 50 yaş altında olduğu görülmektedir (%68,1). Bu durum, çalışmanın genç ve orta yaşlı bireyler üzerinde daha fazla odaklandığını göstermektedir. İngiltere'de toplum sağlık okuryazarlığını belirlemek üzere 2309 katılımcı üzerinde gerçekleştirilen bir anket çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 54 bulunmuştur (97). Bu farklılık gelişmiş ülkelerde yaşlı popülasyon oranının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Araştırmada incelenen verilere göre, katılımcıların eğitim düzeyleri arasında bir denge olduğu görülmektedir. %35,2'si ortaokul ve altı, %29,9'u lise ve %34,9'u üniversite ve üstü eğitim almıştır. Bu veriler, katılımcıların eğitim düzeylerinin genel olarak birbirine yakın olduğunu göstermektedir. TÜİK'in 2022 verilerine göre toplumun %30,2'si ortaokul ve altı, %23,2'si lise ve %23,9'u üniversite mezunudur (98). Bu durum, araştırmanın katılımcılarının genel nüfusa kıyasla eğitim düzeylerinin benzer olduğunu gösterebilir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %43.6'sının sigara kullandığı belirlenmiştir. Çalışkan ve ark. yaptığı çalışmada, Türkiye'de 15 yaş üzeri sigara kullanım oranının %31,7 olduğunu bildirmiştir (99). Bizim çalışmamızın 18 yaş üzeri bireylerde gerçekleştirilmiş olması bu farkın oluşmasına sebep olmuş olabilir. Yine çalışmamızda sigara kullanımı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla REALM ve NVS $p=0,872$ $p=0,139$). Ancak literatüre bakıldığında birçok çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı yüksek nikotin bağımlılığı ile ilişkilendirildiği görüldü (100,101).

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma oranının %28,9 dur. Düzenli egzersiz yapmanın sağlık üzerinde birçok olumlu etkisi vardır, bunlar arasında obeziteyi önleme, kalp sağlığını artırma, stresi azaltma ve genel yaşam kalitesini yükseltme yer alır (102).

Katılımcıların %56,3'ünün bilinen bir hastalığı olmadığı, %43,7'sinin ise bir veya daha fazla hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığa sahip olma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (REALM ve NVS için sırasıyla $p=0,428$ $p=0,410$). Fırat Üniversitesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık seviyeleri ve bunu etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada katılımcıların %36,22'sinin en az bir kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha düşük olduğu görülmüştür (103). Avrupa da yapılan bir çalışmada kronik hastalıkların düşük SOY ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (74). Atatürk Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada en az bir kronik hastalığı olan bireyde sağlık okuryazarlığı puanları anlamlı derecede düşük çıkmıştır (104). Bunun sebebinin sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek kişilerin daha etkin bir şekilde sağlık hizmetlerini kullanması ve hastalıklara yakalanma olasılıklarının düşmesi ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda kronik hastalığı olma durumuyla acil servis başvuru sayıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; kronik hastalığı olanların aile hekimliğine daha sık başvurduğu görülmüştür ($<0,001$). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da kronik hastalık sayısı arttıkça aile hekimliğine başvuru sayısının arttığı görülmüştür (105). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin aile hekimliğine daha sık başvurduğu görülmüştür (106).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin, sağlık bilgilerine erişim amacıyla, %10,2'sinin geleneksel medya kaynaklarından, %35,7'sinin internetten ve %50,5'inin doktordan faydalandığı görülmektedir. Percheski ve ark. ABD'de yaptığı bir araştırmada, toplumun sağlık bilgisine en çok erişim kaynağı olarak sağlık profesyonellerine başvurduğunu belirtmiş olup sonuçlar elde ettiğimiz sonuçlarla tutarlılık göstermektedir (107). Uğurlu ve ark. yaptığı çalışmada hastaların %32,8'inin sağlıkla ilgili bilgilere internetten ulaştığı görülmüştür (108). Chen ve ark. 600 hasta üzerinde yaptığı bir diğer çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, sağlık bilgisi kaynağı olarak sosyal medya ve blogları tercih ettiğini ve bu kaynaklara daha fazla güvendiğini belirtmiştir (109). İnternetin önemli bir bilgi kaynağı olarak öne çıkması, dijital sağlık okuryazarlığının ve çevrimiçi sağlık bilgisi doğruluğunun önemini

artırmaktadır. Bu bulgu, sağlık bilgisi paylaşımında güvenilir ve doğrulanmış kaynakların önemini de göz önüne sermektedir. Öte yandan, doktorların en yaygın bilgi kaynağı olması, sağlık profesyonellerinin halen en güvenilir bilgi sağlayıcısı olduğunu göstermektedir.

Acil servis yeşil alana başvurusu olan katılımcıların en yaygın acil servise başvuru şikayetleri gastrointestinal (%38,0), solunum (%20,7) ve nöropsikiyatrik (%13,6) sorunlar olarak belirlenmiştir. Elixhauser vs ark., 16 milyon hasta üzerinde yaptığı geniş çaplı araştırmada acil servise en sık başvuru sebebinin solunumsal semptomlar olduğunu belirtmiştir (110). Bu farklılığa ülkemizde yeşil alan hastalarının acil servisleri bilinçsiz şekilde acil olmayan durumlar için kullanımının fazla olması sebep olmuş olabilir. Düşük sağlık okuryazarlığı sık acil servis kullanımına, yeniden hastane yatışlarına ve daha sık hekime başvuruya da yol açmaktadır (111). Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ile acil servis başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (REALM ve NVS için sırasıyla $p=0,921$ $p=0,292$). Ancak Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) çalışmasında; sağlık okuryazarlığı puanı düşük olan grupta; 3 ya da daha çok kez acil servis başvuru oranı daha yüksek bulunmuştur (112).

Katılımcıların %81,5'inin acile başvurmadan önce aile hekimlerine başvurmadığını ifade etmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince kullanılmadığını bariz şekilde ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlık sisteminde eğitimin ve toplumun birinci basamak sağlık hizmeti farkındalığını artırma ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Birinci basamak bakımın daha iyi erişilebilirliği ve sürekliliği, acil servis kullanımını önemli ölçüde azaltabilir (113). Çalışmaya dahil olan bireylerin aile hekimlerine başvurmayıp acil servisleri tercih etmelerinin nedenleri arasında "yetersiz buluyorum" (%24,2) ve "daha kolay ulaşabiliyorum" (%13,8) gibi ifadelerde bulunması, toplumun eğitilerek farkındalığın artırılması yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirlik ve algılanan kalite açısından iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada acil servise başvuran katılımcıların şikâyetlerinin süresine ilişkin veriler, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve hastaların acil servise başvurma davranışları hakkında önemli ipuçları sunmaktadır. Katılımcıların yalnızca %44,5'inin acil servise semptomlar başladıktan 24 saat içinde başvurmuş olması, geri kalan büyük bir kitlenin çok acil olmayan durumlar için acil servisleri kullanıyor olduğunu işaret etmektedir. Uslu ve ark., 763 hasta üzerinde yaptığı araştırmada çalışmaya dahil edilen hastaların

%44,5'inin semptom başlangıcından sonraki 24 saat içinde başvurduğunu bildirmiş olup elde ettiğimiz sonuçlar birebir aynı bulunmuştur (114). Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve toplumun birinci basamak sağlık hizmet bilincinin sorgulanması gerektiğini işaret edebilir.

REALM ölçeği ile katılımcıların tıbbi terimleri okuma becerileri değerlendirilmiş ve ortalama puanın $60,25 \pm 10,10$ olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Özdemir ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ortalama REALM skoru 60.29 ± 0.32 olarak bulunmuştur (67). Bu bulgular, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%93,6) tıbbi terimleri okuma konusunda yeterli veya kısmen yeterli olduğunu göstermektedir. Ancak, %6,4'lük bir kesimin yetersiz veya kısıtlı okuma becerilerine sahip olması, bu bireylerin sağlık bilgilerini anlamada ve kullanmada zorlanabileceklerini ortaya koymaktadır. Mitchell ve ark., sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada yetersiz REALM skoru olan katılımcı oranı %20 olarak belirlenmiştir (115).

NVS ölçeği ile katılımcıların sağlık bilgilerini anlama ve yorumlama becerileri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, katılımcıların yaklaşık %20'sinin sağlık bilgilerini anlama ve yorumlama konusunda yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, bu kişilerin sağlık bilgilerini doğru şekilde kullanmakta zorluk yaşadıklarını ve bu nedenle sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımlarında olumsuz sonuçlarla karşılaşabileceklerini göstermektedir. Özdemir ve ark.'nın bir aile hekimliği kliniğine başvuran hastalara NVS ölçeği uygulayarak yürüttükleri çalışmada bireylerin %21'inin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tespit edilmiştir (67). Huang ve ark. 2018 yılında ABD'de yaptığı bir araştırmada katılımcıların %17,8'inin NVS skoruna göre yetersiz SOY oranına sahip olduğu bildirilmiştir (116). Elde edilen sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatürde, düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerinin sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (117). Bu nedenle, bu gruba yönelik özel eğitim programları ve destek mekanizmaları geliştirilmelidir.

Çalışmamızda cinsiyet ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Literatüre bakıldığında cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bursa ilinde yapılan bir çalışmada erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (118). Yine İzmir'de bir aile hekimliğine başvuran kişilerin sağlık okuryazarlığının incelendiği bir çalışmada

erkeklerin sağlık okuryazarlığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (119). Avrupa’da sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan bir çalışmada ise erkeklerin sağlık okuryazarlık oranı daha düşük bulunmuştur (53). Bir başka çalışmada diyabet hastalığı olan yaşlılarda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler araştırılmış ve çalışmamıza benzer şekilde sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunamadığı grlmştir (120). Elde edilen bu bulgulara dayanarak cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir etmen olmadığı söylenebilir.

REALM skoru yeterli bulunan katılımcıların yaş ortalaması diğer kategorilere göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Bu durum, genç bireylerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürdeki alışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (121,122). Genç neslin daha yüksek eğitim seviyesine ve teknolojik kaynaklara erişiminin daha fazla olması, sağlık bilgilerini daha kolay anlamalarını ve yorumlamalarını sağlayabilir. Aynı zamanda bu bulgu, sağlık bilgilerini anlama ve yorumlama yeteneğinin eğitim düzeyiyle arttığını ve düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmak için hedeflenmiş eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Jansen ve ark. Hollanda’da 1811 yetişkin hasta üzerinde yaptığı çalışmada, daha yüksek eğitim düzeyinin yüksek SOY ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmiş olup elde ettiğimiz bulguları destekler niteliktedir (123). Baker ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu ve daha düşük eğitim seviyelerine sahip bireylerin daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (124). Bu bilgiler ışığında sağlık profesyonellerinin, düşük eğitim seviyesine sahip hastalara yönelik daha sade bir dil kullanarak sağlık bilgilerini daha erişilebilir hale getirmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda REALM leğinde yeterli sağlık okuryazarlığı olan katılımcıların daha düşük kiloda ve Vücut Kitle Endeksinde (VKI) olduğu görüldü. Literatüre bakıldığında birçok çalışmada benzer sonuçlar elde edildiği, sağlık okuryazarlık düzeyi arttıka VKI’nin azaldığı grlmştir (125-127) Hastaların beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını dzenleyememesi ile sağlık okuryazarlığının düşük olması paralellik gösteriyor olabilir. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada daha genç ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda NVS skorunun daha yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Bu durum genç ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin, sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi anlama, değerlendirme ve kullanma

yeteneklerine sahip olduklarını gösterebilir. Brezilya’da yapılan bir çalışmada SOY’un genel eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu ve genç bireylerde daha yüksek SOY oranı olduğu belirtilmiştir (128). Bu bulgu, genç ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık okuryazarlığı açısından daha avantajlı oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Son 1 yıl içinde kadınların aile hekimlerine başvuru sayısının erkeklerden daha yüksek olması, kadınların sağlık hizmetlerini daha sık kullandığını göstermektedir. Literatürde kadınların sağlık hizmetlerine daha fazla başvurduğuna dair bulgular bulunmaktadır (129,130). Kadınların sağlık konusunda daha bilinçli olmaları, sağlık sorunlarını erken dönemde fark etmeleri ve genel olarak sağlık hizmetlerine erişimde daha proaktif olmaları bu durumu açıklayabilir.

Evli hastaların bir yıl içinde aile hekimliğine başvuru sayısı bekar bireylere göre daha fazla bulunmuştur ($p=0,036$). Evli bireyler, genellikle sağlık konusunda daha fazla sorumluluk taşıyabilirler ve bu nedenle sağlık hizmetlerine daha sık başvurabilirler. Ayrıca evli çiftlerin birbirinin sağlığını önemsemesi neticesinde, oluşabilecek sağlık sorunlarına daha bilinçli ve özenli bir yaklaşım sergileyebilirler. Bjørnelv G. ve ark. tarafından yapılan çalışmada evli hastaların, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinden bekar bireylere oranla daha fazla yararlandığını ve hiç evlenmemiş hastalara kıyasla toplam sağlık harcamalarının daha düşük olduğunu belirtmiştir (131). Bu bulgu ayrıca, aile içi sosyal desteğin sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Bu araştırmada yapılan çok değişkenli istatistiklerde; bilinen kronik bir hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanımı olan bireylerin olmayanlara göre, aile hekimine 1 yıl içindeki başvuru sayıları anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. Estonya’da 2021 yılında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde kronik hastalıklara sahip bireylerin aile hekimini daha sık kullandığı bildirilmektedir (132). Bu durum kronik hastalıkların sürekli izlem ve tıbbi bakım gerektirmesinden kaynaklanmaktadır (133). Kronik hastalıkların yönetimi, hastaların düzenli aralıklarla aile hekimlerine başvurmasını zorunlu kılar, çünkü bu hastalıkların kontrol altında tutulması ve komplikasyonların önlenmesi için sürekli takip gereklidir. Düzenli ilaç kullanımı da hastaların reçetelerini yenilemek ve tedavi planlarını gözden geçirmek için sıkça sağlık kuruluşlarına başvurmalarını gerektirir.

Yine çalışmada yapılan çok değişkenli analizlerin sonucunda, aile hekimine daha fazla başvuran bireylerin acil servise de daha sık başvurduğu görülmektedir. Benzer şekilde Gaziantep Tıp Fakültesi acil servisinde Akbayram ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada acil servisleri çok sık tercih eden bireylerin aynı zamanda birinci basamak sağlık merkezlerini de sık sık tercih ettikleri belirtilmiştir (134). Literatürde yapılan bazı çalışmalar, aile hekimi sürekliliğinin acil servis başvurularını azalttığını belirtse de bu çalışmada elde edilen veriler, daha sık aile hekimine başvurmanın sağlık durumu kötü olan bireylerin daha fazla sağlık hizmeti talep etmesiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (135,136). Bu bulgu, sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun ve yönetiminin önemini vurgulamakta, kronik hastalıkların yönetiminde aile hekimi ve acil servis arasındaki iş birliğinin artırılması gerektiğini işaret etmektedir.

Limitasyon

Çalışma verilerinin tek bir merkezden elde edilmiş olması çalışmanın genelleme yeteneğini nispeten kısıtlamaktadır. Ayrıca, çalışmada incelenen ilişkilerin neden-sonuç ilişkileri olup olmadığına dair kesin sonuçlar çıkarmak için diğer faktörlerin kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu çalışma, katılımcıların kısa bir dönemdeki sağlık hizmeti kullanımını değerlendirmiştir, dolayısıyla uzun vadeli etkilerin ve trendlerin belirlenmesi için daha uzun süreli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu sınırlılıkların dikkate alınması, çalışmanın sonuçlarının ve çıkarımlarının yorumlanması sırasında önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde edilen bulgular, aile hekimliğı kullanımının daha çok bireylerin mevcut sağık durumları ve sağık ihtiyaçları ile ilişkilendirildiğini göstermektedir. Sağık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sağık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri anlama kapasitelerini artırmakla birlikte, aile hekimine başvuru davranışlarını doğrudan etkilememektedir. Aile sağığı merkezlerinde toplanacak veriler ile benzer çalışmaların yapılması konu hakkında ek bilgiler sağlayabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Aydın A, Atadağ Y, Kaya D, Köşker HD, Başak F, Uçak S. Aile hekimliği uygulamasının bir eğitim ve araştırma hastanesine ayaktan hasta başvurularındaki etkisi. Archives of Clinical and Experimental Medicine 2017;2(3):74-8.
2. Zheng, Q., Shi, L., Pang, T., & Leung, W. (2020). Community Residents' Awareness of Family Doctor Contract Services, Signing With Family Doctor, Willingness to Use Community Health Care Centers: A Community-Based Analysis in Shenzhen, China. . <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-118080/v1>.
3. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. Eurasian Journal of Family Medicine 2019;8(1):27-35.
4. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(3):165-70.
5. Akdur, R. (2003). Sağlık sektörü:" temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde durum ve Türkiye'nin Birliğe uyumu. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi.
6. Oyibocha E.O., Irinoye, O. , Sagua, E.O. , Ogungide – Essien, O.T. , Edeki, J.E. ve Okome, O.L (2014). Sustainable Healthcare System in Nigeria: Vision, Strategies and Challenges, IOSR Journal of Economics and Finance, 5(2), 28-39.
7. Anand T. N. (2014). Development and Testing of A Scale to Measure Truston Public Health Care System, (Master Thesis), Achutha Menon Centre for Health Science Studies Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology.
8. Tekin, F. (1987). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi , 5(1).
9. Sayım, Ferhat. (2015). Sağlık Hizmetinin Özellikleri. Akademik Ar-ge Dergisi-Sosyal Bilimler, 15(1), İSTANBUL.
10. Yıldırım, Hüseyin. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. Amme İdaresi Dergisi, 32(1), s. 123-124
11. Ertekin, A. (2012). Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi ve Çeşitli Meslek Grupları Tarafından Değerlendirmesi. İstanbul: Beykent Üniversitesi SBE.

12. Akalın, H. E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? *Ankem Dergisi* (18), s. 12-13.
13. Erdem, Ş. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesinin Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. Edirne, Türkiye: Trakya Üniversitesi SBE.
14. Erkoç, Y., Çom, S., Keskinçilic, B., & Karakaya, K. (2011, Nisan 01). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Erişim yılı: 26 Ekim 2016
15. Shortell, S. v. (1983). *A Text in Organization Theory and Behavior*. New York John Wiley and Sons.
16. Atabey, S. E. (2012). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Ankara: Gazi Kitabevi.
17. Somunoğlu, S., Ağırbaş, İ., Tengilimoğlu, D., Çelik, Y., Erdem, R., Akbulut, Y., & Erigüç, G. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I (1. Baskı b.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
18. Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (Ekim 2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (2. Baskı b.). Ankara, Çanka: Siyasal Kitap Evi.
19. Ağdemir H. Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Ö Nemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Hakkında Bir Araştırma İn Sosyal Bilimler Enstitüsü/İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. T.C Çağ Üniversitesi: Mersin, 2012.
20. Korkmaz M, Yahyaoğlu G, Çalışkan D. Aile Hekimlerinin Zaman Yönetimi ve İş Performansının Uygulamaları Olarak İncelenmesi. *Akademik Bakış Dergisi*, 2012; 29:1-18.
21. Rakel, R. E. (2007). *Textbook of family medicine e-book*. Elsevier Health Sciences.
22. The European Definition of General Practice / Family Medicine WONCA EUROPE 2023 Edition
23. O'Neill TR, Peabody MR, Puffer JC. Differences in Canadian and US medical student preparation for family medicine. *Fam Med*, 2016; 48(10):770-774.
24. Kavukcu E, Burgazlı KM. Almanya'da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım, 2011.

25. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.
26. Gorpelioglu S, Korkut F, Aytekin F. Family practice in Turkey. Fam Pract 1995;12:339-40.
27. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını; 2004. p. 28.
28. TAHUD, 2003'te WONCA ve WONCA Avrupa üyeliğine kabul edilmiştir. Paycı ÖS, Ünlüoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004.
29. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF
30. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/159>, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Erişim Tarihi
31. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1.htm> Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, Erişim Tarihi 05.11.2023
32. Young S, Macrae C, Cairns G, Pia A. Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Scotland: The Scottish Government Publications, 2001.
33. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12):2072-8.
34. Şahin B, Yalçın Balçık P, Taşkaya S. Sağlık Okur-Yazarlığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2014; 13(4):321-6.
35. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century | Health Promotion International | Oxford Academic [İnternet]. [Erişim Tarihi Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
36. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int. 2005; 20(2):195-203.
37. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promot Int. 2001; 16(3):289-97.

38. Sørensen K, Broucke S van den, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012; 12(80).
39. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int. 2009; 24(3):285-96.
40. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara, 2011.
41. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International. 1998; 13(4):349-64.
42. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. BMC Public Health. 2013;13:1-10.
43. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis Author links open overlay panel. Social Science & Medicine. 2011;73(1):60-67.
44. WHO(a). (2015). Health literacy toolkit for low-and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. World Health
45. Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. Journal of medical Internet research, 13(4), e102.
46. Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. Social science & medicine, 73(1), 60-67.
47. Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, 3-26.
48. Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. The Lancet Public Health, 5(5), e249-e250.
49. Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for education statistics. Washington, DC.; American Institutes for Research (CRESS), Kensington, MD.: National Center for education statistics.
50. Rowlands, G. K.-N., Rowlands, G., Khazaezadeh, N., Oteng-Ntim, E., Seed, P. T., Barr, S., & Weiss, B. D. (2015). Understanding health information seeking

behaviours and experiences of Turkish-speaking migrants in London: a qualitative study. *Health Expectations*, 18(5), 275.

51. Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling*, 51(3), 267-275.

52. Berkman, N. D., Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.

53. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahk, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.

54. Baker, D., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33-42.

55. Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen- Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 175-184.

56. DeWalt, D. A., Callahan, L. F., Hawk, V. H., Broucksou, K. A., Hink, A., Rudd, R., & Brach, C. (2010). Health literacy universal precautions toolkit. MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 1-227.

57. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. *The Diabetes Educator*, 39(5): 638-646, 2013.

58. Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A, Rowlands G. Psychosocial Correlates of Health Literacy Among Older Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Health Communication: International Perspective*, 15(7): 788-804, 2010.

59. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety And Quality. Consultation Paper, Sydney, 2013.

60. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact Of Communicative And Critical Health Literacy On Understanding Of Diabetes Care And Self-Efficacy in Diabetes Management: Across-Sectional Study Of Primary Care in Japan. *BMC Family Practice*, 14(40): 1-9, 2013.
61. Kanj M ve Mitic W. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. 7. Global Conference on Health Promotion Nairobi, Kenya: Confrance Book; 2009.
62. Çopurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2016;10(1):42–7.
63. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Fam Med*. 2004;36(8):588–94.
64. Kendir C, Vega IV, Kartal M. Why considering “health literacy” level is important for Family Physicians? *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2019;13(4):402–6.
65. Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W., Crouch, M.A. “Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument”, *Family Medicine*, 25, 391-395. 1993.
66. Bass, P.F., Wilson, J.F., Griffith, C.H. “A shortened instrument for literacy screening”, *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1036-1038. 2003.
67. Özdemir, H., Alper, Z., Üncü, Y., Bilgel, N. “Health literacy among adults: a study From Turkey”, *Health Education Research*, 25(3), 464–477. 2010.
68. Tözün M, Sözmen KM. 2014. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı, *Smyrna Tıp Dergisi*, 48-54.
69. Güven A, 2016. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
70. Weiss B, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. 2005. Quick Assessment O of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annual Family Medicine*, 3, 514-522.
71. Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K, 2004. Literacy and Health in America. Policy Information Report. Education Testing Service, 1-48.

72. Sarıyar S, Fırat Kılıç H, 2019. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2), 126-131.
73. Aras Z, Bayık Temel A, 2017. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(2), 85-94.
74. Parker RM, Baker DW, Williams MV et al. 1995. The test of Functional Health Literacy in Adults. Journal of General Internal Medicine, 10, 537-541.
75. Mancuso M, 2009. Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of The Literature. Nursing and Health Sciences, 11, 77-89.
76. Üçpunar E, 2014. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılama Çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
77. Shiber J. R, Longley M. B, Brewer K. L. Hyper-Use Of The ED. Am J Emerg Med2009;27:588-594.
78. Lilja G. Emergency Medical Services. In: Tintinalli J, Kelen G. D, Stapczynski J. S, editors. Emergency Medicine: a Comprehensive study guide. 6th ed. NewYork: McGraw Hill, 2004;1:1-5.
79. American College Of Emergency Physicians. Model Of The Clinical Practice Of Emergency Medicine (Policy Statement);Approved August 2007.
80. American College Of Emergency Physicians Board Of Directors. Bona Fide Emergency. In Policy Summaries, Dallas-Texas: ACEP 1994; 7-8.
81. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2006; 6(1):25-35.
82. Heckman J. D, Rosenthal R. E, Worsing R. A, Mcfree A. S. Hasta ve Yaralıların Acil Bakım: Hasta Taşınması ve Triyaj. Çevirenler: Minkari T, Perek S, Perek A, Yedida E, Kapan M, Paksoy M, Türkçe Üçüncü Baskı, Nasetti Limited, İstanbul1991; 456- 478.
83. Fernandes CMB, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, Sawchuk P, Thompson DA, Travers DA, Bonalumi N, Suter RE. Five-Level Triage:

A Report from the ACEP/ENA Five-Level Triage Task Force. *J Emerg Nurs.* 2005;31:39- 50

84. MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, et al. A national evaluation of the effect of trauma center care on mortality. *N Engl J Med.* 2006; 354:366–78.

85. Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, Heins A, Mehrotra A, Mikhail MG, Fite D. Optimizing Emergency Department Front-End Operations *Annals of Emergency Medicine.* 2010;55: 142- 162

86. Gilboy N, Travers D, Wuerz R. Re-evaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *J Emerg Nurs.* 1999;25:468-73

87. Akıncı Ö. 2009. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi Triyaj Skalası'nın oluşturulması ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

88. 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

89. Pines JM, Shofer FS, Isserman JA, Abbuhl SB, Mills AM. The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Acad Emerg Med.* Mart 2010;17(3):276-83.

90. 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.

91. 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.

92. 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.

93. Efrat-Treister D, Cheshin A, Harari D, Rafaeli A, Agasi S, Moriah H, vd. How psychology might alleviate violence in queues: Perceived future wait and perceived load moderate violence against service providers. *PLoS One*

94. 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):507-1
95. Validation of Turkish Version of Newest Vital Sign Scale to Assess Health Literacy DOI: 10.14235/bas.galenos.2020.4052
96. Rademakers, J., Waverijn, G., Rijken, M., Osborne, R., & Heijmans, M. (2020). Towards a comprehensive, person-centred assessment of health literacy: translation, cultural adaptation and psychometric test of the Dutch Health Literacy Questionnaire. *BMC Public Health*, 20, 1-12.
97. Simpson, R. M., Knowles, E., & O’Cathain, A. (2020). Health literacy levels of British adults: a cross-sectional survey using two domains of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 20, 1-13.
98. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=National-Education-Statistics-2022-49756>
99. Çalışkan, D.; Culha, G.; Sarışen, O., (2005). “Ankara universitesi tıp fakultesi öğrencisi ve çalışanlarının sigara icme durumu ve etkili faktörler”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58: 124-31.
100. Stewart, D., Adams, C., Cano, M., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A., Wetter, D., & Vidrine, J. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation.. *American journal of public health*, 103 7, e43-9 . <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301062>
101. Li, M., Sonoda, N., Koh, C., Yasumoto, R., & Morimoto, A. (2022). Meta-analysis of the association between health literacy and smoking. *Population Medicine*. <https://doi.org/10.18332/popmed/152572>.
102. Gondim, O. S., Camargo, V. T. N. D., Gutierrez, F. A., Martins, P. F. D. O., Passos, M. E. P., Momesso, C. M., ... & Cury-Boaventura, M. F. (2015). Benefits of regular exercise on inflammatory and cardiovascular risk markers in normal weight, overweight and obese adults. *PloS one*, 10(10), e0140596.
103. Yakar B ve ark. Üniversite Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri. *Euras J Fam Med* 2019;8(1):27-35)
104. Çiftci, K. İ., & Kılıç, D. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi.

105. Kaya A, Gamsızkan Z. Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayıları ile aile hekimliğine başvurularının incelenmesi: tek birimlik retrospektif çalışma. *Türk Aile Hek Derg.* 2022;26(1):1-5.
106. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2013;12(1):417-24
107. Percheski C, Hargittai E. Health information-seeking in the digital age. *J Am Coll Health.* 2011;59(5):379-86. doi: 10.1080/07448481.2010.513406. PMID: 21500056.
108. 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.
109. Chen, X., Hay, J., Waters, E., Kiviniemi, M., 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, 724 - 734. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>.
110. Elixhauser A, Owens P. Reasons for Being Admitted to the Hospital through the Emergency Department, 2003. 2006 Feb. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Feb-. Statistical Brief #2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63506/>
111. Safeer, Richard S.,and Jann Keenan. "Health literacy: the gap between physicians and patients." *Am Fam Physician*72.3 (2005): 463-468
112. HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report Of Health Literacy In Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Accessed April 11, 2015, at <http://www.healthliteracy.eu>.)
113. Berg, M., Loenen, T., & Westert, G. (2016). Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries.. *Family practice*, 33 1, 42-50 . <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz082>.

114. Uslu, M., Yilmaz, M., Ateşçelik, M., & Atilgan, F. (2023). Effect of Comorbid Diseases on Hospitalization and In-Hospital Mortality of Elderly Patients Who Reapplied to the Emergency Department Within 72 Hours. *Cureus*, 15. <https://doi.org/10.7759/cureus.49558>.
115. Mitchell, S. E., Sadikova, E., Jack, B. W., & Paasche-Orlow, M. K. (2012). Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. *Journal of health communication*, 17(sup3), 325-338.
116. Huang YM, Shiyanbola OO, Smith PD, Chan HY. Quick screen of patients' numeracy and document literacy skills: the factor structure of the Newest Vital Sign. *Patient Prefer Adherence*. 2018 May 17;12:853-859. doi: 10.2147/PPA.S165994. PMID: 29844661; PMCID: PMC5963484.
117. DeWalt, D., Berkman, N., Sheridan, S., Lohr, K., & Pignone, M. (2004). Literacy and health outcomes. A systematic review of the literature. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 26, 253–254. <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000316705.07386.e6>.
118. Çapuk, H., Borak, D., Barış, M., Ünüşdü, F., vd. (2024). Sanayide Çalışan İşçilerde İş Kazası, Meslek Hastalıkları ve Madde Kullanımı. *Paramedik Ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(1), 42-50. <https://doi.org/10.54862/pashid.1359659>
119. Mut, H. (2017). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğt. ve Arç. Hast., Aile Hekimliği Anabilim Dalı
120. Kirk, J. K., Grzywacz, J. G., Arcury, T. A., Ip, E. H., Nguyen, H. T., Bell, R. A., Saldana, S., & Quandt, S. A. (2012). Performance of health literacy tests among older adults with diabetes. *Journal of general internal medicine*, 27(5), 534–540.
121. Marks, J., Schectman, J., Groninger, H., & Plews-Ogan, M. (2010). The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge.. *Patient education and counseling*, 78 3, 372-6 . <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.017>.
122. Erby, L., Roter, D., Larson, S., & Cho, J. (2008). The rapid estimate of adult literacy in genetics (REAL- G): A means to assess literacy deficits in the context of genetics. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 146A. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32068>.

123. Jansen, T., Rademakers, J., Waverijn, G., Verheij, R., Osborne, R., & Heijmans, M. (2018). The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Services Research*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3197-4>.)
124. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*. 2007;167(14):1503-9
125. Huizinga MM, Beech BM, Cavanaugh KL, Elasy TA, Rothman RL. Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity* 2008; 168: 1966–68 27.
126. Lassetter JH, Clark L, Morgan SE, Brown LB, VanServellen G, Duncan K, et al. Health literacy and obesity among native Hawaiian and Pacific Islanders in the United States. *Public Health Nurs* 2015;32(1):15-23.
127. Yetişkin Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Obeziteyle İlişkili Bazı Davranışlarının İncelenmesi Sakarya Tıp Dergisi / Sakarya Med J 2020, 10(2):270-276) DOI: 10.31832 smj.700979
128. Rodrigues, R., Andrade, S., González, A., Birolim, M., & Mesas, A. (2017). Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults. *Public Health Nutrition*, 20, 1907 - 1913. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000787>.
129. Green, C., & Pope, C. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis.. *Social science & medicine*, 48 10, 1363-72 . [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00440-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00440-7).
130. Marcus, A., & Siegel, J. (1982). Sex differences in the use of physician services: a preliminary test of the fixed role hypothesis.. *Journal of health and social behavior*, 23 3, 186-97 . <https://doi.org/10.2307/2136628>.
131. Bjørnelv, G., Edwin, B., Fretland, Å., Deb, P., & Aas, E. (2020). Till death do us part: the effect of marital status on health care utilization and costs at end-of-life. A register study on all colorectal cancer decedents in Norway between 2009 and 2013. *BMC Health Services Research*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4794-6>.

132. Põlluste, K., Kalda, R., & Lember, M. (2007). Satisfaction with the access to the health services of the people with chronic conditions in Estonia.. *Health policy*, 82 1, 51-61 . <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2006.08.004>.
133. Hester, J. (2021). Technical perspective: eBP rides the third wave of mobile health. *Communications of the ACM*, 64, 117 - 117. <https://doi.org/10.1145/3470444>.
134. Primary Care Patients Who Prefer Emergency Department Instead of Family Physician; How Do They Use Their Family Physician? Hatice Tuba Akbayram *EURASIAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE* DOI:10.4274/eajem.galenos.2021.48802
135. Almaawiy, U., Pond, G., Sussman, J., Brazil, K., & Seow, H. (2014). Are family physician visits and continuity of care associated with acute care use at end-of-life? A population-based cohort study of homecare cancer patients. *Palliative Medicine*, 28, 176 - 183. <https://doi.org/10.1177/0269216313493125>.
136. Fung, C., Wong, C., Fong, D., Lee, A., & Lam, C. (2015). Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC Health Services Research*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0705-7>.

Sosyodemografik Veri Formu

1. Cinsiyetiniz nedir?

- a.Kadın b.Erkek

2. Yaşınız kaç? (Lütfen yazınız)

3. Boyunuz kaç cm? (Lütfen yazınız) Kilonuz kaç kg? (Lütfen yazınız)

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

- a.Ortaokul ve altı (8 yılın altında)
b.Lise
c. Üniversite ve üstü

5. Sosyal güvenceniz var mı?

- a.Yok
b.Var

6. Medeni durumunuz nedir?

- a. Bekar
b. Evli

7. Gelir düzeyiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

- a. Gelirim giderimden düşük (kötü)
b. Gelirim giderime eşit (orta)
c. Gelirim giderimden yüksek (iyi)

8. Yaşam kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Düşük
b. Orta
c. Yüksek

9. Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Hayır, kullanmıyorum
b. Evet, kullanıyorum

10. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Hayır, kullanmıyorum

b. Evet, kullanıyorum

11. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

a. Hayır

b. Evet

12. Bilinen hastalığınız var mı?

a. Yok b. Var (Belirtiniz.....)

13. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

a. Yok b. Var (Belirtiniz.....)

14. İhtiyaç duyduğunuzda sağlıkla ilgili bilgiye nereden ulaşırsınız?

a. TV, Radyo, Gazete, Dergi vs

b. İnternet

c. Doktor

d. Diğer.....

15. Acil servise başvuru şikayetiniz nedir? (Lütfen aşağıda detaylı belirtiniz)

.....
.....

16. Şikayetleriniz ne zaman başladı? (Lütfen aşağıda detaylı belirtiniz)

.....
.....

17. Acil servis başvurunuz öncesinde şikayetleriniz için Aile Hekiminize başvurduğunuz mu?

a. Hayır

b. Evet

18. Söz konusu şikayetleriniz için Aile Hekiminize başvurmama sebebiniz nedir? (Lütfen aşağıda detaylı belirtiniz)

.....
.....

19. Son 1 yılda acil servise kaç kez başvurduğunuz? (Lütfen yazınız)

20. Son 1 yılda Aile Hekiminize kaç kez başvurduğunuz? (Lütfen yazınız).....

Ek-2

REALM (Sağlıkta Yetişkin Okur Yazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi) Formu

1. Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları;

- a. Her zaman kendim okur ve doldururum
- b. Refakatçime okutur ve doldurturum
- c. Sağlık personeline okutur ve doldurturum
- d. Cevapsız

2. Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtlarda yazılanları;

- a. Çoğunlukla anlarım
- b. Ara sıra anlarım
- c. Hiç anlamam

3. Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları ve broşürleri;

- a. Okurum
- b. Başkasına okuturum
- c. Okumadan çöpe atarım

1. Liste	2. Liste	3. Liste
Şişman	Bitkinlik	Alerji
Grip	Pelvik	Regli
Hap	Sarılık	Testis
Doz	Enfeksiyon	Kolit
Göz	Egzersiz	Acil
Stres	Davranış	İlaç
Sürüntü	Reçete	Meslek
Sinirler	Bildirme	Cinsel
Mikroplar	Safra kesesi	Alkolizm
Öğün	Kalori	Tahriş
Hastalık	Depresyon	Kabızlık
Kanser	Düşük	Bel soğukluğu
Kafein	Gebelik	İltihabi
Yakalanma	Artrit	Diyabet
Böbrekler	Beslenme	Hepatit
Hormonlar	Menopoz	Antibiyotik
Uçuk	Apandis	Teşhis
Nöbet	Anormal	Potasyum
Barsak	Frengi	Anemi
Astım	Basur	Şişmanlık
Rektum	Bulantı	Osteoporoz
Ensest	Yönlendirmek	Çıban
(+) işaretli cevap sayısı:	(+) işaretli cevap sayısı:	(+) işaretli cevap sayısı:

Ham Puan:

EN YENİ YAŞAMSAL BELİRTEÇ ÖLÇEĞİ (NVS)

BU BİLGİLER YARIM KİLOLUK BİR DONDURMA KUTUSUNUN ARKASINDA YER ALMAKTADIR.

Besleyici Özellikleri: Bir öğün miktarı: Yarım kase Bu kutudaki öğün miktarı: 4 öğün		
HER ÖĞÜNDEKİ	% olarak alınması gereken günlük miktar (% olarak alınması gereken günlük miktar 2000 kalorilik bir diyetle göre hesaplanmıştır. Kalori ihtiyacına göre bu miktarlar çoğalıp azalabilir.)	
KALORİ	250	
YAĞ KALORİSİ	120	
TOPLAM YAĞ	13 gr	%20
DOYMUŞ YAĞ	9 gr	%40
KOLESTEROL	28 mgr	%12
SODYUM	55 mgr	%2
TOPLAM KARBONHİDRAT	30 gr	%12
LİF	2 gr	
ŞEKER	23 gr	
PROTEİN	4 gr	
İçindekiler; Krema, yağsız süt, şeker, su, yumurta sarısı, süt yağı, fıstık yağı, tereyağı, tuz, vanilya özü		

1. Kutudaki dondurmanın tamamını yerseniz ne kadar kalori almış olursunuz?

CEVAP:

2. Günde 60 gr karbonhidrat almanıza izin veriliyorsa ne kadar dondurma yiyebilirsiniz?

CEVAP:

3. Doktorunuz, yiyeceklerinizdeki doymuş yağları azaltmanızı önerdi. Genellikle her gün

42 gr doymuş yağ aldığınızı var sayalım, bunu içinde bir öğün dondurma da dahil. Bu bir

öğün dondurma yemeyi bırakırsanız günlük doymuş yağ tüketiminiz ne olur?

CEVAP:

4. Günde 2500 kalori alıyorsanız, bir öğün dondurma yemekle, günlük kalorienizin %

kaçını almış olursunuz?

CEVAP:

Farz edelim ki penisilin, fıstık, plastik eldiven ve arı sokmasına karşı alerjiniz var

5. Bu durumda, bu dondurmayı yemeniz güvenli midir?

CEVAP:

6.Neden?

CEVAP:

BENZERLİK RAPORU

27.08.2024 00:16

Similarity Report

Tez

By: Deniz Çınaroğlu

As of: Aug 27, 2024 12:15:56 AM
13,195 words - 177 matches - 101 sources

Similarity Index

13%

Mode: Similarity Report

paper text:

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

73

ACİL SERVİS YEŞİL ALANA BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ DENİZ ÇINAROĞLU ORCID ID: 0009-0009-4349-9116
UZMANLIK TEZİ TEZ DANIŞMANI BAŞASIŞTAN MERYEM ÇAKIR İZMİR-2024

GİRİŞ 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi Türkiye'de sağlık hizmetlerinde önemli

77

bir dönüşümü beraberinde getiren Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2010 yılında ülke genelinde uygulanmaya başlamıştır. Bu program kapsamında başlatılan aile hekimliği uygulaması, bireylerin sağlık hizmetlerine daha etkin bir şekilde erişmelerini ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını hedeflemiştir. Aile hekimliği yaklaşımı, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin vurgulanmasıyla toplumsal hastalık yükünü azaltmayı ve iki

ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulmasını sağlamıştır .

35

Bu sayede, birinci basamak

hizmetlerine olan talep artmış ve ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerindeki yoğunluk azalmıştır (1). Aile hekimleri, bireylerin ve ailelerinin sağlık ve sosyal sorunlarını yakından tanıyarak koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini sunan önemli sağlık profesyonelleridir. Ancak, bazı hastalar, aile hekimliği hizmetlerinden yeterince haberdar olmadıkları için başvurularını yeterli bir şekilde gerçekleştirememektedirler (2). Bu durumun temel nedenlerinden biri, hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olması olabilir. Sağlık okuryazarlığı,

bireylerin sağlık bilgilerine erişim, anlama ve kullanma yetenekleri ile sağlık hizmetlerine yönelik bilişsel ve sosyal

32

becerilerini ifade eder. Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık okuryazarlığını,

https://app.ithenticate.com/en_us/report/110779147/similarity

1/49