

T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURU İLE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşe Nur SALMAN

TRABZON 2024

T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURU İLE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşe Nur SALMAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Turan SET

TRABZON 2024

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi birikimi, hoşgörüsü ve deneyimlerini esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Turan SET'e,

Eğitim sürecim boyunca ilgisini ve yardımını esirgemeyen, desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarıma,

Tezimin aşamalarında yanımda olan, yardımcı olan, destekçim olan tüm arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her daim yanımda olan canım annem ve babama, desteğiyle beni güçlü kılan canım kardeşime, halasına tezi için destek olan canım Alptuğ'uma, annesine ve babasına, fedakar eşime ve bu süreci her anıyla benimle yaşayan, göğüsleyen minicik ve biricik yavruma

Teşekkür ederim.

Dr. Ayşe Nur SALMAN

ÖZET

Sağlık Kuruluşuna Başvuru ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Amaç: Sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerine başvuruda etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada sağlık kuruluşuna başvuru ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız; kesitsel nitelikte olup Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Mart-Ekim 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine ve Eğitim Aile Sağlığı Birimine başvuran okuryazarlığı olan 18 yaş ve üzeri 328 hasta alınmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özellikler ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini (TSOY-32) içeren bir anket formu, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Başvuru sayıları e-nabız üzerinden değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza alınan katılımcıların yaş ortancası 44 (IQR:28,5-59,0) yıl, %61,6'sı (n=202) kadın, %90,2'si (n=296) sağlık dışı meslek gruplarından, %49,1'i (n=161) üniversite mezunuydu, %52,7'sinin (n=173) kronik hastalığı yoktu ve %35,1'i (n=115) yüksek sağlık okuryazarlığına sahipti. Katılımcıların son bir yıldaki toplam başvuru sayısı ortancası 16 (IQR:10-23) iken birinci basamak 7,5 (IQR: 4-13) ve üçüncü basamak 0 (IQR: 0-1) olarak saptandı. Son bir yıl içindeki toplam başvuru sayısının birinci basamak yüzdesi ortancası 48 (IQR:33,3-66,6) ve üçüncü basamak yüzdesi ortancası 0 (IQR:0,0-5,2) idi. Sağlık okuryazarlığının yüksek/düşük olması ile yaş (p=0,334), cinsiyet (p=0,966), meslek (p=0,278), eğitim durumu (p=0,350) ve kronik hastalık varlığı (p=0,281) arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sağlık okuryazarlığının yüksek/düşük olması ile toplam başvuru sayısı (p=0,743), birinci basamak başvuru sayısı (p=0,155) ve üçüncü basamak başvuru sayısı (p=0,381) arasında ilişki izlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda 18 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık kuruluşuna başvuru arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Sağlık hizmetlerine başvuruları etkileyen faktörlerin belirlenmesi için daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri İhtiyaçları ve Talebi, Birinci Basamak Sağlık, Aile Hekimliği, Hasta Tercihi

SUMMARY

Evaluation of the relationship between health literacy level and application to a health institution

Aim: Health literacy is thought to have an impact on applying to health services. This study aimed to evaluate the relationship between applying to a health institution and the level of health literacy.

Method: Our study is cross-sectional and was conducted at the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University between March-October 2024. The study included 328 literate patients aged 18 and over who applied to the Family Medicine outpatient clinics and the Education Family Health Unit of the Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University. A questionnaire form including sociodemographic characteristics and the Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32) was applied to the participants via face-to-face interviews. Application numbers were evaluated via e-nabiz.

Results: The median age of the participants included in our study was 44 (IQR: 28,5-59,0) years, 61,6% (n=202) were female, 90,2% (n=296) were from non-healthcare occupations, 49,1% (n=161) were university graduates, 52,7% (n=173) did not have a chronic disease, and 35,1% (n=115) had high health literacy. The median number of total applications of the participants in the last year was 16 (IQR: 10-23), while the primary care was 7,5 (IQR: 4-13) and the tertiary care was 0 (IQR: 0-1). The median percentage of the first care of the total number of applications in the last year was 48 (IQR: 33,3-66,6) and the median percentage of the tertiary care was 0 (IQR: 0,0-5,2). No significant relationship was found between high/low health literacy and age ($p=0,334$), gender ($p=0,966$), occupation ($p=0,278$), educational status ($p=0,350$) and presence of chronic disease ($p=0,281$). No difference was observed between high/low health literacy and total number of applications ($p=0,743$), number of primary care applications ($p=0,155$) and number of tertiary care applications ($p=0,381$).

Conclusion: In our study, no significant relationship was found between the level of health literacy and application to a health institution in individuals aged 18 and over. It was concluded that further studies are needed to determine the factors affecting application to health services.

Keywords: Health Literacy, Health Services, Health Services Needs and Demand, Primary Health Care, Family Practice, Patient Preferences

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
SUMMARY	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetleri	3
2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	3
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamak	3
2.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Sevk Zinciri.....	4
2.1.4. Sağlık Hizmetleri Talep ve Kullanımı	6
2.1.5. Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sıklığı.....	6
2.1.6. Sağlık Kuruluşlarına Sık Başvuru	10
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	11
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	11
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi, Sağlık Sonuçları Üzerine Etkisi	11
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Tipi	14
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem	14
3.3. Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	14
3.3.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri	14

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	14
3.4. Veri Toplama Araçları	14
3.5. Çalışmanın Yürütülmesi	16
3.6. Sonuç Ölçütü	16
3.7. İstatiksel Analiz	16
3.8. Etik Kurul	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. KISITLILIKLAR.....	38
8. KAYNAKLAR	39
9. EKLER	45
Ek-1: Sosyodemografik Veri Bilgi Formu ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden (TSOY-32) Oluşan Anket Formu	45

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HLS-EU-Q: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

HSGM: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

OECD: Organisation for Economic Co-Operation and Development, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

SGGM: Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

SOY: Sağlık okuryazarlığı

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

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

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Aile Hekimliği Birimi Sevk Hızı, (11)	5
Şekil 2. 2011-2021 Yılları Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.....	7
Şekil 3. İllere Göre Hekime Başvuru Sayısı, Tüm Sektörler, 2022 HSGM (11).....	8
Şekil 4. Tüm Sektörlerde Kişi Başına Düşen Hekime Müracaat Sayısı, Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre, HSGM (11)	9
Şekil 5. Tüm Sektörlerde Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Yıllara ve Kurum Türlerine Göre, HSGM (11).....	10
Şekil 6. TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları	15
Şekil 7. Katılımcıların Yaş Histogram Grafiği	18
Şekil 8. Katılımcıların Mevcut Başvuru Nedenleri	20
Şekil 9. Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvurdıkları Durumlar	21
Şekil 10. Katılımcıların Birinci Basamak Hekimi Yönlendirmeksizin Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumları.....	22
Şekil 11. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarına Son Bir Yıldaki Toplam Başvuru Sayıları	23
Şekil 12. Katılımcıların Son Bir Yıldaki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı	23
Şekil 13. Katılımcıların Son Bir Yıldaki Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı	24
Şekil 14. Toplam Başvuru Sayısının Birinci ve Üçüncü Basamak Yüzdesi Ortancaları (IQR:25-75)	24
Şekil 15. Katılımcıların Tahminleri ve Gerçek Başvuru Sayıları [Ortanca (IQR:25-75)]	25
Şekil 16. Katılımcıların TSOY-32 Puanları.....	26
Şekil 17. Cinsiyet ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Katılımcılar	27
Şekil 18. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	27

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	19
Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıldaki Başvuru Sayıları	26
Tablo 3. Katılımcıların Yaş ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	28
Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sosyodemografik Özellikleri	28
Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıldaki Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayıları	29



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beklenen yaşam süresinin uzaması, hastalıkların görülme sıklığındaki artış ve dünya nüfusunun çoğalması, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması ile sonuçlanmaktadır. Ülkelerin gelir düzeyleri ile orantılı olarak sağlık için ayırdıkları/ayırabilecekleri bütçe, insan gücü vb. sağlık kaynakları, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması ve var olan sağlık kaynaklarının sınırlı olması, çözüm geliştirilmesi gereken bir konu olup bunun sağlık hakkının önünde bir engel oluşturmaması önem arz etmektedir.

Günümüzde hem ülkemiz hem dünya genelinde sağlık kurumlarına başvurunun sık olduğu görülmekte olup taleplerin gerekliliği ve hizmetlerin doğru kullanılıp kullanılmadığının belirlenmesi, sağlık sisteminin etkin yönetilmesi için değerlidir. Sağlık sistemine başvuru sayısı, iş yoğunluğu ve maliyet açısından önemli bir yer tutmaktadır. İş yoğunluğunun artması, hekimlerin hastalara ayırabilecekleri muayene süresinden çalmaktadır. Hizmetin aksamaması, hastaların mağdur olmaması, sistemin etkin ve verimli işleyişinin sağlanması için tekrarlayan başvuruların önüne geçilmesi gerekmektedir.

Sağlık profesyonellerince sağlık hizmetlerinin sunumunun önemli olması kadar; toplumun ve bireylerin sağlık hizmetlerinden en doğru ve en verimli şekilde nasıl faydalanabileceğini bilmesi de o derecede önemlidir. Bu, bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması ile sağlanabilir. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık hizmetlerinden verimli faydalanabilmeleri, hastalıklarıyla ilgili doğru bilgileri edinebilmeleri, hekimleri tarafından verilen tedaviye uyum sağlayabilmeleri, kısaca sağlıklı bir yaşama sahip olmaları için insan hayatında önemli bir yer tutmaktadır. Bir toplumun sağlık okuryazarlığının yeterli olması, sağlık hizmetleri sunumunun etkin ve verimli bir şekilde işleyişi için dolayısıyla toplumun ve bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için büyük önem arz etmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz seviyede olması ise, sağlık hizmetlerinden faydalanamamaya yol açabileceği gibi gereksiz başvurular ile sistemde yoğunluk oluşmasına da neden

olabilir. Bu durumların önüne geçmek adına toplumdaki bireylerin sağlık okuryazarlığının yeterli seviyede olması hedeflenmelidir.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ve sağlık kuruluşuna başvuru arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri; sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının katılımı ile, toplumun ihtiyaç ve taleplerine göre gerçekleştirilen, böylece tüm koruyucu ve tedavi edici çalışmalarla hem bireylerin hem de toplumun sağlık bakımını ülke düzeyinde ele alan kapsamlı ve kalıcı bir sistem olarak tanımlanır (1).

Hem bireylerin hem de toplumun sağlık seviyesini arttırmak, geliştirmek ve sağlığı sürdürebilmek hedeflenerek sağlıklılık halinin korunması, gerektiğinde tedavileri ve rehabilitasyonunu sağlamak amacıyla yapılan etkinliklerin tamamı sağlık hizmetleri kapsamına girer.

Sağlık hizmetleri koruyucu-tedavi edici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetlerinden oluşan bir bütün olmakla birlikte bu üç ana başlık altında incelenir (2):

- I. Koruyucu Sağlık Hizmetleri; Çevreye ve bireye yönelik hizmetler
- II. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri; Birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri
- III. Rehabilitasyon Hizmetleri; Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamak

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergede kademeli hizmet şu şekilde açıklanmıştır: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasındaki hizmet bölüşümü ve hasta sevk zincirini ifade eder. Hizmet alacak kişilerin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, sağlık personelinin uygun görmesi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevkı esastır. Kademeli hizmetin amacı, kişilere daha hızlı hizmet verilmesi, kişilerin en yakınlarındaki sağlık kuruluşundan rahatlıkla yararlanmaları, hastanelerin gereksiz hasta yükünden kurtarılması, gerçekten hastane hizmetine gerek duyan hastalara daha nitelikli hizmet verilebilmesi ve hizmet maliyetinin düşürülmesidir.

Birinci basamak, sağlık alanındaki hizmetlerin hastalara sunulmasının en hızlı ve kolay yoludur (3).

Günümüz modern sağlık sistemlerinin temel amacı, birinci basamağa ulaşılabilirliği arttırmak ve sağlık alanındaki hizmetlerden toplumdaki tüm bireylerin kendi ihtiyacı kadar faydalanmasını sağlamak, bu sayede bireylerin hem sağlık standartlarını hem de yaşam kalitesini arttırmaktır (4). Birinci basamağın en temel özellikleri; Sağlık hizmetleri talebinde başvurulmuş ilk nokta olması, süreklilik ilkesi çerçevesinde bireylerin yalnızca hastalık döneminde değil öncesi ve sonrasında da devamlı izlenmesi, kapsayıcılık ilkesi çerçevesinde sadece tedavi edici hizmetlerin değil aynı zamanda koruyucu-rehabilite edici hizmetlerin ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetlerin de sunulması ve koordinasyon ilkesi çerçevesinde sistemdeki diğer basamaklarla entegre çalışmasıdır (5,6).

Aile hekimliği, birinci basamağın klinik uzmanlığı olup World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)'daki tanımı ile, bilimsel kanıtlara dayalı bir temel üzerinde spesifik eğitim içeriği ve araştırması olan bilimsel, akademik bir disiplindir (7).

2.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Sevk Zinciri

1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaların mevcut durumu nedeniyle ilgili uzman veya kuruluşa yönlendirilmesi sürecini sevk sistemi olarak tanımlamıştır (8).

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergede sağlık sisteminde sevk zinciri şöyle açıklanmıştır: Acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması bu basamaktaki imkanlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmelerinin sağlanmasıdır. Bunun amacı, özellikle, hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını ve yalnızca gerek görülenlerin ikinci ya da üçüncü basamağa gitmelerini sağlayarak kişilerin zaman kaybına uğramadan, yerleşim yerlerine daha yakın olan birinci basamak kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak; aynı zamanda, hastaneleri hizmet alması gerekmeyecek olan hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükseltmek ve maliyetini azaltmaktır.

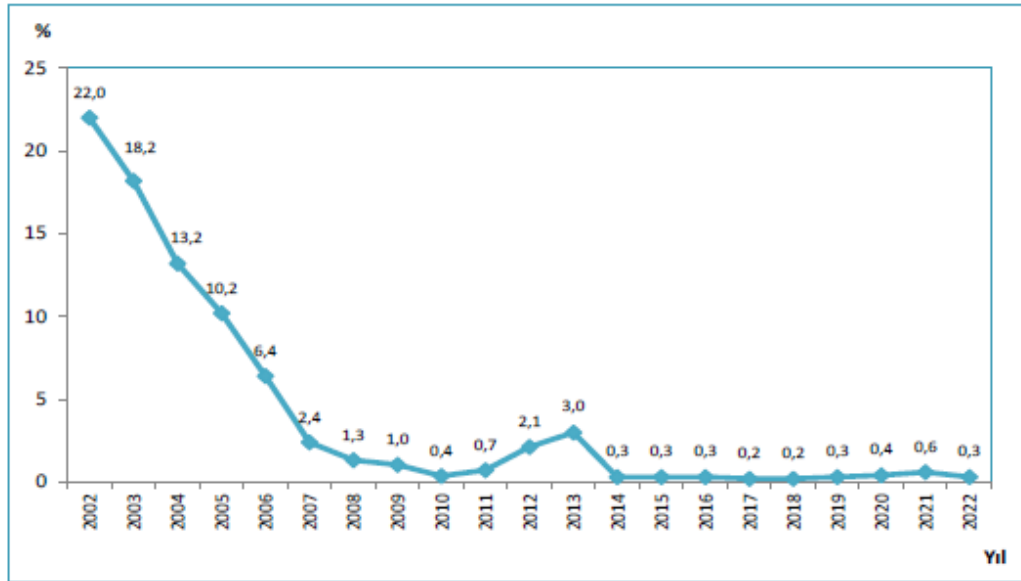
Yönergenin 99. Maddesinde sevk durumu detaylandırılmıştır. İyileştirici hizmetler açısından sağlık ocaklarının yeri, başvuran hastaları muayene ederek

hastalıklarını teşhis edip tedavi etmek, tanı ve tedavisi ocak koşullarında mümkün olmayanları da bir üst basamak olan hastanelere sevk etmektir. Bu hastaların genellikle ikinci basamak olarak kabul edilen sağlık merkezi ya da devlet hastanelerine sevk edilmeleri gerekir. Ancak, tanısı açıkça belli olan hastalar, o yılın bütçe uygulama talimatı da dikkate alınarak, doğrudan üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan özel dal hastanelerine ya da eğitim hastanelerine sevk edilebilirler.

Sevk zincirinin etkin kullanımı hastanelere başvuru sıklıklarını dengeleyerek hem maliyet düşüşü sağlayacak hem de hastanelerde uzmanlar tarafından sunulan hizmetin kalitesini arttıracaktır (9).

Mevcut aile hekimliği uygulamalarının daha etkin hale getirilmesi sevk zinciri işleyişini başarılı hale getirecektir. İkinci ve üçüncü basamaktaki yoğunluğu azaltmak, bu birimlerde sunulan sağlık hizmetlerinin daha kaliteli olmasına imkan sağlayacaktır (10).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün yayımladığı “Yıllara Göre Aile Hekimliği Birimi Sevk Hızı (%)” grafiğinde görüldüğü üzere aile hekimliği birimi sevk hızı 2002 yılında %22 oranı ile en yüksek yüzdeye sahipken sonrasında düşme eğilimi göstermiş ve 2007 yılı itibarıyla %5'in altına düşmüştür. 2013 yılında tekrar yükseliş gösterse de yine %5'in altında kalmıştır.



Şekil 1. Aile Hekimliği Birimi Sevk Hızı, (11)

Danimarka’da sağlık sisteminde sevk zinciri etkin bir şekilde uygulanmakta, çoğu kronik hastalık için tedavi ve takip birinci basamakta uygulanmaktadır (12).

2.1.4. Sağlık Hizmetleri Talep ve Kullanımı

Cinsiyet, yaş, meslek, gelir seviyesi, eğitim durumu, medeni durum gibi sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler, sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranışlar, sağlık hizmeti kullanım eğilimini belirleyen başlıca etkenlerdir (13).

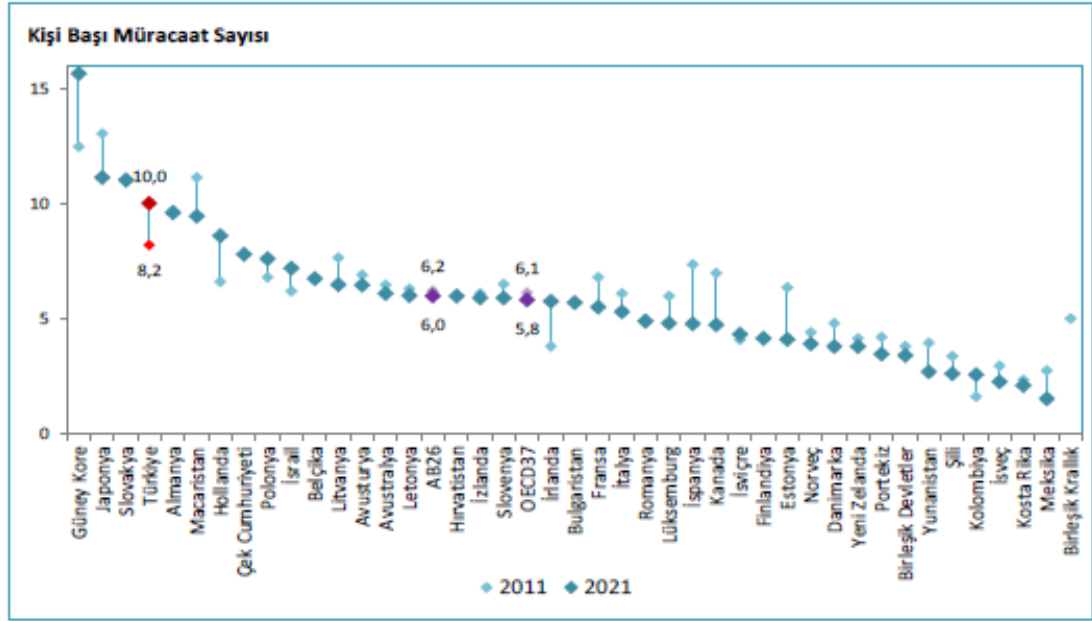
İlgili kuruluşlara fiziki ve süre olarak yakın olmak, sağlık kuruluşlarına başvuruda etkili olmaktadır (14).

Türkiye’de yapılan araştırmalarda gençlerde, doğu bölgelerinde, kırsal bölgelerde, sağlık sigortası olmayanlarda, düşük gelirli bireylerde diğerlerine göre sağlık hizmeti kullanımının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalık tanısı olan bireylerin herhangi bir tanısı olmayan bireylere nazaran hekime başvuru sıklığının 3,5 kat daha fazla olduğu görölmüştür (14).

Araştırmalar kadınların erkeklerden daha sık hastaneye başvurduğunu göstermekte, bu durumun gebelik, doğum ve cinsiyete özgü hastalıkların kadınlarda daha sık olması ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (14).

2.1.5. Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sıklığı

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2022 yılındaki kişi başı hekime müracaat sayısı OECD ölkelerinde 6,1 iken Türkiye’de 10,0 saptanmıştır (11). OECD ölkelerine kıyasla Türkiye’de kişi başı hekime müracaat sayısı saha yüksek olup benzer şekilde kişi başına düşen hekime müracaat sayısı 2012’de Türkiye’de ortalama 8,2 iken OECD ölkelerinde ise 6,6 olduğu görölmüştür (15).

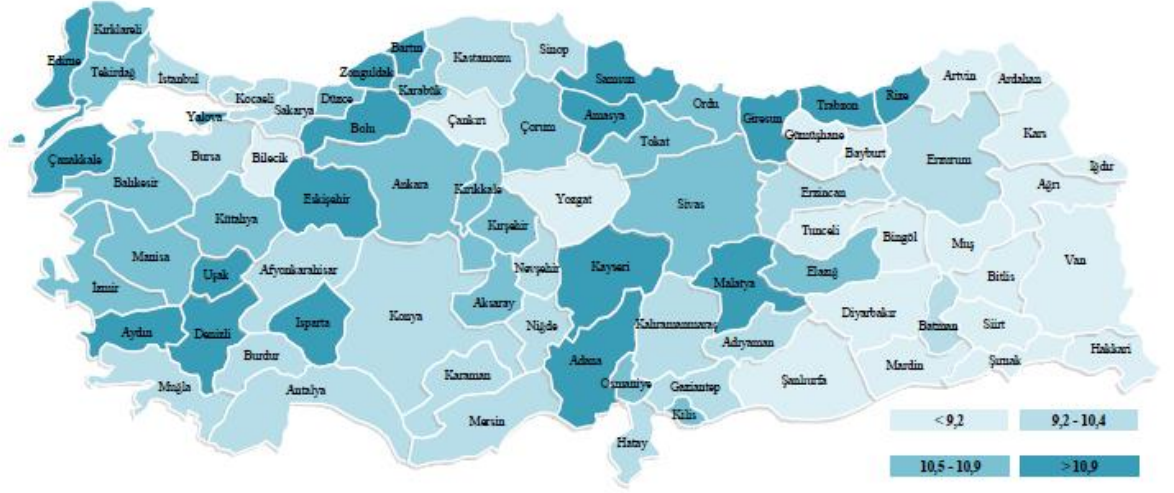


Şekil 2. 2011-2021 Yılları Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması

Edirne’de 2018 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen hastaların son bir yıl içerisinde aile hekimlerine başvuru sayıları değerlendirilmiş ve başvuru ortalamasının $7,22 \pm 5,32$ olduğu, başvuru sayılarının 1 ile 50 arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır (16).

Sağlık Bakanlığı’nın 2020 yılında yayınladığı sağlık istatistiklerine göre her 7,2 başvurudan 3’ü (%41) birinci basamağa olmaktadır. Bu oran 2019’da %35’tir (17).

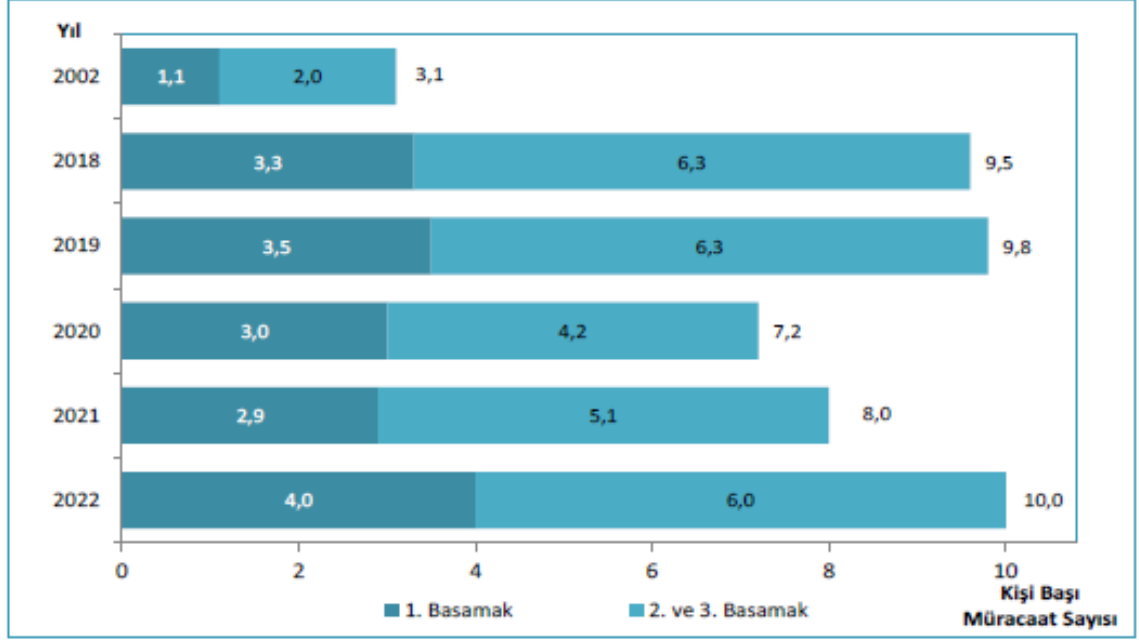
Şekil 3’te Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün (HSGM) 2022 yılına ait Türkiye’de illere göre kişi başı hekime müracaat sayıları görülmektedir. Özellikle Doğu Anadolu Bölgesindeki illerde başvuru sayılarının 9,2’nin altında olduğu dikkat çekmektedir (11).



Şekil 3. İllere Göre Hekime Başvuru Sayısı, Tüm Sektörler, 2022 HSGM (11)

HSGM'nin yayınladığı 2022 yılına ait Sağlık İstatistikleri Yıllığında sağlık hizmetlerine başvurunun birinci ve ikinci-üçüncü basamak düzeyinde değerlendirildiği, başvuruların 2002 yılına göre 2018 ve 2019 yıllarında arttığını, 2020 ve 2021 yıllarında azalıp (COVID-19 pandemi dönemi) 2022 yılı itibariyle 2019'dakine benzer seviyeye ulaştığı görülmektedir (Şekil 4) (11).

TÜİK verilerine göre 2022 yılında ülkemiz nüfusu 85.279.553 olurken aynı yıl içinde sağlık hizmetlerine toplam başvuru sayısı 854.328.324 olarak saptanmıştır. Bu veriler ışığında kişi başı müracaat sayısının Şekil 4'te görüldüğü üzere 10 olduğu belirlenmiştir. Şekil 5'te 2002 yılına ait toplam başvurunun 208.966.049 olduğu görülürken aynı yılda ülkemiz nüfusu 66,4 milyon olduğu göz önünde bulundurulduğunda kişi başına düşen başvuru sayısının 3,1 olduğu görülmektedir. Geçen 20 yıl içerisinde kişi başına düşen hekime müracaat sayısının 3,1'den 10'a yükseldiği görülmüştür (11).



Şekil 4. Tüm Sektörlerde Kişi Başına Düşen Hekime Müracaat Sayısı, Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre, HSGM (11)

Toplam başvuru sayısı hizmet kapsamına göre değerlendirildiğinde birinci basamak düzeyindeki başvuru sayısı 340.713.218 iken 2. Ve 3. Basamak düzeyindeki başvuru sayısı ise 513.615.106 olduğu görülmüştür. 2022'deki bu veriler 2019'dakiler ile benzer olup 2020 ve 2021 yıllarında toplam başvuru sayısı bu yıllardan yaklaşık 200.000.000 daha düşük olarak saptanmıştır (11). 2020 ve 2021 yılları pandemi dönemine denk gelmektedir.

	2002	2018	2019	2020	2021	2022
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	258.436.607	278.043.149	247.273.830	239.053.780	332.907.540
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.332.580	1.256.364	769.343	788.679	792.725
ÇEKÜS Birimi*	2.980.481	366.095	309.984	153.890	123.859	206.640
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	-	4.821.348	3.959.746	1.767.606	1.826.891	2.267.019
Özel Poliklinikler	731.132	539.593	629.221	435.764	598.356	774.934
E2-E3 Entegre İlçe Hastaneleri	-	3.577.348	3.903.402	2.719.502	3.133.755	3.764.360
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	269.073.571	288.101.866	253.119.935	245.525.320	340.713.218
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	19.055.722	18.298.592	14.527.627	15.672.466	17.248.270
Hastaneler**	124.313.659	494.385.911	506.503.164	332.613.569	414.454.404	496.366.836
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174	375.842.435
Üniversite	8.823.361	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992	45.746.680
Özel	5.697.170	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238	74.777.721
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	513.441.633	524.801.756	347.141.196	430.126.870	513.615.106
Genel Toplam	208.966.049	782.515.204	812.903.622	600.261.131	675.652.190	854.328.324

Şekil 5. Tüm Sektörlerde Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Yıllara ve Kurum Türlerine Göre, HSGM (11)

2.1.6. Sağlık Kuruluşlarına Sık Başvuru

Yapılan çalışmalarda bazı bireylerin toplumdaki genel orana göre sağlık kuruluşlarına daha sık başvurma eğilimi göstermekte olduğu saptanmış ve bu bireyler “frequent attender” olarak tanımlanmıştır (18).

Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde Danimarka’da yapılan kesitsel bir çalışmada sık başvurunun çoğunlukla işsizlik, boşanmış olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, sosyal desteğin düşük olması ve psikolojik bozukluklar ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada en çok yapılan %10 başvuru sık başvuru olarak ele alınmış ve başvuru sayıları yılda 8 ve üzerinde bulunmuştur (19).

2020’de yapılan bir sistematik derlemede sık başvuru, çalışmalar genelindeki ortalamalar değerlendirilerek yeniden tanımlanmıştır. Birincil bakım için en yüksek %10'luk veya 12 ayda en az 10 ziyaret, acil servis için 12 ayda en az 5 ziyaret, yataklı tedavi için 12 ayda en az 4 yatış olması durumları sık başvuru olarak tanımlanmış ve sıklıkla ruh sağlığı ile ilgili bozukluk ve kronik hastalık varlığının sık başvuruda en çok karşılaşılan ortak faktörler olduğu saptanmıştır (20).

Hasta başvuru sayısının çokluğu, sağlık hizmetleri sisteminde hem iş yoğunluğu hem de maliyet açısından önemli bir yer tutar (18).

Tayvan’da sağlık hizmetlerini sık kullanan ve sık kullanmayan bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada Kang ve arkadaşları sık başvuranların yüksek oranda 40 yaş üstü bireylerden oluştuğunu göstermişlerdir (21).

Almanya’da sık başvuran hastalar üzerine yapılan benzer çalışmalarda da sık başvuranların kronik hastalık, şiddetli hastalık ve multimorbidite oranlarının sık başvurmayanlara göre daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (22).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Terim olarak sağlık okuryazarlığından bahsedilen ilk yer, “Health Education as Social Policy” (Michigan Üniversitesinden Scott K. Simonds, 1974) makalesi olmuştur (23).

Önceleri sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlama ve hekimin talimatlarını uygulama becerisi olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı(24), daha sonra Nutbeam tarafından geliştirilerek Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğünde (1998, WHO) “sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesini sağlayacak şekilde gerekli sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri anlayabilme ve kullanabilmeleri için gerekli motivasyon ve bilişsel-sosyal becerileri ve kullanma yetisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak yeniden tanımlanmıştır (25).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi, Sağlık Sonuçları Üzerine Etkisi

Günümüzde koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin anlaşılması, kişisel olarak sağlığın daha fazla önemsenir hale gelmesi, toplum genelinde sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince ve doğru bir şekilde yansıtılamaması gibi nedenler sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır (26).

Sağlık okuryazarlığı, toplumun sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir (27).

Sağlık okuryazarlığının yeterli olmaması; azalmış öz yönetim ve sağlık sonuçlarının kötüleşmesi ile ilişkilendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz/sınırlı olduğu durumlarda hijyene dikkat edilmemesi ve önem verilmemesi nedeniyle bulaşıcı hastalıkların daha sık görüldüğü saptanmıştır. Aynı zamanda tedavi uyumunun azalmış olmasından kaynaklı olarak komplikasyonların daha sık görüldüğü ve bunun sonucunda mortalite ve morbiditede, hastaneye yatış oranlarında artış olduğu görülmüştür. Tüm bunlar sağlık sistemi üzerine ek iş yükü ile sonuçlanmaktadır (28). Bu nedenle düşük sağlık okuryazarlığı önemli bir halk sağlığı sorunudur (29).

Bireyler, sağlık hizmeti alımında karışık bilgilere ve tedavi süreçlerine maruz kalmakta, sağlık okuryazarlığının yeterli olmaması durumunda süreç daha da zorlaşmaktadır. Bu durum tanı ile tedavileri olumsuz şekilde etkilemektedir (30).

Nielson-Bohlman ve arkadaşları yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin sağlık durumlarının daha kötü olduğunu saptamıştır (24).

Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlıksız yaşam tarzı ile de ilişkilendirilmiştir (31,32).

Amerika’da hastaneye yatış riski, Medicare sigortasına sahip 3260 yaşlı birey üzerinden incelenmiş ve çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığının yetersiz oluşunun hastane yatışında bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmüştür (33).

Sağlık okur yazarlığı ile sağlık hizmetleri kullanım özelliklerinin ilişkili olduğu görülmüştür. (24). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin koruyucu-tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmakta problem yaşadıkları, özellikle koruyucu hizmetlerden yeterince faydalanmadıkları gösterilmiştir (34). Bunun yanında tedavi edici hizmetleri diğer bireylere göre daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (32)

Sağlık okuryazarlığı yetersiz/sınırlı olan kişilerin acil servisler başta olmak üzere sağlık hizmetlerini uygun kullanmadıkları yönünde kanıtlar bulunmaktadır (35). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerde acil servislere başvurunun daha sık olduğu görülmektedir (24).

Sıklıkla gelir seviyesi düşük, yaşlı, işsiz, eğitim seviyesi düşük ve göçmen bireylerin sağlık sistemi kullanımında problemleri olduğu görülmekte ve bu grupların yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bilinmektedir. Weiss tarafından sağlık

okuryazarlığı düşük olanların özbakım yönünden yetersiz, tedavi reçetesine uyum gösteremeyen, eğitimleri anlamakta güçlük çeken, tedaviyi unutan bireyler olduğu gösterilmiştir. Bu durumdan kişilerin sağlık bakımının sürekliliğini ve kalitesini olumsuz etkilenmektedir (35).

Sağlık okuryazarlığının yetersiz/sınırlı olması hem bireysel hem de toplumsal yönden daha yüksek maliyetlere yol açar. Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük sağlık okuryazarlığının ekonomik sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalarda maliyetin yıllık yüz milyar dolardan daha yüksek olduğu öngörülmüştür (24).

Bireyler, sağlık hizmetlerini olması gerekenden ziyade kendi ihtiyaçlarına göre kullanmakta olduğundan hizmetin etkin sunum ve kullanımı için önemli olan faktörlerden biri de hastaların eğitilmesi ve hastalarda davranış değişikliği sağlanmasıdır (36).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için yalnızca bireylerin ve sağlık hizmeti sunucularının emek vermesi yeterli değildir. Sağlık hizmeti alanların ve sağlık hizmeti sunanların yanı sıra eğitim camiası, medya ve iletişim sektörü gibi birçok sektöre, sivil toplum kuruluşlarına, kısacası toplumun tamamına görev düşmektedir (37).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Toplumlarda sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek zor olduğu gibi bunun için ideal bir yöntem ve fikir birliği bulunmamaktadır (38).

Toplumsal düzeyde karşılaştırmalar yapabilmek için sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerin standardizasyonu önemlidir. Ülkemizde kullanılması adına Türkçeye çevrilmiş birçok ölçek ve Türkçe olarak geliştirilmiş ölçekler mevcut olup bu ölçeklerle yapılacak olan çalışmaların artmasına ihtiyaç vardır (39).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafından ülkemizde sağlık okuryazarlığı ölçümü için toplumsal özelliklerimize, genel sağlık düzeyimize ve sağlık sistemimizin yapısına uygunluğu dikkate alınarak Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve baz alınmış ve revize edilerek Türkiye için uygun yeni bir ölçek -Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)- geliştirilmiştir (38).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırma evrenini; Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine ve üniversitemize bağlı eğitim Aile Sağlığı Birimine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalar arasından seçilen gönüllüler oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü bağımsız iki grup için hesaplandı. Bağımsız örneklemelerde t testi çalışmasında, etki büyüklüğü Cohen d=0,4 ve tip 1 hata 0,05 olarak alındığında %95'lik güç ile örneklem hacmi her bir grup için 164 olmak üzere toplam 328 olarak hesaplandı. Örneklem hesabı G. Power version 3.1.9.7 ile yapıldı.

3.3. Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

3.3.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. Okur-yazar olmak
2. 18 yaş ve üzeri olmak

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve/veya ruhsal bozukluğa sahip olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan sosyodemografik veri bilgi formu ile TSOY-32 ölçeğinden oluşan anket (Ek-1) formuyla toplanmıştır. Anketler uygulanmadan önce her hasta çalışma ile ilgili bilgilendirilmiş ve Helsinki bildirgesine uygun olarak hazırlanmış bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek-2) imzalatılmıştır.

Sosyodemografik Veri Bilgi Formu

Bu çalışma için araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan formda katılımcıların; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, son bir yıl içinde kendi tahminine göre kaç kez hastaneye başvurmuş olabileceği, son bir yıl

içinde kendi tahminine göre kaç kez aile hekimine başvurmuş olabileceği, aile hekimi yönlendirmeden/sevk etmeden üst basamak hastaneye gitme durumu, mevcut başvuru nedeni ve aile hekimine hangi durumlarda başvurulabileceği sorgulandı.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Okuryazarlığı olan 15 yaş üzerindeki bireylerde sağlık okuryazarlığını ölçmek ve değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilmiş olan kavramsal çerçeve baz alınmış ve revize edilmiştir. Orijinal ölçekte üç temel boyut varken TSOY-32 iki temel boyut ile 2x4'lük bir matrise dayanarak yapılandırılmıştır. TSOY-32'de matris; Tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi şeklinde iki boyuttan oluşmakta ve sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama durumlarından oluşan dört süreç ile toplam sekiz bileşen ele alınmaktadır.

TSOY-32'nin 2X4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları				
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Şekil 6. TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları

Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama) içermektedir. Ölçekteki her madde 1; Çok kolay, 2; Kolay, 3; Zor, 4; Çok zor olmak üzere dört derecelidir. 5 kodu “fıkrım yok” ifadesi için kullanılmıştır. Puan hesabında kodlar 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanır. Ölçekten alınan toplam puan 0-50 olmaktadır.

Formül; İndeks= [(aritmetik ortalama-1) x (50/3)]

İndeks; Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama; Her maddeye verilen cevapların ortalaması

Alınan 0 puan en düşük ve 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. İndeks puan hesabı için tüm soruların en az %80'inin cevaplanması gerekir.

TSOY-32'den alınan puanlara göre sağlık okuryazarlığı (0-25) puan: yetersiz; (>25-33): sorunlu – sınırlı; (>33-42): yeterli ve (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere dört kategoride değerlendirilmektedir.

Ölçeğin güvenilirliği iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile değerlendirilmiş olup genel iç tutarlık katsayısı 0.927 olarak saptanmıştır. Tedavi ve hizmet alt boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,880 ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,863'tür (40).

3.5. Çalışmanın Yürütülmesi

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan gönüllü bireylere 11 sorudan oluşan sosyodemografik bilgiler anketi ve 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) uygulanarak ve e-nabız sistemi üzerinden son 1 yıldaki hastane başvuruları değerlendirilerek sağlık okuryazarlığı ile sağlık kuruluşuna başvuru sayıları arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildi.

Çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32 ölçeği ile değerlendirildi ve TSOY-32 ölçeğinin puanlamasındaki yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı sonuçları düşük; yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı sonuçları ise yüksek olacak şekilde iki grup halinde değerlendirmeye alındı.

3.6. Sonuç Ölçütü

Bu araştırmanın sonuç ölçütü sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ile ilişkisidir.

3.7. İstatiksel Analiz

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 26.0 paket programı kullanıldı. İstatistik hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapıldı.

Tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Kolmogorov-Smirnov testi ile numerik değişkenlerin dağılımı değerlendirildi. Ortanca (medyan) ve (IQR: 25 75) değerleri verildi.

Kategorik değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda Ki kare testi kullanıldı, Mann Whitney U testi ile numerik değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalar yapıldı.

Spearman korelasyon analizi ile numerik değişkenler arasındaki ilişki değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

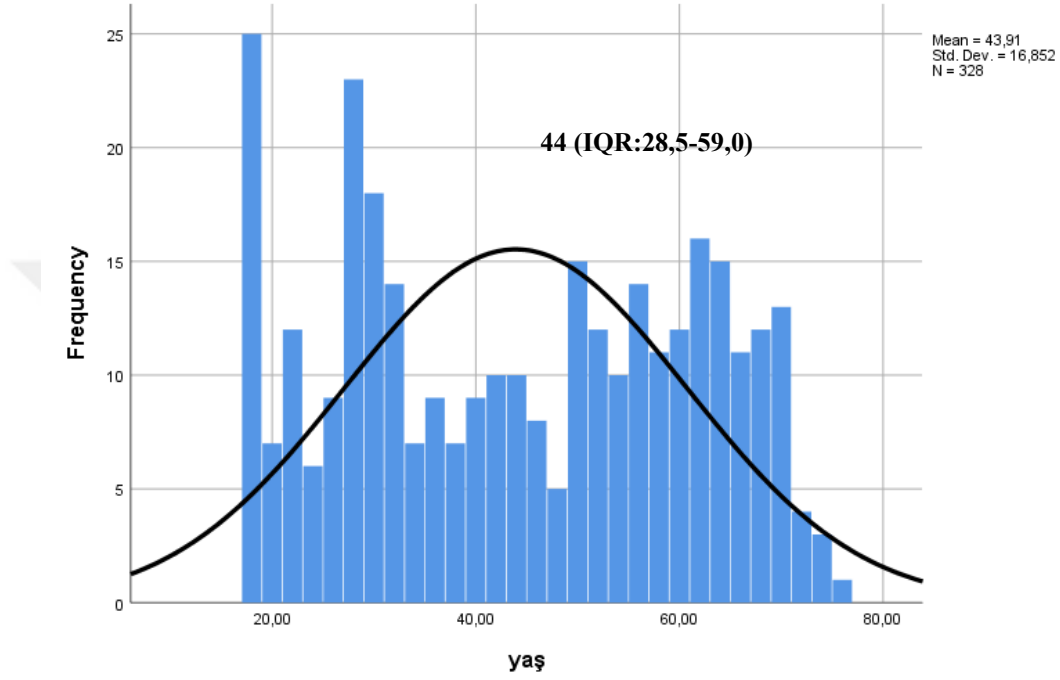
3.8. Etik Kurul

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakóltesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 19.02.2024 tarihli 24237859-123 sayılı etik kurul onayı (Ek-3) alınmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 328 katılımcının %61,6'sı (n=202) kadınlardan oluşmaktaydı. Katılımcıların yaş ortancası 44 (IQR:28,5-59,0) yıl idi.



Şekil 7. Katılımcıların Yaş Histogram Grafiği

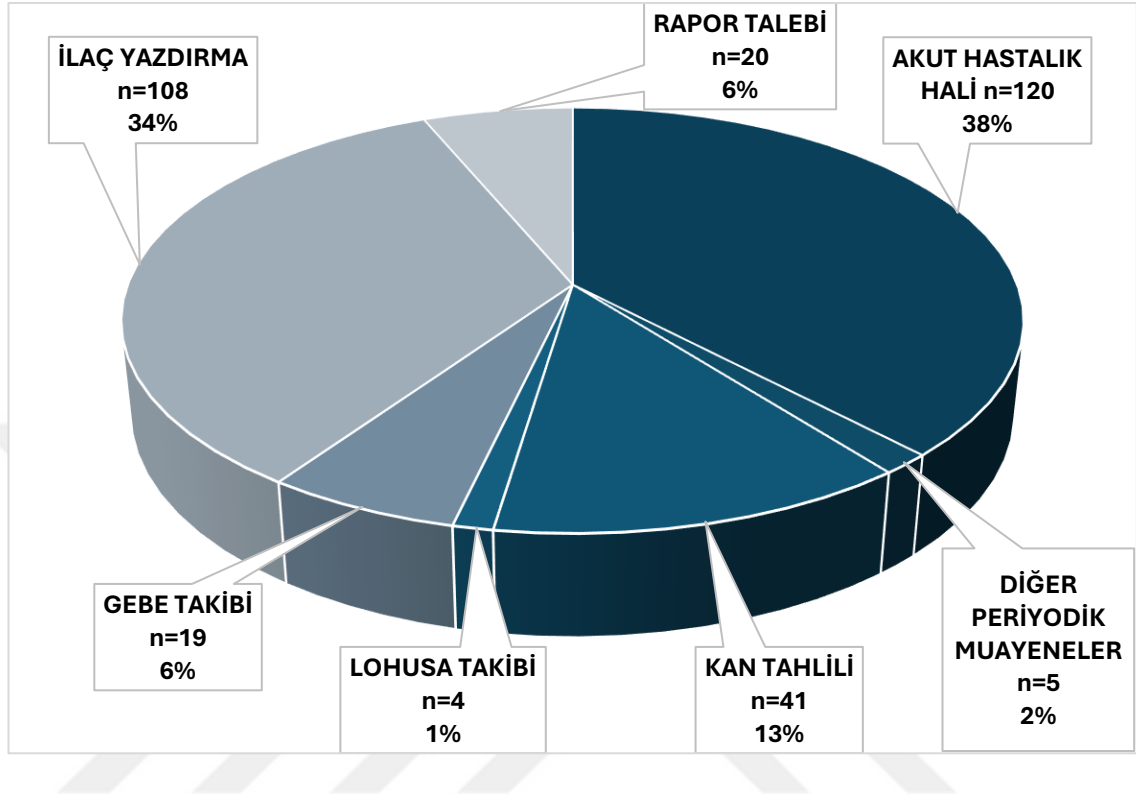
Meslek gruplarına göre katılımcıların %9,8'i (n=32) sağlık çalışanı iken %90,2'si (n=296) diğer meslek gruplarındandı. Katılımcıların %5,8'i (n=19) ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip, %11,9'u (n=39) ortaokul mezunu, %33,2'si (n=109) lise mezunu ve %49,1'i (n=161) üniversite mezunu idi.

Katılımcıların %47,3'ünün (n=155) kronik hastalık tanısı olduğu, %52,7'sinin (n=173) kronik hastalığı olmadığı saptandı. Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

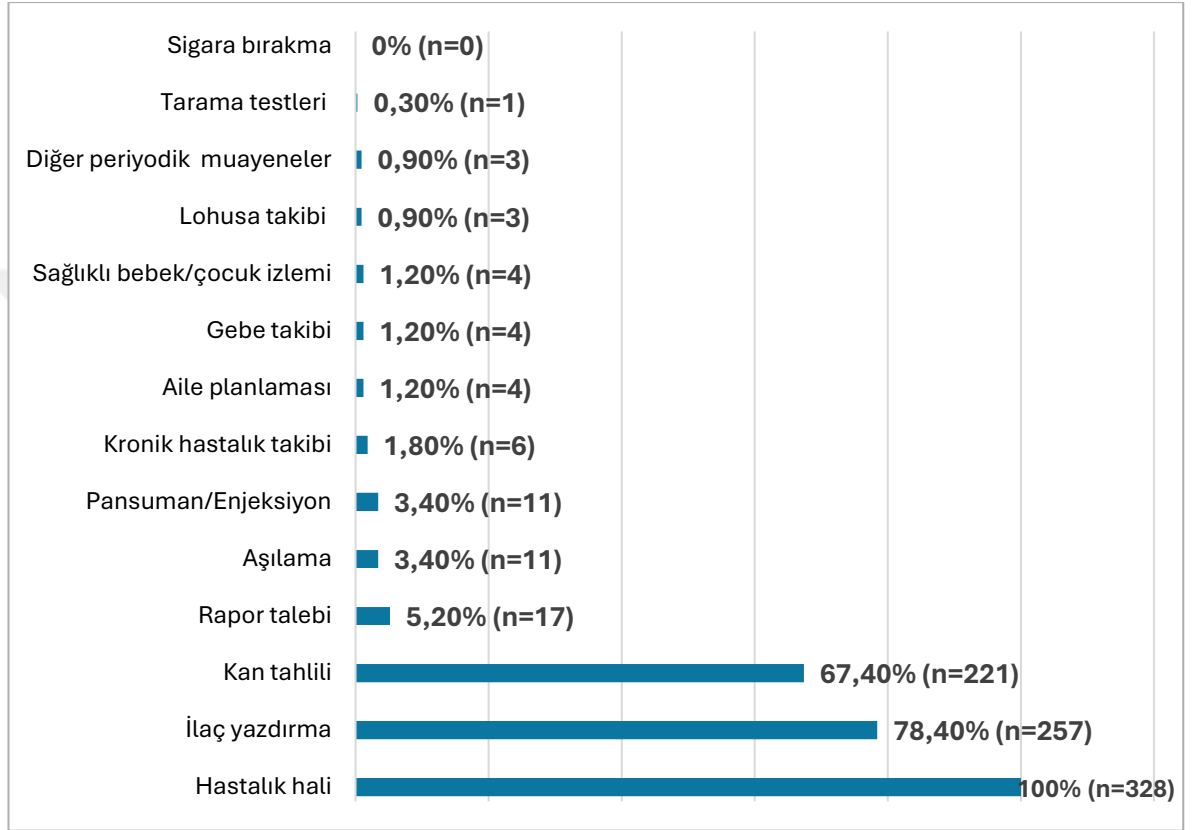
		n	%
Cinsiyet	Kadın	202	61,6
	Erkek	126	38,4
Meslek	Sağlık çalışanı	32	9,8
	Diğer meslek grupları	296	90,2
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	19	5,8
	Ortaokul mezunu	39	11,9
	Lise mezunu	109	33,2
	Üniversite mezunu	161	49,1
Kronik hastalık	Var	155	47,3
	Yok	173	52,7

Katılımcıların mevcut başvuru sebepleri değerlendirildi; %36,6'sının (n=120) akut hastalık hali, %0,3'ünün (n=1) kronik hastalık takibi, %32,9'unun (n=108) ilaç yazdırma, %12,5'inin (n=41) tetkik istemi, %3,0'nın (n=10) aşı(bağışıklama), %5,8'inin (n=19) gebe takibi, %1,2'sinin (n=4) lohusa takibi, %6,1'inin (n=20) rapor talebi, %1,5'inin (n=5) diğer periyodik sağlık muayeneleri amacıyla başvurdukları görüldü.



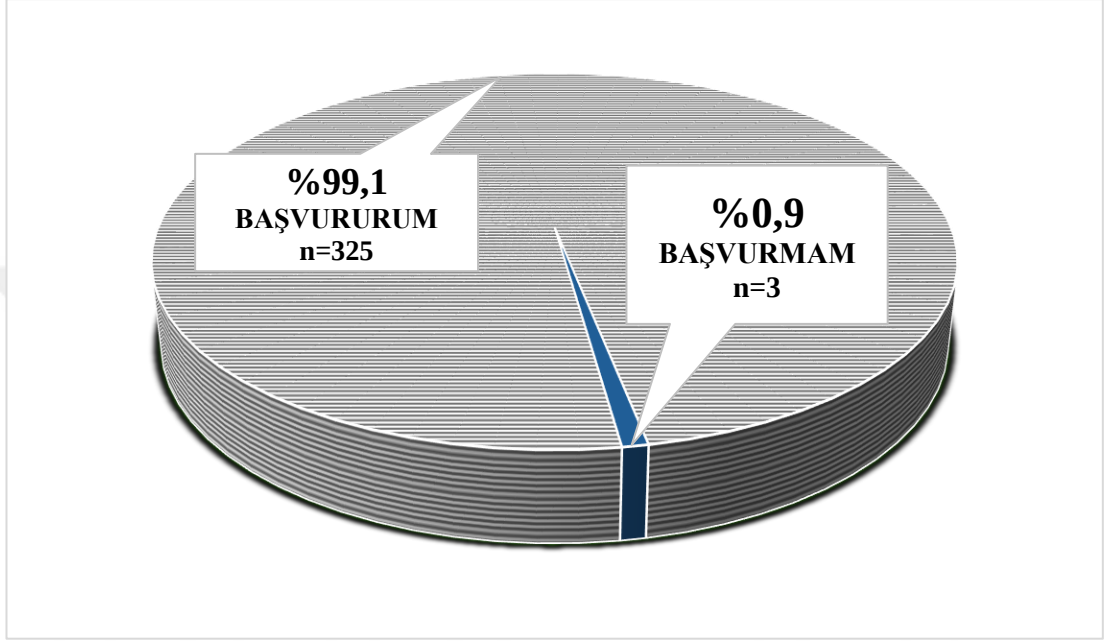
Şekil 8. Katılımcıların Mevcut Başvuru Nedenleri

Birinci basamağa hangi durumlarda başvurabileceği sorgulanan katılımcıların %100'ü (n=328) akut hastalık halinde, %1,8'i (n=6) kronik hastalık takibi için, %78,4'ü (n=257) ilaç yazdırmak için, %67,4'ü (n=221) kan tahlili yaptırmak için, %3,4'ü (n=11) bağışıklama için, %0,3'ü (n=1) tarama testlerini yaptırmak için, %0,3'ü (n=1) sigara bırakma için, %1,2'si (n=4) aile planlaması danışmanlığı almak için, %1,2'si (n=4) gebelik izlemi için, %0,9'u (n=3) lohusa takibi için, %1,2'si (n=4) sağlıklı bebek/çocuk izlemi yaptırmak için, %5,2'si (n=17) rapor talebi ile (sürücü raporu vb.), %3,4'ü (n=11) pansuman/ enjeksiyon yaptırmak için, %1,8'i (n=6) diğer periyodik muayeneler için başvurabileceğini belirtti.



Şekil 9. Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvurdıkları Durumlar

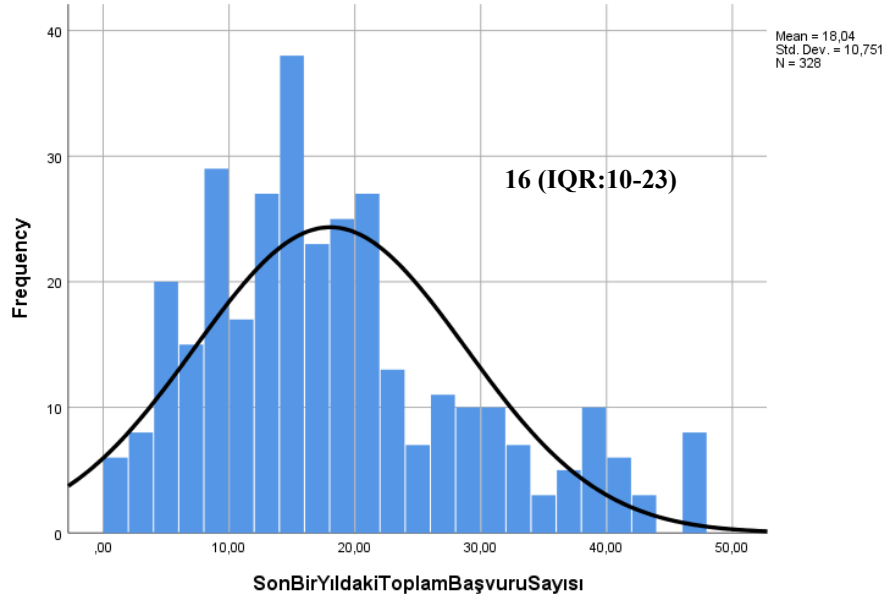
Katılımcıların %99,1'i (n=325) birinci basamak hekimi yönlendirmeden üst basamak sağlık kuruluşuna başvurabileceğini belirtirken %0,9'u (n=3) birinci basamak hekimi yönlendirmeden üst basamak sağlık kuruluşuna başvurmayacağını belirtti.



Şekil 10. Katılımcıların Birinci Basamak Hekimi Yönlendirmeksizin Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumları

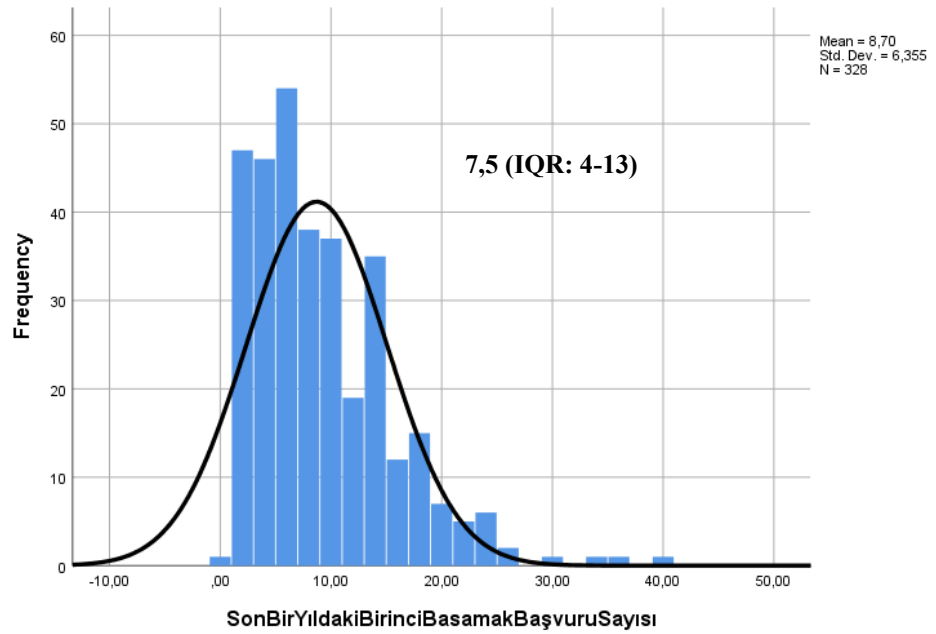
Katılımcıların gerçek başvuru sayıları e-nabız verileri üzerinden değerlendirildi ve son bir yıl içinde sağlık kuruluşlarına toplam başvuru sayısı ortancası 16 (IQR:10-23) olarak saptandı.

Katılımcılar arasında son bir yılda 6 kişinin sağlık hizmetlerine yalnızca 1 kez başvurduğu görüldü. Katılımcılardan 3 tanesinin ise toplamda 47 başvuru ile en yüksek başvuru sayısına sahip oldukları görüldü.

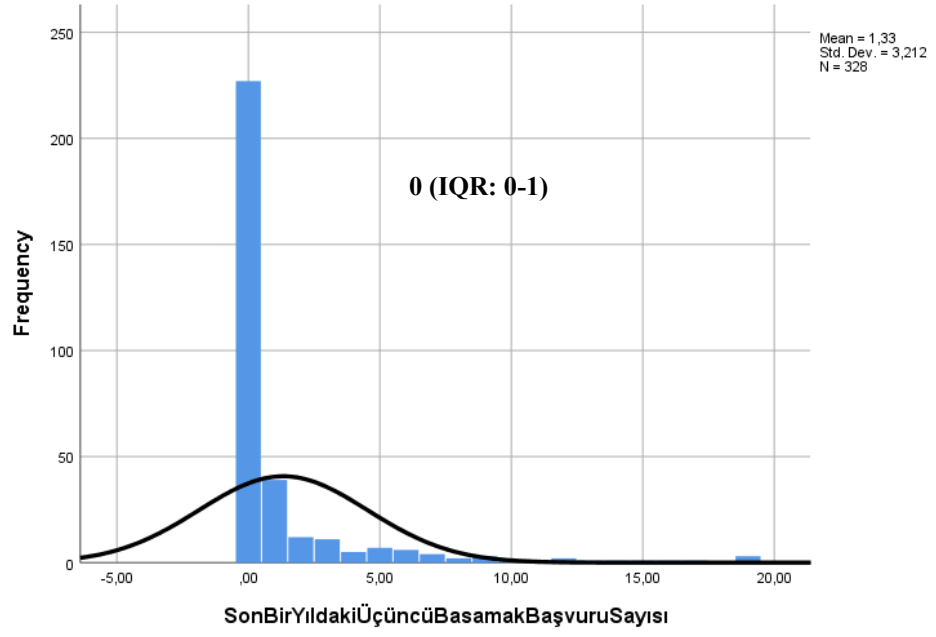


Şekil 11. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarına Son Bir Yıldaki Toplam Başvuru Sayıları

Çalışmamızda geçtiğimiz bir yıl içinde birinci basamağa başvuru sayısı ortancası: 7,5 (IQR:4-13) ve üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ortancası: 0 (IQR: 0-1) olarak saptandı.

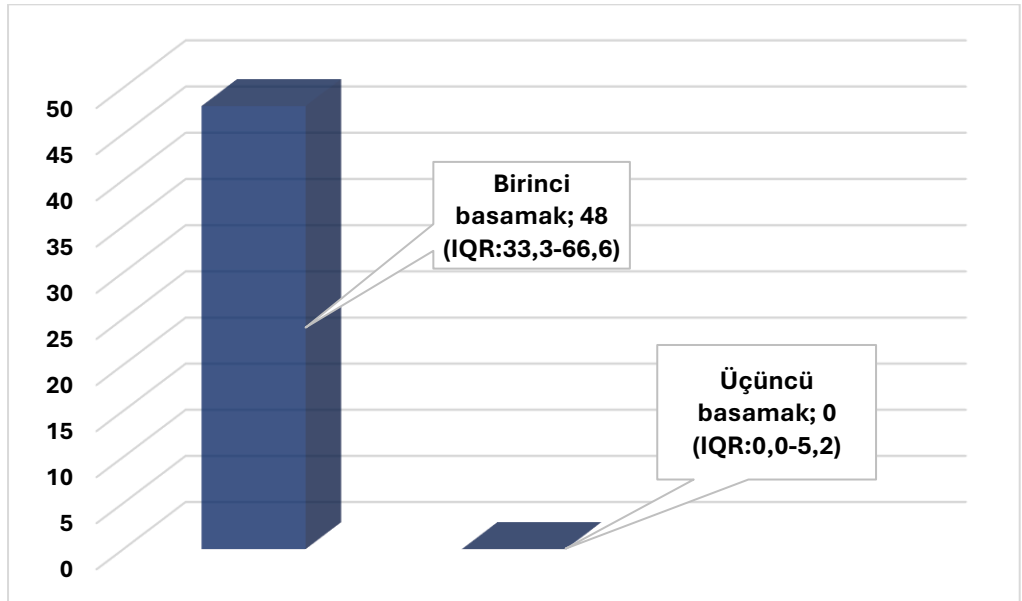


Şekil 12. Katılımcıların Son Bir Yıldaki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı



Şekil 13. Katılımcıların Son Bir Yılda Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı

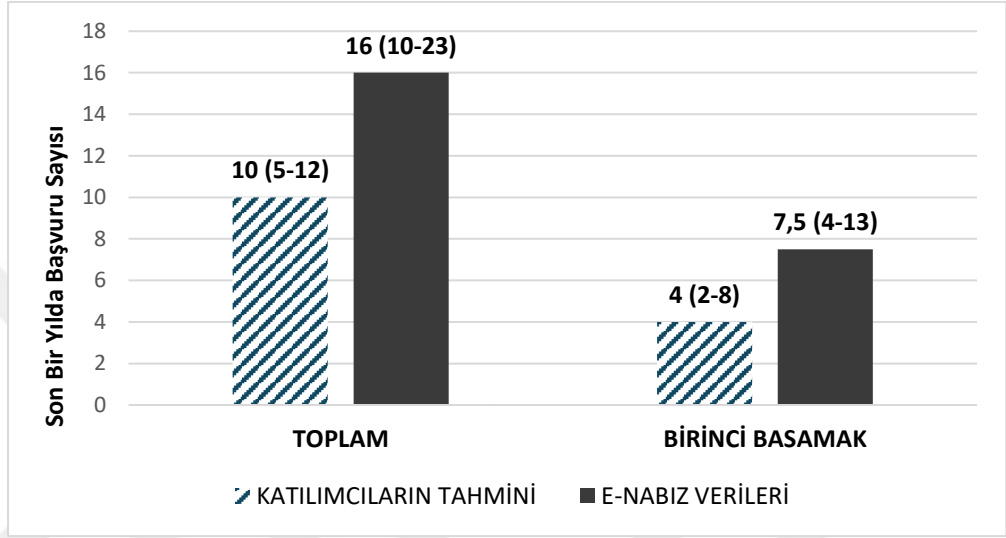
Son bir yıl içindeki toplam başvuru sayısının birinci basamak yüzdesi ortancası 48 (IQR:33,3-66,6) ve üçüncü basamak yüzdesi ortancası 0 (IQR:0,0-5,2) olarak saptanmıştır.



Şekil 14. Toplam Başvuru Sayısının Birinci ve Üçüncü Basamak Yüzdesi Ortancaları (IQR:25-

75)

Katılımcılardan son bir yıl içerisinde kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduklarını tahmin etmeleri istenmiş ve tahminleri ile gerçek başvuru sayıları değerlendirilmiştir. Katılımcıların kendi tahminlerine göre toplam sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ortancası 10 (IQR: 5-12) iken yine kendi tahminlerine göre birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ortancası 4 (IQR: 2-8) idi.



Şekil 15. Katılımcıların Tahminleri ve Gerçek Başvuru Sayıları [Ortanca (IQR:25-75)]

Katılımcıların kendi tahminleri ile gerçek başvuru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı değerlendirildi. Son bir yıldaki sağlık kuruluşuna toplam başvuru sayıları için tahmini değerler ile gerçek değerler arasında pozitif anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$). Son bir yıldaki birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru sayıları için tahmini ve gerçek değerler arasında pozitif anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$).

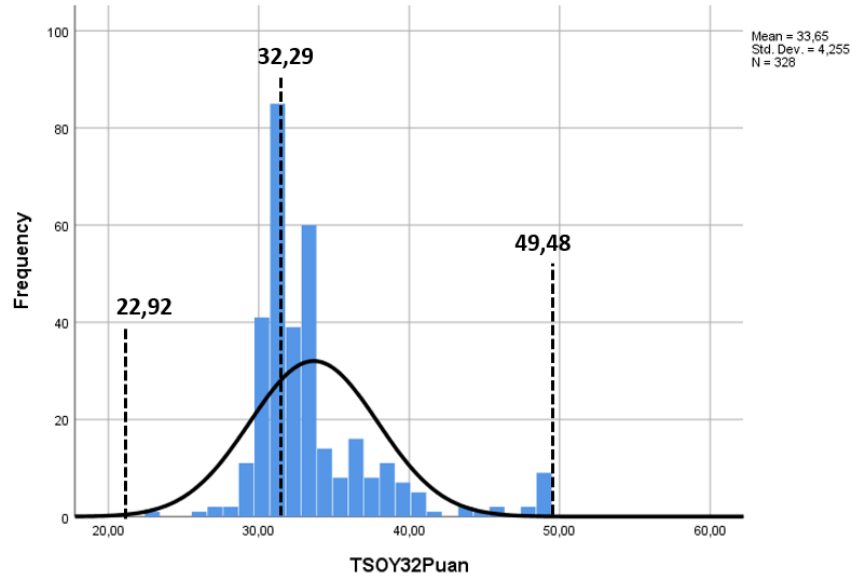
Başvuru sayılarının tahmini ve gerçek değerleri katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre değerlendirildiğinde hem toplam başvuru sayısı hem de birinci basamak başvuru sayısı için düşük ve yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde anlamlı izlendi ($p<0,001$).

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıldaki Başvuru Sayıları

TOPLAM BAŞVURU [Ortanca (IQR:25-75)]			
	TAHMİN	GERÇEK	p değeri
DÜŞÜK SOY	10 (5-12)	16 (11-22)	0,000
YÜKSEK SOY	10 (5-12)	16 (8-26)	0,000

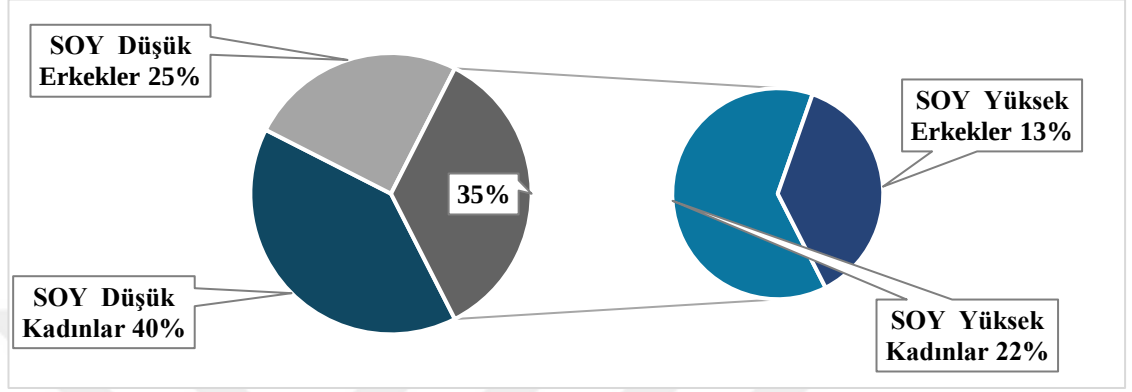
BİRİNCİ BASAMAK BAŞVURUSU [Ortanca (IQR:25-75)]			
	TAHMİN	GERÇEK	p değeri
DÜŞÜK SOY	4 (2-8)	8 (4,5-13)	0,000
YÜKSEK SOY	4 (2-7)	6 (3-13)	0,000

Katılımcıların TSOY-32 anketinden aldığı puanların normal dağılmadığı görüldü. TSOY-32 ölçeğinden alınan puanların ortancası 32,29 (IQR:31,25-34,37) idi. Bu ölçekte alınabilecek puanlar 0-50 arasında olup katılımcıların en düşük puanı 22,92 ve en yüksek puanı ise 49,48 idi.



Şekil 16. Katılımcıların TSOY-32 Puanları

Katılımcılar TSOY-32 puanlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük ve yüksek olarak iki grupta değerlendirildi ve %35,1'inin (n=115) yüksek, kalan %64,9'unun (n=213) ise düşük sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptandı.

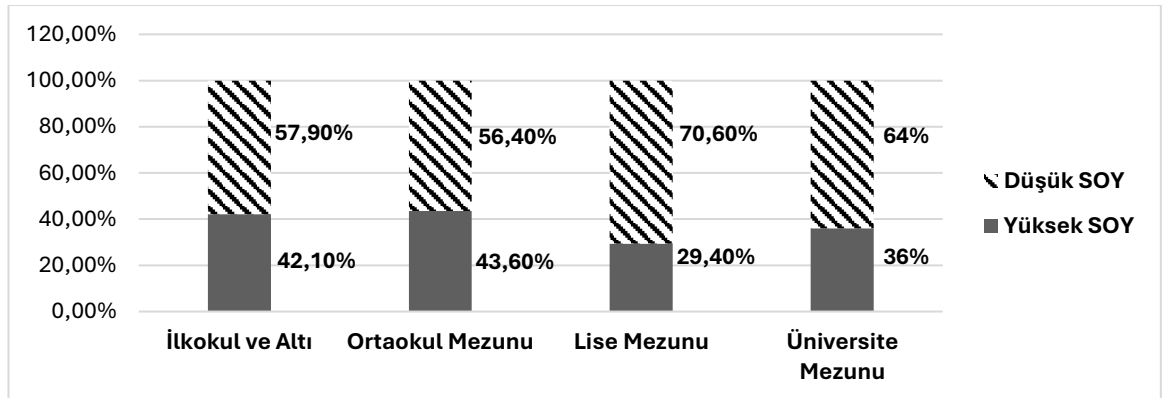


Şekil 17. Cinsiyet ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Katılımcılar

Toplamda 202 kadın katılımcının 71'i (%35,1), 126 erkek katılımcının 44'ü (%34,9) yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti.

Katılımcılardan sağlık çalışanı olanların %43,8'inin (n=14) ve diğer meslek gruplarından olanların %34,1'inin (n=101) sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksekti.

İlkokul mezunu ve altı eğitim seviyesine sahip olan katılımcıların %42,1'i (n=8), ortaokul mezunlarının 43,6'sı (n=17), lise mezunlarının %29,4'ü (n=32), üniversite mezunlarının %36'sı (n=58) yüksek okuryazarlığı düzeyine sahipti.



Şekil 18. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Kronik hastalık tanısı olan katılımcıların %38,1'i kronik hastalık tanısı olmayan katılımcıların ise %32,4'ünün yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptandı.

Sağlık okuryazarlığının yüksek/düşük olması ile yaş arasında fark olup olmadığı değerlendirildi.

Tablo 3. Katılımcıların Yaş ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Yaş		p değeri
	[Ortanca (IQR:25-75)]	
Düşük SOY	46 (30-59)	0,334
Yüksek SOY	40 (28-59)	

Ki-kare testi ile sağlık okuryazarlığının yüksek/düşük olması ile cinsiyet, meslek, eğitim seviyesi ve kronik hastalık tanısı varlığı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı değerlendirildi.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaşları ($p=0,334$) ve cinsiyetleri arasında ($p=0,966$) anlamlı ilişki saptanmadı. Tablo 5'te görüldüğü gibi katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık çalışanı olma/olmama durumları ($p=0,278$) ve eğitim düzeyleri arasında ($p=0,350$) anlamlı ilişki saptanmadı. Benzer şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalık tanıları olup olmaması arasında ($p=0,281$) da anlamlı ilişki izlenmedi.

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sosyodemografik Özellikleri

	p değeri
Cinsiyet	0,966
Meslek	0,278
Eğitim durumu	0,350
Kronik hastalık varlığı	0,281

Sağlık hizmetlerine başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olup olmadığının değerlendirilmesinde önce TSOY-32 ölçeğinden alınan puanlara göre (Tablo 6) sonra da sağlık okuryazarlığı yüksek/düşük olarak ayrılan gruplara göre (Tablo 7) karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmada p değerlerine bakıldı.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile son 1 yılda toplam başvuru ($p=0,743$), birinci basamak başvurusu ($p=0,155$) ve üçüncü basamak başvurusu ($p=0,38$) sayıları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Son Bir Yıldaki Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayıları

	Düşük SOY	Yüksek SOY	Toplam	p değeri
Toplam başvuru sayısı [Ortanca (IQR:25-75)]	16 (11-22)	16 (8-26)	16 (10-23)	0,743
Birinci basamak [Ortanca (IQR:25-75)]	8 (4,5-13)	6 (3-13)	7,5 (4-13)	0,155
Üçüncü basamak [Ortanca (IQR:25-75)]	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,381

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların son bir yıldaki toplam başvuru sayısı ortancası 16 (IQR:10-23) iken birinci basamak 7,5 (IQR: 4-13) ve üçüncü basamak 0 (IQR: 0-1) olarak saptandı. Son bir yıl içindeki toplam başvuru sayısının birinci basamak yüzdesi ortancası 48 (IQR:33,3-66,6) ve üçüncü basamak yüzdesi ortancası 0 (IQR:0,0-5,2) idi. Sağlık okuryazarlığının yüksek/düşük olması ile yaş ($p=0,334$), cinsiyet ($p=0,966$), meslek ($p=0,278$), eğitim seviyesi ($p=0,350$) ve kronik hastalık varlığı ($p=0,281$) arasında anlamlı düzeyde ilişki yoktu. Sağlık okuryazarlığının yüksek/düşük olması ile toplam başvuru sayısı ($p=0,743$), birinci basamağa başvuru sayısı ($p=0,155$) ve üçüncü basamağa başvuru sayısı ($p=0,381$) arasında ilişki yoktu.

Çalışmamızın neticesinde katılımcıların %35,1'i yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Çalışmamızla benzer şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin çoğunlukta olduğunu gördüğümüz 2017 yılında SGGM tarafından ülke genelini temsil eden 6.228 hane üzerinden yürütülmüş olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırmasında Türkiye'de yaklaşık 10 kişiden 7'sinin (%70) sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sınırlı olduğu tespit edilmiştir (38). Literatürde çalışmamızın aksine katılımcıların genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olduğu saptanmış çalışmalar da mevcuttur. Örneğin İspanya'da 2059 katılımcı ile yürütülen kesitsel bir çalışmada katılımcıların %84,6'sının yeterli, %10,3'ünün yetersiz ve %5,1'inin sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir (41). Bu çalışmalar ile, sağlık okuryazarlığının ülkeler ve bölgeler arasında farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır. Ülkemizde 2017'de yapılan çalışma ile bizim çalışmamızda benzer şekilde sağlık okuryazarlığının başvuru sayısını etkilememiş olduğu görünse de sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması halen gerekliliğini ve önemini korumaktadır.

Çalışmamızda yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki yoktu ancak literatüre bakıldığında çoğu çalışmada yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif ilişki saptanmış olduğu görüldü. Özcan ve Özkaraman tarafından yapılan bir çalışmada da literatür ile benzer şekilde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının azaldığı görülmüştür (42). 2012'de 45 erişkin birey ile yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında ilişki saptanmadı (43). Gençlerde sağlık

okuryazarlığının daha yüksek olması genç yaştaki bireylerin ileri yaştakilere göre eğitim, bilgiye ulaşmada kolaylık gibi avantajları olmasından kaynaklanabilir. Ancak yaşlıların da sağlık okuryazarlığının yeterli olması hedeflenmelidir çünkü ileri yaşlarda hastalıklar açısından risk daha yüksektir. Çalışmamızda yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmaması ise çalışmamızın eğitim ve kültür düzeyinin yüksek olduğu merkezi bir bölgede yürütülmüş olmasına bağlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki yoktu. Ülkemizde yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırmasında sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı erkeklerde %26 iken kadınlarda %35,3 olarak saptanmıştır (38). Konya’da sağlık çalışanları arasında 2018-19 yıllarında yapılan bir araştırmada cinsiyetler arasında sağlık okuryazarlığı açısından bir fark saptanmamış olup tüm katılımcıların benzer eğitim seviyelerinde olmasından kaynaklandığı kanısına varılmıştır (44). 1957 yılında Wisconsin’de liseden mezun olan 10.317 kişinin WLS kullanılarak ileriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, hatta zayıf sağlık okuryazarlığı için risk faktörlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuş ancak belirli bir sebebe bağlanmamıştır (45,46). Hollandalı 925 erişkin birey ile Temmuz 2011’de yürütülen bir çalışmada ise erkek cinsiyetin görece düşük sağlık okuryazarlığı ile tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (47). Sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasındaki ilişki, ülke ve toplumlarda değişkenlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda cinsiyete göre anlamlı ilişki saptanmamışken Türkiye genelinde yapılan çalışmada ülkemizdeki kadınlarda yetersiz sağlık okuryazarlığının daha sık görüldüğü bulunmuştur. Bazı toplumlarda toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle kadınlar daha dezavantajlı olabilmekte, her türlü eğitim ve imkandan mahrum kalabilmektedir. Nitekim bu dezavantajlı kesim genellikle kadınlar olduğundan erkeklerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek bulunduğu çalışmalarda, uygulandıkları kitlenin toplumsal yapısı da dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda sağlık çalışanı olma/olmama durumunun sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki yoktu. 2017 yılında ülkemizde katılımcıların tamamını sağlık çalışanlarının oluşturduğu bir çalışmada ise katılımcıların %32,4’ünün (n=388) yeterli ve %33,5’inin (n=402) mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu saptanmış ve daha genç yaştakilerle hekimlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha

yüksek olduğu görülmüştür (48). 2020 yılında ülkemizdeki özel bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan 413 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %43,1'inin yeterli ve yalnızca %1,2'inin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada sağlık çalışanların sağlık okuryazarlığının sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermediği saptanmıştır (49). Yine yapılan bir çalışmada diğer meslek gruplarına göre hemşire ve doktorlarda sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu durum sahip oldukları sağlık bilgileri, hasta ile birebir etkileşimde olmaları ve sağlıkla ilgili güncel değişiklikleri düzenli olarak takip etme zorunlulukları nedeniyle bilgilerinin güncel ve doğru olmasına bağlanmıştır (44). 2017'de ülkemizde sağlık personellerinden oluşan 1199 kişi ile yapılan bir çalışmada hekim ve yardımcı sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı karşılaştırılmış ve hekimlerde yardımcı sağlık personeline göre daha yüksek bulunmuştur (49). 2019 yılında Konya'da bir devlet hastanesinde görev yapmakta olan 1081 sağlık çalışanının dahil edildiği kesitsel bir çalışmada katılımcıların %19,9'unun yetersiz, %41,8'inin sorunlu-sınırlı, %23,1'inin yeterli ve %15,2'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olmaları görülmüştür. Hekim ve hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğer sağlık personeli ve sürekli işçilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (44). Bizim çalışmamıza her meslek grubundan hastalar dahil edildi ve tüm katılımcıların sadece %9,7'si (n=32) sağlık çalışanlarından oluşmaktaydı. Halbuki sağlık çalışanı olan ve olmayanların karşılaştırılması için daha homojen bir örnekleme ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bu alanda özelleşmiş eğitim aldıklarından sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur, ancak her ne kadar bu alanda eğitim almış olsalar da sağlık çalışanları içinde de düşük sağlık okuryazarlığının mevcut olduğu görülmekte, sağlık çalışanlarının topluma örnek olduğu da dikkate alındığında bunun sebeplerinin araştırılması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların meslekleri sorulmuş olup aktif çalışma durumları sorgulanmamıştır ancak sağlık okuryazarlığı ile meslek ilişkisi değerlendirildiğinde aktif çalışma/emekli olma durumu da fark oluşturabilir. Nitekim TSOY-32 kullanılarak yapılan bir çalışmada aktif çalışmakta olan katılımcıların emekli olanlardan istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bulunmuştur (42).

Çalışmamızda eğitim düzeylerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktu. İspanya’da 2014-15 yıllarında 15 yaş ve üzeri bireylerde yürütülen kesitsel bir çalışmada sağlık okuryazarlığını en güçlü şekilde etkileyen faktörlerin sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi ve fiziksel aktivite düzeyi olduğu saptanmıştır (41). Schiavone ve Attena’nın 2019 yılında Napoli ve Caserta’da ayaktan tedavi alan 503 hasta üzerinde yapılan çalışmada hastaların %61,6’sının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, eğitim seviyesi ve genel öz-yeterlik puanı yüksek olan hastalarda sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur (50). Benzer şekilde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda dahil edilmiş bütün ülkelerde eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı puanının doğru orantılı olduğu saptanmıştır (51). Bizim çalışmamızda eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki saptanmamış olsa bile eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi anlayabilmeleri mümkün olmaktadır. Bu durumda eğitim düzeyini arttırarak sağlık okuryazarlığını arttırmak ve toplumun sağlık bilgisini yükseltmek mümkün olacaktır. Bu da sağlık sonuçlarına olumlu olarak yansiyacaktır.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığının sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi değerlendirildiğinde bir ilişki saptanmamış olsa da literatürde çoğu çalışmada ilişkili oldukları görülmüştür. 2021’de Çin’in Şian şehrinde yaşayan 60 yaş üstü 300 kişi üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada kronik hastalık varlığı, sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktör olarak belirlenmiştir (52). Kronik hastalık tanısı olan 550 kişi ile Temel ve arkadaşlarının 2015’te yaptığı bir çalışmada ise kronik hastalık miktarı ile sağlık okuryazarlığı ortalama puanlarının negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür (53). Sağlık hizmetleri sadece hastalık durumlarında başvurmak için değil koruyucu sağlık hizmetleri sunumu için de vardır. Herhangi bir yakınması, herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireyler de koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıklar erken tanınabilir, bu hem hastalar hem de sağlık sistemi için önemlidir. Sağlık okuryazarlığı arttıkça koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının arttığı bilinmekte bu nedenle sağlıklı bireylerde de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Aynı zamanda yeterli sağlık okuryazarlığı sayesinde mevcut hastalıkların yönetiminin hasta tarafından da

iyileştirildiği görüldüğünden, kronik hastalığa sahip bireylerde sağlık okuryazarlığının artırılmasının önemli olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %99,1'i (n=325) birinci basamak hekimi yönlendirmeden üst basamak sağlık kuruluşuna başvurabileceğini belirtirken 2008'de Manisa'da 15 yaş ve üzeri kadınlar ile yürütülen tanımlayıcı bir çalışmada herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak aile hekimine başvuracağını belirtenlerin oranı %61,9 olarak saptanmıştır. (54). 2016 yılında Ankara'da yapılan kesitsel bir çalışmada ise katılımcıların %64,9'u herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak genellikle üniversite hastanelerine, %24,5'i aile hekimliğine başvurduğunu belirtmiştir. Yine aynı çalışmada düzenli ilaç kullanan katılımcıların %55,2'si, ilaç temini için 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvururken %33,8'i aile hekimliğine başvurduğunu ifade etmiştir. Olması gereken, üst basamaklardaki yığılmayı önlemek adına birinci basamağın etkin kullanımı iken ülkemizde henüz sevk sistemi etkin olarak yürütülemediğinden hastalar birinci basamakta alabilecekleri hizmetler için de üst basamaklara başvurabilmekte ve iş yoğunluğunun artmasına sebebiyet verebilmektedir. Sevk zincirinin etkin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin daha sistematik ve verimli işlemesi sağlanmalıdır. Toplumun sağlık okuryazarlığının arttırmak ile sevk zincirinin yürütülmesini kolaylaştıracaktır.

Çalışmamızda katılımcıların tamamı akut hastalık halinde, %78,4'ü ilaç yazdırmak için, %67,4'ü kan tahlili yaptırmak için, %5,2'si rapor talebi ile (sürücü raporu vb.) aile hekimliklerine başvurabileceğini belirtmiştir. 2016 yılında Ankara'da yapılan çalışmada ise kayıtlı aile hekimliği birimine başvuru sebepleri sorgulandığında %47,7'sinin ilaç yazdırmak, %36,5'inin ise muayene olmak için başvurduğu öğrenilmiştir (55). Buradan yola çıkarak ülkemizde birinci basamağa başvurunun çoğunlukla hastalık nedeniyle muayene olmak ve ilaç yazdırmak amacıyla olduğunu görmekteyiz. Toplumun alışlageldik kalıplardan uzaklaştırılması, bilinçlendirilmesi ve birinci basamağın sunduğu diğer hizmetlerden faydalanma oranlarının artırılması, sağlık sisteminin işleyişi ve toplumun sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi için fayda sağlayacaktır.

Çalışmamızda geçtiğimiz bir yıl içinde sağlık kuruluşlarına toplam başvuru sayısı ortancası 16, birinci basamak 7,5 ve üçüncü basamak ise 0 idi. Son bir yıl içindeki toplam başvuru sayısının birinci basamak yüzdesi ortancası 48 (IQR:33,3-

66,6) ve üçüncü basamak yüzdesi ortancası 0 (IQR:0,0-5,2) idi. 2016 yılında Ankara’da yapılan çalışmada ise son bir yıl içinde kendi aile hekimine başvuru ortancası 3, üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru ortancası 4 olarak saptanmış ve 3. basamak sağlık kuruluşunda başvurdıkları branşlar sorgulandığında %36’sının aile hekimliğine, %17,1’inin dahiliye polikliniklerine başvurdıkları öğrenilmiştir. Katılımcıların %66’sı en sık üçüncü basamağa, %22,6’sı en sık aile hekimliği birimine başvurduğunu belirtmiştir (55). Baktığımızda sağlık bakanlığımızın yayınladığı 2022 yılına ait verilerde son bir yılda kişi başına düşen hekime müracaat sayısı 10 saptanmış iken bizim çalışmamızda 16 saptanmış olması başvuru sayılarında belirgin bir artış olduğunu göstermektedir. Başvuru sayısındaki bu denli artış, sağlık hizmetlerindeki maliyeti arttırmakta ve iş yoğunluğunu artırması dolayısıyla hekimlerin hastalara ayırdıkları muayene süresini kısıtladığından sağlık hizmetlerinin verimli işleyişini bozmaktadır. Bu konuda hem sağlık sunucuları hem de hastalar için sağlık hizmetlerinin daha verimli olmasını sağlamak adına hastane başvuru sayılarını etkileyen faktörleri belirlemek için çalışmalar ve müdahaleler yapılmasına ihtiyaç vardır. Aynı zamanda çalışmamızda son bir yıldaki toplam başvurunun neredeyse yarısının birinci basamak sağlık kuruluşlarına olduğu sonucuna ulaşılmış olup bu durum, katılımcılarının çoğunun eğitim aile sağlığı birimine başvuran hastalardan oluşmasına bağlanmış, genel toplumu yansıtmadığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmetlerine son bir yıldaki toplam başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Birinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlıkları arasında da anlamlı ilişki yoktu. 2017 yılında aktif çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılan çalışmada ise sağlık hizmetlerine başvuru durumu incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin başvuru sayılarının daha sık olduğu görülmüştür (48). Benzer şekilde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında da sağlık okuryazarlığı ile hekime müracaat sayısı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızda hastane başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki yoktu ancak kişi başına düşen yıllık hekime müracaat sayısı yüksekti ve sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler çoğunlukta idi. Sağlık okuryazarlığının düşük olmasının hekimlerin önerilerini anlama ve uygulamada sorun yaşamalarına neden olurken bu durum da sağlık durumlarının kötüleşmesi için bir risk oluşturmakta ve kötü sağlık durumları ile

hastane başvurularının artmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak sağlık okuryazarlığını arttırmanın kişisel sağlığı dolayısıyla toplumsal sağlığı iyileştirmeye katkı sağlayacağı ve bunun da sağlık hizmetlerine başvuruyu olumlu anlamda etkileyeceği dűřűnűlmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde hala sağlık okuryazarlığının yeterli seviyede olmadığını görmekteyiz. Sağlık için, sağlıklı davranışlar geliştirmek için ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı için sağlık okuryazarlığına ihtiyacımız olduğundan, toplumdaki her bireyin sağlık okuryazarlığını geliştirmek, yükseltmek önem arz eder. Sağlık okuryazarlığının düşük olmasının getirdiği olumsuz sonuçlar sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini daha da önemli hale getirir. Bu nedenle topluma yönelik sağlık okuryazarlığını arttırabilecek müdahalelere gereksinim bulunmaktadır.

Beklenen yaşam süresinin uzaması, dünya nüfusunun artması, hastalıkların prevalans ve insidansının artması, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması ile sonuçlanmakta, bu konuda gerekli değerlendirme ve çalışmaların yapılması, böylece sağlık hizmetlerinin verimli işleyişinin sağlanması, sürdürülmesi önemlidir.

Klinikte sağlık hizmetine başvuruların arttığı gözlemlenmiş olup başvuruların sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olup olmadığını araştırmak üzere bu çalışma yürütülmüş olup çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Öneriler:

1. Sağlık okuryazarlığının arttırılması için çalışmalar ve müdahaleler yapılmalıdır.
2. Sağlık hizmetine başvuruyu etkileyen diğer faktörlerin incelenmesine ihtiyaç vardır.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmamızda sağlık kuruluşuna başvuru sayıları değerlendirilirken e-nabız üzerindeki veriler baz alınmış olup e-nabızda hastaların başvurularını gizleme seçenekleri olduğundan bundan haberdar olamayacağımız için bu bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde de aile hekimliği birimleri mevcut olabilirken çalışmamızda katılımcıların başvuru sayıları incelenirken sadece başvurdukları hastaneler değerlendirilmiş, ikinci ve üçüncü basamak başvurularında hangi branşlara başvurulduğu değerlendirmeye alınmamıştır.

Hastaların başvuru sayıları e-nabız üzerinden tarihler baz alınarak değerlendirilmiş olup aynı sağlık kurumuna yapılan ardışık günlerdeki başvurular sonuç almak amacıyla olabileceği gibi yeni gelişen farklı şikayetler nedeni de olabileceğinden ve geçmiş bir yıla ait bu başvuruların sebepleri net olarak belirlenemeyeceğinden, e-nabızda görülen son bir yıla ait tüm başvurular çalışmamızdaki başvuru sayısı hesabına dahil edilmiştir.

8. KAYNAKLAR

1. Pala K. Sağlık Ocaklarından Beklenen Sağlık Hizmetleri ve Bu Hizmetlerin Sunumunu Etkileyen Etmenler. Toplum ve Hekim. 1994;9(63):32–8.
2. Akdur R. Halk Sağlığı. Ankara; 1998.
3. Seviğ Ü, Beşparmak A. The use of the Primary Health Services Provided by Argincık Community Health Center in Kayseri City Center and the Factors that Affect the Utilization of These Services. Vol. 14, Journal of Health Sciences). Kayseri; 2005.
4. Yalman F, Bayat M, Çati K. Aile Hekimliği Uygulamasının Hekimlerin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Etkisi: Düzce Örneği The Effect Of Family Medicine Practice On The Quality Of Services Provided By Doctors: Case Of Düzce. Vol. 15, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2015.
5. Beasley JW, Starfield B, Van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global health and primary care research. Vol. 20, Journal of the American Board of Family Medicine. 2007. p. 518–26.
6. Starfield Barbara. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press; 2023. 438 p.
7. Allen J, Gay B, Paris F, Crebolder H, Catholic JH, Svab I. The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002.
8. Alkinaidri A, Alsulami H, Al-Nafea A. Improving Healthcare Referral System Using Lean Six Sigma. American Journal of Industrial and Business Management. 2018;08(02):193–206.
9. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Referral System in Health Care. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 2020;5(1):166–82.

10. Atadağ Y, Aydın A, Kaya D, Köşker HD. Changes in causes of admission to tertiary health care center with family medicine implementation. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2016 Dec 15;20(4):141–51.
11. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2022. 2024
12. Reed G. Challenges for Cuba's family doctor-and-nurse program. *MEDICC Rev*. 2000;2(3):1–5.
13. Gökkaya D, Erdem R. Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017;(26):149–84.
14. Erdem R, Pirinççi E. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *OMÜ Tıp Dergisi*. 2003
15. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2013 [Internet]. Ankara; 2014. Available from: www.sagem.gov.tr
16. Turgu S, Öztora S. Patient satisfaction in primary care and the relationship with physicians' job satisfaction. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018 Jun 15;22(2):78–91.
17. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2020. 2022.
18. Gill D, Sharpe M. Frequent consultants in general practice. *J Psychosom Res*. 1999 Aug;47(2):115–30.
19. Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, Andersen ZJ. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: A cohort-based cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2016 Jan 28;17(1).

20. Shukla D, Faber E, Sick B. Defining and Characterizing Frequent Attenders: Systematic Literature Review and Recommendations. *J Patient Cent Res Rev*. 2020 Jul 27;7(3):255–64.
21. Kang SC, Lin CC, Tsai CC, Lu YH, Huang CF, Chen YC. Characteristics of Frequent Attenders Compared with Non-Frequent Attenders in Primary Care: Study of Remote Communities in Taiwan. *Healthcare*. 2020 Apr 13;8(2):96.
22. van den Bussche H, Kaduszkiewicz H, Schäfer I, Koller D, Hansen H, Scherer M, et al. Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population? – An empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies. *BMC Health Serv Res*. 2016 Dec 14;16(1):129.
23. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Educ Monogr*. 1974 Mar 1;2(1_suppl):1–10.
24. Nielsen-Bohlman L. Health Literacy. Panzer AM, Kindig DA, editors. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004.
25. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promot Int*. 1998 Jan 1;13(4):349–64.
26. Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. Vol. 16, HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL. 2000.
27. Nielsen-Bohlman Lynn, Panzer AM., Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press; 2004. 345 p.
28. Regional Office for Europe W. Regional Committee for Europe Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course. 2019 Sep.
29. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000 Sep 1;15(3):259–67.

30. Copurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2016;10(1):40.
31. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1999 Feb 10;281(6):552–7.
32. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Medical Journal of Australia. 2009 Nov 16;191(10):530–4.
33. Baker DW, Gazmararian JA, Williams M V., Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. Am J Public Health. 2002 Aug;92(8):1278–83.
34. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams M V., Weiss BD. Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care. Health Education & Behavior. 1998 Oct 1;25(5):613–24.
35. Weiss BD, Schwartzberg JG, Davis TC, Parker RM, Williams M V, Wang CC. Health Literacy A Manual for Clinicians With contributions from. 2003.
36. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of Emergency Department Use by Ambulatory Patients at an Urban Public Hospital. Ann Emerg Med. 1995 Mar;25(3):311–6.
37. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi 2020 Jun;(1):1–9.
38. Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ankara; 2018.

39. Ceylan O. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Türkçe Ölçekler. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi. 2020 Nov 12;1(2):114–20.
40. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 2016.
41. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: Results of the Catalan health survey. BMC Public Health. 2019 Aug 16;19(1).
42. Özcan G, Özkaraman A. Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler [Internet]. Vol. 14. 2021. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed>
43. McDougall GJ, Mackert M, Becker H. Memory Performance, Health Literacy, and Instrumental Activities of Daily Living of Community Residing Older Adults. Nurs Res. 2012 Jan;61(1):70–5.
44. Bükecik N, Adana F. Hastane Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler: Konya İli Örneği. Caucasian Journal of Science. 2021 Jun 24;
45. Shah LC, West P, Bremmeyer K, Savoy-Moore RT. Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2010 Mar 1;23(2):195–203.
46. Clouston SAP, Manganello JA, Richards M. A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. Age Ageing. 2016 Dec 9;
47. Van Der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uijters E. Health literacy of Dutch adults: A cross sectional survey. BMC Public Health. 2013;13(1).

48. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Medical Journal*. 2018 Jun 29;8(2):214–28.
49. Özen Ö, Yiğit P, Özçelik M. Determination of Health Literacy Levels of Hospital Workers: An Example of Private Hospital Chain. *Sağlık ve Toplum*. 2024;34(1):117–25.
50. Schiavone S, Attena F. Measuring Health Literacy in Southern Italy: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2020 Aug 6;15(8): e0236963.
51. Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K. Comparative Report On Health Literacy In Eight Eu Member States. 2012.
52. Guo K, Ouyang J, Minhat HS. The mediating role of health literacy between the presence of chronic disease and psychological distress among older persons in Xi'an city of China. *BMC Public Health*. 2023 Dec 18;23(1):2530.
53. Temel A. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;3(33):105–25.
54. Özkan Bambal Ö, Lağarlı T, Eser E, Filibeli M, Bilecenoğlu T, Çivi G, et al. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Vol. 8, *Orijinal Çalışma Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2010.
55. Yaradılmış E. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi. 2019.

9. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Veri Bilgi Formu ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden (TSOY-32) Oluşan Anket Formu

1. Adınız soyadınız:	9. Aile hekiminiz yönlendirmeden/sevk etmeden üst basamak hastaneye gider misiniz? 1) Evet 2) Hayır
2. Yaşınız:	10. Mevcut başvuru nedeniniz nedir? 1) Akut hastalık hali 2) Kronik hastalık takibi 3) İlaç yazdırma 4) Kan tahlili 5) Aşılama 6) Tarama testleri 7) Sigara bırakma 8) Aile planlaması 9) Gebe takibi 10) Lohusa takibi 11) Sağlıklı bebek/çocuk izlemi 12) Rapor talebi (Sürücü raporu vb.) 13) Pansuman/Enjeksiyon 14) Diğer periyodik muayeneler 15) Diğer
3. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek	11. Aile hekimine ne zaman başvurursunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) 1) Akut hastalık hali 2) Kronik hastalık takibi 3) İlaç yazdırma 4) Kan tahlili 5) Aşılama 6) Tarama testleri 7) Sigara bırakma 8) Aile planlaması 9) Gebe takibi 10) Lohusa takibi 11) Sağlıklı bebek/çocuk izlemi 12) Rapor talebi (Sürücü raporu vb.) 13) Pansuman/Enjeksiyon 14) Diğer periyodik muayeneler 15) Diğer
4. Mesleğinizi belirtiniz: 1) Sağlık çalışanı 2) Diğer	
5. Eğitim durumunuzu belirtiniz: 1) İlkokul ve altı 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite ve üzeri	
6. Tanısı konmuş kronik hastalığınız var ise belirtiniz: (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) 1) Yok 2) Kalp hastalıkları 3) Sindirim sistemi hastalıkları 4) Hipertansiyon 5) Diyabet 6) Hipotiroidi 7) Astım/KOAH 8) Psikiyatrik hastalıklar 9) Diğer	
7. Son 1 yılda tahminen kaç kez hastaneye başvurmuş olabilirsiniz?	
8. Son 1 yılda tahminen kaç kez aile hekiminize başvurmuş olabilirsiniz?	

No	SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
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 sağlığını 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) sağlığını 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					