



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**BİRİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINA  
BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI: AİLE  
HEKİMLİĞİ ÜZERİNDEN KARŞILAŞTIRILMASI VE İLGİLİ  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ŞÜKRAN GEÇGEL

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2025-SAKARYA



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**BİRİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINA  
BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI: AİLE  
HEKİMLİĞİ ÜZERİNDEN KARŞILAŞTIRILMASI VE İLGİLİ  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ŞÜKRAN GEÇGEL  
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2025-SAKARYA

## ONAY

**Kurum** : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

**Program türü** : Uzmanlık Tezi

**Anabilim Dalı** : Aile Hekimliği

**Tez Sahibi** : Şükran Geçgel

**Sınav Tarihi** : **Saat:**

**Tez Başlığı** : Birinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı: Aile Hekimliği Üzerinden Karşılaştırılması ve İlgili Faktörlerin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

|                           | Ünvan, Adı-Soyadı<br>(Kurum adı) | İmza | Kabul/Red* |
|---------------------------|----------------------------------|------|------------|
| <b>Danışman<br/>(Üye)</b> |                                  |      |            |
| <b>Üye</b>                |                                  |      |            |
| <b>Üye</b>                |                                  |      |            |

\* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

## ONAY

“Bu tez .../.../2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2025

Tıp Fakültesi Dekanı

## BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.09.2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

.../.../2025

Şükran Geçgel

## TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda geçirdiğim uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum; hayata dair ufkumu genişletip her zaman bir abi gibi yanımda olan kıymetli hocam ve Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a

Tez hazırlama sürecim ve uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimiyle büyük destek sağlayıp yol gösteren çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca yorulmadan tüm sorularımı cevaplayan, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Erkut Etçioğlu'na,

Günlerin ay, ayların yıl olduğu; beraber yürüdüğümüz asistanlık yolunda birçok duygu ve anı biriktirdiğimiz kıymetli yoldaşlarım Dr. Rana Tiryakioğlu, Dr. Zeynep Nur Kolçak, Dr. Gülfem Pınarbaşı, Dr. Ayşenur Uslu, Dr. Halide Nur Kılıç, Dr. Buse Berfin Ümit, Dr. Meryem Karagür Sarıoğlu'na

Ömrüm boyunca sevgilerini ve güvenlerini hiçbir zaman esirgemeyen, desteklerini ve dualarını her zaman yanımda hissettiğim, iyi ve kötü günümde her zaman yanımda olan canım annem ve babama

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

**Dr. Şükran Geçgel**

# İÇİNDEKİLER

|                                                           |      |
|-----------------------------------------------------------|------|
| BEYAN .....                                               | i    |
| TEŞEKKÜR .....                                            | ii   |
| İÇİNDEKİLER .....                                         | iii  |
| KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ .....                        | v    |
| TABLO LİSTESİ .....                                       | vi   |
| ŞEKİL LİSTESİ .....                                       | viii |
| ÖZET .....                                                | ix   |
| ABSTRACT .....                                            | x    |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                    | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                   | 4    |
| 2.1. Sağlık Hizmetleri .....                              | 4    |
| 2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı .....                  | 4    |
| 2.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması .....       | 4    |
| 2.2. Aile Hekimliği .....                                 | 7    |
| 2.2.1. Aile hekimliğinin tanımı .....                     | 7    |
| 2.2.2. Aile hekimliği disiplinin özellikleri .....        | 9    |
| 2.2.3. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri .....       | 10   |
| 2.2.4. Aile hekiminin görev yetki ve sorumlulukları ..... | 11   |
| 2.2.5. Aile hekimliğinin tarihçesi .....                  | 13   |
| 2.2.6. Türkiye’de aile hekimliği .....                    | 14   |
| 2.3. Sağlık okuryazarlığı .....                           | 15   |
| 2.3.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı .....                  | 15   |
| 2.3.2. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması .....    | 17   |
| 2.3.2.1. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı .....           | 17   |

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| 2.3.2.2. Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı .....        | 18 |
| 2.3.2.3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı.....            | 18 |
| 2.3.3. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ..... | 18 |
| 2.3.4. Sağlık okuryazarlığının önemi .....              | 20 |
| 2.3.5. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı.....             | 21 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....                                | 23 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....                             | 23 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....                   | 23 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....              | 23 |
| 3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi .....               | 23 |
| 3.5. Verilerin Analizi .....                            | 24 |
| 3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....                   | 24 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....                        | 24 |
| 4. BULGULAR .....                                       | 25 |
| 5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....                               | 43 |
| 6. KAYNAKLAR.....                                       | 53 |
| 7. EKLER .....                                          | 58 |
| 7.1. EK-1: Etik kurul kararı.....                       | 58 |
| 7.2. EK-2: Anket formu .....                            | 59 |
| ÖZGEÇMİŞ.....                                           | 62 |

## KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü/ World Health Organization

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

GATA: Gülhane Askeri Tıp Akademisi

HLS-EU: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

## TABLO LİSTESİ

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....                                                                                               | 25 |
| <b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların sağlık hizmeti kullanımı ve başvuru özellikleri.....                                                                           | 26 |
| <b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların klinik durumları.....                                                                                                          | 27 |
| <b>Tablo 4.4.</b> ASM ve EAH gruplarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....                                                              | 28 |
| <b>Tablo 4.5.</b> ASM ve EAH gruplarının sağlık hizmeti kullanımı ve başvuru özelliklerine göre karşılaştırılması.....                                          | 29 |
| <b>Tablo 4.6.</b> ASM ve EAH gruplarının klinik durumlarına göre karşılaştırılması.....                                                                         | 30 |
| <b>Tablo 4.7.</b> ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks skorlarının alt boyut ve toplam skora göre karşılaştırılması.....                                | 31 |
| <b>Tablo 4.8.</b> ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin demografik özellikler açısından karşılaştırılması.....                              | 32 |
| <b>Tablo 4.9.</b> ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin sosyoekonomik özellikler açısından karşılaştırılması.....                           | 33 |
| <b>Tablo 4.10.</b> ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin sağlık durumu ve başvuru özellikleri açısından karşılaştırılması.....              | 34 |
| <b>Tablo 4.11.</b> Cinsiyetlerin ASM ve EAH gruplarında TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....                           | 35 |
| <b>Tablo 4.12.</b> ASM grubundaki kişilerin demografik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi.....               | 36 |
| <b>Tablo 4.13.</b> ASM grubundaki kişilerin sosyoekonomik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi.....            | 36 |
| <b>Tablo 4.14.</b> ASM grubundaki kişilerin sağlık durumu ve başvuru özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi..... | 37 |
| <b>Tablo 4.15.</b> EAH grubundaki kişilerin demografik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi.....               | 38 |
| <b>Tablo 4.16.</b> EAH grubundaki kişilerin sosyoekonomik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi.....            | 39 |
| <b>Tablo 4.17.</b> EAH grubundaki kişilerin sağlık durumu ve başvuru özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi..... | 40 |

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.18.</b> Katılımcıların özelliklerinin TSOY-32 ölçeği indeks ve alt boyutları ile ilişkisi.....                  | 41 |
| <b>Tablo 4.19.</b> ASM ve EAH grubundaki kişilerin özelliklerinin TSOY-32 ölçeği indeks ve alt boyutları ile ilişkisi..... | 41 |



## ŞEKİL LİSTESİ

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Şekil 2.1. WONCA Ağacı..... | 11 |
|-----------------------------|----|



## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlayarak değerlendirebilme ve bu bilgileri sağlıklı yaşam kararlarında kullanabilme yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Amacımız birinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini karşılaştırmak, bu düzeyin sağlık hizmeti tercihleri üzerindeki etkisini ortaya koymaktır.

**YÖNTEM:** Araştırmamız, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniği veya eğitim aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş ve üstü 500 kişi ile yürütülen kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırmadır. 1 Ekim 2024 ile 31 Mart 2025 tarihleri arasında yürütülen çalışmada veriler, yüz yüze görüşme ile yapılmıştır. Anketin birinci bölümünde 17 sorudan oluşan demografik anket formu, ikinci bölümde 32 sorudan oluşan TSOY-32 ölçeği yer almaktadır. Analizler için Windows için IBM SPSS Statistics, v. 26.0 (Armonk, NY: IBM) kullanılmış ve anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır.

**BULGULAR:** Tüm katılımcılarda eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan, bekâr, çocuk sahibi olmayan, sağlık kurumu başvuru sayısı daha az olan, kronik hastalığı bulunmayan, öznel sağlık algısı iyi olan bireylerde ve sadece ASM grubu katılımcılarında il merkezinde yaşayanlarda anlamlı farklılık bulunmuş sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek tespit edilmiştir.

**SONUÇ:** Çalışmamız sağlık okuryazarlığını geliştirmek için çok boyutlu ve hedefe yönelik müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymuştur. Özellikle yaşlı, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip, kronik hastalığı bulunan bireyler öncelikli hedef gruplar olmalıdır. Yerel kültüre uygun toplum temelli eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır. Ekonomik destek mekanizmaları oluşturulmalı ve materyaller ücretsiz sunulmalıdır. Sağlık çalışanlarının danışmanlık becerileri güçlendirilerek bireylerin sağlık sistemini daha bilinçli kullanmaları sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, okuryazarlık, sağlık, sağlık hizmetleri

## ABSTRACT

### **Health Literacy Among Patients Attending Primary and Tertiary Healthcare Institutions: A Comparison Through Family Medicine and Examination of Associated Factors**

**AIM:** Health literacy is the ability of individuals to understand and evaluate health information and use this information to make healthy lifestyle decisions. Many factors influence health literacy. Our goal is to compare the health literacy levels of patients presenting to primary and tertiary healthcare institutions and to demonstrate the impact of this level on healthcare preferences.

**MATERIALS AND METHODS:** This is a cross-sectional, descriptive study conducted with 500 individuals aged 18 and over who presented to the family medicine outpatient clinic or training family health center at Sakarya Education and Research Hospital. Data were collected through face-to-face interviews between October 1, 2024, and March 31, 2025. The first part of the survey included a 17-question demographic questionnaire, and the second part included the TSOY-32 scale, consisting of 32 questions. Analyses were conducted using IBM SPSS Statistics v. 26.0 for Windows (Armonk, NY: IBM), and the significance level was set at  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** A significant difference was found among all participants with higher education and income levels, single, without children, with fewer applications to health institutions, without chronic diseases, with a good subjective health perception, and only among the Family Health Center group participants living in the city center; TSOY-32 scores were higher.

**CONCLUSION:** Our study demonstrates the need for multidimensional and targeted interventions to improve health literacy. Priority target groups should include the elderly, those with low education and income, and those with chronic illnesses. Community-based education programs tailored to local cultures should be expanded. Economic support mechanisms should be established, and materials should be made available free of charge. Healthcare professionals' counseling skills should be strengthened to empower individuals to use the healthcare system more consciously.

**Keywords:** Family medicine, health, health services, literacy

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlığın tarihi boyunca, tıp alanında ihtiyaçlara bağlı olarak önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Birçok hastalığın tedavisi geliştirilmiş bunula birlikte bazı hastalıkların ilerleyişinin önlenmesi ya da yavaşlatılması mümkün hale gelmiştir. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri, hastalık durumlarında doğru sağlık bilgisine erişmeleri, bu bilgiyi anlayarak uygulayabilmeleriyle doğrudan ilişkilidir. Bu gereksinim, sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramının doğuşuna zemin hazırlamıştır.

SOY, 1970’li yıllardan itibaren akademik literatürde yer bulmaya başlamış olsa da günümüzde önemi giderek daha fazla vurgulanan bir kavram haline gelmiştir. En temel tanımıyla bu kavram, bireyin kendisine sunulan tıbbi bilgiyi anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve uygun sağlık davranışına dönüştürebilmesi kapasitesi olarak tanımlanır. Bireyin sağlık bilgilerini okuyup kavramasının ötesine geçerek; kendi sağlık durumunu değerlendirebilmesi, hastalığına dair farkındalık geliştirebilmesi, sağlıkla ilgili karar süreçlerine aktif olarak katılabilmesi ve sağlık sistemini etkili şekilde kullanabilmesi gibi kapsamlı bilgi, tutum ve becerileri içerir (Çopurlar Kendir ve Kartal, 2016).

Sağlığın korunması ve hastalıklardan uzak kalınması, yalnızca tıbbi yardım almak veya tanısal işlemler yaptırmakla gerçekleşemez. Günlük yaşamda bireyin sağlığına yönelik bilinçli ve sorumlu davranışlar sergilemesi de önemlidir. Bu bağlamda, SOY, bireyin sağlıkla ilişkili kararları etkin biçimde almasına ve sağlık sorunlarıyla karşılaştığında uygun adımları atmasına olanak tanır (<https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/index.html>, Erişim tarihi: 28.03.2025).

SOY; demografik özellikler, kültürel değerler, psikososyal durum, bireyin genel okuryazarlık düzeyi, kişisel özellikleri, geçmiş sağlık deneyimleri ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme kapasitesi gibi çok yönlü faktörlerden etkilenmektedir (Morris ve ark., 2013).

Sağlık hizmetleri; bireylerin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürülebilir kılma hedefiyle yürütülen çok boyutlu faaliyetleri içermektedir. Bu hizmetler, yalnızca hastalık durumunda değil, aynı zamanda sağlıklı yaşamın devamlılığı ile tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin etkin biçimde planlanmasını da kapsamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık yaşayan bireylerin sağlıklarını yeniden kazanabilmeleri amacıyla uygulanan tüm tıbbi müdahaleleri kapsar. Bu hizmetler, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde üç düzeyde sınıflandırılmaktadır. Söz konusu hizmetlerin sunumu, sağlık sistemi içerisinde yer alan kurumlar ve sağlık personeli tarafından yürütülmektedir (Akdur, 1998).

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık teşviki ve korunmasını esas alan; aynı zamanda tanı koyma, tedavi etme ve rehabilitasyon gibi süreçleri bütüncül biçimde yürüten, bireylerin hizmete kolay erişimini ve ekonomik sürdürülebilirliği ön planda tutan yaygın bir hizmet sunum sistemidir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html>, erişim tarihi: 05.05.2025).

Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güncel ve etkili sunum biçimi olarak aile hekimliği, çağdaş sağlık sistemlerinin temelini oluşturmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html>, erişim tarihi: 05.05.2025). Aile hekimleri; bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, yaş, cinsiyet ya da hastalık türü ayrımı gözetmeden birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamlı ve sürekli bir şekilde sunmakla sorumludur. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html>, erişim tarihi: 05.05.2025).

Aile hekimleri, bireylerin sağlık sistemine genellikle ilk başvuru noktası olmaları nedeniyle, sağlık hizmetlerinin doğru ve etkili kullanımında merkezi bir role sahiptir. Sağlıkla ilgili bilinçli davranışların teşvik edilmesi, gerekli hizmetlere yönlendirme yapılması ve sağlık bakım süreçlerinin her kademesinde bireylerin bilgilendirilmesi aısından, aile hekimlerinin SOY konusunda hem farkındalık düzeylerinin yüksek olması hem de mesleki yeterliliklerinin gelişmiş olması büyük önem taşımaktadır.

Aile hekimleri, bireylerle gerçekleştirdikleri kapsayıcı ve süreklilik arz eden hekim-hasta etkileşimleri sayesinde SOY düzeylerini değerlendirebilir; bu düzeye uygun planlanan müdahalelerle hem bireysel hem de toplumsal sağlık çıktılarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir (Çopurlar Kendir ve Kartal, 2016).

Bu çalışma ile birinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32) kullanarak karşılaştırmak, bu düzeyin sağlık hizmeti tercihlerine etkisini değerlendirmek ve elde edilen veriler doğrultusunda sağlık eğitimi programlarının geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunmak amaçlanmaktadır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Sağlık Hizmetleri**

#### **2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı**

Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmıştır (T.C. Resmî Gazete, 12 Ocak 1961, sayı: 10705).

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerini artırmak, iyileştirmek ve sürdürülebilir hale getirmek amacıyla gerçekleştirilen tüm faaliyetleri kapsar. Bu kapsamda, sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi, gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin yönetilmesi de yer alır (Akdur, 1998).

#### **2.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması**

Sağlık hizmetlerinin tamamı, bir bütün olarak değerlendirilmesine rağmen, daha iyi anlaşılabilmesi ve içeriğinin açıklığa kavuşturulabilmesi için koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç ana başlığa ayrılır (Akdur, 2003). Bunlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak ayrılır.

Koruyucu sağlık hizmetleri; bireyleri ve toplumu hastalıklar ortaya çıkmadan önce korumaya yönelik verilen hizmetlerin tamamıdır. Toplumda hastalıkların engellenmesi ve sağlık seviyesinin yükseltilmesi açısından en verimli ve etkili yöntem, bu tür koruyucu hizmetlerle mümkündür (Akdur, 2003).

Sağlık hizmetleri sunumunda diğer hizmetlere göre daha önceliklidir. Çünkü korunma, tedaviye oranla daha düşük maliyet gerektirir. Ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak, bu hizmetlerin etkinliği de önemli ölçüde artış göstermektedir (Altay, 2007). Kendi içinde iki alt başlıkta değerlendirilir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; insan sağlığını olumsuz olarak etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyal çevresel faktörlerin ortadan kaldırılması ya da bu olumsuz etmenlerin bireyleri etkilemesini engellemeye yönelik yapılan tüm çabalar bu başlık altında değerlendirilir.

Bu başlık kapsamında sunulan temel hizmetlere; temiz su temini, atıkların zararsızlaştırılması, konut ve endüstri sağlığı, vektörlerle mücadele, gürültü ve radyasyon ile mücadele örnek olarak verilebilir.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler sağlık sektöründen çok diğer sektörler ve meslek grupları tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün bu çerçevede üstlendiği başlıca rol ise danışmanlık, denetim ve eğitim sağlamaktır.

İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; Bu hizmetler, kişileri ve toplumu hastalık etkenlerine karşı güçlendirerek, hastalıkların etkilerinden korunmalarını sağlamayı hedefler. Hastalık durumunda ise, erken tanı ile uygun tedavi uygulanarak, bireylerin en az hasarla iyileşmesi sağlanır.

Bu başlık kapsamında sunulan temel hizmetlere; Erken teşhis ve doğru tedavi, aşı uygulamaları, ilaçla koruma yöntemleri, sağlık bilgisi eğitimi, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, aile planlaması hizmetlerinin sağlanması örnek olarak verilebilir.

Bu hizmetler, özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeli tarafından sunulması gereken ve sunulan hizmetlerdir (Akdur, 2003).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık geçiren bireylerin iyileşmesi için gerçekleştirilen tüm müdahaleler, tedavi edici hizmetler kategorisinde yer almaktadır. Bu hizmetler kendi içinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmaktadır. Bu hizmetlerin tümü, sağlık sektörü ve personeli tarafından yürütülmektedir (Akdur, 1998). Koruyucu sağlık hizmetlerine oranla tedavi edici sağlık hizmetleri daha fazla kaynak ve organizasyonel yapı gerektirmektedir (Altay, 2007).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemine kolay erişimini sağlayan, koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini bütüncül bir

yaklaşımına sunan, maliyet açısından verimli ve yaygın bir sağlık hizmeti modelidir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html>, erişim tarihi: 20.03.2025).

Birinci basamak ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık hizmet sunucuları şunlardır: Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü, Toplum sağlığı merkezi (TSM), Aile sağlığı merkezi (ASM), Halk sağlığı laboratuvarı (L1 ve L2), Kurum tabipliği, 112 Acil sağlık hizmeti birimleri, Evde bakım merkezleri veya birimler, İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler, Belediyelere ait poliklinikler, Özel poliklinikler, Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları, Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler, Muayenehaneler (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

Bu hizmetlerin günümüzdeki en çağdaş uygulama biçimi aile hekimliği sistemidir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html>, erişim tarihi: 20.03.2025).

İkinci basamak sağlık hizmetleri, daha ileri düzey tıbbi bilgi ve teknolojik donanım gerektirmeyen hastalıkların tanı, tedavi ve yatış süreçlerini düzenleyen hizmetleri ifade etmektedir (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık kurumlarıdır.

İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları şunlardır: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastanesi (E1), bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamu kurumlarına ait olup bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri, özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve dal merkezleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri, diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir.

Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan üçüncü basamak olarak basamaklandırılır. Bunlar dışında üçüncü basamak olmak isteyen hastaneler; bu Yönetmelikte belirtilen koşul ve şartları karşıladıklarına dair hazırladıkları müracaat dosyası ile Bakanlığa başvurur. Başvurular Bakanlıkça koşul ve standartlar açısından değerlendirilerek uygun görülenler üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılır (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; bedensel veya zihinsel engellilik durumunda olan bireylerin, başkalarına bağımlı olmaksızın yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen her türlü desteği ve hizmeti kapsar. Sosyal rehabilitasyon ve tıbbi rehabilitasyon olmak üzere iki ana grupta altında değerlendirilir (Başol, 2015).

Sosyal rehabilitasyon; Fiziksel ve psikolojik zarar görmüş bireylerin, mevcut durumlarına uygun şekilde iş gücüne dahil edilmesi veya bakımlarının sağlanması gibi faaliyetlerdir. Sosyal hizmet kurumları ve çalışanları tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerdir.

Tıbbi rehabilitasyon; Bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini sağlamak için yapılan kaza ya da hastalık nedeniyle yitirilen organ yerine protez yerleştirilmesi veya zayıflayan organın işlevselliğini geri kazandırmaya yönelik sunulan hizmetlerdir. Sağlık sektörü ve sağlık personeli tarafından yürütülürler (Akdur, 1998).

## **2.2. Aile Hekimliği**

### **2.2.1. Aile hekimliğinin tanımı**

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre aile hekimliği, birey ve aile düzeyinde bütüncül sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan; biyomedikal, davranışsal ve sosyal bilimlerini entegre eden tıbbi bir uzmanlık alanıdır. Akademik bağlamda ise, sağlık hizmet sunumunun yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerini de kapsamaktadır. Aile hekimi

bireylerin yaş, cinsiyet ya da sağlık sorunlarının niteliğine bakmaksızın sağlık hizmeti sunabilecek donanımına sahip, bu alanda özel eğitim almış bir uzman hekimdir. Topluma dayalı bir sağlık anlayışıyla görev yapan aile hekimi, aile üyelerinin tamamına sürekli ve birinci basamak sağlık hizmeti sunar; bireylerin bedensel, psikolojik ve sosyal sorunlarıyla alakadar olur ve gerekli durumlarda diğer tıp disiplinleriyle entegre bir yaklaşım geliştirerek hizmetlerin uyum içinde yürütülmesini sağlar (World Health Organization, 2003).

WONCA Avrupa'ya göre birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanan klinik bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği, özgün eğitsel içeriği, araştırma etkinlikleri ve bilimsel kanıt temelli uygulamalarıyla akademik ve bilimsel bir disiplindir. Her yaştan, cinsiyetten ve hastalık durumundan bireye yönelik sürekli ve bütüncül sağlık hizmeti sunmakla yükümlü olan aile hekimleri, bireylerin kişisel doktoru olarak görev yapar. Hizmet verdikleri kişileri ailevi, toplumsal ve kültürel çevreleriyle birlikte ele alır; ayrıca küresel sağlık bütünlüğünü de göz önünde bulundurlar. Hasta haklarına ve özerkliğine daima önem verir.

Aile hekimleri, yalnızca bireylere değil, aynı zamanda içinde yaşadıkları topluma ve çevreye yönelik de mesleki sorumluluk taşıdıklarının farkındadır. Hastalarıyla tedavi sürecine yönelik kararları verirken; fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, varoluşsal ve çevresel sağlık belirleyicilerini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirir. Bu süreçte, hasta ile kurulan sürekli ilişki sonucu gelişen bilgi ve güveni etkin biçimde kullanır. Mesleki rollerini yerine getirirken aile hekimleri; hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, tedavi ve palyatif bakım hizmetlerinin sunulması gibi görevlerinin yanı sıra, bireysel ve küresel sağlığın birlikte ilerlemesine katkı sağlayacak şekilde hastaların sağlık süreçlerine aktif katılımını ve öz yönetim becerilerini teşvik eder. Hizmet verdikleri toplumun sağlık öncelikleri ve mevcut kaynakları çerçevesinde bakım süreçlerini ya doğrudan kendileri yürütür ya da uygun hizmet sağlayıcılarla iş birliği içinde gerçekleştirir. Ayrıca gerekli durumlarda hastaların bu hizmetlerden yararlanabilmesi için rehberlik ve yönlendirme desteği sağlar (WONCA Europe, 2023).

### 2.2.2. Aile hekimliği disiplinin zellikleri

Aile hekimliği disiplininin gelişimini ve desteklenmesini amaçlayan WONCA Avrupa, bu alandaki mesleki sorumlulukları, temel yeterlik alanlarını ve disiplinin kapsamını tanımlayan uzlaşı bildirgesini ilk kez 2002 yılında yayımlamıştır. Söz konusu bildirge, değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda 2011 ve 2023 yıllarında güncellenmiştir. 2023 güncellemesiyle birlikte, evre sağlığı ve onun birey sağlığı üzerindeki etkisi aile hekimliğinin temel özellikleri içerisinde yer almıştır. Disiplini tanımlayan bu temel özellikler, 12 madde ile ifade edilmiştir.

- a) Sağlık sistemi içerisinde genellikle bireylerin başvurduğu ilk temas noktası olup, tüm bireyler için yaş, cinsiyet veya diğer özellikleri gözetilmeksizin açık ve sınırsız bir erişim sunar; her türlü sağlık sorunu ile ilgilenir.
- b) Bakımı koordine ederek, birinci basamak sağlık hizmeti ortamında diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yaparak ve gerektiğinde hasta adına savunuculuk rolü üstlenerek, multidisipliner geçişi yönetmek suretiyle sağlık hizmeti kaynaklarını etkin bir şekilde kullanımını sağlar.
- c) Hizmet sunumunda bireyi merkeze alan, aynı zamanda ailesi ve içinde bulunduğu toplumla olan etkileşimini dikkate alan bir yaklaşım geliştirir.
- d) Hasta haklarını güçlendirme açısından teşvik edici rol üstlenir.
- e) Doktor ile hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişkiye dayalı, etkili iletişim temelli ve kendine özgü yapıda bir görüşme sürecine sahiptir.
- f) Hastanın ihtiyaçlarına göre şekillenen uzun süreli ve sürekli bakım hizmetinin sunumundan sorumludur.
- g) Karar verme süreçleri, hizmet verilen toplulukta hastalıkların görülme sıklığı ve yaygınlığı doğrultusunda şekillenir.
- h) Bireysel düzeyde hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını eř zamanlı olarak yönetme becerisine sahiptir.
- i) Gelişiminin erken döneminde, henüz belirgin klinik özellikler göstermeyen hastalık tablolarını yönetir; bu durumlar kimi zaman acil tıbbi müdahale gerektirebilir.
- j) Uygun ve etkili müdahaleler yoluyla hem hastaların hem de onların yaşadığı ekosistemlerin sağlık ve iyilik halini destekler.

k) Hizmet sunduğu toplumun ve çevrenin sağlığına yönelik özel bir sorumluluk üstlenir.

l) Sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla birlikte ele alır (WONCA Europe, 2023).

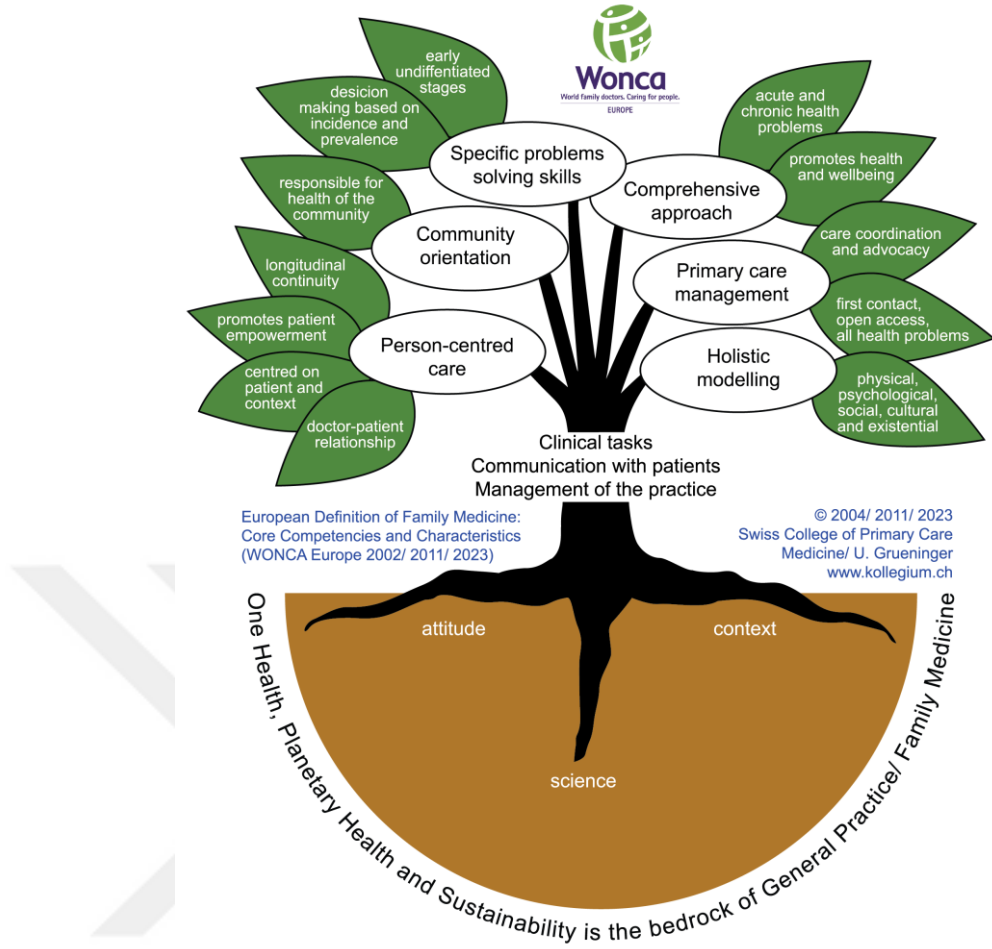
### **2.2.3. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri**

Aile hekimliği disiplininin ve bu alanda uzmanlaşmış hekimin tanımlanması, doğrudan bu uzmanlık alanına ait temel yeterliklerle ilişkilendirilmelidir. Burada "çekirdek" kavramı, söz konusu yeterliklerin hangi sağlık sistemi içerisinde uygulandığından bağımsız olarak, disiplinin ayrılmaz bir parçası olduğunu belirtir.

Aile hekimliği disiplininin tanımlayan on iki anahtar özellik, her uzman hekimin ehil olması gereken 12 beceri alanını yansıtır. Bu nitelikler, altı temel çekirdek yeterlik başlığı altında toplanabilir:

1. Birinci basamak hizmetlerinin yönetimi
2. Kişi merkezli bakım yaklaşımı
3. Özgül sorun çözme becerileri
4. Kapsayıcı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım

Altı ana başlık altında yapılandırılan çekirdek yeterlikler, on iki temel disiplinin yanı sıra tutum, bağlam ve bilimi temsil eden üç tamamlayıcı özellikle birlikte WONCA Ağacı olarak adlandırılmış olup Şekil 2.1’de sunulmuştur. Bu ağacın kökeninde tek sağlık, gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik anlayışları yer almaktadır (WONCA Europe, 2023).



**Şekil 2.1. WONCA Ağacı (2004/2011/2023 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger [www.kollegium.ch](http://www.kollegium.ch))**

#### 2.2.4. Aile hekiminin görev yetki ve sorumlulukları

25 Ocak 2013 tarihli, 28539 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde belirtilmiştir.

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- ç) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak (T.C. Resmî Gazete, 25 Ocak 2013, sayı: 28539).

### **2.2.5. Aile hekimliğinin tarihçesi**

Hekimlik pratiği, on dokuzuncu yüzyıla kadar ağırlıklı olarak genel pratisyenler eliyle sürdürülmekteydi. Ancak yirminci yüzyıla girildiğinde teknolojik ilerlemeler ve tıbbi bilginin hızla artması, mesleğin giderek daha fazla uzmanlık alanlarına ayrılmasına neden olmuştur. Zaman içinde bu uzmanlaşma eğilimi, hastaya değil hastalığa odaklanan bir yaklaşımı beraberinde getirmiştir. Bu gelişmeler sonucunda, yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerini de içeren ve bireyin bütününe ele alan bir hekimlik anlayışı önem kazanmıştır (Whinney, 1997). Dr. Francis Peabody, 1923 yılında yaptığı değerlendirmede, sağlık sistemindeki uzmanlaşmanın aşırı seviyelere ulaştığını ve bunun sonucunda hizmet sunumunun bölünmüş bir yapıya dönüştüğünü ifade etmiştir. Peabody, bu gelişmelere karşılık, birey merkezli ve kapsamlı bakım anlayışının temelini oluşturan genel pratisyenlik modeline geri dönülmesinin önemine dikkat çekmiştir (Rakel, 2002).

Peabody'nin erken dönem uyarıları başlangıçta görmezden gelinse de, 1945 yılından sonra küresel düzeyde yaşanan değişimlerle birlikte aile hekimliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşıdığı kritik rol daha net anlaşılmaya başlanmıştır. Bu gelişmenin önemli bir göstergesi, 1947 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) American Board of General Practice'in kurulmasıdır (Young, 1997).

İngiltere'de 1952 senesinde, genel pratisyenlik kavramının geliştirilmesi ve mesleki standartların yükseltilmesi amacıyla Royal College of General Practitioners kurulmuştur. Lakin bu tür girişimler, aile hekimliğine geçiş sürecinin hızlanması açısından yeterli gelmemiştir. Aile hekimliği açısından önemli bir dönüm noktası ise 1966 yılında yayımlanan Mills ve Willard raporlarıdır. Bu raporlarda, "Family Practice" adıyla yeni bir uzmanlık alanının oluşturulması gerektiği belirtilmiş ve

mezuniyet sonrası eğitimin önemi vurgulanmıştır. Bu doğrultuda, 1969 yılında ABD’de American Board of Family Practice adlı uzmanlık kurulu hayata geçirilmiştir (Dikici ve ark, 2007).

Hollanda’da 1974 yılında Leeuwenhorst ve arkadaşlarınca düzenlenen Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı, aile hekimliğinin hem kavramsal çerçevesinin çizilmesi hem de mesleki eğitiminin yapılandırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Aile hekimliği disiplininin gelişim aşamasındaki süreçte büyük katkı sağlamıştır biridir (Leeuwenhorst,1974 ve Leeuwenhorst, 1977).

DSÖ’nün 1978 yılında Alma-Ata’da gerçekleştirdiği Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı’nda sağlık hizmetlerinin organizasyonuna ilişkin çeşitli hedef ve stratejiler ortaya konmuştur. Bu konferansta yayınlanan bildirgede, aile hekimliğinin sağlık hizmetlerinin basamaklı yapısı içerisindeki merkezi rolüne dikkat çekilmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin, özgün bilgi ve beceri seti gerektirmesi nedeniyle bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce sunulmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Konferans sonrasında dünya genelinde sağlık politikalarında önemli değişimlere gidilmiştir. Bu gelişmeler neticesinde konferans, aile hekimliği tarihindeki yerini önemli bir dönüm noktası olarak almıştır (Alma Ata Bildirgesi, 1978).

DSÖ tarafından 1998 yılında gerçekleştirilen 51. toplantı kapsamında yayımlanan Dünya Sağlık Bildirgesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sisteminin temel yapı taşı olması gerektiğini vurgulamıştır. Bu bildirme, aile hekimliğinin tanımlanması, kurumsallaşması ve sağlık hizmetine erişimde ilk temas noktası olarak konumlandırılması yönünde önemli katkılar sağlamıştır. Ayrıca, bağımsız mesleki örgütlerin kurulmasına yönelik teşviklerle birlikte, aile hekimliği uzmanlık alanının gelişiminin önü açılmıştır (Boelen, 2002; WHO, 1998).

#### **2.2.6. Türkiye’de aile hekimliği**

Dünya genelindeki gelişmelerle birlikte, 1970’li yılların ortalarında Türkiye’de de aile hekimliği kavramı tartışılmaya başlanmış; ancak bu dönem içerisinde söz konusu alan, çoğunlukla sağlık ocağında görev yapan hekimlerin rollerinden biri olarak değerlendirilmiş ve ayrı bir tıp uzmanlık dalı olarak benimsenmemiştir. Dünyadaki gelişmelere paralel olarak aile hekimliği uzmanlık eğitiminin Türkiye’de de verilmesi

bir gereklilik haline gelmiş ve bu çerçevede aile hekimliği 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne dahil edilerek ülkemizde resmi bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir.

Türkiye'de aile hekimliği alanında ilk akademik yapılandırma 1984 senesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde kurulan Aile Hekimliği Anabilim Dalı ile başlamıştır. Bunu takiben, 1985'te Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır. 1992 senesinde Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) bünyesinde de anabilim dalı kurulmuş; 1993'te ise Yükseköğretim Kurulu, tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını onaylamıştır (Algın, 2004). Ülkemizde ilk kurulan aile hekimliği anabilim dalı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde hayata geçirilmiştir. (<https://aile.trakya.edu.tr/>, erişim tarihi:24.03.25)

Aile hekimliği sisteminin ülke genelinde uygulamalarının hayata geçirilmesini sağlamak üzere, 2004 yılında "Türkiye Aile Hekimliği Modeli" oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Ülkemizde aile hekimliği sistemine ilk olarak 2005 tarihinde pilot uygulama ile Düzce'de başlanmış olup 2010 yılından itibaren de tüm illerde uygulamaya geçirilmiştir (Öncü, 2017).

## **2.3. Sağlık okuryazarlığı**

### **2.3.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı**

Tıp biliminin gelişimi, insanoğlunun varoluşu ile paralel bir şekilde, çeşitli sağlık ihtiyaçları doğrultusunda sürekli bir evrim geçirmiştir. Çeşitli hastalıkların tedavi yöntemleri geliştirilmiş, pek çok hastalığın ilerlemesi durdurulmuş veya yavaşlatılmıştır. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için hastalık durumlarında doğru sağlık bilgilerini edinmeleri, bu bilgileri anlayıp doğru şekilde uygulamaları büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda yapılan araştırmalar sonucunda Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır (Çopurlar Kendir ve Kartal, 2016).

SOY kavramı literatürde ilk kez Simonds tarafından 1974 yılında yayımlanan "Health Education as Social Policy" adlı makalede ele alınmıştır. Simonds, bu kavramı

bireylerin sağlık alanında bilgiye ulaşma ve bu bilgiyi kullanma sürecinde gerekli olan okuma, yazma ve sayısal becerileri kullanabilme yeterliliği şeklinde tanımlamıştır (Simonds, 1974).

Nutbeam ve Wise 1993 senesinde SOY’u bireyin sağlığına yönelik bilgiye erişebilmesi, bu bilgiyi anlayabilmesi ve edindiği bilgi doğrultusunda uygun davranışlar geliştirebilmesi şeklinde tanımlamıştır. Bu yaklaşım, günümüzde kullanılan SOY tanımlarının temelini oluşturmıştır. Sonrasında Nutbeam tarafından 1998 yılında, DSÖ adına hazırlanan “Health Promotion Glossary” adlı çalışmada SOY kavramı daha kapsamlı bir şekilde tanımlanmıştır. Bu tanıma göre, SOY; bireyin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama ve bu bilgileri sağlık davranışlarına dönüştürme sürecindeki motivasyonunu ve yetkinliğini şekillendiren sosyal ve bilişsel becerileri içermektedir (Çopurlar Kendir ve Kartal, 2016).

Tıp Enstitüsü’nün tanımına göre SOY, bireyin sağlık konularında uygun kararlar verebilmesi amacıyla gerekli olan bilgileri okuyup anlayabilme, bu bilgileri işleyerek eyleme dönüştürebilme becerisidir (Bohlman, 2004)

Nancy Berkman ve çalışma arkadaşları, SOY kavramını, bireyin sağlığıyla ilgili bilinçli tercihler yapabilmesi için gerekli olan sağlık bilgilerini elde etme, yorumlayabilme, anlamlandırma ve gerektiğinde uygun kişi ya da sağlık kuruluşlarıyla etkili iletişim kurabilme kapasitesi olarak tanımlamıştır (Berkman ve ark., 2010).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (HLS-EU), SOY kavramını bireylerin genel okuryazarlık düzeyiyle ilişkili bir kavram olarak tanımlamaktadır. Bu kapsamda, bireyin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlığını koruma ve hastalıkları önlemeye ilişkin bilgi, beceri ve motivasyonunu ölçen bir gösterge olarak ele almaktadır (HLS-EU, 2012).

SOY’a dair önceki tanımları sistematik bir şekilde inceleyen Sørensen ve arkadaşları, kavramın kapsamını yeniden değerlendirmiş ve bütüncül bir yaklaşım sunmuşlardır. Bu yaklaşıma göre SOY, okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olup bireylerin sağlıklarına yönelik karar alma, yaşam kalitesini sürdürme, sağlıklarını geliştirme, hastalıkları önleme gibi amaçlarla gerekli bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini içeren motivasyon, bilgi ve yetkinlik düzeyidir (Sørensen ve ark., 2012)

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde SOY “bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir

şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” şeklinde açıklanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

SOY yalnızca tek bir beceriyle ifade edilemeyecek kadar kapsamlı ve çok katmanlı bir kavramdır (Jessup ve ark., 2017).

Farklı araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmış olsa da, SOY tanımlarının tamamında bazı temel bileşenler ortak olarak vurgulanmaktadır. Bu bileşenler; yazılı bilginin anlaşılması, karar alma sürecinde bilginin etkin kullanımı ve bireyler arası iletişim becerileridir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

### **2.3.2. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması**

Nutbeam tarafından geliştirilen ve literatürde yaygın olarak kabul gören sınıflandırma, SOY’u üç temel boyutta incelemektedir: işlevsel, etkileşimsel ve eleştirel. Bu sınıflama, SOY düzeylerinin kapsamlı biçimde anlaşılmasına ve kavramsal ayrımların netleştirilmesine olanak sağlamaktadır (Nutbeam, 2000).

#### **2.3.2.1. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı**

Bireyin yaşamını idame ettirebilmesi için gereksinim duyduğu temel okuma yazma yetilerini kapsamaktadır. Bu kavram, klasik sağlık eğitiminin bir ürünü olarak, bireye sağlıkla ilgili riskler ve sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda doğru ve somut bilgilerin sunulmasına dayanır (Nutbeam, 2000). Reçetelerin okunması, randevu bilgilerinin ve yazılı sağlık talimatlarının anlaşılması gibi temel işlevleri kapsar. Çoğunlukla bireysel fayda sağlar (Avcı ve Özkan, 2019). Düşük düzeyde fonksiyonel SOY, özellikle düşük eğitim seviyesindekiler, kronik hastalığı bulunanlar, yaşlılar ve farklı etnik kökenlerden gelen kişiler arasında yaygın olarak gözlemlenmektedir. Bu gruplardaki bireyler, yalnızca temel okuma ve yazma becerilerinde değil, aynı zamanda sağlık hizmet sağlayıcılarıyla etkili sözlü iletişimde de zorluk yaşayabilmektedir (Bilişli, 2019).

### **2.3.2.2. Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı**

Sosyal becerilere ek olarak, bu düzeydeki SOY; bireyin günlük yaşama etkin biçimde katılımını, bilgiye erişimini, çeşitli iletişim biçimlerini kavrayabilmesini ve değişen koşullara uyum sağlayacak biçimde yeni bilgileri kullanabilmesini gerektiren gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık yetilerini kapsar (Nutbeam, 2000). Son yıllarda gelişen sağlık eğitimi anlayışının bir yansıması olan etkileşimli SOY, bireylerin yalnızca temel bilgileri anlamakla kalmayıp, daha ileri düzeyde ve karmaşık sağlık bilgilerine ulaşmasını da olanaklı kılmaktadır. Bu bağlamda, bireyin ulaştığı verileri eleştirel biçimde değerlendirme ve anlamlandırma yetisi, etkileşimsel SOY becerisidir (Rubin ve ark., 2011).

### **2.3.2.3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı**

Sosyal becerilerin ötesinde, bireyin bilgiye eleştirel bir perspektiften yaklaşmasını, elde ettiği verileri analiz edebilmesini ve bu bilgileri yaşamı üzerindeki kontrolünü artırmak amacıyla etkili bir şekilde kullanabilmesini sağlayan gelişmiş bilişsel yetileri kapsamaktadır. Eleştirel SOY, bireysel davranışların yanı sıra toplumsal ve politik düzeyde etkili uygulamaları destekleyen bir bilişsel gelişim sürecini yansıtır (Nutbeam, 2000). Bu düzeydeki SOY'a sahip bireyler, edindikleri bilgileri yalnızca pasif şekilde almakla kalmaz; aynı zamanda bu bilgileri eleştirel olarak analiz ederek kendi sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine entegre eder. Ayrıca, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik belirleyicilerini dikkate alarak davranışlarını şekillendirme kapasitesi geliştirirler (Rubin ve ark., 2011).

### **2.3.3. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler**

SOY'un tam anlamıyla kavranabilmesi, yalnızca tanımının yapılmasıyla sınırlı olmayıp; bu kavramın belirleyicilerinin ve doğurduğu sonuçların bütüncül bir yaklaşımla incelenmesini gerektirir. Bu bağlamda SOY; demografik özellikler, kültürel ve psikososyal faktörler, genel okuryazarlık seviyesi, bireysel nitelikler,

hastalıklarla ilgili deneyimler ve sağlık hizmetlerine erişim olanakları gibi çeşitli etkenlerden etkilenmektedir.

Demografik özellikler arasında bireyin yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, eğitim geçmişi ve çalışma durumu yer almaktadır. Bu bağlamda, yaşlılarda, kadınlarda, siyahi bireylerde, evli olmayanlarda, düşük gelirli ve düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde SOY'un daha düşük düzeyde olduğu gözlemlenmektedir (Morris ve ark., 2013).

SOY'u etkileyen psikososyal değişkenler arasında öz yeterlilik, sosyal destek kaynakları, sağlıkla ilgili bilgi düzeyi ve hastalıkların kavranma biçimi yer almaktadır. Bireyin sağlık inançlarının zayıf olması, sosyal çevresinden yeterli destek görememesi ve sağlık konularında bilgi eksikliği yaşaması, SOY'un düşük olmasına katkıda bulunan önemli unsurlar arasındadır (Ussher ve ark., 2010).

SOY, genel okuryazarlık becerileriyle ilişkili olmakla birlikte, bu iki kavram her zaman paralellik göstermemektedir. Literatürdeki bulgular, düşük düzeyde okuryazarlığa sahip bireylerin sağlık bilgisini anlamakta güçlük yaşadığını; ancak bazı yüksek okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin de SOY'larının yetersiz olabileceğini ortaya koymuştur (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2013).

Hastalık deneyimleri, bireyin SOY'unu şekillendiren etkenler arasında yer almakta olup; hastalığın türü, süresi, şiddeti, tedavi sürecinin karmaşıklığı, komplikasyonların varlığı ve ek hastalıkların eşlik etmesi gibi faktörleri kapsamaktadır.

Görme, işitme ve konuşma yetileri ile birlikte hafıza, anlam kurma kapasitesi ve bireyin fiziksel, sosyal ve zihinsel işlevselliği bireysel özellikler arasında yer almaktadır. Bu alanlardaki işlev kayıpları, bireyin sağlıkla ilgili bilgileri algılama, yorumlama ve uygulama becerilerini olumsuz etkileyerek SOY düzeyinin düşmesine neden olabilir (Inoue, 2013).

Sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, sağlık sisteminin organizasyonel zorlukları, sağlık güvencesinin kapsamı ve hasta ile hekim arasındaki ilişki; sağlık sistemine ilişkin başlıca unsurlar arasında yer almaktadır. Söz konusu değişkenler, bireylerin hem sağlıkla ilgili bilgilerini hem de sağlık durumlarını doğrudan etkileyebilir (Kanj ve Mitic, 2009).

#### 2.3.4. Sağlık okuryazarlığının önemi

Yaşamın herhangi bir evresinde bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşabilmesi, ulaştığı bilgiyi doğru yorumlayabilmesi ve uygun biçimde uygulayabilmesi gereklidir. Bu nedenle SOY, bireysel sağlık yönetimi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak, yalnızca hekime başvurmak, bir sağlık kuruluşuna gitmek ya da gerekli tetkikleri yaptırmakla sağlanamaz. Bireylerin günlük yaşamlarında da sağlıklarını korumaya yönelik bilinçli davranışlar sergilemeleri gerekmektedir. Bu noktada SOY, bireyin sağlıkla ilgili süreçleri doğru yönetebilmesine ve bir sağlık problemiyle karşılaştığında ne yapması gerektiğini bilmesine katkı sağlar (<https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/index.html>, Erişim tarihi: 28.03.2025).

SOY, hizmet alan bireylerin sağlık çalışanlarının aktardığı bilgileri daha iyi anlayabilmelerine ve tanı ile tedavi sürecine aktif olarak katılım gösterebilmelerine olanak tanır. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının hastalarıyla etkili iletişim kurmasını kolaylaştırır, mesleki doyumlarını artırır ve gerekli klinik becerileri geliştirmelerine katkı sağlar (Aygün ve Cerim, 2021).

Yeterli SOY düzeyi, bireyin hem sağlığını koruma sürecinde hem de hastalık durumunda tedavi sürecini etkin şekilde yönetmesinde önemli rol oynamaktadır. Buna karşılık, düşük SOY düzeyi; hastanın tedaviye ilişkin karar alma kapasitesini ve tedaviye uyumunu azaltmakta, öz yönetimini engellemekte, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına neden olmakta ve sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuruları artırarak mevcut sağlık durumunun kötüleşmesine yol açabilmektedir. Sonuç olarak, sağlık sisteminde gereksiz kaynak kullanımı ve maliyet artışı meydana gelirken, bu yük sağlık hizmet sunumunu olumsuz etkilemektedir. Bu durum, sağlık hizmetine gerçek gereksinimi olan bireylerin kurumsal erişimlerini kısıtlayarak tanı ve tedavide gecikmelere yol açabilmektedir (Tanrıöver ve ark., 2014). Literatürde, SOY düzeyinin sağlık sistemine olan ekonomik yansımaları ele alan araştırmalar, yetersiz SOY'a sahip bireylerin acil sağlık hizmetlerine daha sık başvurduğunu, hastaneye yatış oranlarının daha fazla olduğunu ve koruyucu hizmetleri daha düşük oranda kullandıklarını göstermektedir. Bu eğilim, sağlık alanında yapılan harcamaların artmasına yol açmaktadır (Myers, 1974).

Kronik hastalıkların başarılı bir şekilde kontrolü ve yönetimi, bireylerin yeterli SOY becerilerine sahip olmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda, bireyin sağlıkla ilgili bilgileri anlaması, değerlendirmesi ve hangi sağlık hizmetine nasıl erişeceğini bilmesi, sürecin etkinliğini artırmaktadır. Ancak SOY'un yetersiz olması, bireyin kendi kronik hastalığına dair sorumluluk almasını, tedavi planına uyum sağlamasını ve hastalığını yönetme becerisini olumsuz yönde etkilemektedir (Kickbusch, 2005):

Elde edilen veriler doğrultusunda, SOY'un; olumsuz sağlık çıktıları, geniş kitlelerin bu durumdan etkilenmesi, kronik hastalıkların artışı, sağlık harcamalarındaki sürekli yükseliş ve güvenilir sağlık bilgisine duyulan gereksinim gibi önemli faktörlerle yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, SOY düzeyi, ülkelerin sağlık politikalarının oluşturulmasında belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır (Cesar ve ark., 2022).

#### **2.3.5. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı**

SOY, ülkemizde son dönemde artan bir önem kazanmış ve bu alanda çeşitli kurumsal faaliyetler başlatılmıştır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından 26 Aralık 2012’de “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” organize edilmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile bazı üniversiteler tarafından SOY’un artırılmasına yönelik çalışmalar sürdürülmektedir (Çopurlar Kendir ve Kartal, 2016).

Sağlık Bakanlığı’nın 2013–2017 yıllarını kapsayan stratejik planında, bireylerin kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme sorumluluğunu üstlenebilmeleri amacıyla SOY’un artırılması hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) adlı ölçme aracının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiş ve bu çalışmaların bulguları 2016 yılında kamuoyuyla paylaşılmıştır (Abacıgil ve ark., 2016)

Türkiye’de SOY alanında gerçekleştirilen ilk büyük ölçekli çalışma 2014 senesinde, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından yürütülmüş ve bu araştırmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU) Türkçeye uyarlanarak kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda, Türkiye’de SOY düzeylerinin

değerlendirilmesinde kullanılabilecek, bilimsel açıdan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı elde edilmiştir. Bulgular, toplumun yaklaşık üçte birinin yeterli veya mükemmel SOY'a sahip olduğunu, dolayısıyla erişkin bireylerin önemli bir bölümünün bu bağlamda risk altında olduğunu göstermiştir (Tanrıöver ve ark., 2014).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniği ya da eğitim aile sağlığı merkezine başvuran kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve ilişkili faktörleri değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırmamız 1 Ekim 2024 ile 31 Mart 2025 tarihleri arasında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniği ya da eğitim aile sağlığı merkezine başvuran kişiler ile yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniği veya eğitim aile sağlığı merkezine başvuran bireyler oluşturmaktadır. Bu çalışma kapsamında, spesifik bir örneklem yöntemi tercih edilmemiş olup, polikliniğe ya da aile sağlığı merkezine başvuran ve katılmaya gönüllü olan bireyler değerlendirilmiştir. Çalışmaya, 18 yaş ve üzeri toplamda 500 gönüllü birey dahil edilmiştir.

#### **3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi**

Araştırmacı tarafından hazırlanan toplamda 49 sorudan oluşan anket formu bulunmaktadır. Üç uzman hekim tarafından gözden geçirilen ve gerekli revizyonlar yapılan anket, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniği ve eğitim aile sağlığı merkezinde pilot olarak uygulanmıştır. Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili sorunlar giderildikten sonra, son hali verilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sosyodemografik bilgileri içermektedir. İkinci bölümde katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için TSOY-32 ölçeği yer almaktadır (EK-2).

### **3.5.Verilerin Analizi**

İstatistiksel analizler için Windows için IBM SPSS Statistics, v. 26.0 (Armonk, NY: IBM) kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik için sayısal verilerde ortalama ve standart sapma ya da ortanca (minimum – maksimum) değerler, kategorik verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Normallik varsayımı için grafiksel yöntemler (QQ plot, histogram vb.) ve hipotez testleri (Shapiro Wilk test) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler için iki grup karşılaştırmasında varsayımlar sağlandığı durumda bağımsız gruplarda t testi, sağlanmadığı durumda Mann-Whitney U test istatistiği kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup karşılaştırmasında varsayımlar sağlandığı durumda tek yönlü varyans analizi (ANOVA), sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi test istatistiği kullanılmıştır. Gruplarda farklılık bulunduğu durumda farklılık yaratan grup/grupları belirlemede ikili karşılaştırmalar testler (post-hoc) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için grup karşılaştırılmasında ki kare test istatistikleri (Pearson, Yates, Fisher Kesin vb.) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasında ilişki incelemesinde varsayımların sağlanma durumuna göre Pearson ya da Spearman korelasyon katsayılarından yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak alınmıştır.

### **3.6.Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamızda belirli bir örneklem seçilmediği sebebi ile elde edilen sonuçlar tüm Türkiye geneline genellenemez. Kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırma olması nedeniyle, neden-sonuç ilişkisi kurma konusunda güçlü bir metodolojisi yoktur.

Ayrıca, anket çalışmaları genel olarak bazı kısıtlılıkları da beraberinde getirdiği bilinmektedir.

### **3.7.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.09.2024 tarihinde vermiş olduğu E-43012747-050.04-399579-32 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir (EK-1: Etik Kurul formu).

Araştırmamızda kullanılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı - 32 ölçeğinin kullanılması için gerekli izin e-posta yoluyla istenmiş ve onay alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 500 katılımcının %63,8 (n=319)'i kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması  $49.51 \pm 12.53$  (minimum 27 ve maksimum 81) yıldır. Eğitim durumlarına bakıldığında %54,8 (n=274)'i üniversite ya da yükseköğretim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %96 (n=480)'sı çalışırken, çalışanlarında %23,1 (n=111)'i memur ve %22,1 (n=106)'i ev hanımı olduğunu belirtmiştir. Gelir düzeyine göre incelendiğinde düşük gelirli %22,6 (n=113), orta gelirli %69,8 (n=349) ve yüksek gelirli oranı %7,6 (n=38)'dir. Katılımcıların %95,4 (n=477)'ünün sosyal güvencesi varken, %58,7 (n=280) ile kişilerin en fazla SSK güvencesi olduğu görülmüştür. Medeni duruma bakıldığında %59,8 (n=299)'i evli ve %58,4 (n=292)'ünün ortalama  $2.35 \pm 1.13$  (en küçük 1 ve en büyük 8) çocuğu vardır. En küçük çocuk yaşı 0 ile 49 arasında değişmektedir. Katılımcıların %63,4 (n=317)'ü il merkezinde iken %27,8 (n=139)'i ilçede yaşamaktadır. Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1. ile verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

|                                   |                           | n (%)                       |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Yaş, $\bar{X} \pm SS$ (min – max) |                           | 49.51 $\pm$ 12.53 (27 – 81) |
| Cinsiyet                          | Kadın                     | 319 (%63,8)                 |
|                                   | Erkek                     | 181 (%36,2)                 |
| Eğitim Düzeyi                     | Okuryazar değil           | 4 (%0,8)                    |
|                                   | Okuryazar                 | 11 (%2,2)                   |
|                                   | İlkokul- Ortaokul         | 106 (%21,2)                 |
|                                   | Lise                      | 105 (%21,0)                 |
|                                   | Üniversite- Yüksek Lisans | 274 (%54,8)                 |
| Çalışma Durumu                    | Çalışıyor                 | 480 (%96,0)                 |
|                                   | Çalışmıyor                | 20 (%4,0)                   |
| Çalışma Türü,<br>(n=480)          | Memur                     | 111 (%23,1)                 |
|                                   | Ev hanımı                 | 106 (%22,1)                 |
|                                   | Öğrenci                   | 84 (%17,5)                  |
|                                   | Emekli                    | 71 (%14,8)                  |
|                                   | Serbest meslek            | 40 (%8,3)                   |
|                                   | Diğer                     | 68 (%14,2)                  |
| Gelir Düzeyi                      | Düşük                     | 113 (%22,6)                 |
|                                   | Orta                      | 349 (%69,8)                 |
|                                   | Yüksek                    | 38 (%7,6)                   |
| Sosyal Güvence                    | Var                       | 477 (%95,4)                 |
|                                   | Yok                       | 23 (%4,6)                   |

**Tablo 4.1.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devam)

|                                                                                        |                |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------|
| <b>Sosyal Güvence Türü, (n=477)</b>                                                    | SSK            | 280 (%58,7)                    |
|                                                                                        | Emekli Sandığı | 112 (%23,5)                    |
|                                                                                        | Bağkur         | 64 (%13,4)                     |
|                                                                                        | Diğer          | 21 (%4,4)                      |
| <b>Medeni Durum</b>                                                                    | Evli           | 299 (%59,8)                    |
|                                                                                        | Bekâr          | 163 (%32,6)                    |
|                                                                                        | Dul / Boşanmış | 38 (%7,6)                      |
| <b>Yaşadığı Yer</b>                                                                    | İl Merkezi     | 317 (%63,4)                    |
|                                                                                        | İlçe Merkezi   | 139 (%27,8)                    |
|                                                                                        | Köy/Belde      | 44 (%8,8)                      |
| <b>Çocuk Olma Durumu</b>                                                               | Var            | 292 (%58,4)                    |
|                                                                                        | Yok            | 208 (%41,6)                    |
| <b>Çocuk Sayısı (n=292), <math>\bar{X} \pm S</math> (min – max)</b>                    |                | 2.35 $\pm$ 1.13 (1 – 8)        |
| <b>En Küçük Çocuk Yaşı Ortalaması (n=292), <math>\bar{X} \pm SS</math> (min – max)</b> |                | 17.32 $\pm$ 11.67 (0.0 – 49.0) |

$\bar{X}$ : Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma min: minimum, max: maksimum, SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

Katılımcıların %40,6 (n=203)’ının kronik hastalığı vardır. Kronik hastalığı olanlarda en sık hipertansiyon (%43,8 (n=89)), şeker hastalığı (%25,1 (n=51)), kolesterol (%21,2 (n=43)) ve hipotiroidi/hipertiroidi (%20,2 (n=41)) görülmektedir. Sağlık durumlarına bakıldığında %75 (n=375)’inin iyi ve çok iyi olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan kişilerin klinik bilgileri Tablo 4.2.’de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların klinik durumları

|                                  |                          | <b>İstatistikler n(%)</b> |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Kronik Hastalık</b>           | Yok                      | 297 (%59,4)               |
|                                  | Var                      | 203 (%40,6)               |
| <b>Kronik Hastalık*, (n=203)</b> | Hipertansiyon            | 89 (%43,8)                |
|                                  | Şeker hastalığı          | 51 (%25,1)                |
|                                  | Kolesterol hastalığı     | 43 (%21,2)                |
|                                  | Hipotiroidi/Hipertiroidi | 41 (%20,2)                |
|                                  | Kalp damar hastalığı     | 33 (%16,2)                |
|                                  | Akciğer hastalıkları     | 30 (%14,8)                |
|                                  | Kanser                   | 6 (%3,0)                  |
|                                  | İnme/Felç                | 2 (%1,0)                  |
|                                  | Diğer                    | 40 (%19,7)                |
| <b>Sağlık Durumu</b>             | Çok kötü                 | 3 (%0,6)                  |
|                                  | Kötü                     | 12 (%2,4)                 |
|                                  | Ne iyi ne kötü           | 110 (%22,0)               |
|                                  | İyi                      | 297 (%59,4)               |
|                                  | Çok iyi                  | 78 (%15,6)                |

\*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılara ilgili sağlık kurumunu tercih etme nedenleri sorulduğunda %47,8 (n=239)'i ulaşımın kolaylığı açısından tercih ettiğini, %37,4 (n=187)'ü hekiminden memnun olduğu için ve %19,4 (n=97)'ü ise randevu ve bekleme süresinden kaynaklı bu kurumu seçtiğini belirtmiştir. Katılımcılara ilk olarak hangi kuruma başvuru yaptığı sorulduğunda %66,4 (n=332)'ü ASM'yi, %18,4 (n=92)'ü ise üçüncü basamak bir hastaneyi tercih ettiğini belirtmiştir. Son bir yıl içerisinde ASM'ye başvuranların sayısı 3.0 (en küçük 0.0 ve en büyük 30.0) iken son bir yıl içerisinde ASM dışında sağlık kurumuna başvuru sayısı 3.0 (en küçük ve en büyük 40)'tür. En sık başvuru nedenleri ise sırası ile ilaç yazdırma (%40,4 (n=202)), kontrol (%32,8 (n=164)), tahlil istemi (%26,0 (n=130)), acil durumlar (%15,4 (n=77)), bilgi danışma (%8,8 (n=44)) ve izlem (%1,2 (n=6)) olmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin sağlık kurumu tercih ve nedenleri ile ilgili bilgiler Tablo 4.3.'de verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların sağlık hizmeti kullanımı ve başvuru özellikleri

|                                                                                            |                           | İstatistikler n(%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| <b>Tercih Nedeni*</b>                                                                      | Ulaşım kolaylığı          | 239 (%47,8)        |
|                                                                                            | Hekim Memnuniyeti         | 187 (%37,4)        |
|                                                                                            | Randevu ve bekleme süresi | 97 (%19,4)         |
|                                                                                            | Tanıdık önerisi           | 37 (%7,4)          |
|                                                                                            | İlaç raporu               | 24 (%4,8)          |
|                                                                                            | Uzman hekim muayenesi     | 24 (%4,8)          |
|                                                                                            | Danışmanlık hizmeti       | 7 (%1,4)           |
|                                                                                            | Görüntüleme hizmeti       | 4 (%0,8)           |
|                                                                                            | Diğer                     | 48 (%9,6)          |
| <b>İlk Başvuru Yeri</b>                                                                    | ASM                       | 332 (%66,4)        |
|                                                                                            | 3. Basamak hastane        | 92 (%18,4)         |
|                                                                                            | İlçe Devlet Hastanesi     | 50 (%10,0)         |
|                                                                                            | Özel Hastane              | 26 (%5,2)          |
| <b>En Sık Başvuru Nedeni*</b>                                                              | İlaç yazdırma             | 202 (%40,4)        |
|                                                                                            | Kontrol                   | 164 (%32,8)        |
|                                                                                            | Tahlil istemi             | 130 (%26,0)        |
|                                                                                            | Acil durumlar             | 77 (%15,4)         |
|                                                                                            | Bilgi danışma             | 44 (%8,8)          |
|                                                                                            | İzlem (gebe, bebek vb.)   | 6 (%1,2)           |
|                                                                                            | Diğer                     | 41 (%8,2)          |
| <b>Son 1 yıl içerisinde ASM'ye Başvuru Sayısı, medyan (min – max)</b>                      |                           | 3.0 (0.0 – 30.0)   |
| <b>Son 1 yıl içerisinde ASM dışında Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı, medyan (min – max)</b> |                           | 3.0 (0.0 – 40.0)   |

\*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, min: minimum, max: maksimum

ASM ve eğitim araştırma hastanesi (EAH) grubunun yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence olma durumu, medeni durum, çocuğa sahip olma

durumu ve çocuk sayısı, yaşadığı yer açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.005$ ). ASM ve EAH grupları arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı ancak küçük düzeyde bir farklılık vardır (etki büyüklüğü= 0.154;  $p=0.003$ ). Bu farkı oluşturan grup; EAH'ye başvuru yapan yüksek gelir oranı ASM'ye göre daha yüksektir. ASM ve EAH grupları arasında en küçük çocuk yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı ancak küçük düzeyde bir farklılık vardır (etki büyüklüğü (Cohen's d)= 0.322;  $p=0.006$ ). EAH grubunda en küçük çocuk yaşı daha büyüktür. ASM ve EAH gruplarının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo 4.4. ile verilmiştir.

**Tablo 4.4.** ASM ve EAH gruplarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

| Özellikler                     |                           | GRUP                |                     | p            |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|--------------|
|                                |                           | ASM n(%)<br>(n=250) | EAH n(%)<br>(n=250) |              |
| Yaş                            |                           | 39.41 ± 14.77       | 40.46 ± 16.56       | 0.454        |
| Cinsiyet                       | Kadın                     | 164 (%65,6)         | 155 (%62,0)         | 0.402        |
|                                | Erkek                     | 86 (%34,4)          | 95 (%38,0)          |              |
| Eğitim Düzeyi                  | Okuryazar değil           | 3 (%1,2)            | 1 (%0,4)            | 0.356        |
|                                | Okuryazar                 | 7 (%2,8)            | 4 (%1,6)            |              |
|                                | İlkokul- Ortaokul         | 47 (%18,8)          | 59 (%23,6)          |              |
|                                | Lise                      | 58 (%23,2)          | 47 (%18,8)          |              |
|                                | Üniversite- Yüksek Lisans | 135 (%54,0)         | 139 (%55,6)         |              |
| Çalışma Durumu                 | Çalışmıyor                | 9 (%3,6)            | 11 (%4,4)           | 0.648        |
|                                | Çalışıyor                 | 241 (%96,4)         | 239 (%95,6)         |              |
| Gelir Düzeyi                   | Düşük                     | 56 (%22,4)          | 57 (%22,8)          | <b>0.003</b> |
|                                | Orta                      | 185 (%74,0)         | 164 (%65,6)         |              |
|                                | Yüksek                    | 9 (%3,6)            | 29 (%11,6)          |              |
| Sosyal Güvence                 | Yok                       | 11 (%4,4)           | 12 (%4,8)           | 0.831        |
|                                | Var                       | 239 (%95,6)         | 238 (%95,2)         |              |
| Medeni Durum                   | Evli                      | 158 (%63,2)         | 141 (%56,4)         | 0.207        |
|                                | Bekâr                     | 77 (%30,8)          | 86 (%34,4)          |              |
|                                | Dul / Boşanmış            | 15 (%6,0)           | 23 (%9,2)           |              |
| Yaşadığı Yer                   | İl Merkezi                | 158 (%63,2)         | 159 (%63,6)         | 0.106        |
|                                | İlçe Merkezi              | 76 (%30,4)          | 63 (%25,2)          |              |
|                                | Köy/Belde                 | 16 (%6,4)           | 28 (%11,2)          |              |
| Çocuk Olma Durumu              | Yok                       | 95 (%38,0)          | 113 (%45,2)         | 0.102        |
|                                | Var                       | 155 (%62,0)         | 137 (%54,8)         |              |
| Çocuk Sayısı                   |                           | 2.0 (1.0 – 5.0)     | 2.0 (1.0 – 8.0)     | 0.511        |
| En Küçük Çocuk Yaşı Ortalaması |                           | 15.57 ± 11.55       | 19.29 ± 11.53       | <b>0.006</b> |

Tanımlayıcı istatistik için sayısal değişkenlerde ortalama ± standart sapma ya da ortanca (minimum – maksimum), kategorik değişkenlerde sayı (yüzde) verilmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

ASM ve EAH grupları arasında ilgili sağlık kurumunu tercih etme nedenlerinden ulaşım kolaylığı ve uzman hekim muayenesi tercih oranları istatistiksel olarak farklıdır (sırası ile  $p=0.002$  ve  $p<0.001$ ). ASM'nin ulaşım kolaylığından seçilme oranı daha yüksekken, uzman hekim muayenesi nedeniyle seçilme nedeni EAH grubunda daha yüksektir. ASM ve EAH grupları arasında ilk başvuru yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeye yakın bir farklılık vardır (etki büyüklüğü  $=0.237$ ;  $p<0.001$ ). İkili karşılaştırma sonuçlarına göre aile hekimi, üçüncü basamak hastane ve özel hastane kategorilerinde gruplar arasında fark var. ASM ve EAH grupları arasında son 1 yıl içerisinde sağlık kurumuna başvuru sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p=0.002$ ). EAH grubunun başvuru sayısı daha yüksektir. Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına en sık başvuru nedenleri açısından ASM ve EAH grupları arasında ilaç yazdırma ve acil durumlar başvuru oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (sırası ile  $p=0.006$  ve  $p=0.001$ ). İlaç yazdırma oranı EAH grubunda daha yüksekken acil durumlar oranı ASM grubunda daha fazladır. ASM ve EAH gruplarının sağlık hizmeti kullanımı ve başvuru özellikleri açısından karşılaştırılması Tablo 4.5.'te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** ASM ve EAH gruplarının sağlık hizmeti kullanımı ve başvuru özelliklerine göre karşılaştırılması

| Özellikler                    |                           | GRUP                |                     | p                |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|------------------|
|                               |                           | ASM n(%)<br>(n=250) | EAH n(%)<br>(n=250) |                  |
| <b>Tercih Nedeni*</b>         | Ulaşım kolaylığı          | 137 (%54,8)         | 103 (%41,2)         | <b>0.002</b>     |
|                               | Tanıdık önerisi           | 14 (%5,6)           | 23 (%9,2)           | 0.124            |
|                               | Hekim Memnuniyeti         | 100 (%40,0)         | 87 (%34,8)          | 0.230            |
|                               | Randevu ve bekleme süresi | 55 (%22,0)          | 43 (%17,2)          | 0.176            |
|                               | İlaç raporu               | 8 (%3,2)            | 17 (%6,8)           | 0.065            |
|                               | Görüntüleme hizmeti       | 0 (%0,0)            | 2 (%0,8)            | 0.499            |
|                               | Uzman hekim muayenesi     | 3 (%1,2)            | 21 (%8,4)           | <b>&lt;0.001</b> |
|                               | Danışmanlık hizmeti       | 4 (%1,6)            | 2 (%0,8)            | 0.686            |
|                               | Diğer                     | 20 (%8,0)           | 29 (%11,6)          | 0.176            |
| <b>İlk Başvuru Yeri</b>       | ASM                       | 186 (%74,4)         | 146 (%58,4)         | <b>&lt;0.001</b> |
|                               | İlçe Devlet Hastanesi     | 20 (%8,0)           | 30 (%12,0)          |                  |
|                               | 3. Basamak hastane        | 26 (%10,4)          | 66 (%26,4)          |                  |
|                               | Özel Hastane              | 18 (%7,2)           | 8 (%3,2)            |                  |
| <b>En Sık Başvuru Nedeni*</b> | İlaç yazdırma             | 86 (%34,4)          | 116 (%46,4)         | <b>0.006</b>     |
|                               | Bilgi danışma             | 27 (%10,8)          | 17 (%6,8)           | 0.114            |
|                               | Kontrol                   | 78 (%31,2)          | 86 (%34,4)          | 0.446            |
|                               | Acil durumlar             | 52 (%20,8)          | 25 (%10,0)          | <b>0.001</b>     |
|                               | İzlem(gebe, bebek vb.)    | 5 (%2,0)            | 1 (%0,4)            | 0.216            |
|                               | Tahlil istemi             | 64 (%25,6)          | 66 (%26,4)          | 0.838            |
|                               | Diğer                     | 17 (%6,8)           | 24 (%9,6)           | 0.254            |

**Tablo 4.5.** ASM ve EAH gruplarının sağlık hizmeti kullanımı ve başvuru özelliklerine göre karşılaştırılması (devam)

|                                                                 |                  |                  |              |
|-----------------------------------------------------------------|------------------|------------------|--------------|
| Son 1 yıl içerisinde ASM'ye Başvuru Sayısı                      | 3.0 (0.0 – 30.0) | 3.0 (0.0 – 20.0) | 0.109        |
| Son 1 yıl içerisinde ASM dışında Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı | 2.0 (0.0 – 30.0) | 3.0 (1.0 – 40.0) | <b>0.002</b> |

Tanımlayıcı istatistik için sayısal değişkenlerde ortalama  $\pm$  standart sapma ya da ortanca (minimum – maksimum), kategorik değişkenlerde sayı (yüzde) verilmiştir. \*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

ASM ve EAH grupları arasında kronik hastalık görülme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p < 0.001$ ). EAH grubunda kronik hastalık daha fazla görülmektedir. Ancak, gruplardaki kronik hastalık oranları benzerdir ( $p > 0.005$ ). ASM ve EAH gruplarının sağlık durumu istatistiksel açıdan benzerdir ( $p = 0.877$ ). ASM ve EAH gruplarının klinik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo 4.6.'da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** ASM ve EAH gruplarının klinik durumlarına göre karşılaştırılması

|                         |                          | GRUP                |                     | p                |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Özellikler              |                          | ASM n(%)<br>(n=250) | EAH n(%)<br>(n=250) |                  |
| <b>Kronik Hastalık</b>  | Yok                      | 168 (%67,2)         | 129 (%51,6)         | <b>&lt;0.001</b> |
|                         | Var                      | 82 (%32,8)          | 121 (%48,4)         |                  |
| <b>Kronik Hastalık*</b> | Hipertansiyon            | 32 (%39,0)          | 57 (%47,1)          | 0.255            |
|                         | Şeker hastalığı          | 17 (%20,7)          | 34 (%28,1)          | 0.235            |
|                         | Kolesterol hastalığı     | 18 (%22,0)          | 25 (%20,7)          | 0.825            |
|                         | Hipotiroidi/Hipertiroidi | 16 (%19,5)          | 25 (%20,7)          | 0.841            |
|                         | Kalp damar hastalığı     | 8 (%9,8)            | 24 (%19,8)          | 0.053            |
|                         | Akciğer hastalıkları     | 12 (%14,6)          | 19 (%15,7)          | 0.836            |
|                         | İnme/Felç                | 0 (%0,0)            | 2 (%1,7)            | 0.516            |
|                         | Kanser                   | 2 (%2,4)            | 3 (%2,5)            | >0.999           |
|                         | Diğer                    | 14 (%17,1)          | 26 (%21,5)          | 0.438            |
| <b>Sağlık Durumu</b>    | Çok kötü                 | 1 (%0,4)            | 2 (%0,8)            | 0.877            |
|                         | Kötü                     | 6 (%2,4)            | 6 (%2,4)            |                  |
|                         | Ne iyi ne kötü           | 51 (%20,4)          | 59 (%23,6)          |                  |
|                         | İyi                      | 151 (%60,4)         | 146 (%58,4)         |                  |
|                         | Çok iyi                  | 41 (%16,4)          | 37 (%14,8)          |                  |

Tanımlayıcı istatistik için sayısal değişkenlerde ortalama  $\pm$  standart sapma ya da ortanca (minimum – maksimum), kategorik değişkenlerde sayı (yüzde) verilmiştir. \*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

Hem toplam puan hem de alt boyutlar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p > 0.005$ ). ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks skoru ve alt boyutlara göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4.7.'de verilmiştir.

**Tablo 4.7.** ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks skorlarının alt boyut ve toplam skorlara göre karşılaştırılması

| Özellikler                                   | GRUP                |                     | P     |
|----------------------------------------------|---------------------|---------------------|-------|
|                                              | ASM n(%)<br>(n=250) | EAH n(%)<br>(n=250) |       |
| <b>İndeks Puanı</b>                          | 33.72 ± 9.29        | 32.58 ± 9.93        | 0.190 |
| <b>Tedavi ve Hizmet</b>                      | 49.29 ± 8.83        | 48.64 ± 9.58        | 0.429 |
| <b>Hastalıktan Korunma</b>                   | 47.44 ± 9.95        | 45.92 ± 10.63       | 0.100 |
| <b>Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma</b>        | 24.78 ± 4.97        | 24.14 ± 5.51        | 0.170 |
| <b>Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama</b>        | 25.44 ± 4.24        | 24.77 ± 4.82        | 0.100 |
| <b>Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme</b> | 22.61 ± 5.25        | 22.32 ± 5.63        | 0.555 |
| <b>Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma</b>      | 23.90 ± 4.72        | 23.33 ± 4.82        | 0.184 |
| <b>SOY</b>                                   |                     |                     |       |
| Yetersiz                                     | 43 (%17,2)          | 46 (%18,4)          | 0.649 |
| Sorunlu-Sınırlı                              | 78 (%31,2)          | 89 (%35,6)          |       |
| Yeterli                                      | 73 (%29,2)          | 66 (%26,4)          |       |
| Mükemmel                                     | 56 (%22,4)          | 49 (%19,6)          |       |

Tanımlayıcı istatistik için sayısal değişkenlerde ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenlerde sayı (yüzde) verilmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

Hem ASM hem de EAH grubunda kadın ve erkek arasında indeks skorları benzerdir (sırası ile  $p=0.897$  ve  $p=0.159$ ). Yaş grupları arasında hem toplam hem de sağlık kurumlarına göre ayrı ayrı incelendiğinde yaş arttıkça indeks skorları azalmaktadır ve anlamlı fark olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ). Toplam skorda ve EAH grubunda farklılık yaratan grup 65 yaş ve üzeri iken ASM grubunda üç yaş grubu da farklılaşmaktadır. İki grupta da eğitim düzeyleri arasında indeks skorları istatistiksel olarak farklıdır (her ikisi için  $p<0.001$ ). Her iki grupta da eğitim düzeyi arttıkça indeks skoru artmaktadır. Toplam skor ve ASM grubunda üç eğitim düzeyi de birbirinden farklı iken EAH grubunda üniversite ve üstü kategorisi farklılık yaratan gruptur. İki grupta da medeni durum grupları arasında indeks skorları istatistiksel olarak farklıdır (her ikisi için  $p<0.001$ ). Toplam ve ASM grubunda en yüksek skor bekâr grubundadır ve üç grup arasında farklılık vardır. EAH grubunda ise en yüksek skor farklılık yaratan bekâr grubundadır. İki grupta da çocuk olma durumu arasında indeks skorları istatistiksel olarak farklıdır (her ikisi için  $p<0.001$ ). İki grupta da çocuğu olmayanların indeks skorları daha yüksektir. Toplam ve ASM grubunda yaşadıkları yerler arasında indeks skorları açısından farklılık vardır ( $p=0.003$ ). Farklılık yaratan en yüksek puana sahip il merkezinde yaşan gruptur. Ancak, EAH grubunda yaşadıkları yerlere göre indeks

skorları açısından fark yoktur ( $p=0.219$ ). ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin demografik özellikler açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.8.'de verilmiştir.

**Tablo 4.8.** ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin demografik özellikler açısından karşılaştırılması

|                         |                    | İndeks Değerleri           |                               |                               |
|-------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                         |                    | Toplam<br>(n=500)          | ASM Soy<br>İndeksi<br>(n=250) | EAH Soy<br>İndeksi<br>(n=250) |
| Cinsiyet                | Kadın              | 33.47 ± 9.42               | 33.66 ± 9.39                  | 33.28 ± 9.48                  |
|                         | Erkek              | 32.58 ± 9.96               | 33.82 ± 9.13                  | 31.45 ± 10.58                 |
|                         | p                  | 0.318                      | 0.897                         | 0.159                         |
| Yaş                     | 18 – 44            | 35.85 ± 8.81 <sup>A</sup>  | 36.43 ± 8.28 <sup>A</sup>     | 35.22 ± 9.34 <sup>A</sup>     |
|                         | 45 – 64            | 29.56 ± 9.29 <sup>B</sup>  | 30.10 ± 9.08 <sup>B</sup>     | 29.08 ± 9.52 <sup>B</sup>     |
|                         | ≥ 65               | 26.17 ± 8.82 <sup>B</sup>  | 24.30 ± 7.43 <sup>C</sup>     | 27.60 ± 9.66 <sup>B</sup>     |
|                         | p                  | <0.001                     | <0.001                        | <0.001                        |
| Eğitim<br>Düzeyi*       | Ortaokul ve altı   | 27.63 ± 9.72 <sup>A</sup>  | 27.72 ± 9.62 <sup>A</sup>     | 27.55 ± 9.88 <sup>A</sup>     |
|                         | Lise               | 31.43 ± 9.86 <sup>B</sup>  | 33.00 ± 9.61 <sup>B</sup>     | 29.49 ± 9.92 <sup>A</sup>     |
|                         | Üniversite ve üstü | 36.23 ± 8.18 <sup>C</sup>  | 36.57 ± 7.65 <sup>C</sup>     | 35.90 ± 8.68 <sup>B</sup>     |
|                         | p                  | <0.001                     | <0.001                        | <0.001                        |
| Medeni<br>Durum         | Evli               | 31.82 ± 9.53 <sup>A</sup>  | 32.90 ± 9.13 <sup>A</sup>     | 30.61 ± 9.85 <sup>A</sup>     |
|                         | Bekâr              | 37.11 ± 8.31 <sup>B</sup>  | 37.20 ± 8.09 <sup>B</sup>     | 37.03 ± 8.56 <sup>B</sup>     |
|                         | Dul / Boşanmış     | 26.58 ± 9.30 <sup>C</sup>  | 24.34 ± 8.69 <sup>C</sup>     | 28.03 ± 9.58 <sup>A</sup>     |
|                         | p                  | <0.001                     | <0.001                        | <0.001                        |
| Çocuk<br>Olma<br>Durumu | Yok                | 36.59 ± 8.33               | 37.57 ± 8.01                  | 35.76 ± 8.54                  |
|                         | Var                | 30.69 ± 9.74               | 31.35 ± 9.24                  | 29.96 ± 10.26                 |
|                         | p                  | <0.001                     | <0.001                        | <0.001                        |
| Yaşadığı<br>Yer         | İl Merkezi         | 34.21 ± 9.18 <sup>A</sup>  | 35.14 ± 8.48 <sup>A</sup>     | 33.29 ± 9.76                  |
|                         | İlçe Merkezi       | 31.32 ± 10.15 <sup>B</sup> | 30.78 ± 10.36 <sup>B</sup>    | 31.98 ± 9.95                  |
|                         | Köy/Belde          | 31.25 ± 10.08 <sup>B</sup> | 33.56 ± 8.84 <sup>AB</sup>    | 29.93 ± 10.64                 |
|                         | p                  | 0.005                      | 0.003                         | 0.219                         |

Tanımlayıcı istatistik için ortalama ± standart sapma verilmiştir. Post-hoc test sonuçları harfler ile gösterilmiştir (ABC gibi). Aynı harfi alan kategoriler arasında fark yokken (örn, AA), farklı harf alan kategoriler arasında fark var (örn, AB) demektir. \* Eğitim düzeyinde gözlem sayısı nedeni güncelleme yapılmıştır. Okuma yazma bilmiyor kategorisi analiz dışında bırakılmış ve okuma-yazma bilenler ilkokul/ortaokul grubuna dâhil edilmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

Hem ASM hem de EAH grubunda çalışan ve çalışmayanların indeks skorları benzerdir (sırası ile  $p=0.051$  ve  $p=0.500$ ). Ancak, ASM grubunda  $p=0.051$  sınırda olduğu ve çalışmayan grubun skorlarının daha yüksek olduğuna da dikkat edilmelidir. İki grupta da gelir düzeyleri arasında indeks skorları istatistiksel olarak farklıdır (sırası ile  $p=0.005$  ve  $p=0.003$ ). Her iki grupta da gelir düzeyi arttıkça indeks skoru artmaktadır.

ASM grubunda farklılık yaratan grup düşük gelirli grup iken, EAH grubunda yüksek gelirli grup farklılık yaratan gruptur. Toplam bakıldığında ise üç grupta da birbirinden farklıdır. Hem ASM hem de EAH grubunda sosyal güvencesi olanların ve olmayanların indeks skorları benzerdir (sırası ile  $p=0.469$  ve  $p=0.320$ ). ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin sosyoekonomik özellikler açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.9.'da verilmiştir.

**Tablo 4.9.** ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin sosyoekonomik özellikler açısından karşılaştırılması

|                |            | İndeks Değerleri          |                               |                               |
|----------------|------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                |            | Toplam<br>(n=500)         | ASM Soy<br>İndeksi<br>(n=250) | EAH Soy<br>İndeksi<br>(n=250) |
| Çalışma Durumu | Çalışmıyor | 36.72 ± 8.97              | 39.35 ± 7.43                  | 34.56 ± 9.87                  |
|                | Çalışıyor  | 32.99 ± 9.63              | 33.50 ± 9.30                  | 32.49 ± 9.94                  |
|                | p          | 0.090                     | 0.051                         | 0.500                         |
| Gelir Düzeyi   | Düşük      | 30.24 ± 9.71 <sup>A</sup> | 30.32 ± 9.78 <sup>A</sup>     | 30.16 ± 9.72 <sup>A</sup>     |
|                | Orta       | 33.59 ± 9.37 <sup>B</sup> | 34.56 ± 9.04 <sup>B</sup>     | 32.49 ± 9.63 <sup>A</sup>     |
|                | Yüksek     | 37.76 ± 9.41 <sup>C</sup> | 37.50 ± 5.83 <sup>B</sup>     | 37.84 ± 10.36 <sup>B</sup>    |
|                | p          | <0.001                    | 0.005                         | 0.003                         |
| Sosyal Güvence | Yok        | 33.63 ± 10.32             | 31.72 ± 11.65                 | 35.37 ± 9.09                  |
|                | Var        | 33.12 ± 9.60              | 33.80 ± 9.18                  | 32.44 ± 9.97                  |
|                | p          | 0.807                     | 0.469                         | 0.320                         |

Tanımlayıcı istatistik için ortalama ± standart sapma verilmiştir. Post-hoc test sonuçları harfler ile gösterilmiştir (ABC gibi). Aynı harfi alan kategoriler arasında fark yokken (örn, AA), farklı harf alan kategoriler arasında fark var (örn, AB) demektir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

Hem ASM hem de EAH grubunda ilk başvuru yerlerine göre indeks skorları açısından fark yoktur (sırası ile  $p=0.284$  ve  $p=0.202$ ). Son bir yılda herhangi bir sebeple ASM'ye başvurma sayısı altı ve üzerinde olanların hem toplam hem ASM grubunda hem de EAH grubunda indeks skorları anlamlı düzeyde daha düşüktür (sırası ile  $p<0.001$ ,  $p<0.001$  ve  $p=0.002$ ). Son bir yılda herhangi bir sebeple ASM dışında bir sağlık kurumuna başvurma sayısı altı ve üzerinde olanların da tüm gruplarda indeks skorları anlamlı düzeyde daha düşüktür (sırası ile  $p<0.001$ ,  $p=0.002$  ve  $p=0.047$ ). İki grupta da kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında indeks skorları istatistiksel olarak farklıdır (her ikisi için  $p<0.001$ ). Kronik hastalığı olmayanların indeks skorları daha yüksektir. Toplam, ASM ve EAH indeks skorları açısından sağlık durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (tüm sonuçlar  $p<0.001$ ). Sağlık

durumu iyileştikçe indeks skorları artış göstermektedir. ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin sağlık durumu ve başvuru özellikleri açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.10.'da verilmiştir.

**Tablo 4.10.** ASM ve EAH gruplarının TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin sağlık durumu ve başvuru özellikleri açısından karşılaştırılması

|                                                                                 |                       | İndeks Değerleri             |                               |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                                                                 |                       | Toplam<br>(n=500)            | ASM Soy<br>İndeksi<br>(n=250) | EAH Soy<br>İndeksi<br>(n=250) |
| Kronik Hastalık                                                                 | Yok<br>Var            | 35.69 ± 8.54<br>29.42 ± 9.91 | 35.84 ± 8.83<br>29.36 ± 8.71  | 35.51 ± 8.18<br>29.46 ± 10.69 |
| p                                                                               |                       | <0.001                       | <0.001                        | <0.001                        |
| Sağlık Durumu                                                                   | Çok kötü / Kötü       | 24.44 ± 10.43 <sup>A</sup>   | 26.42 ± 11.59 <sup>A</sup>    | 22.72 ± 9.76 <sup>A</sup>     |
|                                                                                 | Ne iyi ne kötü        | 29.37 ± 8.97 <sup>A</sup>    | 28.20 ± 8.47 <sup>A</sup>     | 30.38 ± 9.33 <sup>B</sup>     |
|                                                                                 | İyi                   | 33.57 ± 9.13 <sup>B</sup>    | 34.39 ± 8.60 <sup>B</sup>     | 32.73 ± 9.60 <sup>B</sup>     |
|                                                                                 | Çok iyi               | 38.53 ± 9.62 <sup>C</sup>    | 39.33 ± 8.21 <sup>C</sup>     | 37.64 ± 9.80 <sup>C</sup>     |
| p                                                                               |                       | <0.001                       | <0.001                        | <0.001                        |
| İlk Başvuru Yeri                                                                | ASM                   | 33.27 ± 9.73                 | 33.82 ± 9.47                  | 32.57 ± 10.04                 |
|                                                                                 | İlçe Devlet Hastanesi | 30.82 ± 8.99                 | 30.47 ± 9.81                  | 31.06 ± 8.58                  |
|                                                                                 | 3. Basamak hastane    | 33.41 ± 9.39                 | 35.78 ± 7.88                  | 32.47 ± 9.81                  |
|                                                                                 | Özel Hastane          | 35.14 ± 9.93                 | 33.19 ± 8.26                  | 39.52 ± 12.42                 |
| p                                                                               |                       | 0.246                        | 0.284                         | 0.202                         |
| Son 1 yılda herhangi bir sebeple ASM başvuru sayısı                             | < 6                   | 34.27 ± 9.07                 | 35.07 ± 8.78                  | 33.49 ± 9.31                  |
|                                                                                 | ≥ 6                   | 28.29 ± 10.43                | 28.13 ± 9.31                  | 28.47 ± 11.63                 |
| p                                                                               |                       | <0.001                       | <0.001                        | 0.002                         |
| Son 1 yılda herhangi bir sebeple ASM dışında bir sağlık kurumuna başvuru sayısı | < 6                   | 33.77 ± 9.45                 | 34.33 ± 9.00                  | 33.15 ± 9.89                  |
|                                                                                 | ≥ 6                   | 29.28 ± 9.87                 | 28.34 ± 10.12                 | 29.84 ± 9.79                  |
| p                                                                               |                       | <0.001                       | 0.002                         | 0.047                         |

Tanımlayıcı istatistik için ortalama ± standart sapma verilmiştir. Post-hoc test sonuçları harfler ile gösterilmiştir (ABC gibi). Aynı harfi alan kategoriler arasında fark yokken (örn, AA), farklı harf alan kategoriler arasında fark var (örn, AB) demektir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

Kadınlarda yaş grupları arasında ASM ve EAH indeks skorları açısından anlamlı bir farklılık vardır (sırası ile  $p < 0.001$  ve  $p = 0.006$ ). Yaş ilerledikçe indeks skoru azalmaktadır. Benzer yorum erkekler için de geçerlidir. Erkeklerde yaş grupları arasında ASM ve EAH indeks skorları açısından anlamlı bir farklılık vardır (her ikisi için  $p < 0.001$ ). Yaş ilerledikçe indeks skoru azalmaktadır. ASM grubunda üç yaş grubu da farklılık gösterirken, EAH grubunda farklılık yaratan grup 18-44 grubudur.

Cinsiyetlerin ASM ve EAH gruplarında TSOY-32 ölçeği indeks değerlerine göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4.11.'de verilmiştir.

**Tablo 4.11.** Cinsiyetlerin ASM ve EAH gruplarında TSOY-32 ölçeği indeks değerlerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması

|     |         | Kadın                      |                                         | Erkek                     |                            |
|-----|---------|----------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
|     |         | ASM Soy İndeksi<br>(n=164) | EAH Soy İndeksi<br>(n=155) <sup>B</sup> | ASM Soy İndeksi<br>(n=86) | EAH Soy İndeksi<br>(n=95)  |
| Yaş | 18 – 44 | 36.10 ± 8.73 <sup>A</sup>  | 35.19 ± 8.89 <sup>A</sup>               | 37.29 ± 6.99 <sup>A</sup> | 32.26 ± 8.38 <sup>A</sup>  |
|     | 45 – 64 | 28.35 ± 8.82 <sup>B</sup>  | 30.32 ± 8.19 <sup>B</sup>               | 32.36 ± 9.05 <sup>B</sup> | 26.58 ± 11.53 <sup>B</sup> |
|     | ≥ 65    | 25.17 ± 5.42 <sup>B</sup>  | 29.84 ± 7.18 <sup>B</sup>               | 23.58 ± 8.95 <sup>C</sup> | 26.20 ± 10.91 <sup>B</sup> |
| p   |         | <0.001                     | 0.006                                   | <0.001                    | <0.001                     |

Tanımlayıcı istatistik için ortalama ± standart sapma verilmiştir. Post-hoc test sonuçları harfler ile gösterilmiştir (ABC gibi). Aynı harfi alan kategoriler arasında fark yokken (örn, AA), farklı harf alan kategoriler arasında fark var (örn, AB) demektir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32

ASM grubunda kadın ve erkek arasında SOY düzeyleri benzerdir (p=0.379). Yaş grupları arasında SOY kategorileri açısından anlamlı bir farklılık vardır. Genç yaş grubunun %62,1'i yeterli ve mükemmel iken 65 yaş ve üstü grubun %90'ı yetersiz ve sorunlu gruptadır. Eğitim düzeyleri arasında SOY kategorileri açısından istatistiksel olarak farklılık vardır (p<0.001). Eğitim düzeyi düşük olanların %40,7'si yetersiz iken üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların %33,3 yeterli iken %30'u mükemmel kategorisindedir. Medeni durum grupları arasında SOY kategori oranları açısından istatistiksel olarak farklılık vardır (p<0.001). Bekârların %38'si mükemmel kategorisindeyken evlilerin sadece %17'si ve dul/boşanmış olanlardan hiç kimse mükemmel kategorisinde değildir. Çocuğu olanların ve olmayanların SOY kategori oranları farklıdır (p<0.001). Çocuğu olmayanların %38'si mükemmel kategorisinde iken çocuğu olanların %13'ü mükemmeldir. ASM grubunda yaşadıkları yerler arasında SOY kategori oranları açısından farklılık vardır (p=0.019). İlçede yaşayanların %30'u yetersiz, köy/belde de yaşayanların yarısı sorunlu iken il merkezinde yaşayanların %57'si yeterli ve mükemmeldir. ASM grubunun TSOY-32 ölçeğindeki SOY düzeylerinin farklı demografik özellikler açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.12.'de verilmiştir.

**Tablo 4.12.** ASM grubundaki kişilerin demografik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi

|                         |                            | ASM                        |                           |                           |                            | P      |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|--------|
|                         |                            | Yetersiz<br>n(%)<br>(n=43) | Sorunlu<br>n(%)<br>(n=78) | Yeterli<br>n(%)<br>(n=73) | Mükemmel<br>n(%)<br>(n=56) |        |
| Cinsiyet                | Kadın                      | 32 (%19,5)                 | 46 (%28,0)                | 49 (%29,9)                | 37 (%22,6)                 | 0.379  |
|                         | Erkek                      | 11 (%12,8)                 | 32 (%37,2)                | 24 (%27,9)                | 19 (%22,1)                 |        |
| Yaş                     | 18 – 44                    | 15 (%9,3)                  | 46 (%28,6)                | 51 (%31,7)                | 49 (%30,4)                 | <0.001 |
|                         | 45 – 64                    | 19 (%27,5)                 | 23 (%33,3)                | 20 (%29,0)                | 7 (%10,1)                  |        |
|                         | ≥ 65                       | 9 (%45,0)                  | 9 (%45,0)                 | 2 (%10,0)                 | 0 (%0,0)                   |        |
| Eğitim<br>Düzeyi*       | Okuryazar/İlkokul/Ortaokul | 22 (%40,7)                 | 16 (%29,6)                | 11 (%20,4)                | 5 (%9,3)                   | <0.001 |
|                         | Lise                       | 12 (%20,7)                 | 19 (%32,8)                | 16 (%27,6)                | 11 (%19,0)                 |        |
|                         | Üniversite- Yüksek Lisans  | 7 (%5,2)                   | 43 (%31,9)                | 45 (%33,3)                | 40 (%29,6)                 |        |
| Medeni<br>Durum         | Evli                       | 31 (%19,6)                 | 49 (%31,0)                | 51 (%32,3)                | 27 (%17,1)                 | <0.001 |
|                         | Bekâr                      | 5 (%6,5)                   | 23 (%29,9)                | 20 (%26,0)                | 29 (%37,7)                 |        |
|                         | Dul / Boşanmış             | 7 (%46,7)                  | 6 (%40,0)                 | 2 (%13,3)                 | 0 (%0,0)                   |        |
| Çocuk<br>Olma<br>Durumu | Yok                        | 6 (%6,3)                   | 27 (%28,4)                | 26 (%27,4)                | 36 (%37,9)                 | <0.001 |
|                         | Var                        | 37 (%23,9)                 | 51 (%32,9)                | 47 (%30,3)                | 20 (%12,9)                 |        |
| Yaşadığı<br>Yer         | İl Merkezi                 | 18 (%11,4)                 | 49 (%31,0)                | 51 (%32,3)                | 40 (%25,3)                 | 0.019  |
|                         | İlçe Merkezi               | 23 (%30,3)                 | 21 (%27,6)                | 19 (%25,0)                | 13 (%17,1)                 |        |
|                         | Köy/Belde                  | 2 (%12,5)                  | 8 (%50,0)                 | 3 (%18,8)                 | 3 (%18,8)                  |        |

Tanımlayıcı istatistik için sayı (yüzde) verilmiştir. \*Eğitim düzeyinde gözlem sayısı nedeni güncelleme yapılmıştır. Okuma yazma bilmiyor kategorisi analiz dışında bırakılmış ve okuma-yazma bilenler ilkokul/ortaokul grubuna dâhil edilmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

ASM grubunda çalışan ve çalışmayanların oranları benzerdir ( $p=0.073$ ). Gelir düzeyleri arasında SOY kategorileri açısından istatistiksel olarak farklılık vardır ( $p=0.021$ ). Gelir düzeyi düşük olanların %32'si sorunlu kategorisinde iken gelir düzeyi yüksek olanların %66,7'si yeterli kategorisindedir. ASM grubunda sosyal güvencesi olanların ve olmayanların SOY kategori yüzdeleri benzerdir ( $p=0.400$ ). ASM grubunun TSOY-32 ölçeğindeki SOY düzeylerinin sosyoekonomik özellikler açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.13.'te verilmiştir.

**Tablo 4.13.** ASM grubundaki kişilerin sosyoekonomik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi

|                |            | ASM                        |                           |                           |                            | P     |
|----------------|------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-------|
|                |            | Yetersiz<br>n(%)<br>(n=43) | Sorunlu<br>n(%)<br>(n=78) | Yeterli<br>n(%)<br>(n=73) | Mükemmel<br>n(%)<br>(n=56) |       |
| Çalışma Durumu | Çalışmıyor | 0 (%0,0)                   | 1 (%11,1)                 | 4 (%44,4)                 | 4 (%44,4)                  | 0.073 |
|                | Çalışıyor  | 43 (%17,8)                 | 77 (%32,0)                | 69 (%28,6)                | 52 (%21,6)                 |       |

**Tablo 4.13.** ASM grubundaki kişilerin sosyoekonomik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi (devam)

|                       |        |            |            |            |            |              |
|-----------------------|--------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| <b>Gelir Düzeyi</b>   | Düşük  | 16 (%28,6) | 18 (%32,1) | 14 (%25,0) | 8 (%14,3)  | <b>0.021</b> |
|                       | Orta   | 27 (%14,6) | 59 (%31,9) | 53 (%28,6) | 46 (%24,9) |              |
|                       | Yüksek | 0 (%0,0)   | 1 (%11,1)  | 6 (%66,7)  | 2 (%22,2)  |              |
| <b>Sosyal Güvence</b> | Yok    | 3 (%27,3)  | 4 (%36,4)  | 1 (%9,1)   | 3 (%27,3)  | 0.400        |
|                       | Var    | 40 (%16,7) | 74 (%31,0) | 72 (%30,1) | 53 (%22,2) |              |

Tanımlayıcı istatistik için sayı (yüzde) verilmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

ASM grubunda ilk başvuru yerlerine göre SOY kategori oranları açısından fark yoktur ( $p=0.697$ ). ASM grubunda son bir yılda herhangi bir sebeple ASM'ye başvurma sayısı altının altında olanların %56,7'si yeterli ve mükemmel iken başvuru sayısı altı ve üzerinde olanlarda bu oran %30,6'dır ( $p<0.001$ ). ASM grubunda son bir yılda herhangi bir sebeple ASM dışında bir sağlık kurumuna başvurma sayısı ile SOY kategorileri arasında fark yoktur ( $p=0.071$ ). Kronik hastalığı olmayanların %60'ı yeterli ve mükemmel iken hastalığı olanların %37'si sorunlu kategorisindedir. Sağlık durumu ile SOY kategori oranları arasında anlamlı bir fark vardır. Sağlık durumu kötü olanların %43'ü yetersiz iken sağlık durumu çok iyi olanların yarısı mükemmeldir. ASM grubunun TSOY-32 ölçeğindeki SOY düzeylerinin sağlık durumu ve başvuru özellikleri açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.14.'te verilmiştir.

**Tablo 4.14.** ASM grubundaki kişilerin sağlık durumu ve başvuru özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi

|                         |                              | ASM                        |                           |                           |                            | p                |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|
|                         |                              | Yetersiz<br>n(%)<br>(n=43) | Sorunlu<br>n(%)<br>(n=78) | Yeterli<br>n(%)<br>(n=73) | Mükemmel<br>n(%)<br>(n=56) |                  |
| <b>Kronik Hastalık</b>  | <b>Yok</b>                   | 19 (%11,3)                 | 48 (%28,6)                | 51 (%30,4)                | 50 (%29,8)                 | <b>&lt;0.001</b> |
|                         | <b>Var</b>                   | 24 (%29,3)                 | 30 (%36,6)                | 22 (%26,8)                | 6 (%7,3)                   |                  |
| <b>Sağlık Durumu</b>    | <b>Çok kötü / Kötü</b>       | 3 (%42,9)                  | 2 (%28,6)                 | 1 (%14,3)                 | 1 (%14,3)                  | <b>&lt;0.001</b> |
|                         | <b>Ne iyi ne kötü</b>        | 17 (%33,3)                 | 20 (%39,2)                | 12 (%23,5)                | 2 (%3,9)                   |                  |
|                         | <b>İyi</b>                   | 21 (%13,9)                 | 51 (%33,8)                | 47 (%31,1)                | 32 (%21,2)                 |                  |
|                         | <b>Çok iyi</b>               | 2 (%4,9)                   | 5 (%12,2)                 | 13 (%31,7)                | 21 (%51,2)                 |                  |
| <b>İlk Başvuru Yeri</b> | <b>Aile Hekimi</b>           | 32 (%17,2)                 | 56 (%30,1)                | 51 (%27,4)                | 47 (%25,3)                 | 0.697            |
|                         | <b>İlçe Devlet Hastanesi</b> | 5 (%25,0)                  | 7 (%35,0)                 | 6 (%30,0)                 | 2 (%10,0)                  |                  |
|                         | <b>3. Basamak Hastane</b>    | 7 (%11,5)                  | 8 (%30,8)                 | 10 (%38,5)                | 5 (%19,2)                  |                  |
|                         | <b>Özel Hastane</b>          | 3 (%16,7)                  | 7 (%38,9)                 | 6 (%33,3)                 | 2 (%11,1)                  |                  |

**Tablo 4.14.** ASM grubundaki kişilerin sağlık durumu ve başvuru özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi (devam)

|                                                                                 |     |            |            |            |            |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|------------|------------|------------|--------|
| Son 1 yılda herhangi bir sebeple ASM başvuru sayısı                             | < 6 | 23 (%11,4) | 64 (%31,9) | 62 (%30,8) | 52 (%25,9) | <0.001 |
|                                                                                 | ≥ 6 | 20 (%40,8) | 14 (%28,6) | 11 (%22,4) | 4 (%8,2)   |        |
| Son 1 yılda herhangi bir sebeple ASM dışında bir sağlık kurumuna başvuru sayısı | < 6 | 34 (%15,2) | 70 (%31,3) | 67 (%29,9) | 53 (%23,7) | 0.071  |
|                                                                                 | ≥ 6 | 9 (%34,6)  | 8 (%30,8)  | 6 (%23,1)  | 3 (%11,5)  |        |

Tanımlayıcı istatistik için sayı (yüzde) verilmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

EAH grubunda kadın ve erkeklerin SOY kategorileri oranları benzerdir ( $p=0.828$ ). EAH grubunda yaş grupları arasında SOY kategorileri açısından anlamlı bir farklılık vardır. Genç yaş grubunun %56,4'ü yeterli ve mükemmel iken 65 yaş ve üstü grubun %73,1'i yetersiz ve sorunlu gruptadır. Eğitim düzeyleri arasında SOY kategorileri açısından istatistiksel olarak farklılık vardır ( $p<0.001$ ). Eğitim düzeyi düşük olanların %25'i yeterli ve mükemmel iken üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların %57'si yeterli ve mükemmeldir. Medeni durum grupları arasında SOY kategori oranları açısından istatistiksel olarak farklılık vardır ( $p<0.001$ ). Bekârların %67'si en az yeterli kategorisindeyken evlilerin sadece %42'si sorunludur. Çocuğu olanların ve olmayanların SOY kategori oranları farklıdır ( $p<0.001$ ). Çocuğu olmayanların %60'ı en az yeterli kategorisinde iken bu oran çocuğu olanlarda %34'dür. EAH grubunda yaşadıkları yerler arasında SOY kategori oranları açısından farklılık yoktur ( $p=0.083$ ). EAH grubunun TSOY-32 ölçeğindeki SOY düzeylerinin farklı demografik özellikler açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.15.'te verilmiştir.

**Tablo 4.15.** EAH grubundaki kişilerin demografik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi

|          |         | EAH                        |                           |                           |                            | p      |
|----------|---------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|--------|
|          |         | Yetersiz<br>n(%)<br>(n=46) | Sorunlu<br>n(%)<br>(n=89) | Yeterli<br>n(%)<br>(n=66) | Mükemmel<br>n(%)<br>(n=49) |        |
| Cinsiyet | Kadın   | 26 (%16,8)                 | 55 (%35,5)                | 42 (%27,1)                | 32 (%20,6)                 | 0.828  |
|          | Erkek   | 20 (%21,1)                 | 34 (%35,8)                | 24 (%25,3)                | 17 (%17,9)                 |        |
| Yaş      | 18 – 44 | 16 (%10,7)                 | 49 (%32,9)                | 42 (%28,2)                | 42 (%28,2)                 | <0.001 |
|          | 45 – 64 | 21 (%28,0)                 | 30 (%40,0)                | 19 (%25,3)                | 5 (%6,7)                   |        |
|          | ≥ 65    | 9 (%34,6)                  | 10 (%38,5)                | 5 (%19,2)                 | 2 (%7,7)                   |        |

**Tablo 4.15.** EAH grubundaki kişilerin demografik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi (devam)

|                          |                                    |            |            |            |            |                  |
|--------------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------------|
| <b>Eğitim Düzeyi*</b>    | <b>Okuryazar/İlkokul/ Ortaokul</b> | 21 (%33,3) | 26 (%41,3) | 13 (%20,6) | 3 (%4,8)   | <b>&lt;0.001</b> |
|                          | <b>Lise</b>                        | 15 (%31,9) | 14 (%29,8) | 13 (%27,7) | 5 (%10,6)  |                  |
|                          | <b>Üniversite- Yüksek Lisans</b>   | 10 (%7,2)  | 49 (%35,3) | 39 (%28,1) | 41 (%29,5) |                  |
| <b>Medeni Durum</b>      | <b>Evli</b>                        | 33 (%23,4) | 59 (%41,8) | 29 (%20,6) | 20 (%14,2) | <b>&lt;0.001</b> |
|                          | <b>Bekâr</b>                       | 7 (%8,1)   | 21 (%24,4) | 30 (%34,9) | 28 (%32,6) |                  |
|                          | <b>Dul / Boşanmış</b>              | 6 (%26,1)  | 9 (%39,1)  | 7 (%30,4)  | 1 (%4,3)   |                  |
| <b>Çocuk Olma Durumu</b> | <b>Yok</b>                         | 11 (%9,7)  | 34 (%30,1) | 37 (%32,7) | 31 (%27,4) | <b>&lt;0.001</b> |
|                          | <b>Var</b>                         | 35 (%25,5) | 55 (%40,1) | 29 (%21,2) | 18 (%13,1) |                  |
| <b>Yaşadığı Yer</b>      | <b>İl Merkezi</b>                  | 25 (%15,4) | 57 (%35,8) | 42 (%26,4) | 35 (%22,0) | 0.083            |
|                          | <b>İlçe Merkezi</b>                | 10 (%15,9) | 25 (%39,7) | 19 (%30,2) | 9 (%14,3)  |                  |
|                          | <b>Köy/Belde</b>                   | 11 (%39,3) | 7 (%25,0)  | 5 (%17,9)  | 5 (%17,9)  |                  |

Tanımlayıcı istatistik için sayı (yüzde) verilmiştir. \* Eğitim düzeyinde gözlem sayısı nedeni güncelleme yapılmıştır. Okuma yazma bilmiyor kategorisi analiz dışında bırakılmış ve okuma-yazma bilenler ilkokul/ortaokul grubuna dâhil edilmiştir. EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

EAH grubunda çalışan ve çalışmayanların SOY kategori oranları benzerdir ( $p=0.887$ ). Gelir düzeyleri arasında SOY kategorileri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.010$ ). Gelir düzeyi düşük olanların %47'si sorunlu kategorisinde iken gelir düzeyi yüksek olanların %75'i en az yeterli kategorisindedir. EAH grubunda sosyal güvencesi olanların ve olmayanların SOY kategori yüzdeleri benzerdir ( $p=0.487$ ). EAH grubunun TSOY-32 ölçeğindeki SOY düzeylerinin sosyoekonomik özellikler açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.16.'da verilmiştir.

**Tablo 4.16.** EAH grubundaki kişilerin sosyoekonomik özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi

| Özellik               |            | EAH                        |                           |                           |                            | P            |
|-----------------------|------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------|
|                       |            | Yetersiz<br>n(%)<br>(n=46) | Sorunlu<br>n(%)<br>(n=89) | Yeterli<br>n(%)<br>(n=66) | Mükemmel<br>n(%)<br>(n=49) |              |
| <b>Çalışma Durumu</b> | Çalışmıyor | 2 (%18,2)                  | 4 (%36,4)                 | 2 (%18,2)                 | 3 (%27,3)                  | 0.887        |
|                       | Çalışıyor  | 44 (%18,4)                 | 85 (%35,6)                | 64 (%26,8)                | 46 (%19,2)                 |              |
| <b>Gelir Düzeyi</b>   | Düşük      | 13 (%22,8)                 | 24 (%47,4)                | 10 (%17,5)                | 7 (%12,3)                  | <b>0.010</b> |
|                       | Orta       | 30 (%18,3)                 | 58 (%35,4)                | 44 (%26,8)                | 32 (%19,5)                 |              |
|                       | Yüksek     | 3 (%10,3)                  | 4 (%13,8)                 | 12 (%41,4)                | 10 (%34,5)                 |              |
| <b>Sosyal Güvence</b> | Yok        | 1 (%8,3)                   | 3 (%25,0)                 | 5 (%41,7)                 | 3 (%25,0)                  | 0.487        |
|                       | Var        | 45 (%18,9)                 | 86 (%36,1)                | 61 (%25,6)                | 46 (%19,3)                 |              |

Tanımlayıcı istatistik için sayı (yüzde) verilmiştir. EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

İlk başvuru yerlerine göre SOY kategori oranları açısından fark yoktur ( $p=0.379$ ). EAH grubunda son bir yılda herhangi bir sebeple ASM'ye başvurma sayısı altının

altında olanların %48,3'si yeterli ve mükemmel iken başvuru sayısı altı ve üzerinde olanlarda bu oran %35,5'dir (p=0.009). EAH grubunda son bir yılda herhangi bir sebeple ASM dışında bir sağlık kurumuna başvurma sayısı altının altında olanların %47,3'ü yeterli ve mükemmel iken başvuru sayısı altı ve üzerinde olanlarda bu oran %39,5'dir (p=0.022). Kronik hastalığı olmayanların %57'si en az yeterli iken bu oran hastalığı olanlarıda %33'dür. Sağlık durumu ile SOY kategori oranları arasında anlamlı bir fark vardır (p<0.001). Sağlık durumu kötü olanların %75'i yetersiz iken sağlık durumu çok iyi olanların %75'i en az yeterli kategorisindedir. EAH grubunun TSOY-32 ölçeğindeki SOY düzeylerinin sağlık durumu ve başvuru özellikleri açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 4.17.'de verilmiştir.

**Tablo 4.17.** EAH grubundaki kişilerin sağlık durumu ve başvuru özellikleri ile TSOY-32 ölçeğindeki SOY kategorileri arasındaki dağılımın incelenmesi

|                                                                                 |                       | EAH                        |                           |                           |                            | p      |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|--------|
|                                                                                 |                       | Yetersiz<br>n(%)<br>(n=46) | Sorunlu<br>n(%)<br>(n=89) | Yeterli<br>n(%)<br>(n=66) | Mükemmel<br>n(%)<br>(n=49) |        |
| Kronik Hastalık                                                                 | Yok                   | 13 (%10,1)                 | 42 (%32,6)                | 40 (%31,0)                | 34 (%26,4)                 | <0.001 |
|                                                                                 | Var                   | 33 (%27,3)                 | 47 (%38,8)                | 26 (%21,5)                | 15 (%12,4)                 |        |
| Sağlık Durumu                                                                   | Çok kötü / Kötü       | 6 (%75,0)                  | 1 (%12,5)                 | 0 (%0,0)                  | 1 (%12,5)                  | <0.001 |
|                                                                                 | Ne iyi ne kötü        | 14 (%23,7)                 | 26 (%44,1)                | 14 (%23,7)                | 5 (%8,5)                   |        |
|                                                                                 | İyi                   | 24 (%16,4)                 | 55 (%37,7)                | 38 (%26,0)                | 29 (%19,9)                 |        |
|                                                                                 | Çok iyi               | 2 (%5,4)                   | 7 (%18,9)                 | 14 (%37,8)                | 14 (%37,8)                 |        |
| İlk Başvuru Yeri                                                                | ASM                   | 26 (%17,8)                 | 51 (%34,9)                | 42 (%28,8)                | 27 (%18,5)                 | 0.379  |
|                                                                                 | İlçe Devlet Hastanesi | 6 (%20,0)                  | 11 (%36,7)                | 10 (%33,3)                | 3 (%10,0)                  |        |
|                                                                                 | 3. Basamak Hastane    | 13 (%19,7)                 | 26 (%39,4)                | 12 (%18,2)                | 15 (%22,7)                 |        |
|                                                                                 | Özel Hastane          | 1 (%12,5)                  | 1 (%12,5)                 | 2 (%25,0)                 | 4 (%50,0)                  |        |
| Son 1 yılda herhangi bir sebeple ASM başvuru sayısı                             | < 6                   | 30 (%14,6)                 | 76 (%37,1)                | 55 (%26,8)                | 44 (%21,5)                 | 0.009  |
|                                                                                 | ≥ 6                   | 16 (%35,6)                 | 13 (%28,9)                | 11 (%24,4)                | 5 (%11,1)                  |        |
| Son 1 yılda herhangi bir sebeple ASM dışında bir sağlık kurumuna başvuru sayısı | < 6                   | 32 (%15,5)                 | 77 (%37,2)                | 53 (%25,6)                | 45 (%21,7)                 | 0.022  |
|                                                                                 | ≥ 6                   | 14 (%32,6)                 | 12 (%27,9)                | 13 (%30,2)                | 4 (%9,3)                   |        |

Tanımlayıcı istatistik için sayı (yüzde) verilmiştir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, SOY: Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

Yaş ile indeks skoru arasında %40 oranında orta düzeyde ve negatif anlamlı bir ilişki vardır. Benzer şekilde yaş ve alt boyutlar arasında da orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Yaş, en yüksek ilişkiyi bilgiye ulaşma alt boyutu ile göstermektedir. Çocuk sayısı ile skorlar arasında anlamlı bir ilişki düzeyi yoktur. ASM

ve Sağlık kurumuna başvuru sayısı ile indeks skoru ve alt boyutları arasında ilişki yoktur. TSOY-32 ölçeği indeks skoru ve alt boyutları ile sayısal değişkenler arasındaki ilişki sonuçları Tablo 4.18.'de verilmiştir.

**Tablo 4.18.** Katılımcıların özelliklerinin TSOY-32 ölçeği indeks ve alt boyutları ile ilişkisi

| Özellik                      | İndeks | Tedavi Hizmet | Hastalıktan Korunma | Bilgiye Ulaşma | Bilgiyi Anlama | Bilgiyi Değerlendirme | Bilgiyi Kullanma |
|------------------------------|--------|---------------|---------------------|----------------|----------------|-----------------------|------------------|
| Yaş                          | -0.403 | -0.427        | -0.340              | -0.443         | -0.389         | -0.334                | -0.321           |
| Çocuk Sayısı                 | -0.168 | -0.169        | -0.110              | -0.137         | -0.154         | -0.119                | -0.130           |
| ASM Başvuru Sayısı           | -0.128 | -0.211        | -0.201              | -0.237         | -0.203         | -0.222                | -0.136           |
| Sağlık Kurumu Başvuru Sayısı | -0.190 | -0.201        | -0.196              | -0.203         | -0.208         | -0.158                | -0.133           |

ASM: Aile Sağlığı Merkezi, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

ASM grubunda yaş ile indeks skoru arasında %44,7 oranında orta düzeyde ve negatif anlamlı bir ilişki vardır. Benzer şekilde yaş ve alt boyutlar arasında da orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Yaş, en yüksek ilişkiyi bilgiye ulaşma ve tedavi hizmet alt boyutları ile göstermektedir. Çocuk sayısı ile skorlar arasında anlamlı bir ilişki düzeyi yoktur. ASM ve sağlık kurumuna başvuru sayısı ile indeks skoru ve alt boyutları arasında ilişki yoktur. EAH grubunda yaş ile indeks skoru arasında %36,5 oranında orta düzeyde ve negatif anlamlı bir ilişki vardır. Benzer şekilde yaş ve alt boyutlar arasında da orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Yaş, en yüksek ilişkiyi bilgiye ulaşma ve tedavi hizmet alt boyutları ile göstermektedir. Çocuk sayısı ile skorlar arasında anlamlı bir ilişki düzeyi yoktur. EAH grubundakilerin ASM ve sağlık kurumuna başvuru sayısı ile indeks skoru ve alt boyutları arasında ilişki yoktur. ASM ve EAH gruplarındaki TSOY-32 ölçeği indeks skoru ve alt boyutları ile sayısal değişkenler arasındaki ilişki sonuçları Tablo 4.19.'da verilmiştir.

**Tablo 4.19.** ASM ve EAH grubundaki kişilerin özelliklerinin TSOY-32 ölçeği indeks ve alt boyutları ile ilişkisi

|             | İndeks | Tedavi Hizmet | Hastalıktan Korunma | Bilgiye Ulaşma | Bilgiyi Anlama | Bilgiyi Değerlendirme | Bilgiyi Kullanma |
|-------------|--------|---------------|---------------------|----------------|----------------|-----------------------|------------------|
| ASM (n=250) |        |               |                     |                |                |                       |                  |
| Yaş         | -0.447 | -0.462        | -0.391              | -0.476         | -0.435         | -0.360                | -0.396           |

**Tablo 4.19.** ASM ve EAH grubundaki kişilerin özelliklerinin TSOY-32 ölçeği indeks ve alt boyutları ile ilişkisi (devam)

|                                     |        |        |        |        |        |        |        |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Çocuk Sayısı</b>                 | -0.173 | -0.179 | -0.153 | -0.176 | -0.129 | -0.156 | -0.177 |
| <b>ASM Başvuru Sayısı</b>           | -0.263 | -0.251 | -0.248 | -0.257 | -0.250 | -0.256 | -0.212 |
| <b>Sağlık Kurumu Başvuru Sayısı</b> | -0.211 | -0.212 | -0.189 | -0.228 | -0.195 | -0.211 | -0.146 |
| <b>EAH (n=250)</b>                  |        |        |        |        |        |        |        |
| <b>Yaş</b>                          | -0.365 | -0.398 | -0.296 | -0.415 | -0.350 | -0.313 | -0.254 |
| <b>Çocuk Sayısı</b>                 | -0.115 | -0.156 | -0.067 | -0.096 | -0.165 | -0.085 | -0.087 |
| <b>ASM Başvuru Sayısı</b>           | -0.181 | -0.178 | -0.165 | -0.230 | -0.170 | -0.192 | -0.059 |
| <b>Sağlık Kurumu Başvuru Sayısı</b> | -0.164 | -0.113 | -0.191 | -0.175 | -0.209 | -0.109 | -0.111 |

ASM: Aile Sağlığı Merkezi, EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi, TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği - 32

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

SOY, bireylerin sağıklarına ilişkin karar süreçlerine katılımını, yaşam kalitesini sürdürme ve geliştirme çabalarını, hastalıkların önlenmesini ve sağığın korunmasını destekleyen bir kavramdır. Gerekli sağık bilgisine erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve günlük yaşama uyarlama becerilerinin yanı sıra bireylerin sahip olduğu motivasyon, bilgi birikimi ve yetkinlikleri de kapsamaktadır (Sørensen ve ark., 2012), Düşük SOY; hastaların tedavi kararlarına katılımını ve tedaviye uyumunu azaltmakta, öz yönetim süreçlerini zayıflatmakta ve koruyucu hizmetlerden yeterince yararlanamamalarına yol açmaktadır. Bu durum sağık kurumlarına gereksiz başvuruları artırarak hem bireylerin sağık durumunu olumsuz etkilemekte hem de sistemde maliyet artışına ve hizmet sunumunda gecikmelere neden olmaktadır (Tanrıöver ve ark., 2014). Çalışmamız, birinci basamak ve üçüncü basamak sağık kurumlarına başvuran hastaların SOY düzeylerini karşılaştırarak, farklı sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini incelemiştir.

Çalışmamızda ASM ve EAH gruplarına başvuran bireyler toplam SOY indeks skorları ve alt boyutlar açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Her iki grupta da yaş, eğitim ve gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, kronik hastalık varlığı, sağık durumu algısı ve sağık kurumuna başvuru sayısı gibi değişkenlerin SOY düzeyleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir. Yaş değişkeni ile SOY arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, yaş ilerledikçe indeks skorlarının azaldığı görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça SOY puanlarının anlamlı biçimde yükseldiği saptanmıştır. Gelir düzeyi ile SOY arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, düşük gelirli bireylerin indeks puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Medeni duruma göre yapılan değerlendirmede bekâr bireylerin SOY skorlarının evli ve dul/boşanmış katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, çocuğı olmayan bireylerin SOY puanları çocuk sahibi olanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin indeks skorları, kronik hastalığı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların sağık durumunu “iyi” ve “çok iyi” olarak değerlendirmeleriyle SOY puanları arasında da anlamlı bir fark saptanmış; sağık durumunu olumlu algılayan bireylerin ortalama indeks puanlarının daha yüksek

olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da son bir yılda ASM'ye veya diğer sağlık kurumlarına altı ve üzerinde başvuran bireylerin SOY düzeyleri anlamlı biçimde daha düşük bulunmuştur. Yerleşim yerine göre yapılan değerlendirmede, toplam ve ASM grubunda il merkezinde yaşayan bireylerin SOY puanlarının daha yüksek olduğu saptanmışken EAH grubunda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayrıca cinsiyet değişkeni açısından da SOY düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamız sosyodemografik özellikler açısından incelendiğinde, gelir düzeyi değişkeni açısından ise istatistiksel olarak anlamlı ancak düşük düzeyde bir farklılık bulunmuştur; bu farkın kaynağı, EAH grubundaki yüksek gelir oranının ASM grubuna kıyasla daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmeti kullanım özellikleri değerlendirildiğinde, ASM grubunda kurumun ulaşım kolaylığı nedeniyle tercih edilme oranı daha yüksekken, EAH grubunda uzman hekim muayenesi amacıyla tercih edilme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda yaş grupları arasında hem toplam hem de sağlık kurumlarına göre ayrı ayrı incelendiğinde SOY indeks skorları açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bulgularımıza göre yaş ilerledikçe SOY puanlarının azaldığı görülmüştür. Literatürde yer alan farklı araştırmalarda da indeks puanı ile yaş arasında ters yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunduğu rapor edilmiştir (Abacıgil ve ark., 2016; Akpınar, 2019; Gücal, 2020). İleri yaşlarda bilişsel yetilerdeki yavaşlama, dikkat ve hafıza gibi zihinsel süreçlerde azalma meydana gelebilmekte; bu durum özellikle karmaşık sağlık bilgilerini kavrama ve günlük yaşamda uygulama becerilerini zorlaştırabilmektedir. Ayrıca dijital araçlara erişimdeki kısıtlılık ve teknoloji kullanımındaki güçlükler, yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili güncel bilgilere ulaşmalarını ve bu bilgileri etkin biçimde kullanmalarını sınırlayabilir. Bunun yanında, yaşlı bireylerde genel okuryazarlık oranlarının daha düşük olması da SOY düzeyini olumsuz yönde etkileyen bir faktör olabilir. Tüm bu unsurların birlikte, yaşla birlikte gözlenen SOY puanlarındaki düşüşe katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda, ileri yaş grubundaki bireylerin SOY düzeyini artırmaya yönelik özel stratejilerin geliştirilmesi önemli olduğu kanaatindeyiz. Öncelikle, yaşlı bireylerin bilişsel ve fiziksel özelliklerine uygun, sade ve anlaşılır içeriklere sahip eğitim materyalleri artırılabilir. Dijital okuryazarlık düzeyi düşük bireyler için yüz yüze bilgilendirme oturumları, grup eğitimleri yaygınlaştırılabilir. Birinci basamak sağlık

hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin yaşlı bireylerle iletişimde basitleştirilmiş dil ve örneklerle bilgi aktarması teşvik edilebilir. Bu sayede yaşlı bireylerin hem sağlık bilgisine erişiminin kolaylaşacağını hem de sağlık kararlarına aktif katılımlarını destekleyeceğini dűřünmekteyiz.

Çalışmamızda ASM ve EAH gruplarının ikisinde de eğitim düzeyleri arasında indeks skorları istatistiksel olarak farklıdır. Her iki grupta da eğitim düzeyi arttıkça indeks skoru artmaktadır. Araştırmamızdaki gibi Türkiye’de gerçekleştirilen çeşitli araştırmalarda, bireylerin eğitim düzeyi ile SOY seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandığı bildirilmiştir. Eđitim düzeyi yükselen katılımcıların, SOY skorlarının da arttığı belirlenmiştir (Akpınar, 2019; Alagöz, 2023; Zengin, 2022). Yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini geliştirmektedir ve bilgi kaynaklarını etkin kullanma konusunda avantajlıdır. Bu da SOY düzeyinin yükselmesine katkı sağlamaktadır. Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda, eğitim düzeyi ile SOY arasındaki anlamlı ilişkinin bireylerin bilgiye erişim, anlama ve değerlendirme kapasiteleriyle yakından ilişkili olduğu dűřünüyoruz. Toplumun genel SOY seviyesini artırmak amacıyla, erken yaşlardan itibaren sağlıkla ilgili temel bilgi ve becerilerin kazandırılmasına yönelik eğitim faaliyetlerinin güçlendirilmesi önemlidir. Bu kapsamda, okullarda verilen sağlıkla ilişkili derslerin eriklerinin güncellenmesi, öğrencilerin doğru bilgiye ulaşma, bilgiyi eleştirel değerlendirme ve sağlıkla ilgili karar verme becerilerini geliştirmeye yönelik hale getirilmesi yararlı olacaktır. Ayrıca, yaşam boyu öğrenme anlayışı çerçevesinde özellikle dűřük eğitim düzeyine sahip yetişkinler için halk eğitim merkezleri, belediyeler ve sağlık kurumları aracılığıyla erişilebilir ve uygulamalı SOY programlarının yaygınlaştırılması gerektiği kanaatindeyiz. Bűylelikle formel eğitimi sınırlı bireylerin de sağlık bilgisine erişimi kolaylaşacak ve sağlıkla ilgili bilinçli karar alma kapasiteleri güçlenecektir.

Araştırmamızda iki grupta da gelir düzeyleri arasında indeks skorları istatistiksel olarak anlamlıdır. Her iki grupta da gelir düzeyi arttıkça SOY indeks skoru artmaktadır. Bulgularımızla uyumlu şekilde Samsun ve Ankara’da yapılan iki farklı araştırmada diğer gruplara kıyasla yüksek gelirlilerde SOY düzeyi daha yüksek tespit edilmiştir (olak, 2023; Görgűlü, 2023). Yüksek gelir, bireylerin sağlık sisteminden

yararlanma ve sağlık bilgisine erişim süreçlerinde avantaj sağlamaktadır. Gelir, yalnızca ekonomik güç değil; eğitim, sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam tarzı ile de ilişkili olduğundan, daha yüksek gelir düzeyi sağlık bilgisini edinme ve uygulama kapasitesini artırmaktadır. Buna karşılık düşük gelirli bireyler sağlık hizmetine erişim, bilgiyi kullanma ve diğital kaynaklardan yararlanma konusunda daha fazla gk yaşamakta; finansal stres ve gnlk sorumluluklar ise sağlık konularına ayırabilecekleri zamanı sınırlandırmaktadır. Bu sebeplerle SOY geliştirme çalışmalarında gelir düzeyinin önemli bir belirleyici olduğu kanaatindeyiz. Düşük gelir gruplarına yönelik hedeflenmiş eğitim programları, diğital sağlık kaynaklarına erişimi artırmaya yönelik politikalar ve birinci basamak odaklı müdahalelerin geliştirilmesinin etkili olacağını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda hem ASM hem EAH gruplarında medeni durum değişkenine göre SOY skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. En yüksek skorun bekâr katılımcılarda olduğu belirlenmiştir. Aile hekimliği polikliniği ve eğitim ASM'ye başvuran hastalarda yapılan iki farklı çalışmada, araştırmamızda olduğu gibi bekrların SOY düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Görgülü, 2023; Kaya, 2024). Buna karşılık dahiliye servisinde yatan hastalarda yapılan çalışmada evlilerin bekrlara kıyasla SOY puanları daha yüksek bulunmuştur (imen ve Temel, 2015). Çalışmamızın sonuçlarının bekâr katılımcıların evlilere göre yaş ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca bekâr bireylerin kişisel sağlıklarıyla ilgili konularda daha fazla araştırma yapmaları ve bilgi edinmeye zaman ayırmaları, SOY düzeylerini artırıcı bir unsur olabilir. Öte yandan, evli bireylerin eşlerinden veya aile bireylerinden gelen desteğe güvenmeleri, sağlıkla ilgili bilgileri doğrudan edinme ihtiyaçlarını azaltabilir. Bu nedenle evlilik durumunun bireyin sağlık bilgi davranışlarını dolaylı olarak da etkileyebileceğini düşünüyoruz. Medeni durumun bireylerin sağlık bilgi edinme davranışlarını farklı biçimlerde şekillendirebileceği dikkate alındığında, SOY'un geliştirilmesine yönelik müdahalelerin bu farklılıkları göz önünde bulundurması gerektiğini düşünmekteyiz. Bekâr bireyler açısından güvenilir diğital içeriklerin sunulması ve kişisel sağlık yönetimini destekleyen programların geliştirilmesi; evli bireyler için ise aile odaklı

sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması, SOY'un güçlendirilmesine önemli katkılar sağlayabilir.

Çalışmamızın iki grubunda da çocuğu olmayanların SOY puanları daha yüksektir. 18-65 yaş arası bireylerde yürütülen iki farklı araştırmada da bulgularımızla uyumlu olarak, çocuğu olmayan katılımcıların SOY düzeyleri çocuklu katılımcılara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Alagöz, 2023; Görgülü, 2023). Bu bulgular, çocuklu kişilerin günlük yaşamda zaman ve enerjilerini çoğunlukla çocuklarının ihtiyaçlarına ayırmaları sebebiyle, kendi sağlıklarıyla ilgili bilgi arama ve değerlendirme süreçlerine yeterince odaklanamamalarından ileri gelebilir. Çocuk sahibi bireylerin SOY düzeyini artırmaya yönelik stratejilerin, ebeveynlerin yoğun sorumlulukları ve sınırlı zamanları göz önünde bulundurularak tasarlanması gerektiğini düşünmekteyiz. Sağlık kurumlarında çocuk sağlığı kontrolleri sırasında ebeveynlere yönelik kısa bilgilendirme oturumlarının yapılması, ebeveynlerin kendi sağlıklarını da ihmal etmemelerine katkı sağlayabilir. Ebeveynlerin günlük yaşamda kendi sağlıklarıyla ilgili bilinçli kararlar almaları desteklenebilir.

Çalışmamızın iki grubunda da kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında SOY indeks skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayanların SOY indeks skorları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de benzer şekilde, kronik hastalığı olmayanların olanlara göre SOY düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Alagöz, 2023; Görgülü, 2023; Mut, 2017; Zengin, 2022). Düşük SOY'a sahip bireylerin yeterli bilgiye ulaşmada zorlanmaları, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına ve bu nedenle kronik hastalıklara daha yatkın hale gelmelerine yol açabilmektedir. Diğer taraftan, kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık bilgisine erişim, anlama ve uygulama süreçlerinde yaşadıkları güçlükler; hastalık yönetimlerini olumsuz etkileyebilmekte ve bu durum onların psikososyal açıdan da daha fazla yük hissetmelerine neden olabilmektedir. Düşük SOY'un kronik hastalık gelişimine zemin hazırlaması ve mevcut kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırması, bu alanda hedeflenmiş müdahaleleri gerekli kıldığını düşünmekteyiz. Bu doğrultuda, kronik hastalara yönelik özel SOY programlarının geliştirilmesi, sağlık bilgilerini sade ve anlaşılır bir dille sunan eğitim

materyallerinin hazırlanması ve sağlık çalışanlarının hasta iletişimi konusunda desteklenmesi sağlanabilir. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerde psikososyal yükün azaltılması amacıyla danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastaların bilgiye erişim ve uygulama becerilerini artırarak hem hastalık yönetimini iyileştirecek hem de genel soy düzeyini yükselteceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda ASM ve EAH gruplarında katılan kişilerin kendi sağlık durumu değerlendirmesi iyileştikçe SOY indeks skorları artış göstermektedir. ASM'ye başvuran bireyler ve mermer fabrikasında çalışan bireylerde yapılan iki farklı araştırmada kendi sağlığını daha iyi değerlendirenlerin SOY düzeyleri kendi sağlığını daha kötü olarak değerlendirenlerle kıyasla daha yüksek bulunmuş ve anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir (Durmaz ve ark., 2020; Kılınçkaya, 2018). Buna karşın Zengin'in çalışmasında katılımcıların genel sağlık durumuna göre SOY puanı incelendiğinde iyi olarak tanımlayanlar ile diğerleri arasındaki analiz sonucunda anlamlı farklılık bildirilmemiştir (Zengin, 2022). Bireylerin sağlık durumlarına ilişkin öznel değerlendirmeleri; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik özelliklerin yanı sıra, içinde bulundukları kültürel yapı, sağlık inançları ve sosyal normlardan da etkilenebilir. Örneğin bazı bireyler küçük bir sağlık sorununu ciddi olarak algılayabilirken, bazıları daha ağır sağlık problemlerine rağmen kendini sağlıklı hissedebilir. Benzer şekilde, SOY düzeyi de sadece bilgiye ulaşma kapasitesine değil; bireyin sağlık konusundaki ilgisine, öğrenme motivasyonuna, önceki sağlık deneyimlerine bağlı olarak şekillenmektedir. Bireylerin öznel sağlık algıları ile SOY düzeyleri arasındaki ilişki çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu için literatürdeki sonuçların farklılık gösterdiğini düşünmekteyiz. SOY'u geliştirmeye yönelik stratejilerin sadece bilgi aktarımına değil, bireylerin sağlık algılarını güçlendirmeye de odaklanması gerektiği kanaatindeyiz. Toplum temelli eğitim programlarının yaygınlaştırılabilir, kültürel açıdan uygun materyallerin geliştirilebilir ve psikososyal destek hizmetlerinin artırılabilir. Böylece hem bireylerin sağlık algısı hem de SOY düzeyleri güçlendirilebileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda her iki grupta da son bir yılda herhangi bir sebeple ASM'ye başvurma sayısı altı ve üzerinde olanların SOY indeks skorları anlamlı düzeyde daha düşüktür

ve son bir yılda herhangi bir sebeple ASM dışında bir sağlık kurumuna başvurma sayısı altı ve üzerinde olanların da tüm gruplarda SOY skorları anlamlı düzeyde daha düşüktür. Alagöz'ün yaptığı çalışmada katılımcıların bir yılda hastaneye başvurma sıklığına göre TSOY-32 Ölçeği skorları değerlendirilmiş, başvurma sıklığı az olanların skorları anlamlı yüksek tespit edilmiştir (Alagöz, 2023). Görgülü'nün yaptığı araştırmada ise son 1 yıl içerisinde aile hekimliklerine başvuranların ve başvurmayanların SOY düzeyleri kıyaslandığında; başvurmayanların SOY düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Görgülü, 2023). Salman'ın çalışmasında ise katılımcıların SOY seviyeleri ile son bir yıldaki birinci ve üçüncü basamak başvuru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Salman, 2024). Bulgularımızın nedeninin, SOY'u düşük olan bireylerin hastalık belirtilerini anlamakta, tedavi sürecini yönetmekte ve koruyucu sağlık davranışlarını sürdürmekte güçlük yaşadıklarını düşündürmektedir. Nitekim bu bireylerin yanlış ya da eksik bilgi nedeniyle daha sık sağlık kuruluşuna başvurmak zorunda kaldıkları, önerilen tedavilere uyumda zorlandıkları veya sağlık sorunlarını yönetmede yetersiz kaldıkları söylenebilir. Bu nedenle çok boyutlu stratejilerin geliştirilmesi gerektiği kaanatindeyiz. Bireyselleştirilmiş eğitim programlarının uygulanmasının hem bilgi eksiklerinin giderilmesine hem de doğru sağlık davranışlarının kazandırılmasına katkı sağlayacaktır. Sağlık çalışanları tarafından yürütülecek danışmanlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemini daha etkin kullanmasına, tedaviye uyumlarının artmasına ve kendi sağlıklarını yönetme konusunda güçlenmelerine yardımcı olacaktır. Toplum tabanlı eğitimler ile SOY eşitsizliklerini azaltabilir. Bu tür çok yönlü ve hedeflenmiş yaklaşımların katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, toplam örnekleme ve ASM grubunda katılımcıların yaşadıkları yerleşim birimine göre SOY puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. ASM grubunda farklılık yaratan en yüksek puana sahip il merkezinde yaşan gruptur. Köy/belde de yaşayanların %37'si, ilçe merkezinde yaşayanların %42'si, il merkezinde yaşayanların ise %57'si yeterli ve mükemmeldir. Buna karşın, EAH grubunda yaşadıkları yerlere göre indeks skorları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza paralel olacak şekilde Ilgaz'ın ASM'ye başvuran bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, yaşamının büyük bölümünü köy veya kasabada

geçirenlerin SOY düzeylerinin, şehir ya da büyükşehirde yaşayanlara kıyasla anlamlı biçimde daha düşük olduğu bildirilmiştir (İlgaz, 2020). Öte yandan, Sukut'un ASM başvurular üzerinde yürüttüğü çalışmada ise, en uzun süre yaşanan yer dikkate alındığında, ilçe merkezinde yaşayanlarda sorunlu veya yetersiz SOY oranı şehir ve il merkezinde yaşayanlara göre bir miktar daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Sukut, 2020). Çalışmamızda, özellikle il merkezinde yaşayanların SOY puanlarının daha yüksek olması, bu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim imkânlarının, eğitim düzeylerinin ve sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma kaynaklarının daha fazla olmasına bağlanabilir. İlçe merkezinde yaşayan bireylerin üçte birinde yetersiz, köy veya beldede yaşayanların yarısında ise sorunlu SOY düzeyi saptanması, kırsal bölgelerde sağlık bilgi ve hizmetlerine erişimde dezavantajlı bir konum olduğunu düşündürmektedir. Buna karşın, EAH grubunda yaşanan yere göre SOY puanları arasında anlamlı bir farkın olmaması, üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin sosyodemografik özelliklerinin daha homojen olmasına ya da bu bireylerin sağlık ihtiyaçlarının yerleşim yerinden bağımsız şekilde hizmet tercihini belirlemesine bağlanabilir. Bulgularımıza dayanarak SOY'un artırılması için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde danışmanlık ve eğitim faaliyetlerinin güçlendirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz. Görsel ve işitsel materyallerle desteklenen, yerel dil ve kültüre uygun eğitim programlarının yaygınlaştırılması, bireylerin sağlık bilgisine erişimini kolaylaştırabilir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin anlaşılır iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve yerel kurumlarla işbirliği içinde yürütülecek projeler, SOY'u artırmada etkili olacağı kanaatindeyiz.

Araştırmamızda hem ASM hem de EAH grubunda kadın ve erkek arasında SOY puanları benzer bulunmuştur. Literatürdeki bazı araştırmalarda bizim bulgularımıza paralel olarak cinsiyetler arasında SOY düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Abacıgil ve ark., 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Buna karşılık Ankara'da üniversite öğrencileri ve Samsun'da ASM'ye başvuran bireylerde yapılan çalışmalarda erkek ile kadın katılımcıların SOY düzeyleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş, kadınların ortalama SOY puanının erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (Arıkan, 2020; Zengin, 2022). Öte yandan, İzmir'de aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada ise erkeklerin SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Mut, 2017). Literatür

incelendiğinde, SOY ile cinsiyet arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Kadın ve erkek bireylerin eğitim düzeylerinin, sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının ve sağlıkla ilgili deneyimlerinin benzerlik göstermesi, cinsiyet farklılığını ortadan kaldırmış olabilir. Ayrıca, toplumda sağlıkla ilgili bilgiye erişim araçlarının (örneğin internet, mobil sağlık uygulamaları) giderek yaygınlaşması ve bu araçların cinsiyetten bağımsız şekilde kullanılabilmesi, SOY düzeylerini eşitleyici bir etki yaratmış olabilir.

Çalışmamızda ASM ve EAH gruplarının indeks puanı ve alt boyutlara göre karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında hem toplam indeks puanı hem de alt boyutlar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur fakat iki grupta da SOY indeksinin en zayıf olduğu alt boyut, sağlıkla ilgili bilgiye değerlendirme olmuştur. Ölçek boyutlarına göre indeks puanı ile ilgili yapılan başka bir çalışmada en düşük puan sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunda bulunmuştur (Abacıgil ve ark., 2016). Acil servis ve ASM'ye başvuran hastaların SOY düzeylerinin karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada bizde olduğu gibi SOY puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamış ancak indeks alt gruplarından sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama skorları acil servise başvuranlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Gücal,2020). ASM ve EAH grupları arasında anlamlı fark görülmemesinin bir nedeni, bu iki grubun demografik özellikler açısından birbirine oldukça benzer olması olabilir. Nitekim çalışmamızda birçok temel sosyodemografik değişkende gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu değişkenlerin SOY üzerinde doğrudan etkili olduğu düşünüldüğünde, benzer profildeki bireylerden oluşan grupların SOY düzeylerinde de benzerlik gözlenmesi beklenebilir.

Sonuç olarak araştırmamızda ASM ve EAH gruplarına başvuran bireylerin SOY düzeyleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmemekle birlikte, her iki grupta da yaş, eğitim ve gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sağlık durum algısı ve sağlık kurumu başvuru sayısı gibi benzer faktörlerin SOY üzerinde etkileyici olduğu görülmüştür. Toplum genelinde SOY düzeyini artırmaya yönelik çok boyutlu ve kapsayıcı stratejilerin geliştirilmesi gereklidir. Bu doğrultuda, bireylerin eğitim ve gelir düzeylerine göre uyarlanmış, sade, anlaşılır, görsel destekli ve kültürel olarak uygun

eğitim materyalleri hazırlanarak tüm topluma erişilebilir hale getirilmelidir. Bu materyallerin toplum merkezleri, belediyeler, halk eğitim kurumları ve dijital platformlar aracılığıyla yaygın biçimde sunulması, özellikle düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık bilgisine erişimini kolaylaştıracaktır. Kronik hastalığı olan bireyler için tedavi süreci, ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliklerini kapsayan özel içeriklerin geliştirilmesi ve bu gruplara yönelik düzenli danışmanlık hizmetleri artırılmalıdır. Ayrıca sağlık kurumlarına sık başvuran bireylerde düşük SOY'un neden olduğu bilgi eksikliği ve tedaviye uyumsuzluk gibi sorunları azaltmak için birinci basamakta kişiye özel danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri güçlendirilmelidir. Bu bütüncül yaklaşımların, hem bireylerin sağlık bilgilerini etkin biçimde kullanmalarını hem de sağlık sisteminin daha verimli ve sürdürülebilir şekilde işlemlerini destekleyeceğini düşünmekteyiz. Literatür açısından bakıldığında, farklı sağlık basamakları arasındaki SOY karşılaştırmalarının sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda özellikle sağlık hizmetleri basamaklarındaki farklılıkların nitel yönleriyle de incelenmesi, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve toplum genelinde SOY'un geliştirilmesine yönelik daha kapsamlı politikaların geliştirilmesine katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

## 6. KAYNAKLAR

- Abacıgil, F., Beşer, E., Baran Deniz, E., Erata, M., Harlak, H., Karakaya, K., ... Evcı Kiraz, E. D. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R. (2003). *Sağlık sektörü: Temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin Birliğe uyumu*. Ankara Üniversitesi, Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., & Tunçbilek, A. (1998). *Halk sağlığı* (pp. 3–13). Ankara: AÜ TF Antip AŞ Yayınları.
- Akpınar Ö.F. (2019). Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Seçil Arıca)
- Alagöz M.C. (2023). Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Sadık Sami Hatipoğlu)
- Algın, K., Şahin, İ., & Top, M. (2004). Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3).
- Alma Ata Bildirgesi. (1978). *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33–58.
- Arıkan A. 2020. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Yusuf Çelik)
- Aslantekin, F., & Yumrutaş, M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4).
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2013). *Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Consumers-the-health-system-and-health-literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality3.pdf>](<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Consumers-the-health-system-and-health-literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality3.pdf>)
- Avcı, E., & Özkan, S. (2019). Dünyada ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 5(1), 16–21.

Ayaz-Alkaya, S., & Öztürk, F. Ö. (2021). Health literacy levels of women and related factors in Turkey. *Journal of Nursing Research*, 29(6), e180.

Aygun, O., & Cerim, S. (2021). The relationship between general health behaviors and general health literacy levels in the Turkish population. *Health Promotion International*, 36(5), 1275–1289.

Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128–140.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(Suppl 2), 9–19.

Bilişli, Y. (2019). Medya ve sağlık arasındaki sınırları keşfetmek: Eleştirel medya sağlığı okuryazarlığı bağlamında sağlık haberlerine yaklaşım. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 197–219.

Boelen, C. (2002). Improving health systems: The contribution of family medicine (pp. 28–43). In *Improving health systems: The contribution of family medicine: A guidebook*. World Organization of Family Doctors (WONCA) & World Health Organization.

Bohlman, L. N., & Panzer, A. M. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion (pp. 21–58). In L. Nielsen-Bohlman, A. M. Panzer, & D. A. Kindig (Eds.), *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press.

Cesar, F. C. R., Moraes, K. L., Brasil, V. V., Alves, A. G., Barbosa, M. A., & Oliveira, L. M. D. A. C. (2022). Professional responsiveness to health literacy: A scoping review. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 6(2), e96–e103.

Çolak G. (2023). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Samsun (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Ünal)

Çopurlar Kendir, C., & Kartal, M. (2016). What is health literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 40–45.

Dikici, M., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., & Yarış, F. (2007). Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 27, 412–418.

Durmaz, S., Sürücü, E., & Ozvurmaz, S. (2020). Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences*, 15(3), 81-91.

Görgülü E. (2023). Ankara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Ugan )

Gücal, R. (2020). Erişkin Acil Servis İle Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Algın

HLS–EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey (HLS–E)*. Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Reserach.

İlgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151–159.

Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*, 14(1), 40.

Jessup, R. L., Osborne, R. H., Beauchamp, A., Bourne, A., & Buchbinder, R. (2017). Health literacy of recently hospitalised patients: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research*, 17, 52.

Kanj, M., & Mitic, W. (2009, October). Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. In *7th Global Conference on Health Promotion: Promoting Health and Development: Closing the implementation gap* (pp. 26–30). World Health Organization.

Kaya S.N. (2024). Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Yasemin Çayır)

Kılınçkaya A. (2018). Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin Ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Prof.Dr. Seçil Özkan)

Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK.

Leeuwenhorst, P. (1974). *The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European conference on the teaching of general practice, Netherlands*. Leeuwenhorst Working Party.

Leeuwenhorst Working Party. (1977). The general practitioner in Europe: Report of the working party on the second European conference on the teaching of general practice (1974). *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 27, 117-122.

McWhinney, I. R. & Freeman T.(1997). Textbook of family medicine (2nd ed., pp. 3–25). Oxford University Press.

Morris, N. S., MacLean, C. D., & Littenberg, B. (2013). Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 39(5), 638–646.

Mut H. 2017. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Haluk Mergen, Uzm. Dr. Umut Gök Balcı)

Myers, G. C. (1974). *Differential mortality in the United States: A study in socioeconomic epidemiology*. Harvard University Press.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

Öncü, E., Vayisoğlu, S. K., & Önen, E. (2017). The use of primary health care services after transformation in health and related factors in a province example / Bir il örneğinde sağlıkta dönüşüm sonrası I. basamak sağlık hizmetleri kullanımı ve ilişkili faktörler. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4546–4560.

Rakel, R. E. (2002). The family physician. In R. E. Rakel (Ed.), *Textbook of family practice* (6th ed., pp. 3–18). W.B. Saunders.

Rubin, D. L., Parmer, J., Freimuth, V., Kaley, T., & Okundaye, M. (2011). Associations between older adults' spoken interactive health literacy and selected health care and health communication outcomes. *Journal of Health Communication*, 16(Suppl 3), 191–204.

Salman A.N. (2024). Sağlık Kuruluşuna Başvuru İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trabzon (Danışman: Prof. Dr. Turan Set)

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1\_suppl), 1–10.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & HLS-EU Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.

Sukut Ö. (2020). Aile Sağlığı Merkezine (ASM) Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. Ahmet Öztürk)

Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). *Sağlık okuryazarlığı araştırması*. Sağlık-Sen Yayınları.

T.C. Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013, Sayı: 28539, Başbakanlık Basımevi, Ankara

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik. 10 Şubat 2022. Sayı: 31746, Başbakanlık Basımevi, Ankara

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). *Aile hekimliği Türkiye modeli*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2024). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. T.C. Sağlık Bakanlığı.

Temel. A.B., & Çimen. Z. (2015). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 33(3). 105-125.

Ussher, M., Ibrahim, S., Reid, F., Shaw, A., & Rowlands, G. (2010). Psychosocial correlates of health literacy among older patients with coronary heart disease. *Journal of Health Communication*, 15(7), 788–804.

WONCA Europe. (2023). *The European definition of general practice/family medicine* (2023 ed., pp. 7–8). WONCA Europe.

World Health Organization. (2003). *Family medicine: Report of a Regional Scientific Working Group Meeting on Core Curriculum, Colombo, Sri Lanka, 9–13 July 2003* (p. 1). World Health Organization.

Young, P. (1997). Family practice: Birth and development of a specialty. *American Family Physician*, 56(3), 725–726.

Zengin Ö. (2022). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, Uzmanlık Tezi, Samsun (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici)

## **7. EKLER**

### **7.1. EK-1: Etik kurul kararı**



## 7.2. EK-2: Anket formu

### BİRİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINA BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI: AİLE HEKİMLİĞİ ÜZERİNDEN KARŞILAŞTIRILMASI VE İLGİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

#### ANKET FORMU

Bu anket birinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığının aile hekimliği üzerinden karşılaştırılması ve ilgili faktörlerin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Sizden, aşağıda bulunan sorulara ilişkin cevaplar arasından en uygun seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Vereceğiniz cevapların doğru olması çok önemlidir. Vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

#### İLETİŞİM BİLGİLERİ

Katılımcı Kodu:

1.Yaşınız: .....

2.Cinsiyetiniz : ☐Kadın ☐Erkek

3.Eğitim durumunuz: ☐Okuryazar değil ☐Okuryazar ☐İlkokul- Ortaokul  
☐Lise ☐Üniversite- Yüksek Lisans

4.Şu andaki çalışma durumunuz için uygun olan seçeneği seçiniz:

☐Çalışmıyor ☐Ev hanımı ☐Serbest Meslek ☐Memur ☐Emekli ☐Öğrenci  
☐Diğer.....

5.Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐Düşük ☐Orta ☐Yüksek

6.Sosyal güvenceniz var mı? ☐Yok ☐SSK ☐Bağkur ☐Emekli Sandığı ☐Diğer.....

7.Medeni durumunuz: ☐Evli ☐Bekar ☐Dul- Boşanmış

8.Çocuk sayınız .....

9.En küçük çocuğunuzun yaşı .....

10.Nerede yaşıyorsunuz? ☐İl merkezi ☐İlçe Merkezi ☐Köy- Belde

11.Bu sağlık kurumunu tercih etme nedeniniz nedir? ☐Ulaşım kolaylığı ☐Tandık önerisi  
☐Hekim memnuniyeti ☐Randevu ve bekleme süresi ☐İlaç raporu ☐Görüntüleme hizmeti  
☐Uzman hekim muayenesi ☐Danışmanlık hizmeti ☐Diğer....

12.Sağlık sorunuz olduğunda ilk olarak nereye başvurursunuz?

☐Aile Sağlık Merkezi(Aile Hekimi)

☐İlçe Devlet Hastanesi

☐3. Basamak Hastane (Tıp Fakültesi Hastanesi/ Eğitim Araştırma Hastanesi)

☐Özel Hastane

13.Son 1 yılda herhangi bir sebeple Aile Sağlığı Merkezine(aile hekimi) kaç kez başvurduğunuz? .....

14.Son 1 yılda herhangi bir sebeple Aile Sağlık Merkezi (aile hekimi) dışında bir sağlık kurumuna kaç kez başvurduğunuz (acil servis hariç)? .....

15.Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına (sağlık hizmetlerine) en sık başvuru nedeniniz nedir? ☐İlaç yazdırma ☐Bilgi danışma ☐Kontrol ☐Acil durumlar ☐İzlem(gebe, bebek, çocuk...) ☐Tahlil istemi ☐Diğer.....

16.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Evet ise birden fazla işaretleyebilirsiniz)

☐Hayır ☐Hipertansiyon(Yüksek tansiyon) ☐Diabetes mellitus(Şeker hastalığı) ☐Hiperlipidemi(Kolesterol hastalığı) ☐Hipotiroidi/Hipertiroidi(Tiroidlerin az/çok çalışması) ☐Kalp damar hastalığı ☐Akciğer hastalıkları (Astm,KOAH,vb.) ☐İnme/Felç ☐Kanser ☐Diğer.....

17.Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐Çok kötü ☐Kötü ☐Ne iyi, ne kötü ☐İyi ☐Çok iyi

### TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ -32

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

| No | Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32)                                                                                                | Çok Kolay | Kolay | Zor | Çok Zor | Fikrim Yok |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----|---------|------------|
| 1  | Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak                                      |           |       |     |         |            |
| 2  | Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak                       |           |       |     |         |            |
| 3  | Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek |           |       |     |         |            |
| 4  | Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak                                                |           |       |     |         |            |
| 5  | Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak                                   |           |       |     |         |            |
| 6  | Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak                                                    |           |       |     |         |            |
| 7  | Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak                                                                  |           |       |     |         |            |
| 8  | Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak                                                                                         |           |       |     |         |            |
| 9  | Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek                                                     |           |       |     |         |            |
| 10 | Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak                                                                    |           |       |     |         |            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 11 | İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Tahlil/tetikik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak |  |  |  |  |  |  |
| 23 | İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 24 | İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |

## ÖZGEÇMİŞ

|                        |                                 |                     |                       |
|------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| <b>Adı</b>             | Şükran                          | <b>Soyadı</b>       | Geçgel                |
| <b>Doğum Yeri</b>      |                                 | <b>Doğum Tarihi</b> |                       |
| <b>Uyruğu</b>          |                                 | <b>Tel</b>          |                       |
| <b>E-mail</b>          |                                 |                     |                       |
|                        |                                 |                     |                       |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>   | <b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b> |                     | <b>Mezuniyet Yılı</b> |
| <b>Lisans</b>          |                                 |                     |                       |
| <b>İş Deneyimi</b>     |                                 |                     |                       |
| <b>Görevi</b>          | <b>Kurum</b>                    |                     | <b>Süre</b>           |
|                        |                                 |                     |                       |
| <b>Yabancı Dilleri</b> | <b>Okuduğunu Anlama</b>         | <b>Konuşma</b>      | <b>Yazma</b>          |
|                        |                                 |                     |                       |