

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GÖLBAŞI İLÇESİNDEKİ BAZI AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK HİZMETLERİYLE İLGİLİ BİLGİLERİNİN VE
SAĞLIK HİZMETİ ALMA KONUSUNDAKİ TUTUMLARININ
İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. ASLI KILINÇKAYA

ANKARA 2018

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GÖLBAŞI İLÇESİNDEKİ BAZI AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK HİZMETLERİYLE İLGİLİ BİLGİLERİNİN VE
SAĞLIK HİZMETİ ALMA KONUSUNDAKİ TUTUMLARININ
İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. ASLI KILINÇKAYA

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA 2018

KABUL ve ONAY



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Aslı KILINÇKAYA
Baba Adı	Osman
Doğum Yeri/Tarihi	Aktındağ / 03.01.1989
Diploma Tarihi / Diploma No	30.06.2013 / 553
Mezun Olduğu Fakülte	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	Yıl: 4yıl Ay: 6ay
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Gebesi Ağrısındaki Ben Aile Sağlığı Merkezlerine
Başvuran 18 yaş üzeri kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Birtmci
Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin ve Sağlık Hizmeti Alma
JÜRİ KARARI: Konudaki Tutumlarının İncelenmesi

Tez oybirliği ile başarılı kabul edildi. 20.09.2018

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof. Dr. Mustafa Necmi ALTAN

ÜYE

Prof. Dr. Meral SAYGUN

ÜYE

Prof. Dr. Sevil ÖZKAN
(Tez Danışmanı)

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen, engin tecrübeleriyle aydınlandığım değerli hocalarım başta tez hocam Prof. Dr. Seçil ÖZKAN olmak üzere, asistanlığımın ilk günlerinden itibaren manevi desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocalarım; Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Prof. Dr. F.Nur BARAN AKSAKAL, Prof. Dr. Sefer AYCAN ve Öğr. Gör. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN'e teşekkürü bir borç bilirim.

Asistanlığım süresince yoğun çalışma temposuna rağmen birlikte çalışmaktan zevk aldığım değerli asistan arkadaşlarıma,

Her zaman maddi ve manevi desteği ile yanımda olan aileme ve

Tezimin hazırlanması sırasında bana tahammül eden ve sabrıyla her zaman yanımda olan biricik hayat arkadaşım Dr. Muhammed Fevzi KILINÇKAYA ve doğumuyla hayatıma anlam katan ve hayata bakışımı değiştiren canım oğlum Adil Alp KILINÇKAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Aslı KILINÇKAYA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sağlıkın Tanımı	5
2.2. Okuryazarlık Kavramı.....	5
2.2.1. Okuryazarlık Tanımı.....	5
2.2.2. Okuryazarlık Düzeyleri.....	6
2.2.3. Okuryazarlık İçin Gerekli Yeterlilikler	7
2.2.4. Okuryazarlık-Sağlık İlişkisi	8
2.3. Sağlık Okuryazarlığı(SOY)	9
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	9
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	10
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi	11
2.3.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	12
2.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü	13
2.3.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları	22
2.3.7. Dünya ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Eylem Planları	24
2.4. Sağlık Hizmetleri	29
2.4.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı.....	29
2.4.2. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması.....	30
2.4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	33
2.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı	61
2.4.5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Düzeyi	62
3. GEREÇ ve YÖNTEM	67
3.1. Araştırmanın Kapsamı	67
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	67

3.3. Araştırmanın Tipi.....	70
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı	70
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	70
3.6. Araştırmada Kullanılan Araç Gereç.....	71
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	72
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi.....	73
3.9. Araştırma Takvimi	77
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları	77
4. BULGULAR.....	78
5. TARTIŞMA.....	105
5.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması	105
5.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	106
5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirleyici Faktörleri.....	107
5.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Bilinirliği ve Sağlık Okuryazarlığı ile Olan İlişkinin Tartışılması.....	111
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	118
7. KAYNAKÇA.....	120
8. ÖZET	129
9. ABSTRACT.....	130
10. EKLER	131
10.1. Anket Formu.....	131
10.2. Etik Kurul Onayı.....	138
11. ÖZGEÇMİŞ	141

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. <i>ASM'lerin Sınıflandırılma Şartları, Gölbaşı, 2018.</i>	37
Tablo 2. <i>ASM Gruplarının ve Aile Hekimlerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	69
Tablo 3. <i>Araştırma Takvimi, Gölbaşı, 2018</i>	76
Tablo 4a. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	78
Tablo 4b. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	80
Tablo 5. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	81
Tablo 6. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Aile Hekiminin Görevleri Hakkında Bilgisinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	82
Tablo 7. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	83
Tablo 8a. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Toplum Sağlığı Merkezleri Hakkında Bilgisinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	85
Tablo 8b. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Toplum Sağlığı Merkezlerine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	86
Tablo 9a. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM Hakkında Bilgisinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	87
Tablo 9b. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM'e Başvurma Durumlarının Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	87
Tablo 10. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Bazı Bilgilerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	89
Tablo 11a. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	91
Tablo 11b. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018</i>	93
Tablo 12a. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Aile Hekimliği Sistemi ile İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	96
Tablo 12b. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Hizmeti Almadaki Tutumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	97
Tablo 12c. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Direkt Aile Hekimine ve Direkt Hastaneye Başvurma Sebeplerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018</i>	98
Tablo 13. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin TSM İle İlgili Bilgileri ve Başvurma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	99
Tablo 14. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM İle İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	101
Tablo 15. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.</i>	103
Tablo 16. <i>Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Etkileyen Faktörler, Gölbaşı, 2018</i>	104

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Aile Hekimliği Görevlerini Bilme ile SOY Puan Dağılımı, Gölbaşı, 2018.....95

Şekil 2. TSM ile İlgili Bilgilere Göre SOY Puanları, Gölbaşı, 2018.100

Şekil 3. Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Bilgilere Göre SOY Puanları, Gölbaşı, 2018 .103



KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BBSH: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HLS-EU: Health Literacy Study- European Union

KETEM: Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TOFHLA: Test of Functional Literacy in Adults

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında S.K. Simonds tarafından “Health Education as Social Policy” adlı kitapta kullanılmıştır. 1990’lı yıllarda sağlık okuryazarlığı kavramı insan sağlığı üzerine etkisinin büyük olacağı düşüncesi ile yeniden tanımlanmaya ve tartışılmaya başlanmıştır; 2000’li yıllarda konuya ilişkin araştırma ve uygulamalar uluslararası kuruluşların da gündemine alınmıştır (1).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), sağlık okuryazarlığını; “Bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi” olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığının daha kapsamlı tanımı ise; “Sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin enformasyona erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” şeklindedir (2). Kısaca sağlık okuryazarlığı için sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kültür oluşturma aracı olduğu söylenebilir.

United Nations Educational Scientific Cultural Organization (UNESCO) 2009 raporuna göre; dünyada 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı değildir. Sağlık okur-yazarlığı ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan çalışma sonucunda ise, çalışmaya katılan ülkelerin %47’sinin yetersiz-sınırlı düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Amerika’da ise yetişkin bireylerin %50’si temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir (3).

Türkiye’de ise Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda toplumun %64,6’sının “yetersiz” veya “sorunlu” sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyon Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, 35 milyon kişinin “yetersiz” ve “sorunlu” sağlık okuryazarlığına sahip olduğuna işaret etmektedir (4). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada da yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %74 olarak bulunmuştur (5).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında sağaltımlarını yapmak, tam olarak iyileşmeyen, sakat kalanların başkalarına bağlı kalmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir (6). Temel Sağlık Hizmetleri ise “Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında, onlara götürülen esas sağlık hizmetidir” şeklinde tanımlanmıştır. Bu hizmetlerin esasını sürekli, toplum yönelimli ve bütüncül yönleri ile sağlık sistemleri için ilk giriş noktası olan; birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturur (7) .

Birinci basamak sağlık hizmetleri, kişinin sağlığını izleme, sağlık eğitimi verme ve nüfusla ilgili gerekli sağlık kayıtlarının doğru tutulması gibi halk sağlığını yakından ilgilendiren işlemler ile hasta bakımı gibi başka fonksiyonları da vardır (8).

Türkiye birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok fazla reform gerçekleştiren ülkeler arasındadır (9). Bu konuda ilk adım 1961 tarihli 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu ile atılmıştır (10). 1978 Alma Ata Konferansında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin (BBSH) tanımı ve stratejileri belirlenmiş olup Türkiye’de bu bildirgenin altına imzasını atmıştır (11). 2005 yılında ise pilot bir programla aile hekimliği modeli başlatılmış böylece bölge-tabanlı birinci basamak sağlık hizmetlerinden vazgeçilmiştir (12). 2010 yılı itibari ile de birinci basamak sağlık hizmetleri ayrıştırılarak; kişiye yönelik koruyucu (bağışıklama, gebe ve bebek izlemleri), tedavi edici, rehabilite edici ve danışmanlık hizmetlerinin sunulduğu aile sağlığı merkezi ile bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, planlama yapan ve bu planları uygulayan, organize eden ve diğer sağlık kuruluşları ile arasında koordinasyonu sağlayan toplum sağlığı merkezi olmak üzere iki farklı yapı üzerinden verilmeye başlanmıştır (7, 13).

Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı bir birim olarak hizmet veren KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi), artan kanser sıklığı ve maliyeti

ile kanserin önlenmesi, erken tanı ve tarama faaliyetleri çerçevesinde toplum tabanlı tarama hizmeti veren bir kuruluştur (14).

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğe göre; Evde Bakım Hizmetleri ise hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerini de kapsamaktadır (15).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan hastalar arasındaki sorumlulukların paylaşılmasına ve her iki tarafın iletişim esnasında birbirini daha iyi anlamalarına olanak vermektedir (4). Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarında artışa, kanser gibi erken teşhis edilebilen durumlar için erken tarama sıklığında azalmaya böylece yüksek morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık sonuçlarına olan tüm bu etkilerinden dolayı halk sağlığı alanının önemli konularından birisi olarak görülmektedir (5).

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sistemleri için bir giriş noktası oluşturmasından, koordinasyon rolü aracılığıyla sistemin diğer parçalarını etkilemesinden ve güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna sahip ülkelerin; toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmesi ve daha eşitlikçi hizmet sunumu dolayısıyla önem arz etmektedir (16). Toplumun; daha iyi sağlık hizmetine ulaşabilmesi, sağlığını takip edip yükseltebilmesi için, birinci basamağın görevlerini bilmesine ve doğru zamanda başvurmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Yeterli sağlık okuryazarlığı toplumun sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde ve verimde faydalanabilmesi için temel gerekliliklerdendir. Bu nedenle hali hazırda sorunlu bir alan olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilinirliğinin incelenmesi hem topluma yönelik müdahale programlarının geliştirilmesine hem de bireylerin sağlık

konusunda temel bilgi ve becerilerinin artırılmasına olanak sağlayacak böylece sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini arttırarak sağlık eşitsizliklerini giderecektir (17).

Bu çalışmada; Gölbaşı ilçesindeki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilerinin ve sağlık hizmeti alma konusundaki tutumları incelenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Tanımı

Geleneksel anlamda sağlık, hastalığın olmayışı olarak bilinmektedir. Subjektif bu tanım nedeniyle, sağlık tanımının eksik ve yanlış olacağı günümüzde iyi bilinen bir gerçektir (18). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında sağlık: “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin bulunması” olarak tanımlanmıştır (19).

2.2. Okuryazarlık Kavramı

2.2.1. Okuryazarlık Tanımı

En genel ve geleneksel ifade ile okuma-yazma, alfabe aracılığıyla yazılı metinlerin okunması ve yazılması olarak tanımlanmaktadır. Okuryazarlık toplum tarafından anlam verilen iletişimsel simgelerin etkili bir biçimde kullanılabilmesi yeteneği olarak tanımlanmaktadır.

Okuryazarlık; (ing.literacy), okuma (ing.reading) ve yazma (ing.writing) eylemlerinden farklıdır. Okuryazarlık, okuma ve yazma faaliyetinin eşliğinde kişinin yaşadığı hayatı ve bu hayat içinde nesne ve olayları algılayışı, anlaması ve sosyal hayatındaki bütün ilişkileri kapsayan bir kavramdır (20).

Okuryazarlık; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir. Toplumun geniş bir kitlesine hitap edebilmek, bilgisini ve gücünü geliştirerek hedeflerine ulaşması için bireye olanak veren olgudur. DSÖ yayınladığı bildiride okuryazarlığını “hem fakir hem de zengin ülkelerde sağlıktaki eşitsizliklerin tespitinde “merkezi bir role” sahip olarak tanımlamaktadır (17).

Geniş anlamda okur-yazarlık ise bireyin okuma, yazma ve sayıları kullanma, bilgiyi elde etme, fikir ve düşüncelerini ortaya koyma ile karar verme ve problem çözme becerisi olarak tanımlanmaktadır. UNESCO’ya göre de okuryazarlık; farklı türdeki yazılı ve basılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, iletişim kurma ve işleme yeteneğidir ve bu yetenek

bireylerin topluma tamamen katılımını sağlamakta, bilgisini ve gücünü geliştirerek kişisel hedeflerine ulaşmasına olanak vermekte ve sürekli öğrenmeyi içermektedir. Her iki tanımdan da anlaşılacağı üzere okuryazarlık, sadece okuma-yazma becerisi değil, okuduğuna anlama, işleme ve hayata geçirme yeteneğini de kapsayan kompleks bir olgudur (21).

Okuryazarlık, yazı sembollerini seslendirme ve anlamlandırma ile başlayan, bu becerinin etkili bir şekilde kullanılması ile nesnelere, olgu ve olayları daha ayrıntılı anlama ve anladıklarına kendi özünü katarak kendini ifade etme durumudur. Bir başka boyutuyla okuryazarlık, bir etkileşim yoludur. Toplumdaki bilgileri, becerileri ve sosyal normları anlama, birbiriyle paylaşma, yorumlayabilme ve sonraki nesillere aktarma aracıdır(19).

UNESCO tarafından 1951 yılında yapılan tanımda okuryazar, günlük hayatı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi anlayarak okuyup yazabilen kişi olarak ifade edilmiştir (22).

2.2.2. Okuryazarlık Düzeyleri

Okuryazarlık kavramının dünyadaki gelişimini ve yapılan araştırmaları dikkate alan UNESCO, 1987 yılında, Herkes İçin Eğitim Programı çerçevesinde, okuryazarlığı yeniden ele alma ihtiyacı duymuştur. Bu sefer, kavramının daha iyi anlaşılması için üç farklı düzeyde, okuryazarlık tanımı yapmıştır. Birinci düzey, temel okuryazarlık; ikinci düzey, işlevsel (fonksiyonel) okuryazarlık; üçüncü düzey ise, çok işlevli (multifonksiyonel) okuryazarlık olarak nitelendirilmiştir.

Birinci düzey, kelimeleri seslendirme ve cümleleri anlama gibi temel okuma yazma becerilerine sahip olma düzeyidir.

İkinci düzey, kişinin okuma, yazma ve aritmetikle ilgili bilgi ve becerilerini bireysel, sosyal ve kültürel alanda kullanma durumunu anlatır. Fonksiyonel okuryazarlık insanların bir dili konuşmasını, okumasını ve anlamasını gerektiren bir uygulamadır.

Üçüncü düzey ise bireyin kapasitesini sonuna kadar geliştirmeyi amaçlar, sadece kendini değil okuyarak ve yazarak toplumun ilerlemesi için çaba göstermesini içerir. Çok işlevli okuyazar olan bir kişi, kendini gerçekleştirme, yaratıcılığını geliştirme, derin değerlere sahip olma, karmaşık sorunları anlama ve kapsamlı bir dünya görüşüne sahip olma gibi özellikler taşır (23).

2.2.3. Okuryazarlık İçin Gerekli Yeterlilikler

Literatürde okuryazarlık için gerekli yeterlilikler altı boyutta ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığının gerekli öncüleri olarak kabul edilen bu yeterlilikler; operasyonel, interaktif, otonomi, bilgi, içeriksel ve kültürel yeterlilik şeklinde tanımlanmaktadır.

Operasyonel Yeterlilik: Temel sağlık ihtiyaçlarını etkili karşılamak için gerekli olan fonksiyonel becerileri ve stratejileri ima eder. Beceriler sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgiye göre davranma, okuma ve anlama yeteneğini içerir.

İnteraktif Yeterlilik: Öz-yönetim aracılığıyla bireyin geliştirilmesi ve cesaretlendirilmesi için başkaları ile işbirliği yapmasıdır. Birey, sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde sorunlarının öz-yönetiminde yer almaktadır.

Otonomi Yeterliliği: Kişisel bir güçtür. Sağlıkla ilgili kararlarda bireyin etkili bir şekilde sorumluluk almasını amaçlayan öz farkındalıktır.

Bilgisel Yeterlilik: Sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir. Otorite ve geçerlilik, sağlıkta en güncel ve kesin bilginin vurgulanmasında hassas bir noktadır.

İçeriksel Yeterlilik: Çevre konusunda uzmanlıktır. Sağlık bakım ortamında bireylerin rahat olması istenen bir durum iken bazı bireyler rahat değildir. Bireylerin bilinen bir ortam içerisinde birbirleriyle etkileşimde bulunarak bilgiyi yorumladıklarında öğrenmenin daha iyi gerçekleşeceği gösterilmektedir.

Kültürel Yeterlilik: Sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir. Sağlık bilgisini harekete geçirmek ve yorumlamak için gerekli olan ortak inançların, geleneklerin, dünya görüşünün ve sosyal kimliğin farkına varılmasını ve kullanılmasını içerir (22).

2.2.4. Okuryazarlık-Sağlık İlişkisi

Okuryazarlık kişinin toplumdaki başarısının (okul başarısı, mesleki başarı, hayat başarısı) bir göstergesi olduğu kadar, toplumlarının gelişmişlik durumunu gösteren en önemli ölçütlerinden biridir (20).

Okuryazar olmamak iyi bilinen bir ulusal krizdir. Okuryazar olmama terimi okuma veya yazma becerisinin olmaması olarak tanımlanabilir. Kişinin sınırlı veya düşük okuryazar olması, okuryazar olmadığı anlamına gelmez. Okuryazarlık durumunun zayıf olması insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilir (24).

Okuma, yazma ve aritmetikteki temel beceriler, özellikle sağlık hizmetleri ortamında önemlidir. Hasta katılımı, tedavi rejimlerinin planlaması ve uygulamasındaki başarı için hayati öneme sahiptir. Hastaların kendi tıbbi durumları hakkındaki sözlü veya yazılı bilgileri anlayabilmeye, tanı ve tedavi testleri ile ilgili yazılı ve sayısal yönergeleri takip edebilmeye, sağlık personeline yerinde ve uygun sorular sorabilmeye, önceki tedavi ve koşullarını bildirebilmeye ve bakım sırasında ortaya çıkan sorunları çözebilmeye ihtiyaçları vardır (25).

Sağlık okuryazarlığı net bir şekilde temel okuryazarlık seviyelerine bağlı ve bilişsel gelişimle ilişkili bir kavramdır. Okuma ve yazma becerileri gelişmemiş bireyler sadece geleneksel sağlık eğitiminden daha az yararlanmayacak, aynı zamanda edinilen bilgilere dayanarak geliştirilen becerileri de daha az olacaktır. Bu nedenlerden dolayı, sağlık okuryazarlığını geliştiren stratejiler okuryazarlığı geliştirmek için gereken daha genel stratejilere ayrılmaz bir şekilde bağlı kalacaktır (17).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı(SOY)

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Tıp enstitüsünün (IOM) 2004 yılında yayınladığı "Health Literacy: A Prescription to End Confusion" raporunda, sağlık okuryazarlığı "bireyin sağlığı ile ilgili uygun karar vermesi için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi" olarak tanımlanmıştır(26). DSÖ'nün tanımına göre ise "iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi kullanma ve anlama için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme ulaşılabilirliği" olarak tanımlanmıştır (27). Healthy People 2010 raporunda ise "kişilerin doğru sağlık kararları vermek için gerekli sağlık bilgi ve hizmetlerini anlama, edinme ve yorumlayabilme kapasitesi" olarak tanımlanmıştır (26).

Sağlığı geliştirme alanında, ilk kez 1986 yılında Ottawa şehrinde "Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı" yapılmıştır. Bu konferansta, sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılabilir bir şekilde düzenlenmesi gerektiği ve toplumun buna uygun davranış geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bunun içinde sadece sağlık sektörü çabasının yetersiz olduğu, diğer sektörlerin de desteğinin önemi vurgulanmış ve "Sağlık Okuryazarlığı" kavramı öne çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı tanımı, ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından yapılmış olup, bu tanım şimdiki tanımından farklılıklar göstermektedir (17).

Konunun önem kazanmaya başladığı ilk dönemde en yalın halde "sağlığı için bireyin yetenekleri" tanımlaması yapılırken, 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından bilgiye ulaşım, anlamlandırma ve davranış üzerinde durularak, "Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" tanımlaması yapılmış ve bugünkü tanımlamaların temeli oluşturulmuştur.

Bu gelişmeler sonrasında, 1998 yılında Nutbeam'in Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına hazırladığı "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü"nde (Health Promotion Glossary) SOY tanımı daha da genişletilerek, "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye

ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde yerini almıştır. Türkçe'de ise bu tanım, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde ifade edilmektedir(28).

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı bir sonraki basamağın bir öncekini de içine aldığı üç basamağa ayrılır.

- 1) Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı
- 2) İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı
- 3) Kritik Sağlık Okuryazarlığı (29, 30)

2.3.2.1 Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini gösterir; sağlık riskleri veya sağlık sistemini nasıl kullanacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuyabilme yeteneğidir. Kişi bu basamakta pasiftir (31, 32).

Sağlık risklerine dair fiili bilgilerin iletişimine ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına dayalı geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu yansıtır. Böylesi bir tutum sağlık risklerine ve sağlık hizmetlerine ilişkin daha iyi bilgiye yönelik sınırlı amaçlara sahiptir ve kurallarla belirlenmiş eylemlere uygunluk arz eder (33).

Bu düzeyde bireyin karşılaşacağı güçlük, kendi durumu hakkında temel bilgi kaynaklarına erişmesine ve kendi durumunu yönetmesine yardımcı olmaları için sağlık sistemlerini nasıl kullanacağıdır (33).

2.3.2.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

Gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir; sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulama gibi. Kişi bu basamakta aktiftir (27, 30). Kişisel becerilerin destekleyici bir çevrede geliştirilmesine odaklanır. Bu eğitimsel yaklaşım bilgiye dayalı olarak bağımsız bir şekilde hareket etmede ve bilhassa alınan tavsiyeler doğrultusunda harekete geçmek için motivasyon ve öz güveni geliştirmede kişisel kapasiteyi artırmaya yöneliktir (32).

2.3.2.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Bir üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir; sağlık bilgisini kritik olarak analiz edebilme, kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme, sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilme gibi. Kişi bu basamakta proaktiftir. Bireysel hareketten çok etkin sosyal ve politik hareketi desteklemeye yönelik bilişsel sonuçları ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtır. Bu yaklaşım çerçevesinde sağlık eğitimi; sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini ele almak için çeşitli hareket biçimlerinin siyasi geçerliği ve örgütsel olanaklarını soruşturan becerilerin geliştirilmesini ve bilgilerin iletişimini içine alabilir. Bu durumda eğitim programları sağlığın söz konusu sosyal ve ekonomik belirleyicilerini etkilemek amacıyla bireysel ve toplumsal kapasiteyi artırmaya yönelik olacaktır (32).

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Freedman ve ark. sağlık okuryazarlığının tanımını “halk sağlık okuryazarlığı” kapsamında yapmıştır (34). “Halk sağlık okuryazarlığı”, bireysel sağlık okuryazarlığının bir bütünleyicisidir. Sonuçları ise toplumun halk sağlığı mesajlarını anlama, sağlık bakımı konularında sivil harekete katılma ve değerlendirme becerilerini içerir. Sağlığı geliştirme aktivitelerinin planlanmasında

önemli bir adım olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel tema şu şekilde tanımlanmıştır.

1. Etkilediği İnsan Sayısı: Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de şaşırtıcı bir şekilde yaygın olduğu belirtilmektedir. Fonksiyonel okuryazarlık becerilerinin yetersizlik oranının ülkelere göre %7,0-47,0 arasında değiştiği gösterilmektedir. Kadınların bu durumdan daha fazla etkilendiği, dünya genelinde kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirtilmektedir.

2. Olumsuz Sağlık Sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki vardır.

3. Kronik Hastalık Oranlarında Artış: Küresel hastalık yükünün %47,0'sini oluşturan kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır.

4. Sağlık Bakım Maliyetleri: Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına yıllık %3,0-5,0 oranında ek maliyet getirmektedir.

5. Sağlık Bilgisi Talepleri: Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Teknik terimlerin ve mesleki dilin (jargon) kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır.

6. Eşitlikçilik: Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade eder. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır(4).

2.3.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı açısından kültür kavramına daha geniş bir açıdan bakmak gereklidir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kültürel alt yapısına bağlıdır.

Birey, sağlık profesyonellerinin verdiği enformasyon ve önerileri, kendi kültürel birikimine göre değerlendirmekte olduğundan, kültürün etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Bireyler sağlık ve hastalığı tanımlamayı, hastalığın sebepleri ve korunma yolları ile ilgili enformasyonları, fiziksel bulguları nasıl tarif edeceğini ait olduğu kültür içinde öğrenir. Buna ek olarak, sağlık teknolojilerini kullanma alışkanlıkları ile tedavi ve ilaçlara yaklaşım, dinsel bilgi ve kültürel kurallarla da belirlenmiştir (17).

Sağlık okur-yazarlığı üzerine etkisi olan psikosoyal faktörler; öz yeterlilik davranışı, sosyal destek, sağlık problemleri bilgisi ile hastalığı anlamak gibi konuları kapsamaktadır. Bireylerin sağlık ile ilgili inanç algılarının düşük olması, bu inançları davranışa geçirememesi, aileden ve çevreden edinilen sosyal desteğin azlığı ile sağlık ve hastalıklar konusundaki bilgisizlik, sağlık okur-yazarlığının da düşük olmasına sebebiyet vermektedir. Sağlık okur-yazarlığını etkileyen sağlık sistemi ile ilgili faktörler ise; sağlık hizmetine erişim düzeyi, sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık güvencesi kapsamı ve hekim hasta ilişkisidir. Söz konusu bu faktörler ise kişilerin hem sağlığını hem de sağlık bilgisini etkileyen faktörler arasında sıralanabilmektedir (21).

2.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü

Sağlık okuryazarlığı bir kişinin kapasitesi ise, bireyin okuma yeterliliğine ve sözcük dağarcığına ilişkin ölçümler uygundur. Tam tersine, şayet sağlık okuryazarlığı bireysel iletişim kapasitesi, sağlık hizmeti sistemi ve daha genel olarak toplum arasındaki ilişkiye dayanıyorsa bireysel düzeydeki ölçümlerin yetersiz olduğu açıktır. Eğer bilgi sağlık okuryazarlığı tanımının parçasıysa, onun da ölçülmesi gerekmektedir (27, 35)

Mevcut sağlık okuryazarlık değerlendirme testleri daha çok işlevsel/temel okuryazarlık düzeylerini tespit etmek üzere geliştirilmiştir. Bu testlerle hastanın okuduğunu anlama, aritmetik beceri, kelime tanıma ve telaffuz gibi becerileri değerlendirilmektedir.

Özellikle, en basit, fakat sıkça sorulan “anlıyor musun?” sorusu, sağlık okuryazarlık seviyelerini ölçmede yardım etme yerine engel oluşturabilmektedir. Bu soru sorulduğunda, çoğu kişi anlamasa da, mahcup olma, olumsuz bir izlenim verme ve benzeri kaygılar nedeniyle olumlu cevap verecektir. Bu nedenle, bu tür sorular okuryazarlık seviyesini belirlemede yanıltıcı olabilmektedir. Yaygın bir biçimde kullanılan diğer bir enformel değerlendirme, hastaların uygun doz miktarını ve sıklığını anladıklarından emin olmak için, şişenin üzerindeki ya da reçetedeki yazıyı okumalarını istemektir. Kişinin okuryazar olduğunu ölçmeye yönelik. Ancak, değerlendirmeye tabi tutulan kişinin, sağlık okuryazarlık seviyesinin test edildiğinin farkında olması ve sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz kişilerin bu durumun ortaya çıkacağı korkusundan dolayı katılımında isteksiz olmaları ya da dürüst cevap vermekten kaçınmaları bu tür testlerin kısıtlılıklarındandır. Bu testlerin bir başka kısıtlılığı ise sadece sağlığa ilişkin okuma seviyelerini ölçmeleridir (17).

Bu modelde sağlık okuryazarlığı bireyin kendi özellikleri ve çevresi (yani kamu sağlığı mesajları ve sağlık hizmeti ortamı) tarafından belirlendiği için doğrudan ölçmek yerine kavramsallaştırmak daha kolay olacaktır. Bireylerin okuma akıcılıklarını, sözcük dağarcıklarını ve sağlık bilgilerini ölçmek ve aynı zamanda bu bireylerin kendi eşsiz sağlık hizmeti ortamlarında karşılaşmaları muhtemel olan sağlık profesyonellerinin konuşmalarının karmaşıklığını ve yazılı sağlık materyallerinin zorluğunu eş zamanlı olarak ölçmek teorik olarak mümkün görünmektedir. Bu durumda bireylerin okuma akıcılıkları, sözcük dağarcıkları, geçmiş bilgileriyle sözlü ve yazılı iletişim talepleri arasındaki uyum (veya daha doğrusu uyumsuzluk) her kişinin sağlık okuryazarlığının bir ölçümü olacaktır. Ne var ki sağlık okuryazarlığının bu tür kapsamlı ve doğrudan ölçümü pratik olmaktan uzaktır (35).

Sağlık sistemi için çok önemli olan sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve değerlendirmek için birtakım araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlar gelişim, yapı, ölçüm, kapsam ve ölçüm özellikleri konusunda farklılıklar göstermektedir (21).

Söz konusu farklılıklar dikkate alınarak tüm bu ölçüm araçları; kelime tanıma, okuduğunu anlama, fonksiyonel sağlık okur-yazarlığı ve informal testler olmak üzere dört ana boyutta değerlendirilmektedir (21):

1. Kelime Tanıma Testleri: Bu tip testlerde, bireylere sağlık ve hastalık ile ilgili birtakım kelimeler verilerek, kişilerin bu kelimeleri bilip bilmediğine ve okuma düzeyine bakılır. Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM), Tıbbi Terimleri Tanıma Testi (Medical Term Recognition Test- METER) ve Geniş Çaplı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test-WRAT) birer kelime tanıma testleridir .

2. Okuduğunu Anlama Testleri: Sağlık eğitimi alanında kullanılan ölçüm araçları ile kişilerin okuduğu pasajı anlayıp anlamadığı kontrol edilerek, sağlık okur-yazarlığı düzeyleri belirlenmektedir. Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi'nin (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) okuma pasajları, okuduğunu anlama testlerine örnek olarak verilebilmektedir.

3. Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testleri: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) ve En Yeni Vital Bulgu (Newest Vital Sign) testleri fonksiyonel sağlık okur-yazarlığını ölçmek üzere geliştirilmiştir. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-yazarlığı Testi iki okuma parçası ile dört sayısal maddeden oluşmakta olup, kısa formu da bulunmaktadır. En Yeni Vital Bulgu testi ise altı maddeden oluşmakta ve hem fonksiyonel hem de sayısal sağlık okur-yazarlığını ölçmektedir.

4. Informal Testler: Morris ve ark. (2006) tarafından oluşturulan tek maddelik, Chew ve ark. (2008) ile Ishikawa ve ark. (2008) tarafından oluşturulan üçer maddelik ve Haun ve ark. (2009) tarafından geliştirilen dört maddelik sağlık okur-yazarlığı tarama testleri, sağlık okur-yazarlığı düzeylerini belirlemeye yarayan ve klinik ortamlarda rahatlıkla kullanılabilen informal testlerdendir (21).

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için en yaygın olarak kullanılan ölçümler REALM ve TOFHLA'dır (36). Bu testlerden hiçbiri bireyin kapasitelerinin kapsamlı bir değerlendirmesi değildir. Testler daha ziyade bireyin genel

kapasitesinin göstergeleri olarak kabul edilen seçili alanları ölçerler. REALM sözcük dağarcığı alanını ölçen 66 maddelik bir sözcük tanıma ve telaffuz testidir. TOFHLA okuma akıcılığını ölçer. Bu test, düzyazı okuryazarlığını ölçmek için bir okuma kavrama bölümü (uyarlanmış cloze: çıkartmalı test yöntemini kullanan 50 maddelik bir test) ve bireylerin gerçek hastane belgelerini ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama kapasitelerini ölçen 17 maddelik bir “matematiksel beceri” bölümünden oluşur. İki test farklı kapasiteleri ölçüyor olsalar da, yüksek oranda ilişkilidirler (Spearman’ın korelasyon katsayısı 0.80). Her ikisi aynı zamanda genel kelime testleriyle (yani Geniş Aralıklı Başarı Testi, Gözden Geçirilmiş) de yüksek oranda ilişkilidir. REALM ve TOFHLA’nın bilgileri, davranışları ve sonuçları öngördüğü kanıtlanmıştır (35).

Tarama sorularına veya kısa testlere dair tüm çalışmalar herhangi bir aracı, TOFHLA veya REALM gibi bir “altın standartla” karşılaştırmıştır (35).

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

Sağlık ve tıbbi terimleri tanıma ve söyleme kabiliyetini ölçer (32). 66 maddelik bir sözcük tanıma ve telaffuz testidir. 66 tıbbi kelimeyi yüksek sesle okumayı kapsar. Kavrama testi değildir. İngilizce dışında diğer diller için uygun değildir. Uygulama süresi 3-6 dakika arasında değişmektedir (32).

TOFHLA: Test of Functional Literacy in Adults (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Okuduğunu anlama ve sayısal becerileri ölçer (27). Testin ölçmeye çalıştığı okur-yazarlık, bireyin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde düzgün iletişim kurma becerisiyle ilişkili olup, olağan okur-yazarlık becerisini hedef almamaktadır (32). TOFHLA, özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yönelmektedir [32].

İngilizce, İspanyolca ve İbranice versiyonları mevcuttur. Diğer diller için uygun değildir. TOFHLA, özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yönelmektedir. İyi psikometrik özelliklere sahiptir. 50 sorudan oluşan “sözel test”

kısmıyla hastanın, sağlık sisteminde var olan gerçek materyallerle kısa metinleri okuması sağlanmakta ve bunların sonucunda da hastanın okuduğunu ne ölçüde anlayabildiği ortaya konmaktadır [32]. Sağlıkla ilgili pasajlardan oluşur. (standart bir bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, hasta hakları ve yükümlülükleri, üst sindirim sistemi radyografi serisine hazırlık için verilen talimatlar) Cümle tamamlama (Cloze yöntemi: çıkartmalı yöntem) yöntemi kullanılır. Her cümlede eksik bir veya iki kelime vardır. Katılımcılardan bu cümleleri okuyarak, verilmiş dört seçenekten en uygun kelimeyi seçerek cümleleri tamamlamaları istenir [32].

17 sorudan oluşan “matematiksel beceri” bölümüyle, bireyin gerçek hastane belgelerini, randevu fişlerini ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama kapasitelerini ölçer [32]. Kişinin bu testlerden aldığı puan düzeyine göre sağlık okuryazarlık durumu üçe ayrılır [34].

1. Yetersiz sağlık okur-yazarlığı: Birey sağlık ile ilgili metinleri okuyamaz ve yorumlayamaz.
2. Düşük(Marjinal) düzey sağlık okuryazarlığı: Birey sağlık ile ilgili metinleri okuma ve yorumlamada zorlanır.
3. Yeterli sağlık okur-yazarlığı: Birey sağlık ile ilgili metinlerin birçoğunu okuyabilir ve yorumlayabilir (37, 38) . REALM ve WRAT ile ilişkilidir [33].

Kısaltılmış s-TOFHLA yeniden düzenlenmiş çıkartmalı (Cloze) yöntemi kullanan, 36 maddelik süreli bir okuduğunu anlama testidir; bir pasajdaki her beş ila yedi kelime çıkartılmış ve 4 çoktan seçmeli seçenek sunulmuştur. Kısaltılmış s-TOFHLA iki sağlık hizmet pasajı içerir; ilki bir üst sindirim sistemi radyografi serisine hazırlık için verilen talimatlardan seçilmiştir ve ikincisi ise bir Medicaid başvurusunda yer alan hastaların “Hakları ve Sorumlulukları” bölümünden alınmıştır [29].

MMSE (Mini-Mental Durum Muayenesi/The Mini-Mental State Examination):

Hastaların bilişsel işleyişini değerlendiren kantitatif bir testtir. Testi uygulayanlar problemin hastanın sağlık okuryazarlık seviyesi ya da bilişsel işleyişi

ile ilgili olup olmadığını değerlendirmeye çalışır. Çok sayıda sorudan oluşan test ortalama 5-10 dakika sürer ve birkaç dilde uygulanabilir. Bu test sonucunda, testi uygulayan personel, hastanın sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili değerlendirmesini muayene öncesi ilgili doktora bildirmektedir. Bazı hastalıklara eşlik eden demans (bunama) gibi durumlarda, MMSE testi destek olarak kullanıldığında durumu daha net bir biçimde ortaya koymaktadır (17).

Medical Achievement Reading Test (MART)

Kolay ve hızlı bir şekilde yönetilebilen bir okuryazarlık testi geliştirmek ve bireysel okuma düzeyini belirlemek amacıyla Hanson-Divers (1997) tarafından geliştirilen MART, REALM gibi bir tıbbi kelime tanıma testidir. 42 kelimedenden oluşan test, temelini Wide Range Achievement Test (WRAT)' den alır. WRAT güçlü geçerlik ve güvenilirliği olan bir okuma testidir ve bireylerin okuryazarlığını kelimeleri telaffuz edebilme durumlarına göre sınıflandırır (21).

MART(Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/The Medical Terminology Achievement Test)

MART testinde, diğer testlere benzer şekilde, hastalardan kelimeleri sesli okumaları istenir. Diğer testlerden farklı olarak, MART testi kişilerin kelimeleri neden okuyamadıkları konusunda açıklama yapmalarını sağlar (örneğin, görüş uzaklığındaki yetersizlik, küçük yazılar yüzünden okuma güçlüğü gibi).

MART kişilere bahane bulma ve açıklamalar yapma konusunda olanak sağladığı için, okuryazarlık seviyesi düşük hastalara daha az endişe verici olarak görülür. Kelimelerin ve yazılı metinlerin kavranmasını ölçmeye çalışan sağlık okuryazarlık testleri, bireylerin yazılı bir metin içerisindeki boş bırakılan kelimeleri doldurduğu, cümle tamamlamalı yöntemi içerir (17).

MART' ın geliştirilmesinin çıkış noktası ise tıbbi kelimeleri okuma zorluğu çeken bireylerin kullandığı görülen en sık “üç mazeret” sebebiyledir. En sık kullanılan bu üç mazeret; tıbbi kelimelerle sadece ilaç etiketleri üzerinde ve hasta eğitim malzemelerinde karşılaşılması, ilaç etiketleri üzerindeki yazıların küçük

puntoyla yazılması ve parlak zeminin okumayı güçleştirmesi olarak sıralanmıştır (28).

Bir-İki Soruluk Test

Tek ya da iki soru (One-orTwoQuestionTests) ile hastanın sağlık okuryazarlığı ile ilgili genel bir değerlendirme yapılmaktadır. Bu sorulara verilen cevapların değerlendirme yapmakta etkili olduğu belirlenmiştir. Bir-iki soruluk testlerde sağlıkla ilgili metinleri okurken, formları doldururken anlama ve yardım alma sıklıkları öğrenilmeye çalışılmaktadır

“Tıbbi durumla ilgili yazılı enformasyonların olduğu metinleri anlamakta ne sıklıkta güçlük yaşıyorsunuz? (Her zaman, genellikle, bazen, nadiren, hiç)”. “Hastane materyallerini okumak için ne sıklıkta biri size yardımcı oluyor? (Her zaman, genellikle, bazen, nadiren, hiç)”. “Tıbbi formları doldururken kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (Son derece, sıklıkla, bir dereceye kadar, biraz, hiç) (17).

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası (HALS)

HALS testi sağlıkla ilgili beş alanda düzyazı, ölçüm ve veri öğelerini içerir. Bu öğeler; sağlığı geliştirme, sağlığı koruma, hastalık önleme, sağlık bakımı ve maliyeti ile sistem yönlendirmesidir. Beşli likert tipindeki skala 0-500 puan arasında puanlandırılır ve tamamlanması bir saat sürmektedir. Daha geniş bir vadede sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için potansiyel değerinin olmasına rağmen, HALS’in uzun olması pek çok araştırma çalışmalarında onun kullanımını engeller (28).

Son Yaşam Bulguları Ölçeği (The Newest Vital Sign=NVS)

NVS, düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı olan bireyleri saptamada güvenilirlik kapasitesine sahip hızlı bir tarama yöntemidir. İngilizce ve İspanyolca sürümleri mevcuttur. Katılımcıların bir dondurma kutusunun besin etiketindeki bilgileri ayıklaması ve daha sonra etiketteki bilgileri yorumlayarak altı soruyu cevaplandırması gerekmektedir. Her doğru yanıt için “bir” puan verilir ve puanların

toplamı sağlık okuryazarlık düzeyini gösterir. Dördün altındaki puanlar sınırlı sağlık okuryazarlığını gösterir (17).

NVS'deki işlemsel sorular hem okuduğunu anlamayı hem de matematiksel yeteneği gerektirir. Tüm bu yetenekler temel sağlık bilgisini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilendirilir (21).

NVS'nin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde primer ortamlarında zaman, maliyet ve klinik yararlar açısından fayda sağladığı belirtilmektedir.(21).

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

Sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak kullanılabilen bir ölçeğin taşıması gereken özellikler şu şekilde sıralanmaktadır: Ölçek arka planında yer alan sağlık okuryazarlığıyla ilgili kavramsal çerçeveyi açıklıkla test edebilir biçimde yapılandırılmış olmalıdır. Farklı sağlık okuryazarlığı kavramları ve modelleri arasında farklılıklar bulunabildiğinden ölçeğin çok boyutlu içeriğe sahip olması kapsayıcılığını genişletecektir. Sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı ve bireysel sağlığın önemli bir belirleyicisidir; yalnızca klinik düzeye odaklanan sağlık okuryazarlığı ölçümü halk sağlığı ile ilgili davranış ve çıktılarına ilişkin çalışmalarda yetersiz kalacaktır. Bu nedenle ölçek geliştirilirken halk sağlığı uygulamalarına klinik kullanımlara göre öncelik tanınmalı, geliştirilen ölçek toplum tabanlı çalışmalarda kullanılabilme özelliğine de sahip olmalıdır. Ölçek ile elde edilen sonuçların başka çalışma sonuçları ile karşılaştırılabilir olması ölçek ile yapılan değerlendirmenin fonksiyonunu artıracaktır (39).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu tarafından geliştirilen "entegre sağlık okuryazarlığı modeli" üç boyut ve dört süreçten oluşan bir matris öngörmektedir. Boyutlar "sağlık hizmetleri", "hastalıklardan korunma" ve "sağlığın geliştirilmesidir". Süreçleri ise "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma", "sağlıkla ilgili bilgiyi anlama", "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" ve "sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama" oluşturmaktadır (35, 40). Entegre sağlık okuryazarlığı modelinde "sağlık hizmetleri" tıbbi sorunlarla ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve bu bilgileri tıbbi sorunlarla ilgili karar verirken ya da

tıbbi önerilere uyarken kullanma yeterliğini ifade etmektedir. “Sağlığın korunması” özellikle sağlık risk faktörleri ile bilgilere ulaşabilmeyi, risk faktörlerini anlayabilmeyi, yorumlayabilmeyi ve bu bilgileri sağlıkla ilgili karar verirken kullanabilmeyi içermektedir. “Sağlığın geliştirilmesi” özellikle sağlığın sosyal ve fiziksel çevre ile ilgili belirleyicilerine dair sağlık bilgilerine ulaşabilmeyi, bu bilgileri kavrayabilmeyi, yorumlayabilmeyi ve karar verirken kullanabilmeyi içermektedir (35, 40) .

Toplumun kültürü hastalık ve sağlıkla ilgili tanımlamaları ve tercihleri şekillendirmekte, sağlık bilgilerini ve mesajlarını anlamlandırmaktadır. Kültürün belirlediği algılar, tanımlamalar ve bariyerler, kişilerin sağlık sistemi ile etkileşimini de sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterliliğini de etkileyebilmektedir (41). Sağlık okuryazarlığını tanımlayacak kavramsal çerçevenin sağlık sisteminin gereklilikleri ile bireysel yetenekler arasındaki karşılıklı ilişkiyi kapsanması gerektiğine dikkat çekilmektedir (35, 41).

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak Avrupa Sağlığı Okuryazarlığı Araştırmasında kullanılan kavramsal çerçeveye dayanan TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır (42). Sağlık okuryazarlığı ölçümünde referans alınacak kavramsal çerçevenin sağlık okuryazarlığın tanımı gereği toplumsal özellikler ve sağlık hizmet sunumunun yapısıyla uyumlu olması önemlidir. Bu nedenle TSOY-32 ölçeği geliştirilirken, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve referans alınmış; Türkiye'nin toplumsal özellikleri, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık sisteminin yapısına uyarlılığı gözetilerek revize edilmiştir. Böylelikle “tedavi ve hizmet” ile “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” olmak üzere iki boyut; “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma”, “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama”, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” ve “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olmak üzere dört süreçten oluşan bir matris geliştirilen ölçeğin temelini oluşturmuştur. Ölçek matristeki sekiz farklı gözle ilişkilendirilmiş, her bir göze karşılık dört soru olmak üzere toplam 32 sorudan oluşmaktadır (42).

2.3.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu bir raporunda, okuryazarlığın hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlıkta eşitsizlikler üzerinde merkezi bir role sahip olduğunu ifade ederek sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini önemli bir araç olarak kabul etmiştir (43).

Baker ve ark. yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki olduğunu göstermiştir. Amerika’da yapılan prospektif bir araştırma yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerde artmış mortalite riskinin %50,0-80,0 olduğunu göstermiştir (44).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı yanlış ilaç uygulanmasına, randevuların kaçırılmasına ve evde yanlış bakıma (örneğin steril maddelerin kontaminasyonu gibi) neden olabilir ve bu şekilde bireyin sağlık ve tedavi sonuçlarını olumsuz etkileyebilir (28).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, hastaların bir sonraki randevu tarihini ve tetkik sonuçlarını anlamaması, ilacı aç karnına alması gerektiğini bilmemesi gibi durumları beraberinde getirmektedir. Kronik hastalıklar ile ilgili bilgi eksikliği, tedaviye uymama, eğitimleri anlamama ve tedavinin unutulması bakım kalitesini ve sürekliliğini olumsuz etkilemektedir (45). Oysaki iyi bir tıbbi bakımın temel öğelerinden biri sürekliliktir (46). Tedavinin sürekli olmaması, kişinin koruyucu sağlık davranışlarına dikkat etmemesine yol açmaktadır (47). Hastanın aynı sağlık sorunu için birden fazla sağlık kurumuna tekrar başvurması, tedavi seçeneklerinin farklılaşmasına neden olmakta, bu durum bakımın kalitesini ve sürekliliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca hastanın yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması tıbbi hataların oluşmasına da neden olabilmektedir. Hastalığın ciddiyeti, hastanın iletişim sorunları, kişilik yapısı ve sosyal faktörler tıbbi hatalara yol açabilen faktörlerdendir (48). Yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi, yanlış inanış ve beklenti içerisinde olunması, kendi kendine tedavi etme gibi davranışlar hastalığın tedavisini olumsuz etkilemektedir (49).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine başvurmada geç kaldıkları, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları, dolayısı ile hastaneye yatış oranlarının arttığı da saptanmıştır. Benzer biçimde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını engellemektedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından koruyucu ve hastalıkları tedavi etmek üzere verilen talimatları yerine getirmede zorlandıkları, sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşadıkları gösterilmiştir (50).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastaların hastaneleri ve acil servisleri de uygun kullanmadıkları yönünde kanıtlar bulunmaktadır (51). Acil servise başvuran hastaların önemli bir bölümünün gerçekten acil sağlık hizmeti almalarının gerekmediği ve bu hastaların yarattığı kalabalığın acil hizmet verilmesi gereken hastaların aldıkları hizmetlerin kalitesinin de düşük kalmasına yol açtığı bilinmektedir (52). Bu durumun acil servislerde kritik durumdaki hastaların zamanında bakım almalarını engelleyeceği öne sürülmektedir (37).

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların öz yönetiminde kritik bir rol oynar. Öz yönetim; daha iyi bir yaşam için bir veya daha fazla kronik hastalığın kontrol altına alınmasını gerektiren bireysel görevlerin tümünü içerir. Bu görevler tıbbi yönetim, rol yönetimi ve duygusal yönetim ile ilgilidir. Genellikle yaşlılar, etnik azınlıklar, düşük gelir ve düşük örgün eğitim seviyesindeki bireyler yetersiz okuryazarlık düzeyi ile hastalıklarının öz yönetiminde daha fazla zorluk yaşayabilir (53).

Mark V. Williams ve meslektaşları, hipertansiyon ve diyabetli hastaları temel alan, sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle kronik hastalıkları ve tedavileri konusundaki farkındalıkları arasındaki ilişkiyi inceledikleri kesitsel bir çalışma yürütmüşlerdir. İki şehir hastanesinde yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı “Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi” ile ölçülmüştür. Hastaların hastalıklarına dair bilinç düzeyleri, kliniklerdeki eğitim materyallerindeki temel unsurlara dayanan 21 hipertansiyon ve 10 diyabet sorusu kullanılarak

değerlendirilmiştir. Hipertansiyonlu hastalar arasında yeterli sağlık okuryazarlığı olanların % 92'si 160/100 mmHg kan basınç seviyesinin yüksek bir değer olduğunu bilebilirken, yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların ancak %55'i bu soruya doğru yanıt verebilmiştir. Diyabetli hastalar arasında yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinde olanların %94'ünün hipogliseminin semptomlarını bildikleri gözlenmiş, sağlık okuryazarlıkları yetersiz olanlarda ise %50'de kalmıştır. Çalışmanın sonucuna göre, yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığı, hastaların kronik hastalıklar konusundaki eğitimlerine ciddi bir engel olarak bulunmuştur (38)

Düşük düzeyde okuryazarlığı olan bireylerin pap-smear yaptırma, mamografi çekirme veya influenzaya karşı aşılama gibi tarama ve önleme müdahaleleri ile ilgilenmeleri daha az olası iken ileri evre prostat ve meme kanseri ile karşılaşmaları daha fazla muhtemeldir . Ayrıca bu kişilerde daha fazla sigara içme, daha az emzirme, kontrasepsiyon hakkında daha az bilgiye sahip olma gibi sağlıksız davranışlar yaygın görülür (28).

Sağlık okuryazarlığı sınırlı ya da yetersiz olan kişiler, hastalıkları ve tedavileri hakkında daha az bilgi sahibi olurlar, daha az kendi kendilerini tedavi etme becerisine sahip olurlar, tedaviye uyumları azalır ve daha fazla tıbbi hata veya ilaç tedavisi hatası yaparlar. Sağlık bilgisizliği olan kişiler ayrıca sağlık sistemini başarılı şekilde irdeleme becerisinden yoksundur, sağlık hizmetlerine erişimleri azdır ve daha fazla sağlık harcaması yaparlar (54).

2.3.7. Dünya ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı ve Eylem Planları

UNESCO 2009 raporuna göre; Dünya'da 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı değildir (55). Rapordan anlaşılacağı üzere dünyada sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük olan birey sayısı oldukça yüksektir.

Sağlık okuryazarlığının düzeyini ölçmek amacı ile 12 alt başlık halinde hazırlanmış olan toplam 47 soru kullanılarak 8 Avrupa ülkesini (Almanya,

Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) içeren çalışmanın sonucunda ülkeler aldıkları puanlara göre “yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi” olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Yetersiz ve sorunlu grup birlikte incelendiğinde Hollanda’da katılımcıların %29’u, Bulgaristan’da ise %62’si bu grupta yer almıştır. Toplamda çalışmaya katılanların yarısından biraz fazlası yeterli ve çok iyi düzeyde puanlar almıştır. İrlanda’daki katılımcıların %60’ı, Hollanda’daki katılımcıların da %72’si yeterli ve çok iyi puan almıştır. Yeterli ve çok iyi puan alanlar Bulgaristan (%37) ve İspanya’da (%42) en düşük bulunmuştur (56). Çalışmaya göre genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkeler toplam olarak değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %12’sinin bu konuda yetersiz ve %35’inin de problemlili düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Mark Williams ve meslektaşlarının, hastaların kendilerinden istenen temel okumaları ve hesaplamaları ne ölçüde gerçekleştirebildiklerini inceledikleri, 2659 hasta üzerinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada hastaların önemli bir kısmının en temel tıbbi yönergeleri okumakta ve anlamakta yetersiz kaldıkları gözlenmiştir (57). Çalışmaya katılan hastaların 1106’sı (%41,6) aç karnına ilaç almaları gerektiğini, 691’i (%26) bir sonraki randevu tarihini, 1582’si (%59,5) ise standart bilgilendirilmiş onam yazısının içeriğini anlayamamıştır. Yapılan çalışma ile yetersiz sağlık okuryazarlığının, hastaların kendi hastalıklarının teşhis ve tedavisini anlamalarında ve yüksek kalitede tedavi görmelerinde önemli bir engel olabildiği sonucuna varılmıştır.

Amerika’da her 10 yılda bir yapılan ve US Department of Education tarafından yürütülen 19000 yetişkinin dâhil edildiği National Assessment of Adult Literacy (NAAL) 2003 araştırmasına göre yetişkinler sağlık okuryazarlığı açısından “temel altı, temel, orta, yeterli” olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Bu çalışmaya göre Amerika’da yaşayan yetişkinlerin sadece %13’ünün sağlık

okuryazarlığının yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur. %36'sı da sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bulunmuştur. Bunun %14'ü temel altı ve %22'si temel düzey sağlık okuryazarlığına sahiptir (58).

UNESCO 2012 yılı verilerine göre Türkiye'de genel okuma-yazma oranı 15 yaş ve üstü kadınlarda %91,60, erkeklerde %98,26 olmak üzere toplamda %94,92'dir (gelişmiş ülke ortalaması %99,66). Benzer şekilde 2012 yılı verilerine göre Türkiye'de 25 yaş ve üstü nüfusta ortalama okullaşma süresi kadınlarda 6,7 yıl, erkeklerde 8,5 yıl ve toplamda ise 7,6 yıldır (ABD'de 12 yıl) (59). Görüldüğü üzere genel okuryazarlık oranı ve okullaşma süresi açısından Türkiye gelişmiş ülkelerin gerisinde yer almaktadır.

Türkiye'de Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda Türkiye toplumunun %64,6'sının "sorunlu veya yetersiz" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı izlenmektedir. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı 30,4 olan Türkiye, sağlık okuryazarlığında Avrupa ortalamasının oldukça gerisinde kalmaktadır. "Yeterli ve mükemmel" sağlık okuryazarlığı kategorisi içerisinde yer alan kişilerin payı %35,4'tür, başka bir deyişle; Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (4).

Planlama, yönetimin ilk ve en önemli fonksiyonudur. Eylem planlamasının bir ya da birden fazla hedef belirleyerek bunlara ulaşmak için gerekli araç ve yolların önceden saptanmasına verilen addır. Hedef geliştirme ve bu hedeflere ulaşmak için çeşitli alternatifleri değerlendirmelerini kapsayan süreçleri içerir.

Eylem Planı İlkeleri şu şekilde kategorize edilebilir.

- *İstek ve Güdüleme:* Planlama için istekli olunmalı
- *Zamanlama:* Hedefe tamamen ulaşma anına kadar geçen sürenin uzunluk ya da kısalığı çok önemlidir.

- *Alternatifleme:* Hedefler ve bunlara ulaştıracak davranış biçimleri arasındaki ilişkileri belirleyip süreçte karşılaşacak istenmeyen durumlarla mücadele
- *Strateji Seçimi:* Strateji doğru alternatiflerle belirlenen yolda yürüme becerisidir.
- *Esneklik:* Bir takım kesini belirgin, o kadar kesin olmayan ve bazen de belirsiz ve değişken etmenler değerlendirilerek hazırlanmalıdır.

Eylem planı oluşturmada; öncelikle sorun hakkında bilgi toplanır ve istatistiklerle sorun ortaya konulmaktadır. Bunu takiben vizyon, misyon, hedef, strateji ve eylem planı basamakları yürürlüğe girer (60).

Oluşturulan ulusal eylem planı; topluluğun sorunlarını anlamasına yardımcı olarak, kapsayıcı ve entegre katılımı sağlayarak, ne yapılması gerektiğine dair fikir birliği oluşturarak ve harekete geçmek için somut yolları belirterek topluma yardımcı olmaktadır.

Dünya’da uygulanan eylem planlarına bakıldığında, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İskoçya, Galler, Avustralya’da uygulanan planlar ön plana çıkmaktadır (1, 61-64).

Almanya’da yürürlüğe konulan eylem planına göre; Almanya’da yaklaşık her iki bireyin birinde sağlık okuryazarlığı sınırlıdır. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişiler, sağlıkla ilgili bilgileri bulmayı, anlamayı ve değerlendirmeyi başaramamaktadır. Bu nedenle, ulusal uzman bir komite, ulusal eylem planını yürürlüğe koymuştur (62).

Eylem planına göre;

- Sosyal ve sağlık eşitsizliğinin azaltılması
- Bireysel ve yapısal koşulların değiştirilmesi
- Etkili katılım
- Dijitalleşme potansiyelinin değerlendirilmesi
- Toplumun her kesiminden aktörler arasındaki işbirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmaktadır.

Plan; genişletilmiş sağlık okuryazarlığı araştırması, günlük yaşamda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı ve kronik hastalık ve sağlık sistemini daha kullanışlı yapmak eylem alanlarına odaklanmaktadır.

Eylem planına göre 15 özel öneri, şu şekilde belirlenmiştir.

1. Hayatın erken dönemlerinde sağlık okuryazarlığını güçlendirmek için eğitim sistemini hazırlamak
2. İşyerinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi
3. Tüketim ve beslenme ile ilgili kararlarla ilgili olarak sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi
4. Medyada sağlık okuryazarlığını geliştirmek
5. Yerel olarak sağlık okuryazarlığını güçlendirmek için toplulukları güçlendirmek
6. Sağlık sisteminin her seviyesinde sağlık okuryazarlığı standartlarını belirlemek
7. Sağlık sisteminin yönlendirilmesini sağlamak, şeffaflığı arttırmak, idari engelleri azaltmak
8. Sağlık çalışanları ile iletişimi geliştirmek
9. Sağlık bilgilerini daha kullanışlı hale getirmek
10. Hasta katılımının geliştirilmesi ve güçlendirilmesini sağlamak
11. Sağlık okuryazarlığının kronik hasta bakımıyla entegrasyonunu sağlamak
12. Kronik hastalık ile yeterli düzeyde başa çıkma ve bunların etkilerini geliştirme ve desteklemek
13. Öz-yönetimin güçlendirilmesini sağlamak
14. Günlük yaşam aktiviteleri ile başa çıkmada sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi
15. Sağlık okuryazarlığına yönelik araştırmaların genişletilmesi(62)

Amerika Birleşik Devletleri'nde Mayıs 2010'da Sağlık ve İnsani Hizmetler Bölümü tarafından “ The National Action Plan to Improve Health Literacy- Sağlık Okuryazarlığını İyileştirmek için Ulusal Eylem Planı” yayınlanmıştır (61). Ulusal Eylem Planı için oluşturulan altı ilke; multidisipliner yaklaşım, stratejik ve kanıt

dayalı olma, sürekli değerlendirme, kamuoyunu sürekli eğitmek, yasaları, politikaları ve diğer kurumları dahil etme, en son etkilenen sınırlı okuryazarlığı olan toplulukları dahil etmek olarak belirlenmiştir.

Eylem planının vizyonu; herkesin doğru, uygulanabilir sağlık bilgilerine erişimini sağlamak, kişi merkezli sağlık bilgisi ve hizmetlerini sunmak ve sağlığı geliştirmek için yaşam boyu öğrenmeyi ve becerileri geliştirmeyi desteklemek olarak belirlenmiştir.

ABD SOY ulusal eylem planındaki 7 temel hedef ise şu şekildedir;

1. Doğru, erişilebilir ve uygulanabilir olan sağlık bilgilerini geliştirmek ve yaymak
2. Sağlık hizmetlerine erişimi iyileştiren sağlık hizmeti sunum sistemindeki değişiklikleri teşvik etmek
3. Erken çocukluk-üniversitede eğitimler planlamak
4. Yetişkin eğitimi, İngilizce dil eğitimi ve toplumda kültürel ve dilsel olarak uygun sağlık bilgi hizmetlerini sağlamak için yerel çabaları desteklemek ve genişletme (Toplum tabanlı eğitim)
5. Ortaklıklar, iş birliği oluşturmak, rehberlik oluşturmak ve politikaları değiştirmek
6. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için temel araştırmaları ve uygulamaların ve müdahalelerin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi
7. Kanıta dayalı sağlık okuryazarlığı uygulamalarının ve müdahalelerin yayılmasını ve kullanımını arttırmak (65).

2.4. Sağlık Hizmetleri

2.4.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı

Sağlık hizmetleri kısaca “Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümü” olarak tanımlanabilir (18). Tanımdan anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite

edici sağlık hizmetleri olarak 3 ana başlıkta incelenebilir. Modern sağlık tanımının içerdiği tam iyilik halinin anlaşılabilmesi için bunlara dördüncü bir başlık olarak sağlığın geliştirilmesini de eklemek gerekir. Sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı bir tanımı ise “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi, kişilerin ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması hastaların tedavi edilmesi, tam olarak iyileşmeyeip sakat kalanların, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için rehabilite edilmesi ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü” şeklinde yapılabilir (66).

Temel sağlık hizmetleri, topluma yaşadığı ve çalıştığı yerde kesintisiz hizmet sunmayı amaçlar. Bu hizmetler halkın gereksinimlerine dayanan, toplum ve ailelerin aktif katılımına gerek duyan, diğer sektörlerle işbirliği içinde çalışan, uzmanlaşmamış sağlık personeli tarafından yürütülebilen hizmetlerdir (67).

2.4.2. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin dört boyutu vardır.

2.4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri erken ölümden, hastalanmaktan, yaralanmaktan ve sakat kalmaktan korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Bu korumanın da üç ayrı boyutu vardır. Birincil korunma; hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler olarak söz konusu hastalığın görölmesini önlemektir. İkincil korunma; hastalıkların belirtisiz dönemlerinde veya belirtilerin hafif olduğu dönemlerde teşhis edilip tedavi edilmeleridir. Üçüncül korunma ise hastalığın klinik bulgu ve

belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar (66). Koruyucu sağlık hizmetleri başka bir sınıflamaya göre çevreye ve insana verilen koruyucu sağlık hizmetleri olarak da ele alınabilir. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri doğrudan bireylere götürülen hizmetlerdir. Ana öğeleri; bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, sağlık eğitimi, beslenmenin iyileştirilmesi, aile planlaması, kişisel hijyenin geliştirilmesidir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin amacı ise çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörlerin insanları etkilemelerini önleyerek kişisel sağlıklarını koruyabilmektir. Bunlar arasında atıkların zararsız duruma getirilmesi, vektörlerin kontrolü, temiz su sağlanması, gıda kontrolü gibi hizmetler sayılabilir (18, 66).

2.4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınır.

1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında verilir. Aile sağlığı merkezleri (ASM) dispanserler ve işyeri tabipliklerince verilen hizmetler bu hizmetlere örnektir. Bu basamaktaki imkanlarla teşhis veya tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamağa sevk edilirler (18, 66).
2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda yatırılarak tedavileridir. Uzman hekimlerce hizmet verilmektedir (66).

3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: En geniş teşhis ve tedavi imkanlarına sahip yataklı tedavi kuruluşlarınca verilen hizmetlerdir. Özel dal ve eğitim hastaneleri bunlara örnektir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojisinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir (18, 66).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar biçiminde ele alınmasının temel nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamak içindir. Bu sistemde hasta acil haller dışında ilk olarak birinci basamağa başvurmalıdır. Böylece zaman kayıpları önlenecek, hastaneler gereksiz hasta yükünden kurtulacak, hizmet kalitesi yükselecek ve maliyetler azalacaktır (18, 66).

2.4.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon bedence veya ruhça sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar (66).

2.4.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreci kapsar (66).

2.4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Koruyucu hizmetlerle birlikte evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağı birinci basamak sağlık hizmetleridir (68). Sağlık hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak ayrılmasının ana nedeni, bir sağlık sorunu sebebiyle oluşan bakım ihtiyacını, bireylerin ilk başvuru noktasında almaları ve bu başvuru noktasına her zaman kolaylıkla erişebilmelerinin sağlanmasıdır (16).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, toplum sağlığına birçok yararı vardır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir (69):

1. Öncelikli ve gereksinim duyulan hizmetlere daha çok ulaşılabilirlik, eşitsizliklerin azaltılması
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütüncül hizmet sunması
3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini koruyucu hizmetlerin oluşturması
4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisi için çok uygun olması
5. Birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin sinerjik etkisi
6. Uzman hizmetlerine olan gereksinimi azaltması

Daha iyi organize edilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerine sahip sağlık sistemleri uzmanlaşmış hizmetlere odaklanmış sağlık sistemlerine göre düşük maliyetlerle daha iyi sağlık göstergelerine ve daha yüksek toplum memnuniyetine ulaşabilmektedir (16, 70).

Yapılan çalışmalarda birinci basamakta çalışan hekim sayısının fazla olduğu ülkelerde yoksul ve varlıklı bölgeler arasında daha düşük oranlarda sağlık göstergeleri arasında eşitsizliğin olduğu, daha düşük oranlarda temel ölüm nedenlerine bağlı ölüm hızlarının görüldüğü, daha düşük oranlarda hastaneye yatış,

daha düşük bebek ölüm hızı, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı ve daha yüksek algılanan sağlık düzeyinin olduğu gösterilmiştir (71, 72). Ayrıca düzenli birinci basamak ekibi izlemi altında olanların daha sağlıklı oldukları, 5 yıllık dönemdeki ölümlülük oranlarının daha düşük olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerine (bağışıklama ve tarama programlarına) ulaşılabilirlik oranlarının daha yüksek, düşük doğum ağırlıklı bebek oranlarının ise daha düşük olduğu da kanıtlanmıştır (73).

Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Verem Savaş Dispanserleri (VSD), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birinci basamak sağlık hizmetleri arasında sayılmaktadır.

2.4.3.1. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde vurgulanması gereken hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili, aile hekimin görev, yetki ve sorumluluklarına dair maddeler aşağıda listelenmiştir

- 1) Aile hekimi; aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği **kişiyeye yönelik sağlık hizmetlerini** yürütmekle yükümlüdür.
- 2) Aile hekimi; kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiyeye yönelik **koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini** bir ekip anlayışı içinde sunar.
- 3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için **altı ay içinde** ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek

- 4) **Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri** ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak
- 7) 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
- 8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere **evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin** yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek
- 9) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan **hastaları sevk etmek**, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak
- 10) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak **sağlık kayıtlarını tutmak** ve gerekli bildirimleri yapmak
- 11) Kendisine kayıtlı kişileri **yılda en az bir defa** değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek
- 12) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak

- 13) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek
- 14) Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür.
- 15) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ***tam gün esasına*** göre çalışırlar .
- 16) Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır .
- 17) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin içeriği Kurum tarafından belirlenir. Birinci aşama eğitim programının süresi en çok on gündür. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.
- 18) Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak ***aile hekimleri tarafından temin edilir***
- 19) Teşhis ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ya da laboratuvar tetkikleri aile sağlığı merkezlerinde yapılabilir. Aile hekimlerinin istediği laboratuvar tetkikleri öncelikle halk sağlığı laboratuvarı olmak üzere müdürlüğün uygun gördüğü bir laboratuvarda yaptırılır.
- 20) Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. ***Gerek görülmesi***

halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler (74).

Aile Hekimlikleri'nin Sınıflandırılma Şartları Tablo 1'de gösterilmiştir (75).

Tablo 1. *ASM'lerin Sınıflandırılma Şartları, Gölbaşı, 2018.*

BİRİM SAYISI VE GRUBA GÖRE GRUPLANDIRMA KRİTERLERİ TABLOSU						
GRUPLANDIRMA ŞARTLARI	ASM'DE GRUPLANDIRILMIŞ BİRİM SAYISI	A GRUBU	B GRUBU	C GRUBU	D GRUBU	GRUPLAMA
ELEKTRONİK SIRA TAKİP SİSTEMİ	SAYIDAN BAĞIMSIZ	+	+	+	+	YOK
BEKLEME ALANLARI LCD, LEDTV	SAYIDAN BAĞIMSIZ	+	+	+	+	YOK
AŞILAMA VE BEBEK-ÇOCUK İZLEMLERİ ODASI	1,3	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK
	4,7	1 ODA	1 ODA	1 ODA	YOK	YOK
	8,11	2 ODA	2 ODA	2 ODA	YOK	YOK
	12,15	3 ODA	3 ODA	3 ODA	YOK	YOK
GEBE İZLEM VE ÜREME SAĞLIĞI ODASI	1,3	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK
	4,7	1 ODA	1 ODA	YOK	YOK	YOK
	8,11	2 ODA	2 ODA	YOK	YOK	YOK
	12,15	3 ODA	3 ODA	YOK	YOK	YOK
BEBEK EMZİRME ODASI	SAYIDAN BAĞIMSIZ	+	YOK	YOK	YOK	YOK
TIBBİ MÜDAHALE ODASI	1,7	1 ODA	1 ODA	1 ODA	1 ODA	1 ODA
	8,11	2 ODA	1 ODA	1 ODA	1 ODA	1 ODA
	12,15	3 ODA	1 ODA	1 ODA	1 ODA	1 ODA
TEMİZLİK PERSONELİ (HAFTALIK ASGARİ 10 SAAT)	BİRİM BAŞI 10 SAAT	+	+	+	+	YOK
YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ (HAFTALIK ASGARİ 10 SAAT)	BİRİM BAŞI 10 SAAT	+	+	+	YOK	YOK
İLAVE YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ (HAFTALIK ASGARİ 10 SAAT)	BİRİM BAŞI 10 SAAT	+	YOK	YOK	YOK	YOK
ESNEK MESAİ UYGULAMASI	TEK BİRİMLİ ASM	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK
	BİRİM SAYISI > 1 ASM	+	+	YOK	YOK	YOK
ASM WEB SİTESİ	SAYIDAN BAĞIMSIZ	+	YOK	YOK	YOK	YOK
ENGELLİ TUVALETİ	SAYIDAN BAĞIMSIZ	+	YOK	YOK	YOK	YOK
BEBEK DOSTU AİLE HEKİMLİĞİ	SAYIDAN BAĞIMSIZ	+	+	+	+	YOK
ASM GÜVENLİK KAMERA SİSTEMİ	BİRİM SAYISI ≥ 3 ASM	+	+	+	+	+
	BİRİM SAYISI < 3 ASM	+	+	+	YOK	YOK

2.4.3.2. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Bağlı Birimler Yönetmeliği

Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde

sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşunu ifade eder (76).

TSM Görev ve Yetkileri :

A. İdari ve Mali İşler

TSM'nin idari ve mali işlere ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlıktan veya diğer kurumlardan gelen genelge, talimat ve yazıları bölgesindeki sağlık birimlerine ve ilgili diğer birimlere ulaştırmak,
- b) Demirbaş kayıtlarının tutulmasını sağlamak ve denetlemesini yapmak,
- c) İlaç, tıbbi sarf ve diğer malzeme ihtiyaçlarını tespit ederek temin edilmeleri için müdürlüğe bildirmek,
- ) Döner sermaye işlemlerinin yürütülmesinde, müdürlükçe kendisine verilen görevleri yapmak,
- d) Müdürlük şubelerinin görev tanımlarındaki işlerin sahadaki uygulamalarını yürütmek,
- e) Aile sağlığı merkezi çalışanlarının göreve başlama veya ilişik kesme gibi işlemleri ile müdürlük yetkilendirdiği takdirde, aile sağlığı çalışanlarının izinli olduğu durumlarda personel görevlendirilmesine dair işlemleri ve yazışmalarını yürütmek,
- f) Aile hekimlerinin çalışma saatlerine uyumunu ve çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek,
- g) Müdürlük tarafından toplum sağlığı merkezi personeli arasından görevlendirilen harcama yetkilisi mutemedinin, verilecek avansı usulüne uygun olarak kullanmasını sağlamak (76) .

B. Kayıt ve İstatistik

TSM'nin kayıt ve istatistiğe ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlığın belirlemiş olduğu standartlara uygun olarak bölgedeki sağlık hizmeti sunucularından veri toplamak, yürütülen hizmetlerin kayıt ve istatistiklerini elektronik veya basılı ortamda tutmak, olağanüstü durumlarda bölgedeki sağlık hizmeti sunucularından yazılı olarak da veri toplamak, topladığı verileri zamanında müdürlüğe iletmek,
- b) Aile hekimini değiştirmek isteyen veya aile hekimine yeni kayıt olmak isteyen bireylerin başvurularını kabul etmek ve mevzuata uygun olması durumunda bu talepleri karşılamak,
- c) Bölgesinde ikamet etmesine rağmen aile hekimliğine kaydedilememiş kişilerin, ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyon içerisinde en uygun aile hekimine kaydedilmelerini sağlamak,

C. Plan ve Program Yapma

TSM'nin plan ve program yapmaya ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgesindeki toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık risk ve sorunlarını belirlemek amacıyla program yapmak; Kurumun hazırlamış olduğu plan ve programları sahada yürütmek,
- b) Görev tanımına giren konularda bölgesi ile ilgili faaliyet planını hazırlamak, sonuçları izlemek ve değerlendirmek ve altı aylık periyodlarla (Ocak-Temmuz) hazırlayacağı faaliyet plan ve raporlarını müdürlüğe sunmak,
- c) Aile sağlığı merkezleri arasında koordinasyonu sağlamak, planlanan hizmetler ile ilgili olarak aile hekimlikleriyle işbirliği içerisinde çalışmalar yapmak,
- ç) Aile hekimlerine laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri ve eğitim konularında destek vermek,

d) Bölgede ihtiyaç duyulan aile sağlığı merkezlerinin veya birimlerinin sayıları ve yerleri ile buralarda çalışacak aile sağlığı çalışanlarının sayılarını planlayarak müdürlüğe sunmak,

e) Bakanlık veya Kurum tarafından gönderilen her türlü materyal, ilaç ve malzemenin aile sağlığı merkezlerine ulaşmasını sağlamak,

f) Aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetlerden kişisel ve toplumsal boyutu olan bebek ve çocuk sağlığı, gebe ve lohusa takibi, aşı, aile planlaması vb. işler için hem aile hekimleri arasında hem de diğer ilgili kurumlar arasında koordinasyonu sağlamak,

g) İkinci basamak sağlık kuruluşlarından geri bildirimlerin yapılması ve değerlendirilmesinde oluşabilecek aksaklıkları tespit ederek bu aksaklıkların giderilmesine dair çalışmalar yapmak,

ğ) Toplum sağlığı merkezi tarafından rutin olarak yapılmayan ancak Bakanlık veya Kurumca yürütülen tarama, kampanya, aşılama hizmetleri gibi işleri, bölgesindeki aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içinde yapmak ve/veya yaptırmak.

D. Diğer Kurumlarla İşbirliği

TSM'nin diğer kurumlarla işbirliğine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Hizmetin her aşamasında ilgili üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları, özel kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapmak,

b) Bakanlık veya Kurum ile üniversiteler arasında imzalanacak olan protokol esasları çerçevesinde oluşturulacak Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezleri vasıtasıyla, başta halk sağlığı alanında olmak üzere, sağlık personeli yetiştiren üniversitelerde mezuniyet öncesi ve sonrası öğrenim görenler ile Kurum personelinin teorik ve uygulamalı eğitimlerine katkı sağlamak; sağlıkla ilgili programlarda eğitim gören mezuniyet öncesi ve sonrası öğrencilerin toplum sağlığı merkezi ve bölgedeki diğer sağlık kuruluşlarının çalışma ve uygulamalarına katılımlarına destek vermek; halk sağlığı ve epidemiyoloji araştırma görevlileri

başta olmak üzere ilgili üniversitelerde eğitim gören araştırma görevlilerinin toplum sağlığı merkezi faaliyetleri içinde görev almalarını sağlamak,

c) Üniversiteler başta olmak üzere bilimsel nitelikte araştırma yapan kurumların, Kurum veya müdürlükle işbirliği içerisinde yapacakları sağlıkla ilgili araştırmaları ve projeleri desteklemek ve katkıda bulunmak,

ç) Kurum veya müdürlük tarafından hazırlanan programlar çerçevesinde bölgesinde çalışan personelin eğitimlerini bölge içi veya dışındaki kurumlar ile işbirliği içinde sağlamak.

E. İzleme ve Değerlendirme Çalışmaları

TSM'nin izleme ve değerlendirme çalışmalarına ilişkin görevleri şunlardır:

a) Bölgesindeki hizmet sunucularının verdikleri koruyucu sağlık hizmetlerinin mevzuat/sözleşme hükümlerine uygunluğunu izlemek ve değerlendirmek, hazırlayacağı raporu müdürlüğe iletmek,

b) Bağlı birimlerin hizmetlerine yönelik çalışmalarını ve çalışma düzenine uyumlarını izlemek ve değerlendirmek, hazırlayacağı raporu müdürlüğe iletmek,

c) Bölgesindeki aile hekimliği birimlerinin çalışma düzenine uyumlarını ilgili mevzuatına göre izlemek ve değerlendirmek, hazırladığı raporu müdürlüğe iletmek,

ç) Bölgesinde hizmet veren aile hekimliği birimlerinin çalışmalarını ve kayıtlarını ilgili mevzuatına göre izlemek ve değerlendirmek amacıyla aile sağlığı merkezlerini ziyaret etmek, mevzuatın izin verdiği sınırlar çerçevesinde her türlü kayıtlarına erişmek, elde ettiği verileri ve yaptığı değerlendirmeleri öncelikli olarak aile sağlığı merkezi çalışanlarına yazılı ya da sözlü olarak, ayrıca altışar aylık dönemlerde de müdürlüğe yazılı olarak ya da elektronik ortamda bildirmek, bu görevi yaparken hasta ve çalışan hakları ile kişisel mahremiyetin korunması ilkelerine riayet etmek,

- d) Bölgesinde hizmet veren aile hekimliği birimlerinin gezici sağlık hizmeti planlarını bir önceki ayın son haftası içinde aile hekimlerinden almak, plana uyulup uyulmadığını izlemek ve değerlendirmek, hazırladığı raporu müdürlüğe bildirmek,
- e) Hasta hakları ile ilgili çalışmaların yürütülmesini sağlamak, yapılan çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek.

F. Bulaşıcı hastalıklar, Bağışıklama ve Salgın Kontrolü

TSM'nin bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolüne ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlığın veya Kurumun yürüttüğü programlara uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık ve bağışıklama verilerini toplamak, kayıtlarını tutmak, değerlendirmek, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli tüm tedbirleri almak ve/veya alınmasını sağlamak ve tüm düzeylerde geri bildirim yapmak,
- b) Bakanlığın veya Kurumun bulaşıcı hastalıklar sürveyansı ve bağışıklama mevzuatına uygun olarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının bulaşıcı hastalık ve bağışıklamaya ilişkin bildirimlerinin uygunluğunu izlemek ve kalitesini değerlendirmek, geri bildirimlerde bulunmak, bildirimlerde sorun tespit edildiğinde gerekli müdahaleleri yapmak ve/veya gereği için müdürlüğe rapor etmek,
- c) Mevzuatla belirlenen bulaşıcı hastalık olgularına yönelik filyasyon çalışmalarını yürütmek ve kayıtlarını tutmak; bu çalışmaları yürütürken, müdürlüğün gerekli gördüğü durumlarda, ilgili aile hekimlerini filyasyon ekibine katarak belirlenen sorunlara yönelik gerekli önlemleri almak veya aldırarak; kişinin kayıtlı olduğu aile hekimi başka bir toplum sağlığı merkezinin bölgesinde ise yapılan filyasyon sonucunu ilgili toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- ç) Bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirlemek; müdürlük tarafından tedarik edilen aşı, ilaç, antiserum ve diğer malzemeleri usulüne uygun olarak saklamak; müdürlük ile koordineli olarak bunların, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına dağıtımının yapılmasını sağlamak,

- d) Soğuk zincir sisteminin düzgün olarak işlemlerini sağlamak; en az aylık periyotlarla, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında izleme ve değerlendirme yapmak, tespit ettiği soğuk zincir kırılmalarını müdürlüğe bildirmek,
- e) Bağışıklama hizmetleri ve tüberkülin cilt testi (PPD) konusunda sağlık personeli eğitimlerini planlamak, eğitimleri vermek veya verilmesini sağlamak,
- f) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında aile hekimleri tarafından uygulanan bağışıklama hizmetlerinin izleme ve değerlendirmesini yapmak,
- g) Konu ile ilgili mevzuata göre belli yaş ve nüfus gruplarına uygulanan (okul çağı yaş grubu gibi) aşılama ve destek aşılama hizmetlerini aile sağlığı merkezleriyle işbirliği içerisinde yürütmek,
- ğ) Okul çağı, hac ve umre, hareketli nüfus (tarım işçileri, göçmenler gibi) ve riskli bölgede salgın kontrolü aşılama dahil destek aşılama çalışmalarını aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içerisinde yürütmek ya da yürütülmesini sağlamak, bu çalışmalara bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımını sağlamak ve takibini yapmak,
- h) Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirim olmasında ASİE formunun eksiksiz olarak doldurulmasını sağlamak ve müdürlüğe bildirmek,
- ı) Gerekli durumlarda aşı, antiserum ve ilaçlar ile ilgili materyalden numune alınmasını ve müdürlüğe gönderilmesini sağlamak,
- i) Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı hastalıklar, salgın kontrolü, sürveyans ve bağışıklama hizmetleri konusundaki teorik ve uygulamalı eğitimlerini müdürlük ile koordineli olarak planlamak ve uygulanmasını sağlamak,
- j) Kurum tarafından gerekli görüldüğü hallerde gerçekleştirilen aşı kampanyalarını veya aşı uygulamalarını kendi bölgesinde yapmak veya yapılmasını sağlamak, bu çalışmalara bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımının takibini yapmak,

- k) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek faktörleri tespit etmek ve izlemek; konu hakkında gerekli önlemleri almak ve/veya alınması için ilgili kurumlarla işbirliği yapmak,
- l) Bulaşıcı hastalıklar konusunda halk eğitimi çalışmalarını planlamak ve yürütmek,
- m) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgını olduğunda, ilgili mevzuatına göre, aile hekimleriyle birlikte, tüm sağlık kuruluşları ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak her türlü salgın kontrol önlemlerini almak; bölgedeki sağlık çalışanlarını, ilgili kurum ve kuruluş çalışanlarını ve halkı bilgilendirerek kişi ve toplum farkındalığı oluşturmak; ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından alınan tedbirleri izlemek ve sürdürülmesini sağlamak,
- n) Bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer alan bulaşıcı hastalıkların bildirimlerini kabul etmek; bildirimlerde sorun var ise bunları saptamak ve iyileştirilmesini sağlamak,
- o) Ulusal Hastalık Kontrol Programları çerçevesindeki özel sürveyans çalışmalarını yürütmek; numune nakline yönelik özel besiyerleri, numune nakil kapları gibi özellikli malzemeleri, müdürlükten temin ederek aile hekimleri ve ilgili birimlere ulaştırmak; numunelerin uygun yöntemlerle alınma durumunu izlemek ve değerlendirmek, numunelerin müdürlüğe uygun koşullarda naklini sağlamak,
- ö) Kurum ve müdürlük tarafından bazı bulaşıcı hastalıklara veya bulaşıcı hastalık komplikasyonlarına yönelik olarak temin edilen ilaçların aile hekimleri ve/veya diğer sağlık kurum ve kuruluşları aracılığıyla ilgili kişilere ulaşmasını sağlamak,
- p) Pandemilere (grip, SARS gibi) yönelik bölgesel planları yaparak müdürlüğün onayına sunmak; bu planları aile hekimleri ile paylaşmak ve takibini yapmak,
- r) Bölgesinde bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama hizmetleri konusunda yapılacak olan saha araştırmalarına katılmak ve destek sağlamak; gerektiğinde bölgesinde sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla saha araştırmaları planlamak ve gerekli izinleri alarak yapmak,

s) Bölgesinde görülme ihtimali olan veya görülen bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalarda ilgili birim, kurum ve kuruluşlarla her türlü iş birliğini yapmak,

ş) Bulaşıcı hastalıklar alanında mevzuat ile öngörülen diğer görevleri yapmak.

G. Tüberküloz Kontrol Hizmetleri

TSM'nin tüberküloz (verem) kontrol hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Aile hekimi tarafından sevk edilen veya toplum sağlığı merkezine bildirilen bölgedeki şüpheli kişinin kayıtlarını tutmak ve takip etmek,

b) Hastane tarafından kesin tanısı konulan ve toplum sağlığı merkezine bildirilen verem hastalarının bilgilerini tüberkülozlu hastalar listesine kaydetmek, tedavisi ve izlenmesini programlamak ve bu bilgileri, tanı konulan kişinin kayıtlı olduğu aile hekimine ve müdürlüğe bildirmek,

c) Verem tanısı konmuş hastaların ve koruma tedavisine alınmış temaslıların ilaçlarını aylık olarak, kayıtlı olduğu aile hekimine veya doğrudan gözetimli tedavi uygulama gözetmenine ulaştırmak; aile hekiminin veya gözetmenin, belirlenen programa uygun olarak hastasını izlemesini, ilaçlarını doğrudan gözetim ile vermesini ve kontrolünü düzenli olarak yapmasını sağlamak; müdürlük tarafından bu iş ve işlemlere yönelik olarak yapılan denetimlere katkı vermek,

ç) Verem hastalarının ve temaslılarının, tanı ve izlenmesi amacıyla balgam incelemesi, röntgen ve diğer tanı hizmetlerini yürütmek veya bu işler için kişileri ilgili sağlık kuruluşuna sevk ederek takibini yapmak,

d) Sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarına yönelik olarak belli aralıklarla eğitim programları düzenlemek,

e) Her ay yeni tedaviye alınan, tedavide olan, tedaviden çıkan, ilaçsız kontrole ayrılan, korumaya alınan ve korumadan çıkanlardan ve veremli hastaların temaslılarından kontrolü gerekenleri, kişinin kayıtlı olduğu aile hekimine

bildirmek; aile hekimleriyle işbirliği içinde çalışarak bu hizmetlerin yürütülmesini sağlamak,

f) Uyumsuz hastaları, gerekli tedbirlerin alınması için müdürlüğe bildirmek ve uygun önlemlerin alınmasında görev almak.

H. Zoonotik ve Vektörel Hastalıkların Kontrolü

TSM'nin zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili olarak Bakanlığın öngördüğü çalışmaları yapmak, ilgili kuruluşlarla iş birliğinde bulunmak ve verileri müdürlüğe iletmek,

b) Müdürlüğün koordinasyonunda zoonotik ve vektörel hastalıklar ile ilgili plan ve program yapmak; bu kapsamda ilaçlı tedavi, vektör mücadelesi gibi çalışmaları planlamak, uygulamak ya da uygulanması için önlemler almak,

c) Bakanlıkça yürütülen programlar çerçevesinde, belirlenen zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili gerekli tetkik ve tedavilerin sağlık kuruluşlarında veya yerinde yapılmasını sağlamak,

ç) Sıtma sürveyans çalışmalarını planlamak, koordine etmek ve raporlamak,

d) İlgili mevzuata göre zoonotik ve vektörel hastalık bildirimlerini yapmak,

e) Özel programı bulunan zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili olarak Bakanlıkça tedarik edilen, tedavide kullanılan ilaç ve malzemelerin dağıtımını, kullanımını ve kontrolünü sağlamak,

f) Hastaların tedavi sürecini aile hekimleri ile koordineli olarak takip etmek ve müdürlüğe bildirmek,

g) Belli aralıklarla sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarına Bakanlıkça planlanan eğitim programlarını düzenlemek.

I. Erken Uyarı ve Cevap Sistemine İlişkin Hizmetler

TSM'nin erken uyarı ve cevap sistemine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgesindeki akut halk sağlığı tehditlerini tespit ederek risklerini değerlendirmek ve müdürlüğün koordinasyonunda uygun kontrol önlemlerini, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde uygulamak ya da uygulanmasını sağlamak,
- b) Bu kapsamda yapılan hizmetleri, mevzuatta belirlenen standartlara göre yürütmek ve kayıt altına almak.

J. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolüne İlişkin Hizmetler

TSM'nin bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolüne ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Kurumun kanser, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve risk faktörleri konularında önleme, koruma, erken tanı ve kontrolüne yönelik olarak düzenlediği proje ve programları bölgede yürütmek ve/veya yürütülmesini sağlamak,
- b) Kanser, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörlerine yönelik eğitim ve rehberlik hizmetleri vermek,
- c) Bölgedeki sağlık kuruluşlarının (aile hekimliği birimleri, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık kuruluşları gibi) kanser, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri (tütün kullanımı, obezite, beslenme yetersizliği, fiziksel inaktivite, alkol kullanımı gibi) ile ilgili verilerini ve bilimsel çalışmalarını izlemek, epidemiyolojik çalışma yapmak veya yapılmasını sağlamak,
- ç) Bölgede sık görülen hastalık ve durumları belirleyerek bunların önlenmesi için programlar geliştirmek, geliştirilmiş olan programları uygulamak veya bölgedeki sağlık kuruluşları ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak uygulanmasını sağlamak.

K. Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri

TSM'nin kadın ve üreme sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri hakkında topluma yönelik eğitim programlarını planlamak ve uygulamak,
- b) Aile hekimliği birimleri tarafından verilen kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun biçimde verilmesini sağlamak,

- c) Aile hekimleri ve/veya aile sağlığı elemanlarına üreme sağlığı, rahim içi araç uygulaması ve ilgili diğer teorik ve beceri kazandırma eğitimlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- ç) Bölgesindeki sağlık kuruluşlarının (aile hekimliği birimleri, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık kuruluşları gibi) kadın ve üreme sağlığı hizmetleri ile ilgili verilerini ve bilimsel çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek,
- d) Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermek ve evlilik işleminin için gerekli sağlık raporunun aile hekimlerince verilmesini sağlamak,
- e) Üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık personelini iş başında izlemek ve değerlendirmek,
- f) Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin daha etkin yürütülebilmesi için yerel idareciler ve toplum liderleri başta olmak üzere ilgili kişi, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak ve verilecek hizmetleri planlamak,
- g) Bu alanda Bakanlıkça planlanan programları yürütmek ve yürütülmesini sağlamak.

L. Ulusal Programlar ile İlgili Hizmetler

TSM'nin ulusal programlara ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bakanlık veya müdürlük tarafından gerekli görüldüğü hallerde; uygulanan aşı kampanyalarını kendi bölgesinde yapmak ve/veya yapılmasını sağlamak, bu çalışmalara, ihtiyaca göre, bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımını temin etmek,
- b) Ulusal Tütün Kontrolü Programı kapsamında kendi bölgesinde ve/veya müdürlüğün uygun göreceği yerlerde tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili denetim faaliyetlerinin yapılmasını ve takibini sağlamak,
- c) Bakanlık tarafından kararlaştırılan ulusal ya da bölgesel programları yürütmek ve/veya yürütülmesini sağlamak.

M. Adli Tıbbi Hizmetler ve Ölüm Kayıt Hizmetleri

TSM'nin adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Adli Tıp Kurumunun doğrudan hizmet vermediği yerlerde, adli tıbbi hizmetler konusunda Cumhuriyet Savcılığı, ilçe sağlık müdürlüğü, aile hekimliği birimleri ve diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile işbirliği içinde çalışarak bu hizmetlerin 25/1/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği çerçevesinde yürütülmesi sağlamak,
- b) Ölüm kayıt hizmetlerine dair iş ve işlemleri, 19/1/2010 tarihli ve 27467 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda yürütmek.

N. Acil Sağlık Hizmetleri

TSM'nin acil sağlık hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Görev tanımı içerisinde yer alan hizmetleri almak üzere başvuranlardan ihtiyacı olanlara, buldukları ekipmanlar ölçüsünde acil sağlık hizmeti sunmak ve bu hastaları acil sağlık komuta kontrol merkezine bildirmek,
- b) Müdürlükçe entegre sağlık hizmeti sunulan yerler kapsamına alınan ilçelerde, ilgili mevzuatı doğrultusunda acil sağlık hizmetlerini planlayarak uygulamak ve uygulatmak,
- c) Bölgesindeki acil sağlık hizmetleri istasyonlarına ilgili mevzuatı doğrultusunda gerekli lojistik desteği vermek.

O. Kaza ve Yaralanmalardan Korunma Hizmetleri

TSM'nin kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) İlçe sağlık müdürlüğü ile işbirliği içerisinde, ilk yardım bilinci oluşturmak üzere bölgesindeki halka yönelik olarak eğitim çalışmaları planlamak ve uygulamak,
- b) Günlük hayatta karşılaşılabilecek kazalar ve riskli durumlar hakkında halkın bilinç seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapmak.

P. Görüntüleme ve Laboratuvar Hizmetleri

TSM'nin görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Aile sağlığı merkezlerinde yapılamayan görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini müdürlüğün planlamaları doğrultusunda yapmak veya müdürlük tarafından uygun görülen bir sağlık kuruluşunun laboratuvarlarında yapılmasını sağlamak,
- b) İhtiyaç duyulan yerlerde, toplum sağlığı merkezleri bünyesinde halk sağlığına yönelik laboratuvar hizmetleri vermek.

R. Çevre Sağlığı Hizmetleri

TSM'nin çevre sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgesinde insan sağlığı ile ilgili her türlü çevre şartlarını izlemek ve değerlendirmek, önlem alınması gereken durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- b) İçme ve kullanma sularının kontrolünü yaparak bölgedeki yerleşim birimlerinde bulunan su kaynaklarının envanterini çıkarmak,
- c) İlgili mevzuata göre; bölgesinde yıllık ve aylık olarak yapılacak olan bakiye klor ölçüm sayısı ile kontrol ve denetim izleme sayısına göre hedefleri belirlemek, numune almak; verileri, veri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,
- ç) İlgili mevzuata göre; yüzme sezonu içerisinde, yüzme amaçlı kullanılan deniz ve/veya göl suyundan müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; ilgili verileri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,
- d) İlgili mevzuata göre; bölgesinde bulunan yüzme havuzlarından müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; tespit edilen

uygunsuzlukları müdürlüğe bildirmek; uygunsuzluk tespit edilmesi halinde uygunsuzluğun giderilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayarak alınan önlemleri takip etmek,

e) İlgili mevzuata göre; ambalajlı suların (kaynak, içme ve doğal mineralli su) piyasa denetimini yapmak; denetime ilişkin bilgi ve belgeler ile denetim sonuçlarını müdürlüğe bildirmek,

f) Gayri sıhhi müesseselerin, sıhhi müesseselerin, umuma açık işyerlerinin ruhsatlandırma ve denetimi kapsamında mevzuattan kaynaklanan görevleri yerine getirmek,

g) Hava kirliliği, gürültü, atıklar, elektromanyetik kirlilik ve diğer çevre sorunları konusunda alınan ve alınacak önlemlere yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,

ğ) Bölgesinde piyasa gözetim ve denetim hizmetleri kapsamında gerekli olan çalışmaları yürütmek,

h) Bölgesinde biyosidal ürünlerin üretim, satış ve kullanım yerlerinin denetim hizmetlerinin yapılması amacıyla gereken çalışmaları yürütmek,

ı) İlgili mevzuatına göre mezarlıkların yer seçimi ile alakalı işlemleri yapmak.

S. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri

TSM'nin çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetlerini müdürlüğün eş güdümünde yürütmek,

b) Bölgesindeki iş sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde çalışmalar yapmak,

c) Bünyesinde TSM İSG birimi bulunması durumunda iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak üzere müdürlükle birlikte planlama ve organizasyon yapmak, bu birimin ihtiyaçlarını ilgili mevzuata uygun olarak temin etmek,

- ç) Meslek hastalığı, işle ilişkili hastalık ve iş kazaları açısından bölgesini takip etmek, halk sağlığı için önem arz eden olayın meydana geldiği iş yerlerinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli tedbirleri almalarını istemek,
- d) Bölgesinde bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarında İSG konusunda yapılan çalışmaları izlemek ve değerlendirmek,
- e) Bölgesindeki iş yeri sağlığı ve güvenliği birimleri ile ortak sağlık güvenlik birimlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında laboratuvar, röntgen, solunum fonksiyon testi, işitme testleri gibi hizmet verilmesi durumunda bu birimleri kayıt altına almak,
- f) Çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda verilen diğer görevleri yürütmek.

T. Olağan Dışı Durumlar ve Afetlerde Sağlık Hizmetler

TSM olağan dışı durumlar ve afetlerde, bölgesinde, afet organizasyonu ile ilgili olarak afete hazırlık, afete müdahale ve afet sonrası yapılacak iş ve işlemleri, ilin il sağlık afet ve acil durum planı (İLSAP) doğrultusunda gerçekleştirir.

U. Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşvikine Dair Hizmetler

TSM'nin sağlığın geliştirilmesi ve teşvikine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Toplumun sağlık konusunda bilgi düzeyinin artırılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile bireylerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanması için faaliyetler planlamak; planlama aşamasında bölgedeki sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- b) Bakanlıkça yürütülen tütün, alkol, madde bağımlılığı, obezite gibi risk faktörlerine yönelik olarak toplum eğitimi ve diğer gerekli çalışmaları yürütmek; bu alana yönelik olarak oluşturulan ulusal kontrol programlarını bölgesinde uygulamak veya uygulanmasını sağlamak,
- c) Planlanan eğitim programlarını hedef gruba ve amacına göre uygulamak (toplu halk eğitimi, esnaf eğitimi gibi) ya da bölgesindeki sağlık kuruluşları aracılığı ile uygulanmasını sağlamak,

ç) Engelliler, yaşlılar gibi risk gruplarına yönelik olarak ilgili kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde çalışmalar yapmak.

V. Hizmet İçi Eğitim Hizmetleri

TSM'nin hizmet içi eğitim hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Bölgenin genel durumunu ve sağlık ölçütlerini dikkate alarak bilgi yenilenmesi ihtiyacı görülen konularda müdürlük ile işbirliği yaparak, gerekli durumlarda diğer kuruluşlardan destek alarak hizmet içi eğitimler düzenlemek,

b) Toplum sağlığı merkezi personeli başta olmak üzere bölgesinde bulunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri için; seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapmak ve gerekirse personelinin, diğer kurum ve kuruluşların düzenlediği eğitici etkinliklere katılmalarını sağlamak,

c) Bakanlık tarafından planlanan diğer hizmet içi eğitim programlarını yürütmek.

Y. Toplu Yaşam Alanları ve Okul Sağlığı Hizmetleri

TSM'nin toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

a) Bölgesindeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek,

b) Bölgesindeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerindeki suların kaynaklarını ve şebeke durumunu değerlendirmek ve depo denetimini yapmak; bakteriyolojik ve kimyasal değerlendirmeler için su numuneleri almak; değerlendirme sonuçlarına göre ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte gerekli çalışmaları yapmak,

c) Bölgesindeki öğrencilerin okula kayıtları sırasında, kayıtlı oldukları aile hekimi tarafından periyodik muayenelerinin yapılmasını sağlamak; elde edilen verileri ve aşılama durumlarını değerlendirmek; sonuçları yazılı olarak ya da elektronik ortamda müdürlüğe bildirmek ya da bildirilmesini sağlamak,

- ç) Okul çağı çocuklarının aşılarını yapmak veya yapılmasını sağlamak ve sonuçları müdürlüğe bildirmek,
- d) Aile hekimliği birimleri ve diğer sağlık kuruluşları ile işbirliği yaparak okullarda, aile ve okul idaresinin katılımlarını da sağlayarak tütün, alkol, madde bağımlılığı ve şiddete karşı eğitim yolu ile mücadele edilmesine dair çalışmaları yapmak,
- e) Bakanlık tarafından belirlenen sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi konularda yapılacak eğitim ve uygulamalarla ilgili olarak okul idaresi ile işbirliği yapmak.

Z. Diğer Görevler

TSM'nin mevsimlik nüfus hareketlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Mevsimlik tarım işçilerine yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerini planlamak, sunmak veya sunulmasını sağlamak ve bu hizmetleri koordine etmek,
- b) Mevsimsel tarım işçilerine sunulan sağlık hizmetlerinin kayıtlarını, Kurumun belirlediği standartlar doğrultusunda tutmak; bu kayıtları ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda kişinin kayıtlı olduğu aile hekimliği birimi ve TSM ile paylaşmak,
- c) Mevsimlik tarım işçilerine yönelik sağlık hizmetleri konusunda personel farkındalığı oluşturmak ve gerekli eğitimleri vermek,
- ç) Mevsimlik tarım işçilerine yönelik farkındalık eğitimleri düzenlemek,
- d) Bölgesindeki mevsimsel nüfus hareketlerini ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte takip etmek, görev tanımı içerisinde yer alan tedbirleri almak.

TSM'nin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Kurum tarafından hazırlanacak eylem planı ve ilgili mevzuat çerçevesinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sunmak veya sunulmasına yönelik çalışmalar yapmak,
- b) Hizmete ulaşımda zorluk çekilen yerlerde müdürlüğün planlamaları doğrultusunda diş çekimi, diş çürüğünün erken dönemde tedavi edilmesi ya da dolgu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sunmak.

TSM'nin evde sağlık hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- a) Bölgesinde sunulan evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda görev almak,
- b) Evde sağlık hizmetini sunmak amacıyla ilgili mevzuatı ve müdürlüğün planlamaları doğrultusunda bünyesinde evde sağlık hizmet birimleri oluşturmak; hizmet sunumu için, yeterli unvan ve sayıda personeli bu birimlere görevlendirmek,
- c) İlgili mevzuatı doğrultusunda evde sağlık hizmetleri ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek,
- ) Bakanlık ve Kurumun belirlediği yapılanmaya uygun olarak ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.

Sosyal hizmet alışmaları; Toplum kalkınması çalışmalarında ve yardım hizmetlerinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapar.

ocuk ve ergen sağlığı hizmetleri; ocuk ve ergen sağlığı hizmetleri kapsamında Bakanlığın planladığı tüm programları yürütür ve/veya yürütülmesini sağlar.

Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri; Kanser kontrolü kapsamında Kurumun planladığı programları aile sağlığı merkezleri ile birlikte yürütür ve/veya yürütülmesini sağlar.

Ruh sağlığı programları; Bakanlık tarafından hazırlanan ruh sağlığı programlarını yürütür ve/veya yürütülmesini sağlar (76).

TSM'ye Bağlı Birimler

25 Mayıs 2018'de güncellenen yönetmelik Madde 38'e göre; "*Toplum sağlığı merkezi bünyesinde KETEM, EKS, Enfeksiyon Kontrol, İSG, Diyabet ve Obezite, Göçmen Sağlığı Merkezi, Sağlık Evi gibi belirli hizmetleri yoğun olarak sunmakzere bağlı birimler açılabilir.*"

- KETEM birimi : (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) birimi: Toplum sağlığı merkezinin kanser erken teşhis, tarama ve eğitim faaliyetlerini yürüten bağlı birimidir.

KETEM'ler 1995 yılından bugüne kanser konusunda sağlık personelini ve halkı bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi farkındalığın arttırılması, tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (meme,seviks,kolorektal kanserler vb.) erken dönemde tanı konulması kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine yönlendirilmesi hasta takip ve değerlendirilmenin yapılması ,olanaklar ölçüsünde sosyal , ruhsal ve tıbbi destek sağlanması amacıyla kurulmuş, organize eşgüdümlü bir ulusal toplum tabanlı tarama programı için asgari 280 adet olması öngörülüp hedeflenen merkezlerdir.

KETEM'in faaliyetlerinin KETEM Hizmet ve Kalite Standartları Rehberi doğrultusunda sürdürülmesi amaçlanmaktadır. KETEM yapılanması 1995 yılından bu yana önemli aşamalardan geçmiş ve bugünkü seviyeye gelmiştir. Buldukları bölgelerde her türlü iletişim olanaklarını kullanarak yürüttükleri eğitimlerle kanser farkındalığının artmasına önemli katkıda bulunmakta, fırsatçı taramalar ve erken tanı hizmetleri yürütmektedirler (76).

KETEM biriminin görevleri şunlardır:

- a. Kanser hastalığının risk faktörleri ve erken teşhisine yönelik her türlü eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmek,
- b. Aile hekimleri ile birlikte Ulusal Kanser Tarama Standartlarına göre planlanan toplum tabanlı kanser taramalarını yürütmek,
- c. Ulusal Kanser Tarama Standartlarına göre kanser taramasını TSM ve aile hekimliği birimleri dışında yaptıran kişilere ait verileri tarama yapan merkezle birlikte kayıt altına almak,
- d. Tütün ve alkol mücadelesi ile ilgili olarak yürütülmesi uygun görülen Kurum programlarına destek olmak,
- e. Aile hekimliği birimleri ile birlikte yürütülen kanser taramaları neticesinde tespit edilen şüpheli olguların ileri tetkik, teşhis ve tedavisini kayıt altına almak;

taranan ve kanser açısından riskli olduğu bilinen veya riskli olduğu saptanan kişilerin takiplerini gerçekleştirmek,

f. Kurumca gerekli görülmesi halinde; kanser yönünden riskli bölge ve gruplara yönelik olarak kanser tarama hizmetlerini sunmak,

g. Gerekli durumlarda tarama faaliyetlerini yürütmek için öncelikle kamu kurum ve kuruluşları olmak üzere diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak (76).

- AÇS-AP birimi : (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) birimi: Toplum sağlığı merkezinin kadın, ana, çocuk ve üreme sağlığı hizmetleri ile eğitim faaliyetlerini yürüten bağlı birimidir. Güncellenen yönetmelik ile AÇS-AP birimi ibaresi ÇEKÜS(Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) birimi olarak değiştirilmiştir.

- VSD birimi : (Verem Savaş Dispanseri) birimi: Toplum sağlığı merkezinin tüberküloz hastalığına ilişkin teşhis, tedavi, tarama ve eğitim faaliyetlerini yürüten bağlı birimidir.

- İş sağlığı ve güvenliği birimi

- Diyabet ve obezite birimi (76)

2.4.3.4. Evde Bakım Hizmetleri

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'ndaki tanıma göre, uzun süreli bakım ve evde uzun süreli bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaş ve komşu gibi geleneksel bakıcılar ile asıl mesleği evde bakım vermek olan kişiler ve gönüllüler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir (77).

Evde bakım için uygun görülen hastalar; diyabet, böbrek hastalıkları veya inme gibi sıkı izlem gerektiren kronik sağlık sorunları, kanser, kardiyovasküler sorunlar ve hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, artritler, ishaller ve üst solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar, fiziksel ve zihinsel

yetersizlik durumlarının yanı sıra, yaşamsal aktivitelerinde bir başkasına bağımlılığın söz konusu olduğu yaşlılar, herhangi bir nedenle opere olan ve bakım gereksinimini devam eden hastalar, normal veya sezaryen doğum sonrası taburcu edilen ancak bakım gereksinimi süren lohusalar, yenidoğanlar, yakın hemşire bakımı ile günlük yaşamını sürdürebilecek çocuk ve yetişkinler ile tedavi planı hastanede kalmasını gerektirmeyecek hastalardır (78, 79).

Evde bakım sisteminde, genel sağlık sisteminden de farksız olarak, koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici bakım hizmetlerinin yanında günümüzde giderek önemi artan uzun süreli bakım ve hospiz bakımı mevcuttur .

Evde bakım hizmetleri kapsamında değerlendirilen ve üzerinde ilgili sektörlerin uzlaştığı bir çekirdek hizmet listesi yoktur. Hizmete duyulan gereksinim ve hizmetin sağlanabilmesi için gerekli koşullar, bu kapsamdaki hizmetleri arttırabilir veya azaltabilir. Evde bakım hizmetinin ögesi olabilecek hizmetler aşağıda sıralanmıştır (77);

- Değerlendirme, izleme ve yeniden değerlendirme
- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların ve özür lülüğün önlenmesi
- Öz bakımın sağlanması, kendine yardım, karşılıklı yardımlaşma, savunuculuk
- Tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı
- Kişisel bakım hizmeti; giyinme, yıkanma, beslenme
- Ev işleri hizmeti; temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş
- Özür lü bireyin gereksinimlerini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması
- Özelleşmiş destek hizmetleri (inkontinens durumu, demans ve diğer ruhsal sorunlar vb için)
- Bakım gereksinimi olan kişinin dönem dönem kurumsal bakım alması ile yakınlarının dinlendirilmesine yönelik hizmetler
- Palyatif bakım

- Hastaya, ailesine ve diğerk ilişkili kişilere gerekli bilginin verilmesi
- Danışmanlık ve duygusal destek hizmetleri
- Sosyal etkileşimlerin arttırılması ve informal ilişkilerin geliştirilmesi
- Üretim ve rekreasyon çalışmaları
- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması
- Hasta ve yakınlarının eğitimi
- Bakım öncesinde, bakım sırasında ve sonrasında bakım verenlere destek sağlanması
- Toplumun bakım rolü üstlenme konusunda hazırlanması ve harekete geçirilmesi

Evde Bakım Hizmetlerinin Yasal Mevzuatı

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik'te evde bakım hizmetlerine başvuru ile ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir(80).

MADDE 17 –(1) Başvuru; hasta, hasta yakını, diğerk kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak ya da “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” doldurularak veya TSM/AHB'ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır.

(2) Hastaneden taburcu aşamasında olup evde sağlık hizmet ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar, müdavi hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir.

(3) Koordinasyon merkezi, yapacağı ön değerlendirme neticesinde taleplerini uygun görülen hasta için, ikamet ettiği yerin yakınlığını, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyini ve hasta yoğunluğunu dikkate alarak, uygun gördüğü birimi ya da hastanın kayıtlı olduğu AHB'yi görevlendirir.

(4) Görevlendirilen birim ya da AHB tarafından yapılan yerinde değerlendirme sonucunda başvurusu olumsuz neticelenenler ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve

kayıtlı olduğu aile hekimine de iletilir. Hasta, bu neticeye ilişkin yeniden değerlendirme talebiyle evde sağlık hizmetleri komisyonuna müracaat edebilir.

(5) Hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri hususlarda birimler arasında ihtilafa düşölmesi halinde konu, evde sağlık hizmetleri komisyonu marifetiyle karara bağlanır. Evde sağlık hizmetleri komisyonunun gerekçeli kararı hizmeti sunacak birime tebliğ edilir. Evde sağlık hizmetleri komisyonunun kararı kesindir.

(6) Evde sağlık hizmetleri komisyonu karar alana kadar koordinasyon merkezinin kararı doğrultusunda hizmet verilir.

(7) Evde sağlık hizmetleri kapsamında olmayan başvuru sahipleri, koordinasyon merkezi tarafından, talep edilen hizmet ile ilgili kurum ya da kuruluşlara yönlendirilir.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik'te evde bakım hizmetlerinin kapsamı ile ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir (80).

MADDE 19 – (1) Evde sağlık hizmetleri;

a) Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini,

b) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini,

c) Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını,

ç) Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini,

d) Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini,

e) Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini, kapsar.

2.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Sağlık hizmetleri kullanımı; sağlıklı olma, sürdürme ve sağlık seviyesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak amacıyla birey, aile ve toplumun koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları demektir(81). Sağlık ve sağlık hizmetlerine verilen önem toplumdaki topluma göre değişmektedir. Bu değişkenler toplumsal değerler ve bu değerlere dayanan devlet politikalarına göre şekillenmektedir. Şekillenen bu politikalarla sağlık sisteminin yapısı, organizasyonu, finansmanı, maddi ve insani kaynakları ve sağlık hizmetleri sunumu bu değişkenlere göre belirlenmektedir (81).

Sağlık hizmetleri kullanımı, hem arzın hem de talebin bir fonksiyonu olarak da görülebilir. Sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin sosyoekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik olduğu belirtilmektedir. Bununla beraber ilk irtibattan sonra kullanım hekim tarafından belirlenir ve hasta açısından alternatif tedavi maliyetleri, kurumsal bağlantılar, bilgi ve zaman açısından hekime olan maliyet gibi yeni faktörler devreye girer (82). Sağlık hizmeti kullanımı birbiriyle etkileşimli kompleks faktörler tarafından belirlenen bir çıktıdır (83).

Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen başlıca faktörler şunlardır (84):

- 1) Bulunabilirlik: Hizmet kapasitesi ile alıcının ihtiyaçlarının uymasüdür.
- 2) Erişebilirlik: Sağlık hizmetlerinin kullanımını içerir. Eşit erişim için sağlık hizmetlerinin herkesi kapsamaları sağlanmalıdır.

- 3) Uygunluk: Hizmetin sunum şeklinin hizmet alanla uyumudur. Çalışma saatleri, randevu sistemleri gibi konuları içerir.
- 4) Masrafları Karşılabilirlik: Sağlık hizmeti alanların hizmet için talep edilen ücreti ödeme gücüdür. Sağlık sigortaları yoluyla cepten harcamalar azaltılarak çeşitli masrafların sağlık hizmeti kullanımına engel olmasının önüne geçilebilir.
- 5) Kabul Edilebilirlik: Sağlık bakımının kabul edilebilirliğini etkileyen ana etkenler, sosyal ve kültürel özellikler, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki insan ilişkilerinin kalitesidir.

2.4.5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Düzeyi

Türkiye’de kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı 2002 yılında 3,1 iken 2015 yılında 8,4 olmuştur (85). Bu başvurular içerisinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının sıklığının ise yıllar içerisinde değişmediği görülmektedir (85). Tüm başvuruların yalnızca üçte birinin birinci basamağa yapıldığı görülmektedir (85). Kişi başına yıllık hekime başvuru sayısının diğer ülkelerle kıyaslamasına bakıldığında Türkiye 8,4 ile ortalamanın üzerinde gözükmektedir. Kore yıllık 14,9 ile en çok başvurunun yapıldığı ülkeyken Meksika 2,6 ile en az başvurunun yapıldığı ülke olmuştur (85). OECD ülkelerinin ortalaması ise 6,8 olmuştur (85). Ancak bu istatistiklerin tutulmasında ülkeden ülkeye farklılıklar görülebilmektedir. Bu yüzden karşılaştırma yapılırken buna da dikkat edilmesi gerekmektedir (86). Türkiye’de 1992 yılında yapılan Sağlık Hizmetleri Kullanımı Araştırmasının sonuçlarına göre (87):

- 1) Hane halkı arttıkça hanedeki kişi başı doktora başvuru sayısı azalmaktadır, yani az çocuklu çekirdek ailede başvuru en fazla olmaktadır.
- 2) Sağlık hizmetlerinin kullanımı kentlerde kırsala göre daha fazladır.
- 3) Eğitim düzeyi arttıkça hekime müracaat sayısı artmaktadır.
- 4) Kronik hastalığa sahip kimseler diğerlerine göre hekime 3,5 kat daha fazla başvurmaktadır.
- 5) Sosyal güvencesi olanlar diğer faktörlerden bağımsız olarak hekime daha fazla başvurmaktadır.

1992 yılında yapılan bu araştırmanın ortaya koyduğu veriler Türkiye’de son yıllarda hekime başvuru sayısının artışının sebeplerini de açıklamaktadır. Gittikçe ailelerdeki çocuk sayısı azalmakta, kentleşme artmakta, eğitim düzeyi artmakta, nüfusun yaşlanması sebebiyle kronik hastalığa sahip olanların oranı artmakta ve son yıllarda yapılan düzenlemelerle nüfusun tamamına yakını sosyal güvence kapsamına alınmaktadır. Hekime müracaatı arttıran nedenleri; toplumun algı ve anlayış değişikliği, sağlık hizmeti anlayış ve yönteminde değişme, yaşlanma ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi, sosyal güvenlik sisteminin etkisi, iletişim kanallarının yaygınlığı ve uygulanan popülist politikalar ile sağlık hizmetinin önemli özelliklerinden birisi olan arzın talep oluşturması şeklinde sayabiliriz (86).

- a) Algı ve Anlayış Değişikliği: Kültürel yapı, bilgi düzeyi ve anlayış değişmekte ve insanlar eskiden önemsemedikleri rahatsızlıklarını şimdi konu edinmekte ve hastalık şüphesi ile arayışa geçmektedir. Kentleşme, toplu ulaşım, randevu sistemleri, hizmet arzının artmış olması gibi

gelişmeler hastaların başvurusunu daha hızlı ve kolay yapmalarına yol açmış ve şiddeti daha düşük şikayetler başvuru nedeni haline gelmiştir. Toplumda refah düzeyinin artması, daha basit durumları sağlık sorunu konusu eden ve sağlık hizmeti talep etme eşiği daha düşük olan bir toplum oluşturmaktadır (86).

- b) Sağlık Hizmeti Anlayış ve Yöntemlerinde Değişme: Hasta odaklı hizmet anlayışı, hastanın karar süreçlerine katılımı başvuru durumunu etkilemiştir. Tanı araçlarının artması sebebiyle bazen hastaların tekrar tekrar farklı tanı yöntemlerini kullandığı görülmektedir. Testler arası sürelerin artması da mükerrer başvuruları artırmıştır. Hastalıklardan korunma, erken teşhis gibi hususlarda toplumsal uyarılar ve kampanyalar hasta olmadan veya şüphe üzerine başvuruyu artırmaktadır. Gebelerin ve bebeklerin düzenli doktor kontrolü teşvik edilmektedir. Acil poliklinik ve servislerimiz doktora mesai sonrasında kolay ve hızlı erişim alanları olarak görülmekte bu yüzden gereğinden fazla kullanılmaktadır (86).
- c) Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar: Yaşlı nüfus oranı gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar nedeniyle doktora başvuru ihtiyacı hızla yükselmektedir. Ömür boyu ilaç kullanımı periyodik olarak ilaç reçete edilmesini yani hekime başvuruyu zorunlu kılmaktadır (86).
- d) Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Etkisi: Sağlık hizmet sektörü karlılığa odaklı bir anlayışa evrilmekte ve bu anlayış hasta talebi üretmektedir. Sağlık çalışanlarına getirilen performans sistemi de onları daha çok hasta görmeye sevk etmektedir (86).

- e) Sosyal Güvenlik Politikalarının Etkisi: Gelişen sosyal güvenlik sistemi sağlık hizmetini ekonomik anlamda erişilemez olmaktan çıkarmış ve hemen herkesin bu hizmete erişiminin önündeki en temel engeli kaldırmıştır. Erişimin kolaylaşması nedeniyle hastaların alternatif görüş arayışıyla aynı hastalıktan dolayı birçok doktora başvurduğu da olmaktadır (86).
- f) İletişim Kanallarının Yaygınlığı: Artan iletişim kanalları sağlıkla ilgili doğru olmayan abartılı bilgilerin yaygınlaşmasını da sağlamaktadır; oluşan bilgi kirliliği sahte hastalıklar ve tedavileri gündeme getirmekte ve bunun için doktora başvuruyu teşvik etmektedir (86).
- g) Kentleşme ve Modern Hayat: Artan teknolojinin, üretilen toksik kimyasal, radyoaktif ve elektromanyetik ajanların, hava kirliliğinin, sanayinin, hızlı ulaşımın taşıdığı hastalıkların yaygınlığının, yoğun iş hayatının doğurduğu stresin, trafik ve iş kazalarının, şiddet uygulamalarının ve daha birçok etkenin sağlık hizmetine olan ihtiyacı artırdığı söylenebilir (86).
- h) Popülist Politikalar: Politikacıların gereksiz başvuruları engelleyecek tedbirlere yanaşmaması, popülist söylemleri erişimi artırıcı etki yapmaktadır (86).
- i) Arzın Talep Oluşturması: Sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği arzın bizzat kendisinin talep oluşturmasıdır. Hizmet sunumuna yönelik imkan, tercih ve rehberliklerin artması hizmete olan talebi de arttırmaktadır. Hizmeti sunan ve alan arasındaki bilgi eşitsizliği sağlık hizmetinin önemli bir açmazıdır. Dolayısıyla arzın talebi yönetme gücü ortaya çıkmakta ve hizmete olan başvuruyu arttırıcı etkiye neden olmaktadır (86).

TÜİK'in 2012 yılında yaptığı Sağlık Araştırması'na göre 15 yaş üzeri nüfusun yaklaşık %15'i aile hekimi veya pratisyen hekimden hiç hizmet almadığını, yaklaşık %25'i ise son bir yıl içinde aile hekimi veya pratisyen hekimden hiç hizmet almadığını belirtmiştir (88). Yine TÜİK'in 2012 yılında yaptığı araştırmaya göre hastalık halinde ilk başvuru sağlık kuruluşu %24.6 ile Aile Sağlığı Merkez'idir. En çok başvuru kuruluş ise %69 ile devlet hastaneleridir (89, 90).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gölbaşı ilçesinin sekiz aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülmüştür.

Araştırmamızın Gölbaşı ilçesinde yapılama sebebi;

TUIK 2017 verilerine göre Ankara ili nüfusunun % 8,11'i 65 yaş ve üstüdür. Ankara ilinin eğitim düzeyi bakıldığında %41,63'ü lise ve üzeri bir okul bitirmiştir. Ankara'nın en büyük ilçelerinden Çankaya ve Yenimahalle ilçelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sıklığı sırasıyla %12,2 ve %9,29'dur. Çankaya ve Yenimahalle ilçelerinin eğitim düzeyine bakıldığında sırasıyla % 57,03 ve % 55,52 'si lise ve üzeri bir okul bitirmiştir. Gölbaşı ilçesi nüfusunun %6,30'unu 65 yaş ve üzeri oluşturmakta olup; nüfusun % 47,00 lise ve üzeri bir okul bitirmiştir. Gölbaşı ilçesi aynı zamanda Gazi Üniversitesinin eğitim araştırma bölgelerinden biridir. Diğer eğitim araştırma bölgelerinden Etimesgut ve Sincan ilçelerinin nüfusunun sırasıyla % 4,59'u ve %3,88 'i 65 yaş ve üstüdür. Lise ve üzeri bir okul bitirenlerin sıklığı sırasıyla %49,19, % 38,72'dir (91).

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gölbaşı ilçesinde gerçekleştirilmiştir.

Gölbaşı ilçesi Ankara'nın güneyinde Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. 2017 yılı yıl ortası nüfusu 130.363'tür. Nüfusun %50,32'si erkek, %49,68'i kadındır. Nüfusun %31,71'i 18 yaş altı, %17,61'i 19-29 yaş arası, %16,25'i 30-39 yaş arası, %14,06'sı 40-49 yaş arası, %10,49'u 50-59 yaş arası ve %14,57'si 60 yaş üstüdür. Aile sağlığı merkezlerine başvuranların çoğunluğu ev hanımı ve çalışanlardır. Daha az sıklıkta emekli, öğrenci ve işsizler de başvurmaktadır. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; %1,7'si okuryazar olmayan; %8,3'ü okuryazar; %23,0'ü ilkokul mezunu; %10,63'ü ortaokul mezunu, %24,6'sı lise mezunu, %22,4'ü yükseköğrenim ve üniversite mezunu ve %0,7'si bilinmeyendir. Bölgede yaşayan halkın %63,2'si evli, %36,8'i bekarıdır.

İlçede Gölbaşı Toplum Sağlığı Merkezi, Gölbaşı Hasvak Devlet Hastanesi, Gölbaşı Ağız Diş Sağlığı Merkezi, Gölbaşı Özel İncek Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve toplam 15 ASM sağlık hizmeti sunmaktadır. İlçede sanal aile sağlığı merkezi yoktur. Gölbaşı ilçesinin ASM grupları ve aile hekimi sayısı Tablo 1'deki gibidir. İlçede 37 aile hekimi çalışmakta olup ve aile hekimi başına düşen nüfus 3523'tür. Gölbaşı ilçesi ASM gruplarının ve aile hekimlerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.



Tablo 2. ASM Gruplarının ve Aile Hekimlerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

ASM ADI	ASM GRUBU	AİLE HEKİMİ SAYISI	Başvuran Kişi Sayısı	Ulaşılan Kişi Sayısı
1. GÖLBAŞI SELAMETLİ AHİBOZ ASM	A	1	215	27
2. GÖLBAŞI DR. VECİHİ MURAT KUTLAY ASM	B	5	1013	123
3. GÖLBAŞI ERTUĞRUL GAZİ ASM		4	829	101
4. GÖLBAŞI SEĞMENLER ASM		5	971	118
5. GÖLBAŞI ÖRENCİK TOKİ ASM		4	814	99
6. GÖLBAŞI 4 NOLU ASM		2	408	40
7. GÖLBAŞI 1 NOLU ALİ SOYDAN ASM		D	3	609
8. GÖLBAŞI ŞEHİT SELAMİ GAZİ ATABEY ASM	2		405	50
9. GÖLBAŞI GÖKÇEHÖYÜK ASM	GRUPSUZ	1	233	27
10. GÖLBAŞI KARAGEDİK ASM		1	217	26
11. GÖLBAŞI OYACA ASM		1	221	24
12. GÖLBAŞI ŞAFAK ASM		1	216	33
13. GÖLBAŞI TAŞPINAR ASM		1	219	25
14. GÖLBAŞI 3 NOLU ASM		3	784	93
15. GÖLBAŞI ALİ GAFFAR OKKAN ASM		3	772	90
TOPLAM		37	7926	951

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Ankara ili Gölbaşı toplum sağlığı merkezine bağlı Selametli Ahiboz, Dr. Vecihi Murat Kutlay, Ertuğrul Gazi, Seğmenler, Örencik TOKİ, 4 Nolu 1 Nolu Ali Soydan, Şehit Selami Gazi Atabey, Gökçehöyük, Karagedik, Oyaca, Şafak, Taşpınar, 3 Nolu ve Ali Gaffar Okkan ASM'lerine 15-19 Ocak 2018 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır.

Gölbaşı ilçesindeki tüm ASM'lerine ulaşılarak; 16-20 Ocak 2017 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü kişi sayısı öğrenilmiştir. Toplam 7926 kişinin başvurduğu belirlenmiş, bilinmeyen sıklık, %3 sapma, desen etkisi 1 alınarak ve %95 güven aralığında 941 kişiye ulaşılması hedeflenmiş ve 951 kişiye ulaşılmıştır.

ASM gruplarına göre tabakalı küme örnekleme yapılmış ve şu ASM'ler seçilmiştir; Selametli Ahiboz, Dr. Vecihi Murat Kutlay, Ertuğrul Gazi, Seğmenler, Örencik TOKİ, 1 Nolu Ali Soydan, 3 Nolu ve Ali Gaffar Okkan ASM. Evren büyüklüğü örneklem büyüklüğüne bölünerek ($7926/941=8,42$) sağlık kurumuna başvuran her sekizinci kişi araştırmaya alınmıştır. Bu kişilerden araştırmaya katılmak istemeyen olursa, sonraki sekizinci kişi alınmış ve sonraki sekizinci kişi şeklinde devam edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- TSOY-32'ye göre sağlık okuryazarlığı durumu
- Yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde aile hekimine başvurma durumu
- Toplum sağlığı merkezi hakkında bilgi

- KETEM hakkında bilgi
- KETEM' e başvurma durumu
- Evde bakım hizmetleri hakkında bilgi
- Aile Hekiminin Görevleri Hakkında Bilgi

3.5.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Hanede yaşayan kişi sayısı
- Eğitim durumu
- Çalışma durumu
- Aylık toplam hane halkı geliri
- Kronik hastalığı olma durumu
- Okuma yazma ile ilgili aktivitelerine yönelik diğer kişilerden yardım alma durumu
- Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu
- Sağlık hizmeti alma konusundaki tutumları
- Toplum sağlığı merkezlerine başvuru durumu
- KETEM' e başvurma durumu

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç Gereç

Araştırmada veri kaynağı olarak “Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İle İlgili Bilgilerinin ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi” anket formu kullanılmıştır (Ek 1).

Anket 6 bölüm ve 62 sorudan oluşmaktadır.

Anketin birinci bölümü 10 sorudan oluşmakta ve katılımcıların tanımlayıcı özellikleriyle ilgili sorular içermektedir. Aylık toplam hane geliri sınıflaması çalışmanın yapıldığı tarihte geçerli olan net asgari ücret üzerinden (1600 TL) yapılmıştır.

Anketin ikinci bölümünde 5'li likert tipi 32 önermeden oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır.

Anketin üçüncü bölümünde katılımcıların Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgisi ve Sağlık Hizmeti Almadaki Tutumları 6 soru ile incelenmiştir. Yeni gelişen sağlık şikayetlerinde, gebe ve çocuk takiplerinde kullandıkları sağlık kuruluşları tek yanıt olarak istenmiştir. Ayrıca genel olarak hastaneye gitmeden aile hekimine başvurmalarına en çok neyin sebep olduğu ve aile hekimine gitmeden hastaneye başvurmalarına en çok neyin sebep olduğu sorulmuştur.

Anketin dördüncü bölümünde katılımcıların Toplum Sağlığı Merkezi Hakkında Bilgi ve Tutumları 5 soru ile incelenmiştir. Katılımcılara TSM'nin verdiği hizmetler ve TSM'ye başvurma sebepleri sorulmuştur.

Anketin beşinci bölümünde katılımcıların KETEM Hakkında Bilgi ve Tutumları 4 soru ile incelenmiştir. Katılımcılara KETEM'e başvurmama sebepleri sorulmuştur.

Anketin beşinci bölümünde katılımcıların Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Bilgisi 5 soru ile incelenmiştir. Katılımcılara evde bakım/sağlık hizmetlerinin kimlere verildiği, hizmeti almak için başvurulması gereken yer/kurumlar ve hizmetin kapsamı sorulmuştur.

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırmanın Ankara İli Gölbaşı İlçesi'ne bağlı ASM'lerde yapılabilmesi için, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve T.C. Gazi

Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan izin belgeleri alınmış olup izin belgeleri ekte sunulmuştur. (Ek 2 ve Ek 3)

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 1 Ocak- 15 Şubat 2018 döneminde staj yapan toplam 49 intörn doktor, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri tarafından uygulanmıştır.

Anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 9-10 dakikadır.

3.8.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 15,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama(\pm)standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki-kare, Yates Düzeltmeli Ki Kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Soru numaraları 1-4, 2-3, 3-2, 4-1, 5-0 olacak şekilde tekrar kodlanarak toplam puan ve ortalama puan hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en

yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42) : Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır
(4).

Ki kare tabloları oluşturulurken yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı grubu birleştirilerek “yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı”, “yeterli” ve “mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu birleştirilerek “yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu olarak gruplandırılmıştır.

Hanede yaşayan kişi sayısı analize alınırken 1, 2-3, 4 ve üzeri kişi olarak gruplandırılmıştır.

Eğitim durumu analize alınırken “okuryazar değil”, “okuryazar” ve “ilkokul mezunu” grubu birleştirilerek “ilkokul mezunu ve altı”, “ortaokul” ve “lise mezunu” birleştirilerek “ortaokul-lise mezunu”, “yüksekokul” ve “üniversite mezunu ve üstü” birleştirilerek “yüksekokul-üniversite mezunu ve üstü” olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma durumu ayrıca “çalışan” ve “çalışmayan” şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Okuma yazma ile ilgili aktivitelerine yönelik diğer kişi ve kişilerden yardım alma ile ilgili durumu analize alınırken “hiçbir zaman” ve “nadiren” grubu ile “sıklıkla” ve “her zaman” grubu birleştirilerek analize alınmıştır.

Genel olarak sağlığını değerlendirme durumu analize alınırken “çok kötü” ve “kötü” ile “çok iyi” ve “mükemmel” grubu birleştirilerek analize alınmıştır.

Bireyin yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yeri, kendisi ya da eşi gebe olduğunda takiplerin yapıldığı yer ve 0-5 yaş arası çocukların rutin takibi ve aşıların yapıldığı yer “aile hekimine başvurular” ve “diğer yerlere olan başvurular” şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Bireyin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgisi ve sağlık hizmeti almadaki tutumu ile sağlık okuryazarlığı arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Pearson testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcıların, “*aile hekiminin görevlerini sayabilir misiniz?*” sorusuna verdikleri her bir doğru cevap 1 puan olarak hesaplanmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 7’dir. Bireylerden, “*yeni gelişen sağlık şikayetinde ilk olarak aile hekimine giderim*” cevabını verenler ; “*gebe olduğunda/eşi gebe olduğunda takiplerini aile hekiminde yaptırırım*” cevabını verenler ve “*çocuğumun (0-5 yaş arası) rutin takipler ve aşıları için aile hekimine başvururum*” yanıtını verenler 1 puan almıştır. Katılımcıların aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgisi ve sağlık hizmeti almadaki tutumlarının skoru maksimum 10 puandır.

Bireyin toplum sağlığı merkezi hakkındaki bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arası ilişkiler için korelasyon katsayısı ve istatistiksel anlamlılık Pearson testi ile hesaplandı.

Katılımcıların “*toplum sağlığı merkezlerinde hangi hizmetler verilmektedir?*” sorusuna verdikleri her bir doğru cevap 1 puan olarak hesaplanmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 11’dir. Bireylerden “*toplum sağlığı merkezini daha önce duydum*” yanıtını verenler 1 puan

almıştır. Katılımcıların toplum sağlığı merkezi hakkındaki bilgi skoru maksimum 12 puandır.

Bireyin KETEM hakkındaki bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arası ilişkiler için korelasyon katsayısı ve istatistiksel anlamlılık Pearson testi ile hesaplandı.

Bireylerden “*KETEM’i daha önce duydum*” yanıtını verenler 1 puan almıştır. Bireylerden “*KETEM’e daha önce başvurduğum*” yanıtını verenler 1 puan almıştır. Katılımcıların KETEM hakkındaki bilgi skoru maksimum 2 puandır.

Bireyin evde bakım hizmetleri hakkındaki bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arası ilişkiler için korelasyon katsayısı ve istatistiksel anlamlılık Pearson testi ile hesaplandı.

Bireylerden “*Evde bakım hizmetlerini duydum*” yanıtını verenler 1 puan almıştır. Katılımcıların “*evde bakım/sağlık hizmetlerinde hangi hizmetler verilmektedir?*” sorusuna verdikleri her bir doğru cevap 1 puan olarak hesaplanmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 10’dur. Katılımcıların “*evde bakım/sağlık hizmeti almak için başvurulması gereken yer/kurumlar sizce nerelerdir?*” ve “*evde bakım hizmetini kimler alabilir?*” sorusuna verdikleri her bir doğru cevap 1 puan olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların Evde Bakım-Sağlık Hizmetleri hakkındaki bilgi skoru maksimum 24 puandır.

SOY puanının (yetersiz-sınırlı/yeterli-mükemmel) tek değişkenli analizlerle incelenmesi sırasında ki-kare testi kullanıldı. Çok değişkenli analizde, önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak, SOY puanını öngörmedeki bağımsız prediktörleri lojistik regresyon analizi kullanılarak incelendi. Modele yaş (65 yaş üstü/65 yaş altı), cinsiyet (kadın/erkek), medeni durum (evli/bekar), bitirilen okul (lise altı/lise ve üstü), meslek (herhangi bir işte

çalışıyor/herhangi bir işte çalışmıyor), kronik hastalık varlığı (var/yok), gelir durumu (1600 TL ve altı/ 1600 TL üstü) değişkenleri alınmıştır. Değişkenler Backward LR Conditional yöntemiyle analiz edilmiş ve çıkan son tablo sunulmuştur.

3.9. Araştırma Takvimi

Araştırma takvimi Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. *Araştırma Takvimi, Gölbaşı, 2018*

	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018
Literatür Tarama	X	X							
Araştırma Formunu Oluşturma			X						
Ön Deneme				X					
Verilerin Toplanması					X				
Veri Girişi ve Kontrolü						X			
Veri Analizi ve Raporlama							X	X	X

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket uygulaması mesai saatleri içerisinde olduğu için çalışan nüfusa ulaşmakta beklenenin altında kalmış olabilir.
- Anket uygulaması esnasında kısa işlemler yaptırmak için başvuran kişiler içerisinde anket katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir.
- ASM’lerde anket yapan kişiler daha kendini ve anketi tanıtamadan katılmayı reddedip çevresindekilerin de anket katılımlarını olumsuz yönde etkileyen hastalar olmuştur.

4. BULGULAR

Araştırmaya 951 kişi katılmış; araştırmaya katılanların yaş ortalaması 41.18±15,50, yaş ortancası 39(18-85)'dur.

Tablo 4a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=951)		
18-29 yaş	273	28,7
30-39 yaş	210	22,1
40-49 yaş	178	18,7
50-59 yaş	151	15,9
60 yaş ve üstü	139	14,6
Cinsiyet (n=951)		
Kadın	549	57,7
Erkek	402	42,3
Medeni Durum (n=946)		
Evli	698	73,8
Bekâr	248	26,2
Eğitim Durumu (n=947)		
Okuryazar değil	29	3,1
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	24	2,5
İlkokul mezunu	212	22,4
Ortaokul mezunu	112	11,8
Lise mezunu	275	29,0
Yüksekokul-Üniversite mezunu	295	31,2
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=916)		
Bir	40	4,4
İki-Üç	362	39,5
Dört ve daha fazla	514	56,1
* Sütun Yüzdesi		

Tablo 4a'da araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin %28,7'si 18-29 yaş grubundadır, %22,1'i 30-39 yaş grubundadır, %14,6'sı 60 yaş ve üstündedir. Cinsiyet durumu açısından araştırmaya katılan bireylerin %57,7'si kadındır, %42,3'ü erkektir. Medeni durum

açısından araştırmaya katılan bireylerin %73,8'i evlidir, %26,2'si bekârdır. Eğitim durumu açısından araştırmaya katılan bireylerin %3,1'i okuryazar değildir, %29'u lise mezunudur, %31,2'si yüksekokul-üniversite mezunudur. Hanede yaşayan kişi sayısı araştırmaya katılan bireylerin hanelerinin %4,4'ünde bir kişidir, %56,1'inde dört ve daha fazla kişidir.



Tablo 4b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
Çalışma Durumu (n=945)		
Çalışıyor	372	39,4
Öğrenci	292	30,9
İşsiz	117	12,4
Ev Hanımı	106	11,2
Çalışmıyor/İş arıyor	28	3,0
Emekli	28	3,0
Çalışma Engelli/Özürlü	2	0,2
Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=935)		
1600 TL ya da daha az	132	14,1
1601-3200 TL arası	313	33,4
3201-4800TL arası	264	28,2
4801-6400 TL arası	131	14,0
6401 TL ve üstü	96	10,3
Okuma Yazma İle İlgili Aktivitelerine Yönelik Diğer Kişilerden Yardım Alma Durumu (n=923)		
Hiçbir Zaman	678	73,5
Nadiren	111	12,0
Ara sıra/Bazen	79	8,6
Sıklıkla	32	3,5
Her Zaman	23	2,5
Kronik Hastalık Varlığı (n=943)		
Yok	615	65,2
Var	328	34,8
Kronik Hastalıkların Dağılımı (n=328) ≠		
Diyabet	124	37,8
Kalp-Damar Hastalıkları	119	36,5
Solunum Sistemi Hastalıkları	51	16,0
Diğer β	34	28,7
Genel Olarak Kendi Sağlıkımı Değerlendirme Durumu (n=948)		
Çok İyi	106	11,2
İyi	522	55,1
Orta/ne iyi ne kötü	271	28,5
Kötü	47	5,0
Çok Kötü	2	0,2

* Sütun Yüzdesi

≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir,

β:Tiroid hastalıkları, migren, osteoartrit

Tablo 4b'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Çalışma durumu açısından araştırmaya katılan bireylerin %39,4'ü çalışmaktadır, %30,9'u öğrencidir, %12,4 işsizdir, %11,2 ev hanımıdır. Aylık toplam hane halkı geliri açısından araştırmaya katılan bireylerin hanelerinden %14,1'ünde 1600 TL ya da daha az, %33,4'ünde 1601-3200 TL arası, %10,3'ünde 6401 TL ve üstü gelir kazanılmaktadır. Okuma yazma ile ilgili aktivitelerine yönelik diğer kişilerden yardım alma durumu açısından araştırmaya katılan bireylerin %73,5'i hiçbir zaman yardım almamaktadır, %2,5'i her zaman yardım almaktadır. Kronik hastalık varlığı açısından araştırmaya katılan bireylerin %65,2'sinin herhangi bir kronik hastalığı yoktur, %34,8'inin kronik hastalığı vardır. Kronik hastalıkların dağılımı açısından kronik hastalığı olan bireylerin %37,8'inde diyabet, %36,5'inde kalp-damar hastalıkları, %16,0'ında solunum sistemi hastalıkları, %28,7'sinde diğer (tiroid hastalıkları, migren, osteoartrit) hastalıklar bulunmaktadır. Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu açısından araştırmaya katılan bireylerin %11,2'si kendi sağlığını çok iyi, %55,1'i iyi, %28,5'i orta/ne iyi ne kötü, %5'i kötü, %0,2'si çok kötü olarak değerlendirmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi(n=951)		
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı (≤ 25)	238	25,0
Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı (>25-33)	428	45,0
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı (>33-42)	213	22,4
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı (>42-50)	72	7,6

* Sütun yüzdesi

Tablo 5'de Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı sunulmuştur.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı %25,0, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı %45,0, yeterli sağlık okuryazarlığı %22,4, mükemmel sağlık okuryazarlığı %7,6'dır.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Aile Hekiminin Görevleri Hakkında Bilgisinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
Aile Hekimlerinin Görevlerinin Bilinme Durumu (n=945)≠		
Hastalıkların Teşhis Ve Tedavisini Yapma	737	78,0
Sevk Evrakı, Sağlık Raporu, Reçete Düzenleme	536	56,8
Gebe Ve Çocukların Takibini Yapma	280	29,7
Kişilerin Periyodik Muayenesini Yapma	183	19,4
Sağlık Danışmanlığı Hizmeti Verme	172	18,2
Koruyucu Sağlık Hizmeti Verme	150	15,9
Evde Sağlık Hizmeti/Gezici Sağlık Hizmeti Verme	131	13,9
Diğer β	45	4,8

* Sütun yüzdesi

≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir

β:Enjeksiyon, Kan alma

Tablo 6’da Araştırmaya katılan bireylerin aile hekiminin görevleri hakkında bilgisinin dağılımı sunulmuştur.

Hastalıkların teşhis ve tedavisini yapma %78,0, sevk evrakı –sağlık raporu- reçete düzenleme %56,8, gebe ve çocukların takibi yapma %29,7, kişilerin periyodik muayenesini yapma %19,4, sağlık danışmanlığı hizmeti verme %18,2, koruyucu sağlık hizmeti verme %15,9, evde sağlık hizmeti- geçici sağlık hizmeti verme %13,9, diğer görevler %4,8’dir.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
Yeni Gelişen Sağlık Şikâyetlerinde İlk Başvurulan Yer (n=920)		
Devlet Hastanesi Polikliniği	327	35,5
Aile Hekimi	313	34,0
Üniversite Hastanesi Polikliniği	148	16,1
Özel Hastane/Tıp Merkezi	73	7,9
Acil Servis	42	4,6
Özel Muayenehane	17	1,8
Gebelik Durumunda Takiplerin Yapıldığı Yer (n=501)		
Üniversite Hastanesi	170	33,9
Devlet Hastanesi	165	32,9
Aile Hekimi	70	14,0
Özel Hastane	60	12,0
Özel Muayene	25	5,0
Takibi Gitmiyor	11	2,2
Ebeveynlerin 0-5 Yaş Arası Çocuklarının Rutin Takibi Aşları İçin Başvurulan Yer (n=378)		
Aile Hekimi	214	56,6
Devlet Hastanesi	62	16,4
Üniversite Hastanesi	60	15,9
Özel Hastane	27	7,1
Takibe Götürmüyor	8	2,1
Özel Muayene	7	1,9
Hastaneye Gitmeden Önce İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Sebepleri (n=893)		
≠		
Aile Sağlığı Merkezinin eve yakınlığı	379	42,4
Hastanelerin yoğun olması ve sıra beklenmesi	372	41,7
Gereksiz katkı payının ödenmemesi	262	29,3
Sürekli aynı hekim tarafından takip edilmesi	220	24,6
Hastaneye ulaşımın zor olması	89	10,0
Hastanedeki doktorların aile hekimi kadar ilgili olmaması	78	8,7
Diğer β	102	11,4
Aile Hekimine Gitmeden Önce İlk Olarak Hastaneye Başvurma Sebepleri (n=901)≠		
Aile Hekimlerinin yeterli görülmemesi	460	51,1
ASM'lerin teknolojik olarak yetersiz olması	422	46,8
Hastaneden çok iyi hizmet alınması	234	26,0
ASM'lerin fiziki olarak yetersiz olması	94	10,4
Hastanedeki doktorların daha ilgili olması	54	6,0
Aile Hekimlerindeki yoğunluğun hastaneden fazla olması	23	2,6
Diğer ¥	32	3,6

* Sütun yüzdesi

≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir

β:Rapor yenileme; Basit şikâyetler, ¥:İleri tetkik tedavi, Acil durumlar

Tablo 7’de Araştırmaya katılan bireylerin sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların, yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvurdukları yer; %35,5 devlet hastanesi polikliniği , %34,0 aile hekimi, %16,1 üniversite hastanesi polikliniği , %1,8 özel muayenedir. Gebelik durumunda takiplerinin yapıldığı yer sıklığına bakıldığında; katılımcıların %33,9’u üniversite hastanesi, %32,9’u devlet hastanesi, %14,0’ü aile hekimi olup %2,2’si takibe gitmediğini bildirmiştir. Ebeveynlerin 0-5 yaş arası çocuklarının rutin takibi aşuları için başvuru alan yer ; %56,6 aile hekimi, %16,4 devlet hastanesi olup katılımcıların %1,9’u 0-5 yaş arası çocuklarını özel muayeneye götürmektedir. Hastaneye gitmeden önce ilk olarak aile hekimine başvurma sebepleri ; %42,4 aile sağlığı merkezinin evine yakınlığı, %41,7 hastanelerin yoğun olması ve sıra bekleme, %29,3 gereksiz katkı payının ödenmemesi, %24,6 sürekli aynı hekim tarafından takip edilmesi, %10,0 hastaneye ulaşımın zor olması, %8,7 hastanedeki doktorların aile hekimi kadar ilgili olmaması, %11,4 diğer nedenlerdir. Aile hekimine gitmeden önce ilk olarak hastaneye başvurma sebepleri ; %51,1 aile hekimlerinin yeterli görülmemesi, %46,8 ASM’leri teknolojik olarak yetersiz olması, %26,0 hastaneden çok iyi hizmet alınması, %10,4 ASM’lerin fiziksel olarak yetersiz olması, %6,0 hastanedeki doktorların daha ilgili olması, %2,6 aile hekimlerindeki yoğunluğun hastanelerden fazla olması; %3,6 diğer nedenlerdir.

Tablo 8a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Toplum Sağlığı Merkezleri Hakkında Bilgisinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
Daha Önce TSM'yi Duyma Durumu (n=951)		
Duymamış	702	73,8
Duymuş	249	26,2
TSM İle İlgili Bilginin Alındığı Yer (n=241)		
Komşu/Akraba	92	38,2
Medya(İnternet/TV/Radyo/Sosyal Medya/Gazete)	70	29,0
Hekim	45	18,7
Hekim Dışı Sağlık Personeli	29	12,0
Diğer β	5	2,1
TSM'nin Görevlerinin Bilinme Durumu (n=216)≠		
Bilmiyor	59	24,3
Çevre Sağlığı Hizmetleri	39	18,1
Bulaşıcı Hastalık Kontrolü	39	18,1
Okul Sağlığı Hizmetleri	30	13,9
Bulaşıcı Olmayan Hastalık Kontrolü	29	13,5
Evde Sağlık Hizmetleri	28	13,0
Sağlık Eğitimi	28	13,0
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Hizmetleri	26	12,0
Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri	22	10,2
Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri	11	5,1
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri	11	5,1
Olağan Dışı Durumlar ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri	5	2,3
Diğer ¥	6	2,9

* Sütun yüzdesi

≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir

β: Mesleği gereği, üniversite, okul

¥: Evlilik raporu, denetim

Tablo 8a'da Araştırmaya Katılan Bireylerin Toplum Sağlığı Merkezleri Hakkında Bilgisinin Dağılımı sunulmuştur.

Daha önce TSM'yi duyma durumu %73,8 dir. TSM ile ilgili bilginin alındığı yer dağılımına bakıldığında; katılımcıların %38,2'si komşu/akraba olduğu bireylerden bilgi alırken, Medya/internet/TV/radyodan bilgi alan bireyler tüm katılımcıların %29,0'unu oluşturmaktadır. Katılımcıların %18,7'si hekimlerden TSM hakkında bilgi sahibi olmuşlardır. TSM'nin görevlerinin bilinme durumuna bakıldığında; Çevre sağlığı hizmetlerini bilenler katılımcıların %18,1'ini

oluşturmaktayken, Bulaşıcı hastalık kontrolünü bilenler %18,1 ,Okul sağlığı hizmetlerini bilenler %13,9, Evde sağlık hizmetlerini bilenler %13,0 ,Sağlık Eğitimi'ni bilenler %13,0 ,Kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezini bilenler %12,0 , Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerini bilenler %10,2 , Ağız dış sağlığı hizmetlerini bilenler %10,2 , Çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetlerini bilenler %5,1 ,Olağan dışı durumlar ve afetlerde sağlık hizmetini bilenler %2,3'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 8b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Toplum Sağlığı Merkezlerine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
TSM'ye Daha önce Başvurma Durumu (n=716)		
Başvurmamış	205	87,2
Başvurmuş	30	12,8
TSM'ye Başvurma Nedeni (n=30)≠		
Evlilik raporu için	12	40,0
Aile Hekimliği kayıt işlemleri için	7	23,3
Aşı yaptırmak için	6	20,0
Şikayet için	3	10,0
Diğer β:	2	6,7

* Sütun yüzdesi

≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir

β:Sigara bırakma

Tablo 8b 'de Araştırmaya katılan bireylerin toplum sağlığı merkezlerine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

TSM 'ye daha önce başvurma durumu %12,8'dir. TSM 'ye başvurma nedeni evlilik raporu için olanlar %40,0, aile hekimliği kayıt işlemleri için olanlar %23,3, aşı yaptırmak için olanlar %20,0, şikayet için olanlar %10,0, diğer %6,7' dir.

Tablo 9a. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM Hakkında Bilgisinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
Daha Önce KETEM’i Duyma Durumu (n=948)		
Duymamış	586	61,8
Duymuş	362	38,2
KETEM İle İlgili Bilginin Alındığı Yer (n=362)		
Komşu/Akraba	133	36,7
Medya(İnternet/TV/Radyo/Sosyal Medya/Gazete)	101	27,9
Hekim	73	20,2
Hekim Dışı Sağlık Personeli	46	12,7
Diğer β	9	2,5

* Sütun yüzdesi

β:Mesleği gereği, üniversite, halk eğitim

Tablo 9a’ da araştırmaya katılan bireylerin KETEM hakkında bilgisinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin %38,2’si KETEM’i daha önce duymuştur. Katılımcıların %36,7’si KETEM’i komşu-akrabasından duymuş iken, hekimden duymuş olanlar ise %20,2’dir.

Tablo 9b. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM’e Başvurma Durumlarının Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
KETEM’ e Daha önce Başvurma Durumu (n=943)		
Başvurmamış	839	89,0
Başvurmuş	104	11,0
KETEM’ e Başvurmama Nedeni (n=791)≠		
İhtiyaç Duymadığı için	319	40,3
Görevlerini Bilmediği için	238	30,1
Kanser Tanısı Almaktan Korktuğu için	59	7,5
Hastane Ortamından Hoşlanmadığı için	29	3,7
Yararına İnanmadığı için	15	1,9
Diğer β	25	3,2

* Sütun yüzdesi

≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir

β:Zaman kısıtlılığı, ulaşım problemleri

Tablo 9b' de araştırmaya katılan bireylerin KETEM'e başvurma durumlarının dağılımları sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin %89,0'u KETEM'e daha önce başvurmamıştır. Başvurmama nedenlerine bakıldığında ise; araştırmaya katılan bireylerin %40,3' herhangi bir ihtiyaç duymadığı için başvurmamışken, görevini bilmeme nedeniyle başvurmama %30,1'dir.



Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Bazı Bilgilerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	Sayı	(%)*
Daha Önce Evde Bakım/Sağlık Hizmetlerini Duyma Durumu (n=830)		
Duymamış	510	61,4
Duymuş	320	38,6
Evde Bakım/Sağlık Hizmetleri İle İlgili Bilginin Alındığı Yer (n=320)		
Komşu/Akraba	130	40,6
Medya(İnternet/TV/Radyo/Sosyal Medya/Gazete)	88	27,5
Hekim	63	19,7
Hekim Dışı Sağlık Personeli	32	10,0
Diğer β	7	2,2
Evde Bakım/Sağlık Hizmetlerinde Verildiği Düşünülen Hizmetler (n=317)≠		
Muayene	202	63,7
Yara Bakımı	172	54,3
Kişisel Bakım/ Temizlik	156	49,2
İlaçla Tedavi	166	49,2
Enjeksiyon, Sonda Takma	145	45,7
Sağlık Kuruluşuna Sevk/Nakil	99	31,2
Tetkik	88	27,8
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	78	24,6
Danışmanlık/Bilgilendirme/Eğitim	73	23,0
Refakat Hizmeti	59	18,7
Diğer €	20	6,3
Evde Bakım/Sağlık Hizmeti Alabileceği Düşünülen Kişilerin Dağılımı (n=320)≠		
Yaşlılar	219	67,8
Kronik hastalığı olan ve bu nedenle kendine bakamayacak kişiler	191	59,1
Engelliler	149	46,1
Ameliyat sonrası ihtiyaçlar için geçici süre evde bakıma ihtiyaç duyanlar	84	26,0
Fikrim Yok/Bilmiyorum	35	11,8
Evde Bakım/Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvurulması Gerekli Olduğu Düşünülen Kurumların Dağılımı (n=320)≠		
Toplum Sağlığı Merkezi/Aile Sağlığı Merkezi	125	39,3
Eğitim Araştırma Hastaneleri	120	37,4
Belediyeler	103	32,2
Bilmiyorum	89	27,8
Özel Hastaneler	77	24,0
Üniversite Hastaneleri	76	23,8
Devlet Hastaneleri	51	15,9
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	47	14,6
Halk Sağlığı Müdürlüğü	46	14,3
Özel Evde Bakım Şirketleri	43	13,4
Diğer ∞	9	2,8

* Sütun yüzdesi ,≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir,

β:Üniversite,okul,reklam ,€:Maddi yardım, yemek , ∞:Valilik, kaymakamlık

Tablo 10' da araştırmaya katılan bireylerin evde bakım hizmetleri ile ilgili bazı bilgilerinin dağılımları sunulmuştur.

Araştırma katılan bireylerin daha önce evde bakım hizmetlerini duyma %38,6'dır. Evde bakım sağlık hizmetlerinin durumu öğrenme yeri sorgulandığında; katılımcıların %40,6'sı komşu-akrabadan duyarken, %19,7'si hekimden evde bakım sağlık hizmetlerinin varlığını duymuştur. Araştırmaya katılan bireylerin, evde bakım sağlık hizmetlerinde verildiği düşünölen hizmetleri sorgulandığında; katılımcıların %63,7'si evde bakım sağlık hizmetlerinde muayene işleminin gerçekleştirildiğini düşünürken, bir sağlık kuruluşuna sevk-nakil işleminin gerçekleştirildiğini düşünölenler %1,2'dir. Evde bakım sağlık hizmeti alabileceği düşünölen kişilerin dağılımına bakıldığında; yaşlılar %67,8, kronik hastalığı olan ve bu nedenle kendine bakamayacak kişiler %59,1, engelliler %46,1, ameliyat sonrası ihtiyaçlar için geçici süreyle bakıma ihtiyaç duyanlar %26,0, fikrim yok bilmiyorum diyenler %11,8'dir. Evde bakım sağlık hizmeti almak için başvurulması gerekli olduğu düşünölen kurumların dağılımı şöyledir; TSM – ASM; %39,3, eğitim araştırma hastaneleri; % 37,4, belediyeler; %32,2, fikri olmayanlar; %27,8'dir.

Tablo 11a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

		TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Yaş Grupları (n=951)					
	18-29 yaş	207	75,8	66	24,2
	30-39 yaş	92	43,8	118	56,2
	40-49 yaş	96	53,9	82	46,1
	50-59 yaş	136	90,1	15	9,9
	60 yaş ve üstü	135	97,1	4	2,9
		$\chi^2 = 172,633$		$p < 0,001$	
Cinsiyet (n=941)					
	Erkek	330	60,1	219	39,9
	Kadın	334	85,2	58	14,8
		$\chi^2 = 69,3374$		$p = 0,046$	
Medeni Durum (n=946)					
	Evli	432	61,9	266	38,1
	Bekâr	230	92,7	18	7,3
		$\chi^2 = 81,438$		$p < 0,001$	
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=916)					
	Bir	38	95,0	2	5,0
	İki-Üç	268	74,0	94	26,0
	Dört ve Daha Fazla	341	66,3	173	33,7
		$\chi^2 = 18,029$		$p < 0,001$	

*Satır Yüzdesi

Tablo 11a'da araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı sunulmuştur.

Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı açısından araştırmaya katılan 18-29 yaş grubundaki bireylerin %24,2'si yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Araştırmaya katılan 30-39 yaş grubundaki bireylerin %56,2'si yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, araştırmaya katılan 40-49 yaş grubundaki bireylerin %46,1'i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, araştırmaya katılan 50-59 yaş grubundaki bireylerin %9,9'u yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, araştırmaya katılan 60 yaş ve üstü bireylerin %2,9'u yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir ($p < 0,001$).

Cinsiyet durumuna göre sağlık okuryazarlığı açısından araştırmaya katılan kadın bireylerin %14,8' i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, erkek bireylerin %39,9'u yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Medeni durumuna göre sağlık okur yazarlığı açısından araştırmaya katılan evli bireylerin %38,1'i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, bekâr bireylerin %7.3'ü yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir (**p=0,046**).

Hanede yaşayan kişi sayısına göre sağlık okuryazarlığı açısından araştırmaya katılan hanelerden bir bireyin yaşadığı hanelerin %5'inde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır, iki-üç bireyin yaşadığı hanelerin %26,0'ında yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır, dört ve daha fazla bireyin yaşadığı hanelerin %33,7'sinde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır (**p<0,001**).

Tablo 11b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018

		TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Eğitim Durumu (n=947)					
	İlkokul mezunu ve altı	49	92,5	4	7,5
	Ortaokul-lise mezunu	237	73,1	87	26,9
	Yüksekokul-üniversite mezunu ve üstü	379	66,5	191	33,5
		$\chi^2=17,647$		$p<0,001$	
Çalışma Durumu (n=945)					
	Çalışan (Memur, İşçi, Maaşlı Personel)	233	62,6	139	37,4
	Çalışmayan	428	74,7	145	25,3
		$\chi^2=15,607$		$p<0,001$	
Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=936)					
	1600 TL ya da daha az	103	78,0	29	22,0
	1601-3200 TL arası	214	68,4	99	31,6
	3201-4800TL arası	182	68,9	82	31,1
	4801-6400 TL arası	88	67,2	43	32,8
	6401 TL ve üstü	67	69,8	29	30,2
		$\chi^2=5,070$		$p=0,280$	
Okuma Yazma İle İlgili Aktivitelerine Yönelik Diğer Kişilerden Yardım Alma Durumu (n=910)					
	Hiçbir zaman- Nadiren	500	63,3	289	36,7
	Ara sıra/Bazen	61	79,2	16	20,8
	Sıklıkla- Her Zaman	33	75,0	11	25,0
		$\chi^2= 9,704$		$p=0,042$	
Kronik Hastalık Varlığı (n=943)					
	Var	222	36,1	393	63,9
	Yok	61	18,6	267	81,4
		$\chi^2=31,189$		$p<0,001$	
Genel Olarak Kendi Sağlıkını Değerlendirme Durumu (n=948)					
	Çok İyi-İyi	414	65,9	214	34,1
	Orta/Ne iyi ne kötü	210	77,5	61	22,5
	Çok Kötü-Kötü	41	83,7	8	16,3
		$\chi^2= 16,610$		$p<0,001$	

*Satır Yüzdesi

Tablo 11b’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımları sunulmuştur.

Eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı açısından araştırmaya katılan ilkokul mezunu ve altı bireylerin %7,5’i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, ortaokul-lise mezunu bireylerin %26,9’u yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, yüksekokul-üniversite mezunu ve üstü bireylerin %33,5’i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir (**p<0,001**).

Çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı açısından araştırmaya katılan çalışan (memur, işçi, maaşlı personel) bireylerin %37,4’ü yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, çalışmayan bireylerin %25,3’ü yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir(**p<0,001**).

Aylık toplam hane halkı gelirine göre sağlık okuryazarlığı açısından araştırmaya katılan 1600 TL ya da daha az geliri olan hanelerin %22,0’ında yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır, 1601-3200 TL arası geliri olan hanelerin %31,6’sında yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır, 3201-4800TL arası geliri olan hanelerin %31,1’ünde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır, 4801-6400 TL arası geliri olan hanelerin %32,8’inde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır, 6401 TL ve üstü geliri olan hanelerin %30,2’sinde yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı bulunmaktadır (**p=0,280**).

Okuma yazma ile ilgili aktivitelerine yönelik diğer kişilerden yardım alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı açısından araştırmaya katılan hiçbir zaman yardım almayan-nadiren yardım alan bireylerin %36,7’si yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, ara sıra/bazen yardım alan bireylerin %20,8’i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, sıklıkla- her zaman yardım alan bireylerin %25,0’i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir(**p=0,042**).

Kronik hastalık varlığına göre sağlık okuryazarlığı açısından kronik hastalığı olmayan bireylerin %63,9'u yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, kronik hastalığı olan bireylerin %81,4'ü yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir ($p<0,001$).

Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre sağlık okuryazarlığı açısından kendi sağlığını çok iyi-iyi olarak değerlendiren bireylerin %34,1'i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, orta/ne iyi ne kötü olarak değerlendiren bireylerin %22,5'i yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir, çok kötü-kötü olarak değerlendiren bireylerin %16,3'ü yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir ($p<0,001$).

Şekil 1. Aile Hekimliği Görevlerini Bilme ile SOY Puan Dağılımı, Gölbaşı, 2018



Şekil 1'de Araştırmaya Katılan Bireylerin Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili bilgilere göre sağlık okuryazarlığı puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 12a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Aile Hekimliği Sistemi ile İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

		TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Aile Hekiminin Görevlerinin Bilinme Durumu:					
Gebe ve Çocukların Sağlığını Takip Etme (n=945)					
	Söylemeyenler	506	76,2	158	23,8
	Söyleyenler	153	54,6	127	45,4
		X²:43,445		p=0,001	
Aile Hekiminin Görevlerinin Bilinme Durumu:					
Kişilere Koruyucu Sağlık Hizmeti Verme (n=945)					
	Söylemeyenler	569	71,6	226	28,4
	Söyleyenler	91	60,7	59	39,3
		X²:7,125		p=0,008	
Aile Hekiminin Görevlerinin Bilinme Durumu:					
Reçete, Rapor ve Sevk Evrakı Düzenleme (n=945)					
	Söylemeyenler	267	65,4	141	34,6
	Söyleyenler	393	73,3	143	26,7
		X²:6,838		p=0,009	

*Satır Yüzdesi

Tablo 12a'da Araştırmaya Katılan Bireylerin Aile Hekimliği Sistemi ile İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı Sunulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin %45,4'ü aile hekiminin görevlerinden birinin gebe ve çocuk sağlığını takip etme olduğunu bildirmektedir (**p=0,001**). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin %39,3'ü aile hekimi görevlerinden birinin kişilere koruyucu sağlık hizmeti verme olduğunu söylemektedir (**p=0,008**). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin %26,7'si aile hekiminin görevlerinden birinin reçete-rapor ve sevk evrakı düzenleme olduğunu söylemektedir (**p=0,009**).

Tablo 12b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Hizmeti Almadaki Tutumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
	Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Yeni Gelişen Sağlık Şikâyetlerinde İlk Başvuru Yeri (n=920)				
Devlet Hastanesi Polikliniği	204	62,4	123	37,6
Üniversite Hastanesi Polikliniği	108	73,0	40	27,0
Özel Hastane/Tıp Merkezi/ Özel Muayenehane/Acil Servis	104	78,8	28	21,2
Aile Hekimi	227	72,5	86	27,5
$\chi^2=15,418$		$p=0,001$		
Gebelik Durumunda Takiplerin Yapıldığı Yeri (n=501)				
Aile Hekimine Başvurmayanlar	163	37,8	268	62,2
Aile Hekimine Başvuranlar	62	88,6	8	11,4
$\chi^2=62,695$		$p<0,001$		
Ebeveynlerin 0-5 Yaş Arası Çocuklarının Rutin Takibi Aşları İçin Başvurulan Yer (n=378)				
Aile Hekimine Başvurmayanlar	8	4,9	156	95,1
Aile Hekimine Başvuranlar	85	39,7	129	60,3
$\chi^2=60,760$		$p<0,001$		

*Satır Yüzdesi

Tablo 12b'de Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Hizmeti Almadaki Tutumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı sunulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin %37,6'sı yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yerinin devlet hastanesi, %27,0'si üniversite hastanesi polikliniği, %21,2' si özel hastane veya özel muayene veya acil servis, %27,5'i aile hekimliği olduğunu bildirmektedir($p=0,001$).

Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin %11,4'ü gebelik durumunda takipleri için aile hekimine başvurduğunu söylemektedir ($p<0,001$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin %60,3'ü ebeveynlerin 0-5 yaş arası çocuklarının rutin aşı takibi için aile hekimine başvurduğunu bildirmektedir ($p<0,001$).

Tablo 12c. Araştırmaya Katılan Bireylerin Direkt Aile Hekimine ve Direkt Hastaneye Başvurma Sebeplerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

		TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Beni Sürekli Takip Eden Bir Hekim Olması (n=893)					
	Söylemeyenler	477	70,8	196	29,2
	Söyleyenler	132	60,0	88	40,0
		X²:9,0437		p=0,002	
Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi: ASM'nin Teknolojik Açıdan Yetersiz Oluşu (n=901)					
	Söylemeyenler	334	69,7	145	30,3
	Söyleyenler	252	59,7	170	40,3
		X²:9,8921		p=0,049	

*Satır Yüzdesi

Tablo 12c'de Araştırmaya Katılan Bireylerin Direkt Aile Hekimine ve Direkt Hastaneye Başvurma Sebeplerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı sunulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin % 40,0'ı direk aile hekimine başvurma sebebinin “beni sürekli takip eden bir hekim olmasını istemek”olarak belirtmiştir (**p=0,002**). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli-mükemmel olan bireylerin %40,3'ü direk hastaneye başvurma sebebinin “ASM'nin teknolojik açıdan yetersiz olması” olarak belirtmiştir (**p=0,049**).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin TSM İle İlgili Bilgileri ve Başvurma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

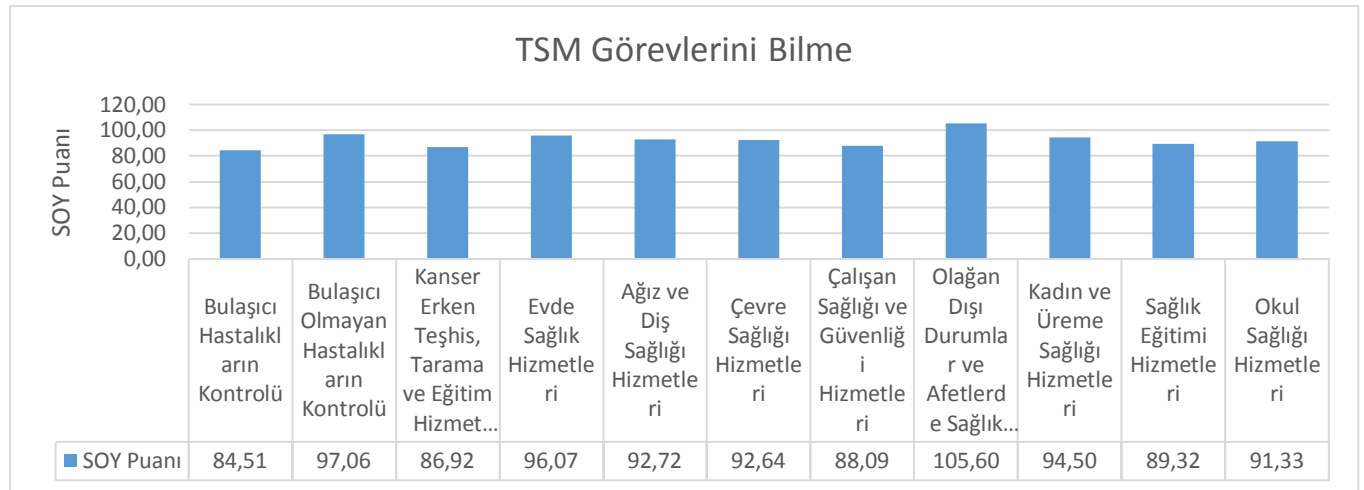
		TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Daha Önce TSM'yi Duyma Durumu (n=951)					
	Duymamış	527	75,0	175	25,0
	Duymuş	155	62,2	94	37,8
		$\chi^2=14,8973$		$p=0,137$	
TSM İle İlgili Bilginin Alındığı Yer (n=236)					
	Hekim	29	64,4	16	35,6
	Hekim Dışı Sağlık Personeli	23	79,3	6	20,7
	Komşu/Akraba	58	63,0	34	37,0
	Medya(İnternet/TV/Radyo/Sosyal Medya/Gazete)	48	68,6	22	31,4
		$\chi^2=7,615$		$p=0,107$	
TSM'ye Daha önce Başvurma Durumu (n=235)					
	Başvurmamış	135	65,9	70	34,1
	Başvurmuş	18	60,0	12	40,0
		$\chi^2= 0,179$		$p=0,672$	
TSM'ye Başvurma Nedeni: Aile Hekimliği Kayıt işlemleri için (n=30)					
	Söylemeyenler	12	52,2	11	47,8
	Söyleyenler	6	85,7	1	14,3
		$\chi^2= 1,312$		$p=0,113$	
TSM'ye Başvurma Nedeni: Aşı yaptırmak için (n=30)					
	Söylemeyenler	14	58,3	10	41,7
	Söyleyenler	4	66,7	2	33,3
		$\chi^2= 0,139$		$p=0,709$	
TSM'ye Başvurma Nedeni: Evlilik raporu için (n=30)					
	Söylemeyenler	12	66,7	6	33,3
	Söyleyenler	6	50,0	6	50,0
		$\chi^2= 0,833$		$p=0,361$	
TSM'ye Başvurma Nedeni: Şikayet için (n=30)					
	Söylemeyenler	16	59,3	11	40,7
	Söyleyenler	2	66,7	1	33,3
		$\chi^2= 0,062$		$p=0,804$	
TSM' de Verilen Hizmetler: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Hizmetleri (n=216)					
	Söylemeyenler	137	72,8	51	27,2
	Söyleyenler	15	53,5	13	46,5
		$\chi^2= 4,3541$		$p=0,036$	

*Satır Yüzdesi

Tablo 13' de Araştırmaya Katılan Bireylerin TSM İle İlgili Bilgileri ve Başvurma Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı sunulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %37,8'i daha önce TSM'i duymuştur (p=0,137) .Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %35,6'sı TSM ile ilgili bilgileri hekimlerden alırken, komşu-akrabadan alanlar ise %37,0'dir (p=0,107) .Sağlık okuryazarlığı yeterli mükemmel olanların %40,0'ı TSM'ye daha önce başvurmuştur (p=0,672). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %14,3'ü TSM ye başvurma nedeninin aile hekimliği kayıt işlemleri için olduğunu söylemiştir (p=0,113). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %33,3'ü TSM'ye aşı yaptırmak için başvurmuştur (p=0,709). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %50,0'ı TSM'ye evlilik raporu almak için başvurmuştur (p=0,361). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %46,5'i TSM'ye kanser erken teşhis tarama ve eğitim hizmetlerinden yararlanmak için başvurmuştur (**p=0,036**).

Şekil 2. TSM ile İlgili Bilgilere Göre SOY Puanları, Gölbaşı, 2018.



Şekil 2'de Araştırmaya Katılan Bireylerin TSM ile ilgili bilgilere göre sağlık okuryazarlığı puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM İle İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

	TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
	Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Daha Önce KETEM' i Duyma Durumu (n=948)				
Duymamış	422	72,1	164	27,9
Duymuş	230	63,5	132	36,4
		$\chi^2=7,4892$	$p=0,036$	
KETEM' e Daha önce Başvurma Durumu (n=943)				
Başvurmamış	638	76,1	201	23,9
Başvurmuş	66	63,4	38	36,6
		$\chi^2= 7,7409$	$p=0,049$	
Daha Önce Evde Bakım/Sağlık Hizmetleri'ni Duyma Durumu (n=830)				
Duymamış	368	72,1	142	27,9
Duymuş	201	62,8	119	37,2
		$\chi^2=7,9642$	$p<0,001$	

*Satır Yüzdesi

Tablo 14' de Araştırmaya Katılan Bireylerin KETEM İle İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı sunulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %36,4'ü daha önce KETEM'i duymuştur ($p=0,036$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %42,6'sı KETEM ile ilgili bilgileri medyadan alırken, komşu-akrabadan alanlar ise %32,3'dür ($p=0,131$). Sağlık okuryazarlığı yeterli mükemmel olanların %36,6'sı KETEM'e daha önce başvurmuştur ($p=0,049$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %14,3'ü TSM ye başvurma nedeninin aile hekimliği kayıt işlemleri için olduğunu söylemiştir ($p=0,113$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %33,3'ü TSM'ye aşı yaptırmak için başvurmuştur ($p=0,709$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %26,5'i KETEM 'e başvurmama nedeninin "KETEM'in görevlerini bilmemek olduğunu" söylemiştir ($p=0,086$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %20,0'ı KETEM 'e başvurmama nedeninin "KETEM'in yararına inanmamak olduğunu" söylemiştir ($p=0,369$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %44,8'i KETEM 'e başvurmama nedeninin

“hastane ortamından hoşlanmadığından olduğunu” söylemiştir (p=0,088). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %45,8’i KETEM ‘e başvurmama nedeninin “kanser tanısı almaktan korktuğu için olduğunu” söylemiştir (p=0,009). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların % 28,8’i KETEM ‘e başvurmama nedeninin “KETEM’ e ihtiyaç duymadığı için olduğunu” söylemiştir (p=0,379).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Gölbaşı, 2018.

		TSOY-32’ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Daha Önce Evde Bakım/Sağlık Hizmetleri’ni Duyma Durumu (n=830)					
	Duymamış	368	72,1	142	27,9
	Duymuş	201	62,8	119	37,2
		$\chi^2=7,9642$		$p<0,001$	
Evde Bakım/Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bilginin Alındığı Yer (n=313)					
	Hekim	44	69,8	19	30,2
	Hekim Dışı Sağlık Personeli	21	65,6	11	34,4
	Komşu/Akraba	82	63,1	48	36,9
	Medya(İnternet/TV/Radyo/Sosyal Medya/Gazete)	56	63,6	32	36,4
		$\chi^2=4,692$		$p=0,320$	

*Satır Yüzdesi

Tablo 15’ te Araştırmaya Katılan Bireylerin Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Bilgilerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı sunulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %37,2’si daha

önce evde bakım/sağlık hizmetlerini duymuştur ($p=0,001$). Sağlık okuryazarlığı durumu yeterli mükemmel olanların %36,4'ü evde bakım/sağlık hizmetlerini ile ilgili bilgileri medyadan alırken, komşu-akrabadan alanlar ise %36,9'dur ($p=0,131$).

Şekil 3. Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Bilgilere Göre SOY Puanları, Gölbaşı, 2018



Şekil 3'te Araştırmaya Katılan Bireylerin Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili bilgilere göre sağlık okuryazarlığı puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Etkileyen Faktörler, Gölbaşı, 2018

Etkili Faktörler	OR*	%95 CI	p
Yaş	8,25	2,49-27,39	0,001
Medeni Durum	12,36	7,23-21,14	<0,001
Kronik Hastalık Varlığı	2,58	1,78-3,74	<0,001
Eğitim Durumu	1,83	1,28-2,63	0,001
**OR: Odds ratio ile gösterilen tahmini rölatif risk			

Tablo 16’da katılımcıların sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler sunulmuştur. Lojistik regresyon analizine, Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Bitirilen Okul, Öğrenim Durumu, Meslek, Kronik Hastalık Varlığı ve Gelir Durumu değişkenleri dahil edilmiştir. Bireyin yaşlanması ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı (RR: 8,25), kişinin evli olması (RR:12,36), kronik hastalık varlığı (RR: 2,58), eğitim düzeyindeki artış (RR:1,83) ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı görülmüştür.

Katılımcıların aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgisi ve sağlık hizmeti almadaki tutumu ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür ($r=0,226$; $p<0,001$).

Katılımcıların toplum sağlığı merkezi hakkındaki bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur ($r=0,131$; $p=0,069$).

Katılımcıların KETEM hakkındaki bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=0,263$; $p<0,001$).

Katılımcıların evde bakım hizmetlerinin bilinirlik düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=0,284$; $p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Araştırma, Gölbaşı ilçesindeki bazı ASM'lere başvuran 18 yaş üstü bireylerin, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilinirliği ile sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla 951 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Tartışmaya ilk olarak, araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı bulgularıyla başlanılmış, bunu takiben sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirleyici faktörleriyle devam edilmiş, son olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilinirliği ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki ile ilgili bulguların tartışılması ile bitirilmiştir.

5.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $41.18 \pm 15,50$, yaş ortancası 39(18-85) olup, katılımcıların %14,6'sını 60 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Ülkemizde yürütülen bazı çalışmalarda da benzer demografik bulgular elde edilmiştir (5).

Araştırmaya katılanların %57,7'si kadındır. ASM'lere başvuranlar üzerinde yapılan birçok çalışmada da, kadınların daha çok başvurduğu ortaya konulmuştur (92, 93). Bunun sebebi olarak Türkiye'de iş hayatında daha az yer edinen kadın nüfusun gebelik ve çocuk takibi için başvurmalarının da etkisiyle birinci basamak sağlık hizmetlerine daha çok başvurması gösterilebilir.

Araştırmaya katılanların %73,8'i evli olup; bu durum ankete katılan evli bireylerin gebe ve çocuk takibi için aile sağlığı merkezlerine daha fazla başvurmaları ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin diğer tanımlayıcı bilgilerini özetlemek gerekirse %60,2'si lise ve üzerinde bir okul mezunu, %39,4'ü çalışandır. Katılımcıların %56,1'inin evinde hanede dört veya daha fazla kişi yaşamaktadır. Aylık toplam hane geliri katılımcıların % 61,6'sında bir ile üç asgari ücret arasındadır (1601-4800 TL). Katılımcıların %34,8'inin kronik bir hastalığı vardır.

Araştırma sonuçlarının yorumlanırken katılımcıların bu özelliklerinin dikkate alınması gerekmektedir. Literatürde hane halkına yapılan çalışmalar veya herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru yapanlarda yapılan çalışmalarda benzer özellikleri görmek mümkündür.

5.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında, %25,0'nın yetersiz, %45,0'ını sorunlu-sınırlı, %22,4'ünün yeterli, %7,6'sının mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı kategorileri birlikte değerlendirildiğinde incelenenlerin %70,0'nın bu iki kategoriye içerecek biçimde kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunun görülmesi ne derece ağır bir halk sağlığı sorunu ile karşı karşıya olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini en geniş toplumsal kesit ile belirleyen iki çalışma Avrupa Birliği ülkeleri ve ABD'de yürütülen çalışmalardır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli, %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır (56). ABD Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Çalışmasına göre %12 yeterli, %53 orta düzeyde, %22 temel düzeyde, %14 temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı saptanmıştır(94).

Çalışmamız %25,0 yetersiz sağlık okuryazarlığı ile bu iki gelişmiş bölgedeki yetersiz sağlık okuryazarlığının yaklaşık iki katı düzeyindedir. Bu sonuç sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından gelişmiş ülkelerle arasındaki farkın büyüklüğünü yansıtması bakımından dikkat çekmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında ülkeler arasında farklı paternler görülmektedir(56). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu ülkeler Bulgaristan (%26,9) ve Avusturya'dır (%18,2). Yetersiz ve sorunlu/sınırlı kategorileri birlikte değerlendirildiğinde ise en yüksek sıklığın yine Bulgaristan'da olduğu (%62,1), bu ülkeyi İspanya (%58,3) ve Avusturya'nın (%56,4) izlediği görülmektedir. Çalışmamız Ankara'nın merkez ilçesinden birinde yapılmasına rağmen, sağlık okuryazarlığı düzeyinde en kötü durumda olan Bulgaristan'ın bile gerisinde olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklı kategorilerini tanımlayan farklı ölçekler kullanılması karşılaştırma için bir kısıtlılık faktörü olmakla birlikte, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin toplumlara göre değişimini gözlemlemek için fikir edinilebilir. Kosova’da TOFHLA (skorlar yetersiz, sınırdaki ve yeterli olarak kategorize edilmektedir) ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılan çalışmada, %43,8 yetersiz, %36,8 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (95). Belgrad’da TOFHLA ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılan çalışmada ise, %32 yetersiz, %14,4 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (96). Tayvan’da % 13,7 yetersiz, %16,5 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (97). Sonuçlara göre çalışmamız sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanlar bakımından ağır bir sorun teşkil ediyor görülmektedir.

5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirleyici Faktörleri

Araştırma sonuçlarına göre kadınlar erkeklere göre yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlığı için (sırasıyla %85,2 ve % 60,1) daha dezavantajlıdır. Sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre değişiminde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Kimi çalışmalar erkeklerin daha avantajlı olduğuna işaret etmektedir (95, 98, 99). Kimi çalışmalar ise kadınların daha avantajlı olduğuna işaret etmektedirler (35, 96). Kimi çalışma ise cinsiyetin etkisinin anlamlı olmadığını söylemektedir (98). Türkiye’de yapılan çalışmalardan ulusal düzeydeki bir çalışmada kadınlar daha dezavantajlı bulunmuşken, iki yerel çalışmada ise cinsiyetin etkili olmadığı sonucu bulunmuştur (4, 100, 101). Cinsiyetin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi üzerine farklı sonuçlar olmakla birlikte, çalışmamızda kadınların dezavantajlı olduklarını gösteren sağlık okuryazarlığı araştırması sonuçları, kadınların toplumsal cinsiyetin dezavantajlı tarafı olduklarını gösteren diğer başlıklardaki sonuçlarla birlikte dikkate alınarak sağlık okuryazarlığı bakımından kadınların bir risk grubu olarak dikkate alınması önerilebilir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu-sınırlı olanların sıklığı ise 60 ve üzeri yaş grubunda %97,1’dir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ve ABD erişkin okuryazarlık çalışmasının da aralarında bulunduğu farklı çalışmalar

ilerleyen yaşın sağlık okuryazarlığı için risk faktörü olduğunda birleşmektedir (35, 56, 94, 98). Yapılan başka çalışmalarda da benzer şekilde yaş arttıkça yetersiz-sınırlı SOY sıklığı artmaktadır (4, 102). Yaşlılar doğal olarak hastalık yükünün ve sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir kısmını üstlenmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte sınırlı SOY'un bilişsel fonksiyonlarda ve duyuşsal yeteneklerde azalmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığı bilinmektedir (103). Elde edilen bu sonuçlar yaşlıların neredeyse tamamının sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç geriatrik popülasyonun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çabalarında öncelikli hedef grup olarak ele alınması gerekliliğini göstermektedir. Türkiye'nin demografik dönüşüm sürecinin yaşlı nüfusun giderek artacağı bir projeksiyona sahip olması orta ve uzun vadede konuyu daha da önemli hale getirecektir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanların sıklığı “en yüksek ilkököl mezunu ve altı olanlar” grubunda %92,5, “ilköğretim, ortaokul, lise ve dengi okullar” grubunda %73,1, “yükseköğretim ve üzeri olanlar” grubunda ise %66,5'dir. Dünya genelinde yapılan farklı çalışmalar eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirleyicisi olduğu sonucunda birleşmektedir (94, 97-99, 104).

Araştırma sonuçlarına göre çalışmayanlar çalışanlara göre yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlığı için (sırasıyla %74,7 ve %62,6) daha dezavantajlıdır. Yapılan başka bir çalışmada, ekonomik durum iyileştikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı görülmektedir (105). İtalya'da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara rastlanılmıştır (106).

Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığını etkileyen bir diğer etmenin ise hane halkı geliri olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada; hane halkı geliri azaldıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı tespit edilmiştir (5). Ülkemizde yapılan başka iki çalışmada da benzer bulgulara rastlanılmıştır (4, 105). Bizim çalışmamızda, aylık toplam hane halkı geliri 1600 TL ve altı olanların yetersiz sınırlı sağlık okuryazarlığı %78,0 olarak bulunmuştur.

Eğitim düzeyi, çalışma durumu, hane halkı geliri sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılıkların olduğu sosyoekonomik parametreler olarak görülmektedir. Sayılan sosyoekonomik parametreler aynı zaman da sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımı için de sağlık eşitsizliklerinin kaynağı olan parametrelerdir. Bu sonuç sosyoekonomik değişkenlerle sağlık değişkenleri arasındaki ilişkinin tesisinde sağlık okuryazarlığının aracı rolü oynadığını dşndrebilir.

Algılanan sağlık, bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini gösteren, kişinin sağlık düzeyini açıklamak için kullanılan basit ancak güçlü bir gösterge olarak öne çıkmaktadır (107). Sağlık durumunu belirlemek üzere kullanılan ve kişinin kendi değerlendirmesini esas alan algılanan sağlık, alan araştırmaları ve sağlık hizmetleri ile ilgili araştırmalar sıklıkla kullanılmaktadır (108). Yapılan araştırmalarda algılanan sağlığın mortalite ile ilişkili olduğu ayrıca morbidite, yeti yitimi ve sağlık hizmeti kullanımının belirleyen iyi bir ölçüt olduğu saptanmıştır (108-111).

“Genel olarak sağlığınızı, sizin yaşınızdakilerle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz” sorusunu araştırmaya katılanların %11,2’si çok iyi, %55,1’i iyi, %28,5’i ne iyi ne kötü, %5,0’i kötü, %0,2’si çok kötü olarak yanıt vermiştir. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre ülke genelinde algılanan sağlıkları çok iyi ya da iyi olanların sıklığı %63,5 bulunmuştur (85). Bu alışma ile TÜİK Sağlık Araştırmasının algılanan sağlıkla ilgili sonuçlarının birbirine yakın oldukları görülmektedir. Bu karşılaştırma bu çalışmanın katılımcılarının sağlık düzeyleri bakımından ülke toplumunun genelinin sağlık düzeyini yansıtığını söylemek için bir kanıt olarak değerlendirilebilir.

Genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanların sıklığı “en yükseği kendi sağlığını çok kötü –kötü olarak değerlendirenler” grubunda %83,7, “kendi sağlığını orta-ne iyi ne kötü olarak değerlendirenler” grubunda %77,5, “kendi sağlığını çok iyi-iyi olarak değerlendirenler” grubunda ise % 65,9’dur. Sırbistan, Japonya ve Hollanda’daki çalışmaların da örneklediği gibi, bu çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile algılanan sağlık ilişki görülmektedir (96, 112, 113). Sonuçlar

sağlık okuryazarlığının sağlık düzeyinin önemli bir belirleyicisi olduğuna işaret etmektedir.

Kronik hastalıklar diğer bütün nedenlerin tamamından daha fazla ölüme yol açan en önemli ölüm nedenidir. Türkiye’de 30-70 yaş ölümlerin %87’si bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Diğer yandan Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı erken ölüm (70 yaş altı) ihtimali %18’dir ki bu da her beş yetişkinden yaklaşık birinin erken öldüğü anlamına gelmektedir (114). Genel olarak, Türkiye’nin toplam hastalık yükü %4 azalarak 2000’de 19,2 milyon olan engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY), 2013’te 18,4 milyona gerilemiştir. Türkiye’de bulaşıcı hastalıklar, anne, yenidoğan ve beslenmeye bağlı hastalıkların yükü azalmaktadır (2000-2013 arasında 4,3 milyondan 2,2 milyona). Bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü ise artmaktadır (2000-2013 arasında 13 milyondan 14,8 milyona)(115) .

Araştırmaya katılanların %34,8’i herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. İncelenen yaklaşık her üç kişiden birinin kronik hastalığı olduğunu beyan etmesi bulaşıcı olmayan hastalıkların toplumdaki yaygınlığına işaret etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerde yapılan kesitsel çalışmalarda, SOY düşük kişilerin sağlık bilgisinin ve sağlık düzeylerinin düşük olduğu, kronik hastalık yönetiminin kötü olduğu ve koruyucu hizmetlerin kullanımının düşük olduğu ve bunun mortaliteyi arttıran bir etmen olabileceği belirtilmektedir (116).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz-sınırlı olanların %36,1’i hekim tarafından tanısı konmuş 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Sonuçlar sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, erkek cinsiyet, artan yaş, azalmış eğitim durumu, hane halkı

geliri ve sosyal statünün düşük sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler olduğu gösterilmiştir (35). Tayvan’da yapılan bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin artan yaş, ilaç alımı için harcanabilecek para miktarındaki azalma, sosyal statünün düşük olması, televizyonda sağlık ile ilişkili programların daha az izlenmesi olarak bildirilmiştir (103). Sırbistan’da yapılan çalışmada ise, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler yaş, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı olarak tespit edilmiştir (117).

5.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Bilinirliği ve Sağlık Okuryazarlığı ile Olan İlişkinin Tartışılması

Katılımcılar tarafından en sık belirtilen aile hekiminin görevleri sırasıyla; hastalıkların teşhisi için muayene etmek (%78,0), reçete düzenleme (%56,8), gebe takibi (%29,7) olmuştur. En az belirtilenler ise sırasıyla; evde sağlık hizmeti verme (%13,9), koruyucu sağlık hizmeti verme (%15,9) , sağlık danışmanlığı hizmeti verme (%18,2) olmuştur. Literatürdeki çalışmalarda bireylerin muayene olmak ve reçete yazdırmak için aile hekimine başvurduğu gözükmektedir (118-121). Bu durum aile hekimlerinin en sık bilinen görevleri ile aile hekimine başvurma nedenleri arasında paralellik olması ile ayrıca birinci basamakta daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelme olması ve koruyucu hizmetlerin göz ardı edilmesi ile açıklanabilir. Katılımcıların aile hekiminin diğer temel görevlerinden haberdar olmaması bu görevlerin yazılı ve görsel medyada yeteri kadar yer almamasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak anketin uygulanış biçimine bağlı olarak; hekimin görevlerinin listeden okunmadan katılımcıdan saymasını beklemek olduğu için kısıtlı zamanda aile hekiminin sadece birincil görevlerinin sayılabileceği akılda tutulmalıdır.

Araştırmaya katılan bireylerin aile hekiminin görevlerini sayarken;” gebe ve çocukların sağlığını takip etme “ olduğunu söyleyenlerin yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı %54,6; söylemeyenlerin ise % 76,2; ”Kişilere koruyucu sağlık hizmeti verme “ olduğunu söyleyenlerin yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı %60,7 iken söylemeyenlerde ise sıklık% 71,6’dır.Bu durum

sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan bireylerin bile; aile hekiminin görevlerini sayarken koruyucu sağlık hizmetlerini göz ardı ettiğini birinci basamağın misyon ve vizyonunun yeterince benimsenmediği şeklinde yorumlanabilir.

Daha iyi koşullarda, daha insancıl ve maliyet etkin sağlık hizmeti sunumu için iyi işleyen birinci basamak sağlık bakımının gerekliliği tüm dünyada tartışmasız kabul edilmiştir. Birinci basamağın etkin olduğu ülkelerde hastaların çoğu önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve sorunlarının yaklaşık % 90'ına yakını burada çözüm bulunmaktadır. Sadece % 10' u diğer dal uzmanlarına sevk edilmektedir (122). Bu çalışmada, bireyler sağlık sorunları geliştiğinde ilk başvuracakları yer olarak devlet hastanesi polikliniğini (%35,5); bunu takiben Aile Hekimliğini (%34,0) işaret etmişlerdir.

Katılımcıların yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yeri özel hastane olanların yetersiz sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı %78,8 olup bunu % 72,5 ile aile hekimine başvurular izlemektedir. Bu çalışma hâlihazırda aile sağlığı merkezine başvuran kişiler üzerinde yapılmış olması rağmen bireylerin 2 ve 3. basamağa başvuru alışkanlıklarının devam ettiği aynı zamanda sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan bireylerin bile yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde ilk başvuru yeri olarak aile hekimini tercih etmemesi ve aile hekimi uygulamasının toplum tarafından kabul görmemesi şeklinde yorumlanabilir.

Doğum öncesi bakım hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri açısından öncelikli ve özel bir yere sahiptir. Gebeliğin birinci basamakta izlenmesi; gebe ve bebeğin, bağışıklama, uygun eğitimlerin verilmesi, riskin erken dönemde saptanması gibi tüm koruyucu hizmetlere erişimini artırır ve istenmeyen sonuçların sıklığını azaltır (123). Ayrıca birinci basamakta izlem, erişimin hem ulaşım, hem ekonomik nedenlerle daha kolay olmasıyla hizmette sürekliliği artırır.

Bu çalışmada, kendisi ya da eşi gebe olduğunda takiplerin yapıldığı yer üniversite hastanesi % 33,9, devlet hastanesi % 32,9 ve aile hekimi %14,0' dır. Aile hekiminin sıklık olarak daha az tercih edilmesi; ASM'lerde ultrasonografi cihazının

olmaması ve ASM'lerin teknolojik olarak daha yetersiz olması ile açıklanabilir. Katılımcıların gebelik durumunda takipleri için aile hekimine başvuranların yetersiz sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı % 88,6 olup aile hekimine başvurmayanlarda sıklık % 37,8' dir. Bu durum sağlık okuryazarlığı yeterli mükemmel olan bireylerin bile; gebelik takibi için kadın doğum uzmanına gidilmesi gerektiğini ve aile sağlığı merkezlerinin gebelik takibi için yeterli teknik donanıma sahip olmadığını düşünmeleri ile açıklanabilir.

Ebeveynler, 0-5 yaş arası çocuklarının rutin takip ve aşılama için % 56,6' sı aile hekimini , % 16,4' ü devlet hastanesini tercih etmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda, koruyucu sağlık hizmetleri içinde en sık belirtilen hizmet aşılama bulunmuştur (124, 125). Bu durum, aşılamanın diğer birinci basamak hizmetleri içinde öne çıktığını gösterse de; katılımcıların 0-5 yaş arası çocuklarının takibi için aile hekimine başvuranların yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı % 39,7 olup, aile hekimine başvurmayanların ise % 4,9 olduğu dikkat çekmektedir.

Sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan bireylerin; yeni gelişen sağlık şikâyetlerinde çocuk ve gebe takibinde olduğu gibi aile hekimine başvurmadıkları görülmektedir. Bu durum; birinci basamakta sorunların birçoğunun çözülebileceği inancının sağlık okuryazarlığı yeterli- mükemmel bireylerce dahi benimsenemediği ve ikinci, üçüncü basamak başvuru alışkanlığının devam ettiğini göstermektedir.

Hastaneye gitmeden aile hekimine başvuru sebepleri arasında aile sağlığı merkezinin eve yakın olması (%42,4) ve hastanenin yoğun olması ve sıra beklemek zorunda kalınması (%41,7) en sık sebepler arasındadır. Literatürde de benzer sonuçlar gösteren çok sayıda çalışma dikkati çekmiştir. Samsun'da, Kocaeli'de, Ankara'da, Kayseri'de yapılan çalışmalarda sağlık kuruluşunun eve yakın olması sağlık ocağı veya ASM'yi tercih etmedeki en önemli sebep olarak bulunmuştur (119-121, 126). Farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmaya göre de uzaklığın sağlık hizmeti kullanımını belirleyen temel unsurlardan birisi olduğu ortaya konulmuştur (127-130). Bu durum birinci basamak kuruluşlar için hizmetin ulaşılabilir olmasında mesafenin önemini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların direkt aile hekimine başvuru sebebi olarak kendisini sürekli takip eden hekimin olmasını söyleyenlerin yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı %60,0 söylemeyenlerin sıklığı % 70,8'dir. Aile hekimlerine başvuranlar üzerinde yapılan nitel bir çalışmada başvuran kişilerin hekimleriyle doğru bir iletişim içerisinde oldukları zaman ilk tercih olarak aile hekimlerine gideceklerini ortaya koymuştur (131). Bu durum, sağlık okuryazarlığının temel taşı olan hekim-hasta iletişiminin önemini vurgular niteliktedir.

Bireyin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgisi ve sağlık hizmeti almadaki tutumu ile sağlık okuryazarlığı arası ilişkiler arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Ancak, yapılan ki-kare analizimizde, sağlık okuryazarlığı yeterli-mükemmel olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı yetersiz-sınırlı olan bireylere göre yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ve gebe ve çocuk takiplerinde aile hekimlerini tercih etmedikleri görülmektedir. Bu durum, birinci basamakta sorunların birçoğunun çözülebileceği inancının sağlık okuryazarlığı yeterli-mükemmel bireylerce dahi benimsenemediği, ikinci-üçüncü basamak başvuru alışkanlıklarının devam ettiği gözlenmiştir. Aynı zamanda birinci basamak sağlık kuruluşlarının görece olarak sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerle daha çok karşılaştığını da göstermektedir. Böylece birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlara yönelik materyaller geliştirilmesi ile sağlık okuryazarlığı bakımından daha dezavantajlı olan kesimin gereksinimlerine cevap oluşturulabilir.

Sağlık hizmeti kullanma ile ilişkili değişkenler üzerine gerek gelişmiş ülkelerde, gerekse gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda, düşük sosyoekonomik grupların daha dezavantajlı olduklarını gösteren bulgular mevcuttur: Kanada'da düşük gelir ve eğitim gruplarında sağlık hizmeti kullanımının daha düşük olduğu bulunmuştur. İngiltere'de gelir, iş durumu ve eğitim sağlık hizmeti kullanılmasıyla ilişkili eşitsizlikleri belirleyen değişkenler olarak bulunmuştur (132, 133). Hollanda'da ise düşük eğitim gruplarında sağlık hizmeti kullanımının daha yüksek olduğu belirtilmekte ve aynı zamanda komorbiditenin yüksek olması ile ilişkilendirilmektedir (134).

Brezilya'da ileri yaş grubunda olan, kadın olan, sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren kişiler arasında ve düşük gelir gruplarında sağlık hizmeti

kullanılması düşük bulunmuşken; Yeni Zelanda’da yaş, cinsiyet, yerleşim yeri; Meksika’da gelir, iş statüsü, sosyal güvence ve finansal düzey sağlık hizmeti kullanımını etkilediği bulunmuştur (135-137).

Ülkemizde ise sağlık hizmeti kullanımını etkileyen değişkenler; kronik hastalık varlığı, gelir durumu, meslek ve eğitim durumu olarak ortaya çıkmaktadır (125, 138-140)

Literatürde aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgi ve sağlık hizmeti almadaki tutum ile SOY arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışma yoktur.

Bu yüzden, mevcut durumu değerlendirirken, SOY’u etkileyen faktörler ile sağlık hizmeti kullanımını etkileyen değişkenlerin benzerliği üzerinden yorum yapmak faydalı olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde vazgeçilmeyecek bazı hizmet alanları vardır. Alma-Ata Bildirisi’nin 5. Maddesinde “minimal bakım”dan söz edilmektedir. Buna göre her ülke, kendi koşullarına göre hizmetlerini planlayacaktır. Fakat, halkın sağlık eğitimi, beslenme durumunun geliştirilmesi, bağışıklama, temiz su sağlama, sanitasyon, aile planlaması, sık görülen hastalıkların uygun tedavisi gibi hizmetlerden vazgeçilmez. Bu hizmetlerin birçoğu TSM’lerin görevleri arasında olup, bu durum TSM’lerin sağlık sistemi içerisinde en güçlü ve en fazla önem verilen kurum olması gerekliliğini ortaya koyar (7).

Çalışmamızda bireylerin %73,8’inin TSM’leri daha önce duymadığı görülmüştür. TSM’ye daha önce başvuranların sıklığı ise %12,8’lerde kalmıştır. TSM’yi duyan katılımcıların %24,3’ü ise TSM’nin herhangi bir görevini bilmemektedir. Çalışmamızdaki bu sıklıklar, yapılan bir diğer çalışma ile de benzerlik göstermektedir (141).

Bu durum TSM’ler ile halk arasındaki kopukluğu göstermektedir. Aynı zamanda halkın önceliğinin tedavi hizmetleri olduğu için, sağlık kuruluşlarına başvuru sebebinin de tedavi talebi olduğu, koruyucu hizmetlere ise direkt talebi olmadığı dikkate alınmalıdır.

Bireyin TSM hakkındaki bilgisi ve sağlık hizmeti almadaki tutumu ile sağlık okuryazarlığı arası ilişkiler arasında korelasyon saptanmamıştır. Bu durum, TSM'lerin sık başvurulduğu yerler olmadığı için, verilen hizmetlerin de bilinirliğinin kısıtlı kalmasıyla açıklanabilir. Mevcut literatürde bu konuda herhangi bir çalışma olmamakla birlikte, TSM'lerin kurulduğu günden bu yana verilen hizmetlerin değerlendirilmesi yönünde geniş kapsamlı bir araştırma da bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin %38,2'si daha önce KETEM'i duyduğunu belirtmiştir. KETEM'e daha önce başvuranların sıklığı %11,0 olup katılımcıların başvurmama nedenlerinin dağılımına bakıldığında; %40,3'ü ihtiyaç duymaması şeklinde belirtmiştir. Bu durum çalışmamızdaki katılımcıların genel olarak sağlıklarını çok iyi/iyi olarak tanımlamasıyla açıklanabilir. Çalışmamızdaki bu sıklıklar, yapılan diğer çalışmalarla benzerlik gösterse de, yapılan diğer çalışmaların daha çok ikinci ve üçüncü basamakta hali hazırda kanser tanısı ile takip edilen bireylerde uygulandığı akılda tutulmalıdır (142, 143). Daha önce KETEM'i duyanların yetersiz sınırlı SOY sıklığı %63,5 olup, duymayanlarda ise sıklık %72,1'dir.

KETEM'i duyanların ve KETEM'e başvuranların, KETEM'i duymayan ve başvurmayanlara göre yetersiz-sınırlı SOY sıklığı sırasıyla; %27,9-%36,4 ve %23,9-%36,6 şeklinindedir. Katılımcıların KETEM hakkındaki bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur. Bu durum, Yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %38,6'sı evde bakım-sağlık hizmetlerini daha önce duymuştur. Araştırmaya katılan bireyler evde bakım-sağlık hizmetlerinden; muayene %63,7'sini, yara bakımı %54,3'ünü, temizlik %46,2'sini, enjeksiyon ve sonda takma %45,7'sini oluşturmaktadır. Yapılan başka bir çalışmada ise evde bakım-sağlık hizmetlerinden muayene hizmetleri katılımcıların %57'si tarafından ifade edilmiştir (65). Bu durum bireylerin temizlik, sağlık hizmetleri gibi bireyin somut elde edilebilir temel ihtiyaçlarını oluşturması ve aynı

zamanda bu hizmetlerden daha çok yararlandığı için daha iyi bilindiği şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların, evde bakım hizmetleri hakkındaki bilgisi ile SOY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur.

Kitle iletişim araçları; sağlık okuryazarlığı başlığı altındaki sorun alanları içinde yer alıp hem o sorunların etkeni, hem de o sorunların çözüm aracı olarak öne çıkmakta, aynı zamanda halk sağlığı bakımından önemli sorumluluklar taşımaktadır. Araştırmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe, kitle iletişim araçların kullanımının arttığı görülmüştür. Yaşlı bireylerin bilgi kaynağı olarak bireysel kaynakları kullandıkları, komşu ve akrabaları tercih ettikleri görülmüştür (144). TSM, KETEM, evde bakım hizmetleri ile ilgili elde edilen bilgilerin kaynağı her üçünde de ilk sırayı komşu/akraba oluşturup, onu medya takip etmektedir. Bilgi kaynaklarının sıklığı sırasıyla, TSM için %38,2 , %29,0; KETEM için %36,7 , %27,9; evde bakım için %40,6, %27,5 şeklindedir. Ancak her üç hizmetle ilgili bilginin edinildiği kaynakta hekim ve hekim dışı sağlık personeli en son tercih edilendir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, Gölbaşı ilçesindeki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü 951 kişinin bu başvurularında, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi düzeyleri incelenmiş ve sağlık hizmeti alma konusundaki tutumları sorgulanmıştır.

Araştırma bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

1. Araştırmaya katılan bireylerin yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı sıklığı %70,0'dır. Artan yaş ve düşük sosyoekonomik düzey yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı için risk faktörüdür.
2. Katılımcıların sadece %34,0'ı yeni gelişen sağlık şikayeti olduğunda ilk olarak ASM'ye başvurmaktadır. En çok tercih edilen sağlık kuruluşu devlet hastaneleridir. Aile hekimine başvurmadan hastaneye gitmeye sebep olan en sık sebepler; ASM'lerin teknolojik olarak yetersiz bulunması ve aile hekimlerinin yeterli görülmemesidir. Yeni gelişen sağlık şikayetlerinde aile hekimine başvuranların yetersiz sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı %72,5'tir.
3. Araştırmaya katılan bireylerin %73,8'i TSM'yi, %61,8'i KETEM'i ve %61,4'ü evde bakım/sağlık hizmetlerini duymamıştır. Bu kurumlar ile ilgili bilgilerin alındığı yer sırasıyla, komşu/akraba ve medya şeklindedir. Hekim ve hekim dışı sağlık personeli bilgi kaynağı olarak daha sonra tercih edilmektedir.
4. Katılımcıların bazı birinci basamak sağlık hizmetlerinin (Aile hekimliği, KETEM, evde bakım hizmetleri) bilinirliği ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- ✓ Öncelikle sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik; sosyoekonomik düzeyi düşük ve yaşlı bireylerin riskli grup olarak dikkatle değerlendirilmesi, genel okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik

Çalışmaların desteklenmesi ve bireylerin kendi sağlıkları konusunda bireysel sorumluluklarını arttırıcı faaliyetlerin planlanması gerekmektedir.

- ✓ Bilgi kaynağı olarak en sık komşu/akrabanın tercih edildiği göz önünde bulundurulurak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin görevleri ve kuruluş amaçları konusunda halkı bilinçlendirmek ve akran eğitimine önem vermek yapılacak çalışmaların temelini oluşturmalıdır. Diğer sık bilgi edinme kanalı medya olduğundan, sağlık hizmeti sunucuları medyayı daha yaygın kullanmalıdır. Basılı, görsel ve özellikle sosyal medya içeriklerinin anlaşılır, kolay takip edilebilir ve akılda kalabilir olması organizasyonun işlevselliği açısından esastır. Sağlık personelinin bilgi kaynağı olarak en son sıralarda tercih edildiği göz önünde bulundurulurak, halk ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişim güçlendirilmelidir.
- ✓ Kişilerin aile hekimlerini daha düzenli kullanmasını teşvik etmek adına aile sağlığı merkezleri teknolojik olarak desteklenmeli ve burada çalışan personele duyulan güven yetkili kişilerce kamuya anlatılmalıdır. Aile hekimine başvuran bireylerin büyük çoğunluğunun yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu göz önünde bulundurulurak dezavantajlı kesime yönelik müdahale programları geliştirilmeli, bu gruplara özel bilgilendirme materyalleri hazırlanmalıdır.
- ✓ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin bilinirliğini arttırmak için toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalara devam edilmelidir. Sağlık hizmetleri organizasyon misyonu, yapısı ve işleyişine sağlık okuryazarlığının entegrasyonu gerekmektedir. Hasta zerine oluşturulan planlamalar, değerlendirme süreçleri, hasta güvenliği ve kalitenin ilerlemesi gibi süreçlerde de sağlık okuryazarlığının etkin kullanımı gerekmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Gonzalez-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P, et al. Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian General Practice. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151079.
2. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. *Health Literacy: The Solid Facts*: World Health Organization; 2013.
3. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy. *Turkish Journal of Public Health*. 2014;12(1):8.
4. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması* Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014 [1:].
5. Ozkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and Determinants of Health Literacy in Turkey. *European Journal of Public Health*. 2016;26(1).
6. Eren N. *Sağlık Yönetimi*. Güler Ç, editor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.
7. Aytekin NT. Topluma Yönelik-Topluma Dayalı Tıp Eğitimi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002;28(2):53-6.
8. Aksakoğlu G. Aile Hekimliği Modeli/Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir. *Toplum ve Hekim*. 2003;18(251-257).
9. Akdur R. Sağlık sektörü: "temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde durum ve Türkiye'nin Birliğe uyumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi; 2003.
10. Öcek Z. *Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı*. Ankara: TTB Yayınları; 2007.
11. Saltman R. *Avrupa Sağlık reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998.
12. Tatar M, Mollahaliloglu S, Sahin B, Aydın S, Maresso A, Hernandez-Quevedo C. Turkey. Health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(6):1-186, xiii-xiv.
13. *Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2010.
14. *Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2001.
15. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2004;12(2):109-20.
16. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*: Oxford University Press; 1998.
17. Deniz S. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 2013;73-92.
18. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması 1999 [Available from: <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>].
19. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. *Croat Med J*. 2006;47(4):662-4.
20. Murat A. Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık. *Değerler Eğitimi*. 2009;7(17):9-26.

21. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Açısından Önemi. TAF/Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(1):69-74.
22. Yıldız M, Ateş S, Yıldırım K, Rasinski T. Okumaz Yazmaz Türk Kadınların Perspektifinden Okuryazarlık ve Okumaz Yazmazlık: Fenomolojik Bir Çalışma Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2011;8(1):740-59.
23. Firdevs G. Okur-Yazarlık Kavramı ve Düzeyleri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1994;27(2):499-507.
24. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
25. Önal İ. Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık: Türkiye deneyimi. Bilgi dünyası. 2010;11(1):101-21.
26. In: Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC)2004.
27. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2011(199):1-941.
28. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(1).
29. McCaffery KJ, Holmes-Rovner M, Smith SK, Rovner D, Nutbeam D, Clayman ML, et al. Addressing health literacy in patient decision aids. BMC Med Inform Decis Mak. 2013;13 Suppl 2:S10.
30. Bass PF, 3rd, Wilson JF, Griffith CH. A shortened instrument for literacy screening. J Gen Intern Med. 2003;18(12):1036-8.
31. Collins SA, Currie LM, Bakken S, Vawdrey DK, Stone PW. Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. J Biomed Inform. 2012;45(3):598-607.
32. Bass S, Wolak C, Mora Rovito G, Gordon T, Ward L. Use of REALM-R vs. S-TOFHLA in an urban African American clinic population to assess health literacy: Practical implications. 2010.
33. McCray AT. Promoting health literacy. J Am Med Inform Assoc. 2005;12(2):152-63.
34. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009;36(5):446-51.
35. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8.
36. Smith S KM. Health Literacy: a Brief Literature Review. Health Literacy Brief. 2010;3:1-30.
37. Akbulut Y. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. Yıldırım F, Keser A, editors. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2015.
38. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. Arch Intern Med. 1998;158(2):166-72.

39. Lyle M. Measures of Health Literacy: Workshop Summary. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. Washington (DC)2009.
40. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13:948.
41. Nielsen-Bohlman L. In: Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC)2004.
42. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016 [
43. Marmot M. Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes. Geneva: Commission On Social Determinants Of Health; 2007.
44. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007;167(14):1503-9.
45. Kaya S. Ankara metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim Dergisi. 1996;11(71):2-14.
46. Young GP, Sklar D. Health care reform and emergency medicine. Annals of emergency medicine. 1995;25(5):666-74.
47. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med. 2003;348(11):1051-6.
48. Mollahaliloğlu S. Akılcı İlaç Kullanımı Nedir? : Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi; 2004. p. 1-9.
49. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. Practical assessment of adult literacy in health care. Health Educ Behav. 1998;25(5):613-24.
50. Orr ST, Charney E, Straus J, Bloom B. Emergency room use by low income children with a regular source of health care. Medical care. 1991;29(3):283-6.
51. Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. Soc Sci Med. 1996;42(9):1313-23.
52. Pala K. Sağlık ocaklarından beklenen sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunumunu etkileyen etmenler. Toplum ve Hekim. 1994;63(9):32-8.
53. Tözün M, Sözmek MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı Health Literacy with Perspective of Public Health. Smyrna Tıp Dergisi 1(48-55).
54. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA. 1999;281(6):552-7.
55. Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2011.
56. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States: HLS-EU Consortium; 2012.
57. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. Jama. 1995;274(21):1677-82.

58. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. *Orthop Nurs*. 2009;28(1):27-32; quiz 3-4.
59. UNESCO. Country Profile: Turkey 2014 [cited 2018 26.08]. Available from: <http://www.uis.unesco.org/DataCentre/Pages/country-profile.aspx?code=TUR®ioncode=40530>.
60. Ratzan SC. The national health literacy action plan: the time has come for action. *J Health Commun*. 2010;15(6):575-7.
61. Baur C, Harris L, Squire E. The U.S. National Action Plan to Improve Health Literacy: A Model for Positive Organizational Change. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:186-202.
62. Hurrelmann K. National Action Plan to Bolster Health Literacy in Germany Germany2018 [Available from: https://www.hertie-school.org/fileadmin/4_Debate/Debate_Photos_Downloads/2018/2018-02-19_NAP_press_release/National_Action_Plan_on_Health_Literacy_In_Germany.pdf].
63. Robertson B. Making it Easier - a health literacy action plan for Scotland 2017-2025 Scotland2017 [
64. Puntoni S. Health Literacy in Wales. A Scoping Document for Wales: Welsh Assembly Government; 2010.
65. Çatak B, Kiliç AS, Badillioglu O, Sütü S, Sofuoglu AE, Aslan D. Burdur'da evde saglik hizmeti alan yasli hastalarin profili ve evde verilen saglik hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*. 2012;10(1):13.
66. Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç AL, editor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015. 1480-4 p.
67. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmeti. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 1992.
68. Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç, editor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006. 1003 p.
69. Lağarlı T, Eser E, Baydur H. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2015;12(3):162-77.
70. Farmer FL, Stokes CS, Fiser RH, Papini DP. Poverty, primary care and age-specific mortality. *J Rural Health*. 1991;7(2):153-69.
71. Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ*. 1999;318(7197):1515-20.
72. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract*. 1998;47(2):105-9.
73. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
74. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2013.

75. Aile Hekimliği Birimi Değerlendirme Prosedürü. İzmir: İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü; 2010.
76. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018.
77. Home-based long-term care. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;898:i-v, 1-43.
78. Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1996.
79. Boyoğlu B, Oktay S. Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2002;12(49).
80. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. In: Bakanlık S, editor. Ankara2015.
81. Gökaya D, Erdem R. Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences. 2017;26(1).
82. Erdem R, Pirinççi E. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım Ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2010;20(1).
83. Vissandjee B, Barlow R, Fraser DW. Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. Public Health. 1997;111(3):135-48.
84. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40.
85. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.
86. Sabahattin A. Hekime Başvuru Sayısının Artış Hikayesi. SD Platformu. 2015;35:6-13.
87. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(1):48-57.
88. Sağlık Araştırması. Ankara: TÜİK; 2012.
89. Ayten A. Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi. 2013;13(1):7-31.
90. Gamze Ç. Türkiye Sağlık Raporu. Melikşah E, Gamze Ç, editors. İstanbul: HASUDER; 2014.
91. Nüfus ve Demografi İstatistikleri. Ankara: TÜİK; 2017.
92. Cengiz R. Aile Hekimliği Uygulaması Ve Hasta Memnuniyeti (Edirne İl Merkezi Örneği). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2014.
93. Mete B. Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Medicine Science. 2015;4(4):2721-31.
94. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
95. Toci E, Burazeri G, Kamberi H, Jerliu N, Sorensen K, Brand H. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. Public Health. 2014;128(9):842-8.

96. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health*. 2011;56(2):201-7.
97. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC public health*. 2010;10(1):614.
98. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*. 1999;281(6):545-51.
99. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9714-25.
100. Dinçer A. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2017;26(1):20-6.
101. Üçpunar E. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuranların Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. 16 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Antalya2013.
102. Yılmazel G. Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı Kontrolü Arasındaki İlişki. 2014.
103. Duong VT, Lin IF, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin YC, et al. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(8):871-80.
104. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015;15(1):678.
105. Üçpunar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2014.
106. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*. 2016;120(9):1087-94.
107. Kartal A. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2004;14(1).
108. Al-Windi A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:28.
109. Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ*. 1998;317(7163):917-21.
110. Al-Windi A, Dag E, Kurt S. The influence of perceived well-being and reported symptoms on health care utilization: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2002;55(1):60-6.
111. Tüzün H, Aycan S, İlhan MN. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyiciler. *Toplum ve Hekim*. 2014;29(2):91-104.

112. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int.* 2015;30(3):505-13.
113. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun.* 2013;18 Suppl 1:172-84.
114. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2017.
115. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (UHYÇ-2013) Sonuçları ve Çözüm Önerileri. Ankara2017.
116. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, 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;92(8):1278-83.
117. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J Public Health (Oxf).* 2009;31(4):490-5.
118. Söyleyici T. Aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi: Denizli uygulaması. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2010.
119. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni.* 2006;25(3):33-41.
120. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim sağlık ocakları bölgelerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine başvurular etkileyen etmenler. *Toplum Hekimliği Derg.* 2006;25(3):16-22.
121. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2013;12(1).
122. Turhan ES. Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Ankara: Ufuk Üniversitesi; 2014.
123. Başak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 2013;17(1):29-36.
124. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Kayseri İli'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağından Yararlanma Durumu ve Beklentileri. *STED.* 2004;13(3):106-9.
125. Torcu M. Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15 yaş Üzeri Kadınların Sağlık Ocağını Kullanma Durumlarını Etkileyen Faktörler ve Memnuniyet Düzeyleri. *Toplum ve Hekim.* 2005;20(4):291-7.
126. Sünter A, Dabak Ş, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. *Journal of Experimental and Clinical Medicine.* 2010;20(3).

127. Yanagisawa S, Mey V, Wakai S. Comparison of health-seeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia. *Public Health*. 2004;118(1):21-30.
128. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract*. 2004;5:17.
129. Fortney JC, Steffick DE, Burgess JF, Jr., Maciejewski ML, Petersen LA. Are primary care services a substitute or complement for specialty and inpatient services? *Health Serv Res*. 2005;40(5 Pt 1):1422-42.
130. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res*. 2005;40(1):135-55.
131. Güldal D, Yıldırım E, Kuruoğlu E, Günvar T, Mevsim V. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2012;16(3):107-12.
132. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000;51(1):123-33.
133. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Soc Sci Med*. 2005;60(6):1251-66.
134. Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? *Eur J Public Health*. 2004;14(3):311-3.
135. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):372-8.
136. Crampton P, Dowell A, Woodward A, Salmond C. Utilisation rates in capitated primary care centres serving low income populations. *N Z Med J*. 2000;113(1120):436-8.
137. Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decision-making process of health care utilization in Mexico. *Health Policy*. 2005;72(1):81-91.
138. Şahin M, Eğri M. Malatya İli Yeşilyurt İlçesi'nde Halkın 1. Basamaka Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Toplum ve Hekim*. 1998;132(4):300-9.
139. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2002;5(4):138-43.
140. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Kayıtlı Olan 15 Yaş Üstü Kişilerin Son Bir Ayda Sağlık Sorunu İle Karşılaşma Ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları. *Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2003;56(2):59-66.
141. Aycan S, Dikmen AU, Güven EA, Kahraman AT, Büyükdemirci E. Ankara'da bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin toplum sağlığı merkezleri hakkında bilgi tutum ve memnuniyeti. 2017.

142. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. TAF Prev Med Bull. 2015;14(3):209-14.
143. Şeker N, Yasin Y, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşundaki Hemşirelerin Kanser Tarama Programları Bilgileri ile Tarama Testlerini Yaptırma Durumları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2017;19(1).
144. Özkan S, Aksakal FN, Çalışkan D, Dikmen AU, Tüzün H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Yayımlanmamış Çalışma. 2018.



8. ÖZET

Araştırmada, Gölbaşı ilçesindeki bazı ASM'lerine başvuran 18 yaş üstü bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilinirliğinin ve sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmaya Gölbaşı ilçesindeki bazı ASM'lere başvuran 18 yaş üstü 951 kişi dahil edilmiştir. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma, ortanca (en küçük, en büyük) şeklinde sunulmuştur. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $<0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların %14,6'sı 60 yaş üstünde, %57,7'si kadın, %73,8'i evli, %60,2'si lise ve üzeri bir okul bitirmiştir. Katılımcıların yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı %70,0'dır. Çalışmamızda ileri yaş, düşük sosyoekonomik düzey, kronik hastalık varlığı sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Katılımcıların sadece %34,0'ı bir sağlık şikayeti olduğunda ilk olarak ASM'ye başvurmaktadır. En çok tercih edilen sağlık kuruluşu devlet hastaneleridir. Katılımcılardan yeni gelişen sağlık şikayetinde ilk olarak ASM'ye başvuranların yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı %72,5'dir. Bireylerin aile hekimliği bilgisi ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların %73,8'i TSM'yi, %61,8'i KETEM'i, %61,4'ü evde bakım-sağlık hizmetlerini duymamıştır. Bu kurumlarla ilgili bilgi kaynakları komşu-akraba ve medyadır. Bireylerin KETEM, evde bakım-sağlık hizmetleri bilgileri ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilinirliğini arttırmak, bireylerin sağlık hizmeti almadaki yanlış tutumlarını değiştirmek için sağlık okuryazarlığını yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmalı, bu konuda özellikle riskli gruplar önceliklendirilmelidir. Halkın bilgi kaynağı olarak tercihini sağlık personelinin yanı sıra kullanması için farkındalık oluşturacak faaliyetler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Okuryazarlığı

9. ABSTRACT

The study aimed to examine the health literacy level and awareness of primary health care services and their attitudes towards health care services for individuals over 18 years of age who applied to some FHCs in the Gölbaşı district. The study is a cross-sectional study. 951 people over 18 years of age who applied to some FHCs in the Gölbaşı district were included. Descriptive findings were presented number, percent, mean \pm standard deviation, median (minimum-maximum). A statistical significance level of <0.05 was considered in all analyzes.

14,6% of the participants were over 60 years old, 57,7% were married, 73,8% were married and 60,2% had completed high school and university. Frequency of inadequate-limited health literacy of the participants is 70.0%. Elder age, low socioeconomic level, chronic disease presence were found to be factors affecting health literacy in our study. Only 34.0% of participants have applied FHC first when they have a health complaint. The most preferred healthcare facility is the state hospitals. The incidence of inadequate-limited health literacy for FHC applicants for the first time in the newly emerging health complaint was 72.5%. There was a positive correlation between the knowledge level of family medicine and health literacy. 73.8% of the participants did not know CHC, 61.8% did not know KETEM and 61.4% did not know home care-health services. The sources of information about these institutions are neighbors-relatives and medias. There was a positive correlation between individuals' knowledge level of KETEM, home care-health information and health literacy.

As a result, efforts should be made to raise awareness of primary health care services, raise health literacy to change the wrong attitudes of individuals in receiving health care services, and especially risky groups should be prioritized. Activities should be carried out to raise awareness for the public to use the choice of healthcare personnel as a source of information.

Key Words: Health Care, Health Literacy, Primary Care Health Institution,

10. EKLER

10.1. Anket Formu

GÖLBAŞI İLÇESİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIK HİZMETİ ALMA KONUSUNDAKİ TUTUMLARININ İNCELENMESİ

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2. Bekar
4. En son bitirdiğiniz okul nedir?
 1. Okuma yazma bilmeyen
 2. Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen
 3. İlkokul
 4. İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul
 5. Lise veya dengi okullar
 6. Yükseköğretim ve üzeri
5. Hanede yaşayan kişi sayısı?
6. Şu an herhangi bir gelir getirici işte çalışıyor musunuz?
 1. Çalışıyor
 2. Kendi evinin işleriyle meşgul (ev hanımı)
 3. Öğrenci
 4. Emekli
 5. İşsiz (iş arıyor ama bulamıyor)
 6. Çalışma engelli/özürlü
 7. Çeşitli nedenlerle iş aramayan ve çalışmayan kişiler
7. Aylık toplam hane gelirin ne kadardır?(Hanede yaşayan tüm çalışanların aylık gelirlerinin toplamı)
 1. 1600 TL ya da daha az
 2. 1601 TL-3200 TL arası
 3. 3201 TL-4800 TL arası
 4. 4801 TL-6400 TL arası
 5. 6401 TL ve üstü
8. Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinize yönelik diğer kişi/kişilerden ne sıklıkta yardım alıyorsunuz?
 1. Hiçbir zaman
 2. Nadiren
 3. Ara sıra/ Bazen
 4. Sıklıkla
 5. Her Zaman
9. Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Yok
2. Var... 1.Kalp-Damar (Hipertansiyon, ASKH, Geçirilmiş MI vb)
- 2.Diyabet
- 3.Solunum Sistemi H. (KOAHA-Astım)
4. Diğer

10. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok İyi
2. İyi
3. Orta/ne iyi ne kötü
4. Kötü
5. Çok Kötü

11. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-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	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Çok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
11.1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
11.2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
11.3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
11.4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
11.5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
11.6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
11.7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
11.8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
11.9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
11.10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11.11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					

11.12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
11.13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
11.14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
11.15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
11.16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
11.17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
11.18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
11.19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
11.20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
11.21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
11.22	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					
11.23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
11.24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
11.25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
11.26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
11.27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
11.28	Günelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
11.29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
11.30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
11.31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
11.32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDA BİLGİSİ VE SAĞLIK HİZMETİ ALMADAKİ TUTUMLARI

12. Aile hekiminin görevlerini sayabilir misiniz? (Seçenekler okunmayacak) (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

1. Kişilerin sağlık sorunlarını teşhis edip tedavi etmek
2. Gerekli sevk evrakı, sağlık raporu, reçete vesair evrakı düzenlemek.
3. Gebe ve çocukların sağlığını takip etmek.
4. Kişilere koruyucu sağlık hizmeti vermek.
5. Kendisine kayıtlı kişilerin periyodik muayenesini yapmak.
6. Kişilere sağlık danışmanlığı hizmeti vermek.
7. Evde sağlık hizmeti/gezici sağlık hizmeti vermek
8. Diğer.....

13. Yeni gelişen sağlık şikayetlerinizde ilk olarak nereye başvurursunuz?(Gerçekten acil olmayan bir durum için)

1. Devlet hastanesi polikliniğe sıra alırım.
2. Üniversite hastanesi polikliniğe sıra alırım.
3. Özel hastaneye/tıp merkezine giderim.
4. Aile hekimine giderim.
5. Özel muayenehaneye giderim.
6. Acile giderim.(basit şikayetler için bile olsa çünkü işim görülüyor)

14. Gebe olduğunuzda /Eşiniz gebe olduğunda takiplerinizi nerede yaptırıyorsunuz? (Sadece 15-49 yaş arası kadınlar ve 15-49 yaş arasında eşi olan erkekler cevaplayacak)

1. Takibe gitmiyorum.
2. Aile hekimime giderim.
3. Devlet hastanesine Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına giderim.
4. Üniversite Hastanesine Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına giderim.
5. Özel hastaneye giderim.
6. Özel muayenehaneye giderim.

15. Çocuğunuzun(0-5yaş arası) rutin takibi ve aşıları için nereye başvuruyorsunuz? (sadece 0-5yaş arası çocuğu olanlar cevaplayacak)

1. Takibe götürmüyorum.
2. Aile hekimime giderim.
3. Devlet hastanesinde Çocuk Hastalıkları polikliniğe giderim.
4. Üniversite Hastanesinde Çocuk Hastalıkları polikliniğe giderim.
5. Özel hastaneye giderim.
6. Özel muayenehaneye giderim.

16. Hastaneye gitmeden önce aile hekimine başvurmanıza neler sebep oluyor? (Seçenekler okunmayacak)(Birden çok seçenek işaretlenebilir)

1. Sürekli beni takip eden bir hekim olmasını iyi buluyorum.
2. Gereksiz katkı payı ödemek istemiyorum.
3. Bulduğum yerde hastaneye ulaşım çok zor.
4. Hastanelerde yoğunluk çok ve sıra beklemek istemiyorum.

5. Hastanelerdeki doktorlar benimle aile hekimim kadar ilgilenmiyor.
6. Aile sağlığı merkezi evime yakın.
7. Diğer.....

17. Aile hekimine gitmeden direkt olarak hastaneye başurmanıza neler sebep oluyor?(Seçenekler okunmayacak)(Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1.Aile hekimlerini yeterli gormuyorum/uzman doktora muayene olmak istiyorum.
- 2.Aile sağlığı merkezinin teknolojik şartları yetersiz, oraya gitmek istemiyorum.(tahlil, rontgen cihazı yok)
- 3.Aile sağlığı merkezinin fiziki şartları yetersiz, oraya gitmek istemiyorum(bekleme salonu, tuvalet vs.)
- 4.Hastaneden çok iyi hizmet alıyorum.
- 5.Hastanedeki doktorlar benimle daha iyi ilgileniyor.
- 6.Aile hekimlerindeki yoğunluk hastaneden fazla, sıra beklemek istemiyorum.
7. Diğer.....

TSM HAKKINDA BİLGİSİ

18. Toplum Sağlığı Merkezini daha önce duydunuz mu?

- 0.Hayır 1.Evet

19. Cevabınız evetse, kimden ya da nereden duydunuz?

- 1.Hekim
2. Hekim dışı sağlık personeli
- 3.Tanıdıklarımдан (Komşu,akraba)
- 4.Medya(İnternet/Tv/Radyo/sosyal medya/Gazete)
- 5.Diğer (lutfen belirtiniz

20. Herhangi bir nedenden dolayı toplum sağlığı merkezine başurdunuz mu?

- 0.Hayır 1.Evet

21. Cevabınız evetse ne için başurdunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Aile hekimliği kayıt işlemleri için
2. Kendime/ocuğuma/Yakınıma aşı yaptırmak için
3. Evlilik raporu almak için
4. Bir konuda şikayette bulunmak için
- 5.Diğer (lutfen belirtiniz

22. Sizce toplum sağlığı merkezinde hangi hizmetler verilmektedir?(Seçenekler okunmayacak) (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Bulaşıcı hastalıkların kontrolu, bağışıklama ve salgın kontrolu
- 2.Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolu
3. Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri
- 4.Evde sağlık hizmetleri
5. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
6. evre sağlığı hizmetleri
- 7.alışan sağlığı ve guvenliği hizmetleri
8. Olağan dışı durumlar ve afetlerde sağlık hizmetleri
9. Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri

- 10.Sağlık eğitimi hizmetleri
- 11.Okul sağlığı Hizmetleri
- 12.Diğer

KETEM İLE İLGİLİ BİLGİLER

23. Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezini (KETEM) daha önce duydunuz mu? 0. Hayır 1.Evet

24. Cevabınız evetse, kimden ya da nereden duydunuz?

- 1.Hekim
2. Hekim dışı sağlık personeli
- 3.Tanıdıklarım (Komşu, akraba, eş dost)
- 4.Medya(Internet/TV/Radyo/sosyal medya/Gazete)
- 5.Diğer (lütfen belirtiniz

25. Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezine (KETEM) başvurduunuz mu?

0. Hayır 1.Evet

26.Cevabınız hayır ise, başvurmama nedeniniz/nedenleriniz nedir?(Seçenekler okunmayacak) (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. KETEM'in görevlerini ve yerini bilmediğim için
2. Bu merkezlerin yararlı olduğuna inanmadığım için
3. Hastane ortamından hoşlanmadığım için
4. Kanser tanısı almaktan korktuğum için
5. İhtiyaç duymadığım için
6. Diğer (lütfen belirtiniz

EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN BİLİNİRLİĞİ

27. Evde bakım hizmetlerini daha önce duydunuz mu?

0. Hayır 1.Evet

28. Cevabınız evetse evde bakım hizmetlerini nereden duydunuz?

- 1.Hekim
2. Hekim dışı sağlık personeli
- 3.Tanıdıklarım (Komşu,akraba,eş dost)
- 4.Medya(Internet/Tv/Radyo/sosyal medya/Gazete)
- 5.Diğer (lütfen belirtiniz

29.Sizce evde bakım/sağlık hizmetlerinde hangi hizmetler verilmektedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1) Muayene
- 2) Tetkik
- 3) İlaçla tedavi
- 4) Sağlık kuruluşuna sevk/Nakil
- 5) Enjeksiyon, sonda takma,
- 6) Yara bakımı
- 7) Fizyoterapi ve rehabilitasyon
- 8) Danışmanlık/Bilgilendirme/Eğitim hizmeti verilmesi
- 9) Kişisel bakım/temizlik
- 10) Refakat Hizmeti
- 11) Diğer.....

30. Evde bakım hizmetini kimler alabilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1) Yaşlılar
- 2) Kronik hastalığı olan ve bu nedenle kendine bakamayacak durumda olan kişiler
- 3) Engelliler
- 4) Ameliyat sonrası ihtiyaçlar için geçici bir süre ile evde bakıma ihtiyaç duyanlar
- 5) Fikrim yok/Bilmiyorum

31. Ülkemizde Evde Bakım/Sağlık Hizmeti almak için başvurulması gereken yer/kurumlar sizce nerelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1) Toplum Sağlığı Merkezi/ Aile Sağlığı Merkezi
- 2) Halk Sağlığı Müdürlüğü
- 3) Devlet hastaneleri
- 4) Eğitim Araştırma Hastaneleri
- 5) Üniversite Hastaneleri
- 6) Özel Hastaneler
- 7) Özel Evde Bakım Şirketleri
- 8) Belediyeler
- 9) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- 10) Bilmiyorum
- 11) Diğer.....

10.2. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/01/2018-E.17378



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr.Ash KILINÇKAYA'nın uzmanlık tez çalışması olan "*Gölbasi İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 14.11.2017 tarih ve 09 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

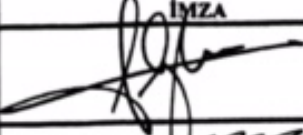

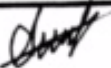
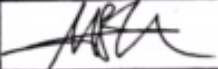
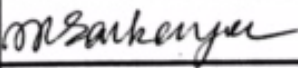

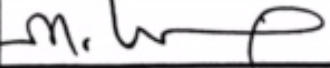

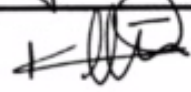
Araştırma Kod No: 2017-448

Ek:1 Liste

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 14.11.2017

TOPLANTI SAYISI : 09

ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
• Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILANADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
• Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	KATILANADI
• Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
• Prof.Dr.Naciye YILDIZ	KATILANADI
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
• Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILANADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

Sayı : 82642947-030.03-
Konu : Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi
Oluşturulmasına Dair İşbirliği
Protokolü

ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE
(Rüzgarlı Cad. İbrahim Müteferrika Sok. No:9 Ulus/ANKARA)

İlgi : Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 25/06/2014 tarih ve 57285 sayılı yazısı.

"Ankara Valiliği ile Gazi Üniversitesi Arasında Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İşbirliği Protokolü" tarafımızca imzalanarak iki nüsha halinde ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve söz konusu protokolün imzalanarak bir nüshasının Üniversitemize gönderilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Cengiz Bekir DEMİREL
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
2 Takım Protokol

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - ANKARA HALK
SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA HALK SAĞLIĞI
MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BİRİMİ
10.10.2014 10:06 - 2014.1714630.2.1394
00005582402 0000580402

[Evrağı Değerlendirmek İçin: http://belge.djguz.gazi.edu.tr](http://belge.djguz.gazi.edu.tr)

Gazi Üniversitesi Rektörlüğü 06500 Teknikokullar, ANKARA
Tel:0 312 202 20 73-77 Faks:0 312 202 26 48
E-Posta: gusnet@gazi.edu.tr Web Adresi: www.gazi.edu.tr

PH: 3686

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PİN:368001)

3237
13.10.2014

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Aslı

Soyadı: KILINÇKAYA

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara – 03.01.1989

Eğitimi:

2014-2018: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

2006-2013: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce