T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Sümeyye Nur KAYA

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2024

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Sümeyye Nur KAYA	**Sınav tarihi:** 03/05/2024
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR-23/03/2023	
Tezin Konusu ve Başlığı : Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması **Belirlenme Tarihi** : 23/03/2023	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☐ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif ( ) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

ERZURUM-2024 ii
..... i
İÇİNDEKİLER i
TABLOLAR DİZİNİ iii
ŞEKİLLER DİZİNİ v
KISALTMALAR DİZİNİ vi
TEŞEKKÜR vii
ÖZET viii
ABSTRACT x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı 4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı 4
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramının Gelişimi 5
2.1.3. Avrupa'da Sağlık Okuryazarlığı 6
2.1.4. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı 8
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları 9
2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler 11
2.1.7. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi 14
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 16
2.2.1. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri 16
2.1.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri 16
2.3. Hasta Memnuniyeti 17
2.3.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı 17
2.3.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler 18
2.3.2.1. Hekimle İlgili Faktörler 18
2.3.2.2. Hastayla İlgili Faktörler 19
2.3.2.3. Sağlık Sistemi ile İlgili Faktörler 19
2.3.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçümü 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1. Araştırmanın Tipi 22

3.2. Evren ve Örneklem Seçimi 22
3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 22
3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 22
3.3. Veri Toplama Araçları 22
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu 23
3.3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) 23
3.3.3. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) 24
3.4. İstatistiksel Analiz 26
3.5. Etik Kurul İzni 27
4. BULGULAR 28
4.1. Sosyo-demografik Veri Analizi 28
4.2. TSOY-32 Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 31
4.3. PCAS Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 35
4.4. TSOY-32 Alt grupları ile PCAS Boyutlarının Karşılaştırılması 41
5. TARTIŞMA 51
5.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Sosyodemografik Verilerin İlişkisi 51
5.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet ve Sosyodemografik Verilerin İlişkisi 55
5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetin İlişkisi 58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 61
KAYNAKLAR 62
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 70
EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 75
EK 3. TSOY 32(TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ) 76
EK 4. PCAS(BİRİNCİ BASAMAK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ) 77

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kronolojik Gelişimine Göre Sağlık Okuryazarlığı Kavramı 5
Tablo 2. PCAS Boyutları.....25
Tablo 3. PCAS Soru Sayıları.....26
Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Dağılımı 31
Tablo 5. TSOY-32 Gruplarının Dağılımları.....32
Tablo 6. TSOY ile Numerik Veriler Arası Korelasyonlar 32
Tablo 7. Katılımcıların Yaşları ile TSOY Gruplarının Karşılaştırılması (Anova).....32
Tablo 8. TSOY-32 Alt Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....33
Tablo 9. TSOY Alt Puanları ile Eğitim Düzeyi Değişkenlerinin Ki-Kare Analizi.....33
Tablo 10. TSOY Alt Puanları ile Medeni Durum Değişkenlerinin Ki Kare Analizi.....34
Tablo 11. Meslek Grupları Arasında TSOY Puanlarının Karşılaştırılması.....34
Tablo 12. Katılımcıların PCAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....35
Tablo 13. PCAS Boyutlarının Sosyo-demografik Verilerle Karşılaştırılması 37
Tablo 14. TSOY ile PCAS Alt Boyutları Arası Korelasyonlar.....41
Tablo 15. Boylamsal Süreklilik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 42
Tablo 16. Örgütsel Ulaşılabilirlik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 42
Tablo 17. Finansal Ulaşılabilirlik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 43
Tablo 18. Hekim Temelli Süreklilik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 43
Tablo 19. Fiziksel Bakı Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 45
Tablo 20. Kişisel Yaklaşım Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 45
Tablo 21. İletişim Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 46

Tablo 22. Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık Puanları ile TSOY Gruplarının Karşılaştırılması 46
Tablo 23. Güven Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması.....48
Tablo 24. Hastanın Bütüncül Bilgisi Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 48
Tablo 25. Eşgüdüm Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması 49
Tablo 26. TSOY Puanları ile PCAS Alt Boyut Puanlarının Korelasyonu 50

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Cinsiyet Dağılımı.....28
Şekil 2. Eğitim Durumu.....29
Şekil 3. Medeni Durum.....29
Şekil 4. Meslek Dağılımı.....30
Şekil 5. Başvuru Nedeni.....30

KISALTMALAR DİZİNİ

ARK.	: Arkadaşları
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
EASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUROPEP	: European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care
PCAS	: Primary Care Assessment Survey
ORT.	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
TSOY	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
HLS-EU	: Healty Literacy Survey in Europe

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve birikimlerini paylaşan daima büyük desteğini gördüğüm çok kıymetli tez danışmanı hocam, Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Eğitim sürecinde yol gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR, Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL'a,

Asistanlık sürecinin bana kazandırdığı en güzel arkadaş ,beraber gülüp beraber ağladığımız her daim desteğini hissettiğim iyi ki tanıdığım canım arkadaşım Dr. Delal AKMAN'a,

Asistanlık sürecim boyunca kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve beni destekleyen değerli anne ve babam Behice ve Zülküf KAYA, kardeşim Fatma Hale KAYA'ya,

Özellikle tez sürecimdeki katkılarını asla unutamayacağım hayatım boyunca hep destekçim kardeşim Zeynep Betül KAYA'YA,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sümeyye Nur KAYA

ÖZET

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Giriş ve Amaç: Sağlık okuryazarlığının düzeyi hasta-hekim iletişimi, hekimin talimatlarını anlama ve tedavi uyumu gibi konularla ilişki olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte hasta memnuniyetini nasıl etkilediği bilinmemektedir. Bu çalışmada aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız Nisan-Aralık 2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı toplam 5 birim Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) yapılmıştır. Çalışmaya EASM'ye kayıtlı 332 katılımcı dahil edilmiş ve veriler yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için TSOY-32 ölçeği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ölçmek için PCAS ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS-26 programı kullanılarak yapıldı. Analizlerde ANOVA testi, post hoc karşılaştırmalarda Tukey's B testi, ki kare testi, pearson korelasyon testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcının %78,9'u (n=262) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması ise 34,6±10,4 yıldı. Katılımcıların ortalama TSOY-32 puanı 32,5±8,8 olarak belirlendi. Katılımcıların %52,7 'si yetersiz,sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeydi.TSOY-32 ölçek puan ortalaması ile PCAS boyutlarından koruyucu hizmetler ve danışmanlık, boylamsal süreklilik boyutları dışında diğer tüm boyutlar ile arasında pozitif anlamlı korelasyon mevcuttu ($p<0,05$). TSOY-32 ölçek puanı ile korelasyon katsayısı en yüksek PCAS alt boyutu kişisel iletişim (r=0,355) oldu. En düşük korelasyon katsayısı ise hastanın bütüncül bilgisi (r=0,179) boyutunda saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığı görüldü. Bu kapsamda toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi ile ilgili çalışmalar yapılması birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin artmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: sağlık okuryazarlığı, hasta memnuniyeti, aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetleri

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Health Literacy Level and Satisfaction Level with Primary Health Care Services in Patients Applying to Family Health Center

Background and Aim: The level of health literacy is known to be associated with issues such as patient-physician communication, understanding physician instructions and treatment compliance. However, it is not known how it affects patient satisfaction. In this study, we aimed to investigate the relationship between health literacy and satisfaction with primary health care services in patients applying to family health centers.

Methods: Our study was conducted between April and December 2023 in a total of 5 units of Education Family Health Centers (EASM) affiliated to Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine. The study included 332 participants enrolled in EASM and data were collected by face-to-face survey method. The TSOY-32 scale was used to measure the participants' health literacy level and the PCAS scale was used to measure their satisfaction with primary health care services. Data analysis was performed using SPSS-26 program. ANOVA test, Tukey's B test for post hoc comparisons, chi-square test, Pearson correlation test were used in the analysis. Significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: 78.9% (n=262) of the participants were female. The mean age of the participants was 34.6±10.4 years. The mean TSOY-32 score of the participants was 32.5±8.8. 52.7% of the participants had inadequate, problematic-limited health literacy. There was a positive significant correlation between the mean TSOY-32 scale score and all other dimensions except for preventive services and counseling and longitudinal continuity dimensions among the PCAS dimensions ($p<0.05$). The PCAS sub-dimension with the highest correlation coefficient with the TSOY-32 scale score was personal communication ($r=0.355$). The lowest correlation coefficient was found in the dimension of holistic knowledge of the patient ($r=0.179$).

Conclusion: In our study, it was observed that satisfaction with primary health care services increased as the level of health literacy increased. In this context, conducting studies on increasing the level of health literacy of the society will increase the level of satisfaction with primary health care services.

Keywords: health literacy, patient satisfaction, family medicine, primary health care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

"Sağlık okuryazarlığı" kavramı ilk olarak 1974 yılında Scott Simonds tarafından "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" adlı çalışmasında ortaya atıldı. Ancak bu kavramın geniş kitlelerce bilinmesi ve kullanılması, 1986'daki Ottawa Sağlık Konferansı'ndan sonra hız kazandı. "Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1998'de yayımlanan 'Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü'nde, sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişim sağlayabilme, bu bilgileri anlayabilme ve sağlıklarını iyileştirmek amacıyla bu bilgileri etkin bir şekilde kullanabilme yetenekleri olarak tanımlanmıştır. Bu tanım, sağlık okuryazarlığının yalnızca bilgiye ulaşma değil, aynı zamanda bu bilgileri doğru bir şekilde kavrama ve uygulama becerilerini de içerdiğini belirtir " (1).

Modern sağlık sistemleri, sağlık hizmetinden yararlananlardan giderek daha fazla şey talep etmektedir. Sağlık hizmetlerinde artan öz sorumluluk nedeniyle, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmeleri, verilen bilgileri anlamaları,sağlık kararlarını almaları gerekmektedir. Bu rollerin tümünün temelinde, sağlık okuryazarlığı becerileri bulunmaktadır (2).Hastanın kendi sağlığı ile ilgili karar süreçlerine katılımının önemini gösteren çalışmalar, bu durumun etik olarak uygulanması gerektiğini ve hasta katılımının birçok fayda sağladığını ortaya koymuştur. Bu faydalar arasında şunlar sayılabilir: hasta bilgi düzeyinin ve memnuniyetinin artması, hasta kaygı düzeyinin azalması, tedavi sürecinin olumlu etkilenmesi gibi (3).

Sağlık hizmeti sunan profesyoneller ile hizmet alan hastalar arasındaki sorumlulukların paylaşımı ve karşılıklı anlayış, sağlık okuryazarlığı ile yakından ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireyler, sağlık hizmetlerine zamanında başvuru yapabilir, mevcut sağlık sistemini daha iyi kavrayabilir ve doktorlarının önerilerini daha etkin bir şekilde uygulayabilirler. Ayrıca, sağlık okuryazarlığının yalnızca hizmet kullanımı ile değil, aynı zamanda sağlığın iyileştirilmesi, olumlu sağlık davranışları ve hastalıkların erken teşhisi ile de bağlantılı olduğuna dair çeşitli araştırmalar mevcuttur.

Türkiye'de gerçekleştirilen ilk geniş kapsamlı saha çalışması olan 2014 yılı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketi Türkçeye çevrilerek veri toplama amacıyla kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, Türkiye'deki erişkin nüfusun %64,6'sı, yani yaklaşık 35 milyon kişi, 'yetersiz veya sorunlu' sağlık okuryazarlığı kategorisinde değerlendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığındaki sorunların sebepleri arasında değiştirilemez faktör olarak yaş , iyileştirilebilecek faktörler ise eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum gösterilebilir (4).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar sağlık merkezine ulaşımda ve bu hizmetleri kullanmada birçok engel ile karşı karşıya gelmektedirler. Yapılan çalışmalarda birçok hastanın doktorlarının tıbbi ifade içeren kelimeleri kendilerinin anlayabileceği şekilde açıklamadıklarından, ileri düzeydeki formları dolduramadıklarından, formları doldurmak için yardım istemekten utandıklarından, sorulan soruları cevapsız bıraktıklarından ve anlamadıkları bir belgeyi imzaladıklarından bahsedilmektedir (5).

Sağlık okuryazarlık düzeyi sınırlı olan hastalar, doktorlarından utanma eğilimindedirler. Bu nedenle, sağlık sorunlarını tam olarak kavrayamasalar da, ilaç kullanımı ve tedavi talimatları hakkında doktorlarından yeniden bilgi istemekte tereddüt edebilirler (4).

Sağlık okuryazarlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri için temel bir beceridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklarını korumalarına, hastalıklarını önlemelerine ve tedavilerine yardımcı olmak için verilen hizmetlerdir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin bu hizmetleri anlamalarına ve kullanmalarına yardımcı olur. Aile Sağlığı Merkezleri, genellikle bireylerin sağlık hizmetlerine ilk başvurduğu yerler olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel kurumlarıdır (6).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadığı, kronik hastalıklarını etkin şekilde yönetemediği ve sağlıkta öz yönetim becerilerinin düşük olduğu çeşitli çalışmalar tarafından belgelenmiştir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmeti arayışında

gecikme, bireyin tıbbi durumunu anlamakta zorlanması, tıbbi önerilere uyum sağlayamama ve sağlık maliyetlerinde artış gibi çeşitli olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca, mortalite oranlarının yükselmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının azalması ve gereksiz hastane başvurularının artması gibi toplumun sağlığı için önemli olan konularda olumsuz etkileri bulunmaktadır (7).

Bunun yanı sıra literatürde sağlık okuryazarlık düzeyi ile hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı ve bu hizmetlerden memnuniyet arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma bulunmamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Geçmişten günümüze tıp alanında ihtiyaçlar doğrultusunda çok çeşitli gelişmeler yaşanmıştır. Birçok hastalık tedavi edilmekte, bir kısmının ilerleyişi durdurulmakta veya yavaşlatılmaktadır. Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için bireylerin, hastalandıklarında doğru sağlık bilgisine erişmeleri, bu bilgiyi anlamaları ve uygun şekilde davranmaları önemlidir. Bu bağlamda, Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmış ve bu alanda yapılan çalışmalar, bireylerin sağlık konularında bilinçli ve bilgili olmalarına katkı sağlamıştır (8).

Sağlık okuryazarlığı kavramının günümüzde çok sayıda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık okuryazarlığını, "Sağlık durumunu korumak ve geliştirmek amacıyla bireylerin sağlık bilgisine erişme, bu bilgiyi anlama ve kullanma yetenekleri ile isteklerini içeren bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlamaktadır. Tıp Enstitüsü (IOM) ise sağlık okuryazarlığını, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilmek için gerekli temel sağlık bilgilerini okuyabilme, anlayabilme, işleyebilme ve uygulayabilme yeteneği olarak ifade etmektedir (9).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, farklı çalışmalarda çeşitli şekillerde tanımlanmakla birlikte, temelde bireylerin sağlık durumlarını etkileyecek kararlar alabilmeleri için gerekli olan bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini kapsayan bir kavram olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığının temelini okuryazarlık ve aritmetik beceriler oluşturmaktadır (10).

Genel manada sağlık okuryazarlığı; kişilerin ömürleri boyunca kaliteli bir yaşam geçirebilmeleri, hastalıkları önlemeleri ve sağlıklarını geliştirebilmeleri noktasında gereken kararları alabilmeleri, sağlık bilgilerine erişebilmeleri, bu bilgileri anlayıp değerlendirebilip uygulamaya geçebilmek için bir takım beceri ve motivasyon gerektiren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (9).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramının Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı ilk defa Simond tarafından 1974 yılında "Health Education as Social Policy" isimli bir makalede kullanılmıştır. Bu makalede sağlık sistemi, kitle iletişim araçları, eğitim sistemini etkileyen sağlık politikaları, tüm okul düzeylerinde sağlık okuryazarlığının minimum standartlarının belirlenmesinden bahsedilmiştir (5). 1990'lı yıllarda halk sağlığı literatüründe öne çıkan bu konu, sağlık davranışları ve sağlık harcamaları üzerindeki etkileriyle ilgili yapılan araştırmalar sayesinde daha derinlemesine incelenmiştir. (11).

İlk başlarda sadece işlevsel okuryazarlığa, yani sağlıkla ilgili bilgileri ve önerileri okuma, anlama ve takip etme becerisine atıfta bulunan sağlık okuryazarlığı kavramı, giderek kapsamlı bir şekilde gelişmiştir (Tablo 1)(12).

Tablo 1. Kronolojik Gelişimine Göre Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Fındık Kirişi (1998)	Bireylerin bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve sağlığı geliştirmek ve korumak amacıyla kullanması ve yeteneğini belirleyen beceriler
Amerikan Tabipler Birliği (AMA) (1999)	Sağlık hizmeti ortamında çalışmak için gerekli olan temel okuma ile matematiksel görevleri yerine getirme yeteneğini de içeren bir dizi beceri
Fındık Kirişi (2000)	Bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek ve sürdürmek amacıyla sağlık bilgisi ve hizmetlerine erişim, bu bilgileri anlama ve değerlendirme, sağlıklı kararlar alabilme ve sağlıklı davranışlar sergileyebilme becerileri olarak tanımlanabilecek bir dizi kişisel, bilişsel ve sosyal beceri bütünü
Tıp Enstitüsü (2004)	Bireylerin sağlık durumlarına ilişkin doğru kararlar alabilmeleri için gerekli olan sağlık bilgisi ve hizmetlerine erişim, bu bilgileri işleme ve anlama yeteneği
Zarcadoolas *ve ark.* (2005)	İnsanların bilinçli seçimler yapabilmek, sağlık risklerini azaltmak,sağlık bilgilerini ve kavramlarını arama, anlama, değerlendirme ve kullanma konularında geliştirdikleri çeşitli beceri ve yetkinlikler
Hisse senetleri *ve ark.* (2009)	Sağlık bilgilerini yazılı, sözlü veya dijital formatta anlama ve yorumlama yeteneği ile bu bilgilerin insanları sağlıkla ilgili eylemleri benimsemeye motive etmesi
Freedman *ve ark.* (2009)	Bireylerin ve grupların, topluma yarar sağlayacak halk sağlığı kararları almak için gerekli bilgileri edinme, işleme, anlama, değerlendirme ve bu doğrultuda hareket etme düzeyi

Tablo 1. (Devamı)

Sağlıklı İnsanlar (2010)	Bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili doğru kararlar alabilmeleri için gerekli olan sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri değerlendirme ve uygulama yeteneklerinin bir ölçüsü
Sørensen *ve ark.* (2012)	Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla bağlantılıdır ve bireylerin günlük yaşamlarında sağlık, hastalık önleme ve sağlığın teşvikine dair yargılarda bulunabilmesi ve kararlar alabilmesi için bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ,uygulama konusundaki yetkinliklerini gerektirir
Dodson *ve ark.* (2015)	Bireylerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararlar alabilmeleri için bilgi ve hizmetlere erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma açısından gereken kişisel nitelikler ve sosyal kaynaklar mevcuttur. Sağlık okuryazarlığı, bu kararları iletme, önerme ve uygulama yeteneğini de kapsar

2.1.3. Avrupa'da Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, Avrupa sağlık gündeminde giderek önem kazanmıştır. "Sağlık okuryazarlığı" kavramı ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da kullanılmıştır.

Avrupalı sağlık politika yapıcıları arasında sağlık okuryazarlığı kavramına ilgi artmasına rağmen, sağlık okuryazarlığının durumu hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu eksikliği gidermek için, sekiz AB üye ülkesinden dokuz kuruluştan oluşan bir konsorsiyum, ilk karşılaştırmalı Avrupa sağlık okuryazarlığı anketini gerçekleştirmek amacıyla Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi (HLS-EU) başlatmıştır. Projenin amacı, sağlık okuryazarlığını ölçmek ve Avrupa, ulusal ve bölgesel sağlık politikaları için ampirik bir temel sağlamaktı. Proje ayrıca, AB'deki çeşitli popülasyonlar arasında sağlık okuryazarlığı hakkında ilk kez veri üretmek için bir model araç geliştirmeyi amaçladı.

HLS-EU projesi, AB düzeyinde sağlık okuryazarlığı hakkında nüfus verileri sağlayan ve seçilen üye devletler arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılmasını sağlayan ilk çalışmadır. Sonuçlar, katılımcıların %10'undan fazlasının yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu ortaya koymakta ve bu oranın ülkeler arasında %1,8 ile %26,9 arasında değiştiğini göstermektedir.Buna karşılık, sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı (%29-%62 arasında değişen) göz önüne

alındığında neredeyse her iki vatandaştan biri etkilenmiştir. Sağlık okuryazarlığı sınırlı veya yetersiz olan bireylerin önemli bir kısmı, Avrupa ülkelerinde sağlık okuryazarlığı eksikliğinin halk sağlığı için önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (13).

Berens ve ark. 2016 yılında yaptıkları kesitsel çalışmada 15 yaş ve üstü 2000 katılımcıya ulaşılmıştır. Algılanan sağlık okuryazarlığı, HLS-EU-Q-47 anketi kullanılarak bilgisayar destekli kişisel görüşmeler yoluyla değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre sınırlı algılanan sağlık okuryazarlığından etkilenen nüfus yaşla birlikte arttığı görülmüştür. 15-29 yaş arası katılımcıların %47,3'ü ve 30-45 yaş arasındakilerin %47,2'si sınırlı algılanan sağlık okuryazarlığına sahipken, 46-64 yaş arası katılımcıların %55,2'si ve 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların %66,4'ü sınırlı algılanan sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilmiştir (14).

Baccolini ve ark. 2021 yılında yayınlamış olduğu bir meta-analiz çalışmada ise AB ülkelerinde yaşayan yetişkin insanlarda düşük sağlık okuryazarlığı prevalansını ölçmek, ulusal ve Avrupa düzeyinde büyüklüğünün nicel bir sentezini ve tahminini sağlamak ve altta yatan prediktif faktörlerin anlaşılmasını geliştirmek için kesitsel çalışmaların sistematik bir incelemesi yapılmıştır. PubMed, Embase ve Scopus bibliyografik veri tabanlarında sağlık okuryazarlığı terimi aranarak değerlendirme yapılmıştır. Ocak 2000 ile Haziran 2019 tarihleri arasında yayınlanan 101 çalışmanın verilerini sağlayan bu sistematik derlemeye toplam 62 makale dahil edilmiştir. Ülkeler, Birleşmiş Milletler sınıflandırmasına göre Doğu, Batı,Kuzey ve Güney Avrupa olarak gruplandırılmıştır. Bu çalışmalarda en sık kullanılan ölçekler, “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı” , “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” ve “En Yeni Yaşamsal Belirti” ölçekleridir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre Batı, Güney ve Doğu ülkeleri, Kuzey AB ülkelerine kıyasla daha düşük sağlık okuryazarlığı oranlarına sahipti. Düşük sağlık okuryazarlığı olan ülkelerin yüzdeleri şu şekilde belirtilmiştir: Avusturya %56, Belçika %41, Bulgaristan %62, Hırvatistan %58, Çek Cumhuriyeti %44, Finlandiya %36, Macaristan %41, Litvanya %33, Polonya %45, Danimarka %44, Fransa %51, Almanya %46. Avrupalıların üçte biri ile neredeyse yarısının düşük sağlık okuryazarlığı oranına sahip olduğu bulunmuştur (15).

2.1.4. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından yürütülen Türkiye'nin ilk büyük ölçekli sağlık okuryazarlığı araştırmasında, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu çalışma, Türkiye'de sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç sunmuştur. Araştırma sonuçları, Türk toplumunun yaklaşık üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Bu durum, Türkiye'deki erişkin nüfusun büyük bir kısmının sağlık okuryazarlığı açısından risk altında olduğunu ortaya koymaktadır (16).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir diğer geçerlilik çalışması, 2016 yılında Okyay ve Abacıgil editörlüğünde, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün katkılarıyla yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması”dır. Bu çalışmada, Türk toplumuna yönelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlilikleri belirlenmiştir. Ayrıca, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) geliştirme aşamasına ilişkin ön çalışmalar yapılmıştır. Bakanlığın teşvikiyle gerçekleştirilen bu çalışma, sağlık okuryazarlığı alanında yeni araştırmalar yapacak araştırmacılara yeni ufuklar açmıştır (17).

2017 yılında Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada 6228 kişiye TSOY-32 ölçeği yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Yapılan bu çalışmanın sonucunda katılımcıların %30,9 unun yetersiz SOY, %38 inin sınırlı SOY, %23,4 ünün yeterli SOY, %7,72’sinin mükemmel SOY düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu araştırma Türkiye’de sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sınırda olanları kapsayacak şekilde değerlendirildiğinde yaklaşık on kişinin yedisini içeren ağır bir halk sağlığı sorunu olarak belirlenmiştir (18).

Özdemir ve çalışma arkadaşları, 2019 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada, acil servis hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyini TSOY-32 ölçeği ile

değerlendirmişlerdir. Çalışmanın bulguları, katılımcıların %57,9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğunu göstermiştir (19).

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları

Sağlık okuryazarlığının farklı boyutları bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığının bireysel kapasiteler olarak tanımlanması içinde, Tıp Enstitüsü, sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri olarak kültürel ve kavramsal bilgi ile dinleme, konuşma, yazma ,okuma becerilerini kabul etmektedir.Speros okuma ve aritmetik becerilerini tanımlayıcı nitelikler olarak tanımlar; ancak anlama, sağlık bilgilerini karar vermede kullanma kapasitesi ve sağlık hizmeti tüketicisi rolünde başarılı işleyişini ise boyutlar olarak eklemektedir (20). Baker sağlık okuryazarlığını sağlıkla ilgili basılı okuryazarlık ve sağlıkla ilgili sözlü okuryazarlık olarak ikiye ayırırken (21), Paashe-Orlow ve Wolf dinleme, hafıza süresi,sözel akıcılık ve navigasyon arasında ayrım yapmaktadır (22). Lee ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığını dört ana faktörle açıklamaktadırlar: hastalık ve öz bakım bilgisine sahip olma, sağlık risk davranışlarını azaltma, önleyici sağlık hizmetlerine erişim ve ilaçlara uyum. Bu faktörler, bireyin sağlık sistemi içindeki etkinliğini belirleyen bilişsel, davranışsal ve sosyal becerileri yansıtmaktadır (23).

Sağlık okuryazarlığı alanındaki bazı araştırmacılar, bu kavramın kapsamını genişleterek, bireysel düzeydeki yeterliliklerin yanı sıra, tıbbi sistemin ve sosyal çevrenin etkilerini de dikkate almayı önermektedir.Prototipik model, sağlık okuryazarlığının üç tipolojisi arasında ayrım yapan Nutbeam'in modelidir:

İşlevsel sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilişkili günlük yaşam bilgilerini anlamak ve kullanmak için gerekli olan temel okuryazarlık becerilerini kapsar.

İnteraktif sağlık okuryazarlığı, bireylerin sosyal etkileşimler yoluyla sağlık bilgilerini edinme ve bu bilgileri günlük yaşamlarına entegre etme yeteneklerini ifade etmektedir.

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri değerlendirirken eleştirel düşünme becerilerini kullanarak, bu bilgileri yaşamlarına entegre etme yeteneklerini ifade etmektedir (24).

Zarcadoolas ve ekibi, sağlık okuryazarlığını temel okuryazarlık, bilim okuryazarlığı, sivil okuryazarlık ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört boyutlu bir çerçevede ele almaktadır. Bu boyutlar, bireylerin sağlık bilgileriyle etkin bir şekilde etkileşim kurabilmesi için gerekli olan farklı becerileri kapsar (25).

Benzer bir şekilde, Freedman ve ark. halk sağlığı okuryazarlığının, her birine karşılık gelen yeterlilikleri içeren üç boyutunu tanımlar (26):

1. Kavramsal temeller, halk sağlığı alanındaki temel kavramlar, yapılar ve ekolojik perspektifler ile ilgili bilgi sahibi olmayı ifade eder. Bu sayede bireyler ve gruplar, halk sağlığı sorunlarına ilişkin daha derinlemesine analizler yapabilir ve etkili çözümler üretebilirler.
2. Kritik beceriler, toplumsal sağlığı iyileştirmek için doğru kararlar alabilmek adına bilgiye ulaşma, bu bilgiyi değerlendirme ve bu doğrultuda hareket etme becerileridir.
3. Sivil oryantasyon,sivil katılım yoluyla sağlıkla ilgili sorunları gündeme almak için gerekli olan kaynakları içerir. Bir birey veya grup, toplumun yüklerinin ve faydalarının eşitsiz dağılımını ifade edebilmeli, halk sağlığı hizmetlerinden kimin yararlandığını ve kimin zarar gördüğünü değerlendirebilmeli, mevcut halk sağlığı sorunlarını iletebilmelidir.

Mancuso sağlık okuryazarlığının bir süreç olduğunu vurgular ve kişinin yaşamı boyunca geliştiğini belirtir. Sağlık okuryazarlığının niteliklerini kapasite, anlama ve iletişim olarak tanımlar (27).

1- Kapasite; bireylerin sağlık bilgileriyle ilgili araştırma, analiz, değerlendirme ve karar verme süreçlerindeki bilişsel ve sosyal becerilerin tümünü ifade eder.

2- Anlam;,mantık, dil ve deneyimin etkili etkileşimine dayanan karmaşık bir süreçtir ve taburculuk talimatları, hasta eğitim materyalleri ve ilaç talimatları gibi hastaya sağlanan birçok bilginin doğru yorumlanması için oldukça önemlidir.
3- İletişim;bir bilgi kaynağının, bir kanal aracılığıyla bir alıcıya iletilmesi ve bu alıcının bu bilgiyi anlamasına yönelik bir süreçtir. Bu süreç, kodlama, şifre çözme ve geri bildirim mekanizmalarını içerir. Temel iletişim becerileri, anlayarak okumak, fikirleri yazılı olarak aktarmak, başkalarının anlayabilmesi için konuşmak, aktif olarak dinlemek ve eleştirel gözlem yapmaktır.

Sağlık okuryazarlığı kavramı, farklı boyutlarda ele alınsa da bu çeşitlilik, sağlık okuryazarlığının nitelikleri (temel, etkileşimli ve eleştirel boyutlar) ve uygulama alanları (sağlık hizmetleri, tüketicilik, vatandaşlık) gibi iki ana eksende incelenebilir (28).

2.1.6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler

Sağlık Okuryazarlığını Ölçen Ölçekler: Kapsamlı Bir Bakış

Bireylerin sağlık bilgilerini ne kadar iyi anladıklarını ve bu bilgilere göre hareket edebilme yeteneklerini ölçmek için geliştirilen pek çok farklı ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler, sağlık okuryazarlığı araştırmalarında sıklıkla kullanılmaktadır (29). Geliştirilen ölçeklerin bir kısmı aşağıda sıralanmıştır:

1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine -Revised (REALM-R): Revize Edilmiş-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
3. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi

4. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA): Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi
5. Newest Vital Sign (NVS): En Yeni Yaşamsal Belirteç
6. Single Item Literay Screen (SILS): Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması
7. Brief Estimate of Health Knowledge and Action (BEHKA) – HIV Version: Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği
8. How confident are you filling out medical forms by yourself?: Tıbbi formları kendiniz doldurma konusunda ne kadar iyisiniz?
9. Public Health Literacy Scale: Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
10. SOS Mnemonic: SOS Kısaltması
11. Health Literacy Screening Question Methodologies (HLSQMs): Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri
12. eHealth Literacy Scale (eHEALS): e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
13. Adult Basic Learning Examination (ABLE): Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi
14. Literacy Assessment for Diabetes (LAD): Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi
15. Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD): Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
16. Test of Adult Basic Education (TABE): Yetişkin Temel Eğitim Testi
17. Health Activities Literacy Scale (HALS): Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği
18. Health Literacy Skills Instrument (HLSI): Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı
19. Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL): İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı
20. European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q): Avrupa Sağlık Okuryazarlığı AraştırmasıAnketi
21. Adult Health Literacy Scale: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Geliştirilen ölçekler Tıp Enstitüsü'nün sınıflandırmasına göre de dört kategoriye ayrılmıştır (30).

- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM)
- Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlık Ölçeği (HALS)
- En Yeni Yaşamsal Belirti (NVS)

TOFHLA, iki bölümden oluşan İspanyolca ve İngilizce dillerinde sunulan bir ölçektir. Bu ölçek 50 adet boşluk doldurma sorusu ve 17 adet sayısal sorudan oluşmaktadır. Boşluk doldurma kısmında sağlıkla ilgili verilen seçeneklerden cümlelerin tamamlanması istenmektedir.Bu bölümde kişilerin sağlıkla ilgili ifadeleri okuyup anlama düzeyi ölçülmektedir.Ölçeğin sayısal kısmında ise bireylerin reçete bilgilerini,randevu fişlerini okuyup anlaması istenmektedir.TOFHLA puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup <60 puanlar yetersiz okuryazarlığı temsil etmektedir. TOFHLA'nın (S-TOFHLA) kısaltılmış versiyonu da mevcuttur. TOFHLA, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan araçlardan biridir. Ancak uygulama süresinin uzun olması sebebiyle yoğun birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımı oldukça zorlaşmaktadır (31).

REALM hızlı bir şekilde uygulanabilen (<5 dakika) ve İngilizce ve İspanyolca dillerinde mevcut olan düşük okur yazarlık seviyesine sahip olan hastaları belirlemek için geliştirilen 125 kelimelik bir tanıma testidir. Daha kısa formu 66 kelimeden oluşan REALM-S olarak geliştirilmiştir.Bu test basit tek heceli kelimelerle başlayan ve çok heceli kelimelerle biten, telaffuz zorluk sırasına göre düzenlenmiş tıbbi terimlerden oluşur. Katılımcı verilen listeyi okurken, görevli kişi de doğru telaffuz edilen kelime sayısını puanlar. Doğru kelimeler için birer puan verilir <45 puan yetersiz SOY olarak değerlendirilir (32).

HALS testi, sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için sağlık teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık önleme, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık bakım hizmetleri gibi beş boyutta inceler. Bu ölçekte sayısal, düz yazı ile belge okuryazarlığını değerlendiren maddeler bulunmaktadır. Bu test, beş puanlık bir Likert ölçeğinde 0 ile 500 arasında bir puan alınmaktadır ve tamamlanması yaklaşık 1 saat kadar sürmektedir. Testin uzun olması çoğu araştırma çalışmasında kullanımını kısıtlandırmaktadır (33).

NVS, bireylerin düşük sağlık okuryazarlığı açısından hem okumayı hem anlamayı güvenilir bir şekilde test edebilen 6 sorudan oluşan yaklaşık uygulama süresi 3-6 dk olan hızlı bir tarama aracıdır. İngilizce,İspanyolca dillerinde mevcuttur. Katılımcıların bir dondurmanın etiketini okuması, bilgi çıkarması ve ardından etiketteki bilgileri yorumlayıp altı soruyu yanıtlamaları gerekmektedir.Doğru cevaplar için birer puan verilir ve <4 puan sınırlı sağlık okuryazarlığını gösterir (34).

2.1.7. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığının temel taşlarından biri olup, hastalıklarla mücadele yerine sağlıklı yaşamı desteklemeyi önceler. Bu hizmetler, bireylerin yaşamlarının her evresinde yanlarında olan, güvenilir ve kapsamlı bir sağlık bakımı sunar. Erişilebilirliği sayesinde herkesin sağlıklı bir geleceğe ulaşmasına katkı sağlar. Bu hizmetler, sağlık sisteminin bütünlüğünü sağlayarak, sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliğini azaltmayı hedefler (35).

Birinci basamak sağlık hizmeti, bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için kişiye özel, sürekli ve kapsamlı bir bakım sunmayı hedefleyen, diğer sağlık hizmetleriyle entegre çalışan bir sistemdir (36).

WONCA Avrupa Kurulu tarafından 2002 yılında yapılan tanıma göre, aile hekimleri her bireye, yaş, cinsiyet veya hastalık ayrımı gözetmeksizin kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunmakla yükümlüdür (37).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel aktörü olan aile hekimleri, bireylerin sağlık sistemine erişimini kolaylaştırmada ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını sağlamada kritik bir role sahiptir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sürecinde, aile hekimlerinin hem bilgi hem de beceri düzeylerinin yeterli olması, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Aile hekimleri, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için kapsamlı ve tekrarlayan görüşmeler yapabilir. Bu görüşmeler sonucunda elde edilen bilgiler ışığında, bireylerin SOY düzeyine uygun etkin müdahaleler planlanabilir. Bu müdahalelerin etkisi, sadece

bireylerin sağlığını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda toplumun tamamına yayılarak daha sağlıklı bir gelecek için zemin hazırlar.

Sağlık Hizmetleri Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylere yönelik hizmet sunumunu iyileştirmek amacıyla kapsamlı bir rehber geliştirmiştir. Bu rehber, sağlık çalışanlarına SOY'u değerlendirme ve bu kişilerle etkili iletişim kurma konularında yol göstermektedir.

Bu rehber, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olanlara yönelik hizmetlerin kalitesini artırmayı hedefleyen kapsamlı bir kaynaktır. Rehberde, kanıta dayalı yaklaşımlar olarak sözlü iletişim, yazılı iletişim, özyönetim becerilerinin geliştirilmesi, hasta güçlendirme ve destekleyici sistemlerin kurulması gibi konulara yer verilmektedir. Ayrıca, zor hasta grupları için pratik çözümler ve sağlık sistemindeki süreçler hakkında yaklaşık 30-40 dakika süren sunumlar da içeren rehber, sağlık çalışanlarına önemli bir yol gösterici niteliğindedir (38).

SOY düzeyi sınırlı olan kişilerin doktorların öneri ve talimatlarını anlamakta zorlandığı, verilen tedavilere uyumunun kötüleştiği, koruyucu sağlık hizmetlerini az kullandığı, kronik hastalıklarını kötü yönettiği, sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurduğu gözlenmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği üzerine yapılan çalışmalar, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin bu hizmetleri daha az kullandıklarını göstermektedir.

Bennet , Cho, White'ın arkadaşlarıyla gerçekleştirdiği çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerde mamografi oranlarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Özellikle White ve arkadaşlarının çalışmasında, 65 yaş üzerindekilerin influenza aşı oranlarının da düşük olduğu belirtilmiştir. Howard ve arkadaşları ise sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda influenza aşı oranlarının düşük, ancak pnömokok aşısı oranlarının benzer olduğunu bulmuşlardır (39).

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık sistemi, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere farklı seviyelerde hizmet sunar. Bu seviyeler arasında birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sorunlarıyla ilk karşılaştıkları ve temel sağlık hizmetlerine eriştikleri nokta olması sebebiyle en merkezi konuma sahiptir (40).

Ülkelerin sağlık sisteminin temelini oluşturan birinci basamak sağlık hizmeti, bireylerin sağlık problemlerini çözmek, koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak ve gerektiğinde ikinci ,üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk etmek amacıyla kurulmuş sağlık kurumları ve bu kurumlarda sunulan sağlık hizmetleri olarak tanımlanabilir (41).

2.2.1. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

WONCA'ya göre aile hekimliği, sağlık sisteminde ilk temas noktası olarak hizmet vererek, bireylerin yaşam boyu sağlık ihtiyaçlarını karşılar. Bütüncül bir yaklaşımla, biyopsikososyal faktörleri dikkate alarak ve koordineli bir bakım sağlayarak, birey, aile ve toplum sağlığını destekler. Aile hekimleri, özgün görüşme becerileri ve problem çözme yetenekleri sayesinde, hastalıkların önlenmesi, erken teşhis ve etkili tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynar. Bu disiplinin ilkeleri doğrultusunda yetişen uzmanlar, altı temel yeterlilik alanında uzmanlaşmışlardır.(42) Birinci basamak yönetimi, insanı merkeze alan, özel sorunlara özel çözümler üreten, geniş bir perspektifle bakabilen, toplumun sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan ve bütüncül bir bakış açısıyla sağlık hizmetleri sunan bir yönetim anlayışıdır (37).

2.1.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

1) Bireylerin sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında başvurduğu ilk nokta olup, kapsamlı ve sürekli bir bakım sağlar.

2) Birinci basamak sağlık hizmetleri ekibinin önemli bir üyesi olarak, hastaların sağlık süreçlerini yönetir, diğer sağlık profesyonelleriyle iletişimi sağlar ve sağlık kaynaklarının etkin kullanımına katkıda bulunur.
3) Kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
4) Hastanın güçlendirilmesini teşvik eder.
5) Doktor ve hasta arasında karşılıklı güven ve anlayış üzerine kurulu, sürekli bir iletişim süreci ile hastanın sağlık ihtiyaçlarına cevap verir.
6) Hastanın belirlenen bakım planına uygun olarak, uzun süreli ve sürekli bir takip sağlar.
7) Hastalıkların prevalansı ve insidansı verilerine dayanarak, sağlık hizmetlerinin dağılımı ve öncelikleri belirlenir.
8) Hem akut hem kronik hastalıkları aynı anda yönetir.
9) Gelişimin ilk evrelerinde görülen ve hızlı müdahale isteyen sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
10) Uygun müdahalelerle hastaların iyileşmesini desteklerken, aynı zamanda çevresel faktörlerin olumsuz etkilerini azaltarak sağlıklı bir yaşam ortamı oluşturur.
11) Toplum ve çevre sağlığı konusunda özel bir sorumluluğa sahiptir.
12) Sağlık sorunlarını fiziksel, psiko-mantıksal, sosyal,kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır (37).

2.3. Hasta Memnuniyeti

2.3.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı

1960'larda ortaya çıkan "sağlıkta kalite" kavramı, 1980'lerden itibaren yapılan çalışmalarla daha da önem kazanmıştır. Tüketici hareketlerinin sağlık alanına yansımasıyla birlikte, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri çeşitlenmiş ve kaliteli hizmet sunma zorunluluğu artmıştır. Hasta memnuniyeti, güvenilirlik, saygı ve hasta odaklılık gibi kavramlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen temel unsurlar haline gelmiştir (43).

2.3.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

2.3.2.1. Hekimle İlgili Faktörler

Beklenti: Hekimler hasta beklentilerini tanıyıp ele aldığında memnuniyet sadece hasta için değil, hekim için de daha yüksek olmaktadır (44).

İletişim: Doktor-hasta iletişimi de memnuniyet oranlarını etkilemektedir. Etkili iletişim sayesinde hastalar, sağlık personelinin sorularını daha dikkatli dinler ve tedavi sürecine daha aktif katılır. Bu durum, hem hastanın hem de sağlık personelinin memnuniyetini artırır. Zayıf iletişim ise hastalarda güvensizlik, endişe ve tedaviye uyumsuzluk gibi olumsuz duygulara neden olabilir (45).

Kontrol: Doktorlar kontrolün bir kısmını hastalara bırakarak hasta memnuniyetini artırabilirler. Araştırmalar, hekimlerin hastaları fikirlerini, endişelerini ve beklentilerini ifade etmeye teşvik ederek daha az baskınlık sergilediklerinde, hastaların ziyaretlerinden daha memnun olduklarını ve hekimlerin tavsiyelerine uyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (44).

Karar verme: Hasta memnuniyeti, doktorların tıbbi karar verme süreçlerinden de etkilenebilir. Hastalar, fiziksel işlevleri kadar sosyal ve zihinsel işlevlerinin önemini kabul eden hekimleri tercih ettiklerini ifade etmişlerdir(44).

Harcanan zaman: Ziyaret sırasında geçirilen süre, hasta memnuniyetinde rol oynar ve ziyaret süresi arttıkça memnuniyet oranları artar. Yapılan çalışmalarda ziyaret sırasında sohbet etmek için harcanan zaman da daha yüksek memnuniyet oranlarıyla ilişkili bulunmuştur (44).

Görünüş: Hastaların memnuniyetleri doktorların görünümünden de etkilenebilmektedir. Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada, hastalar "yarı resmi" kıyafetleri ve gülümsemeyi tercih ettiklerini belirttiler. Daha sonra, tercih sırasına göre, gülümsemesiz "yarı resmi" elbise, beyaz önlük, resmi takım elbise, kot pantolon ve gündelik elbise vardı (44).

2.3.2.2. Hastayla İlgili Faktörler

Yaş**:** Yaş arttıkça sağlık hizmetlerinden memnuniyet de artma eğilimindedir.

Cinsiyet: Cinsiyet ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, tutarlı bir sonuç ortaya koyamamıştır. Bazı çalışmalar kadınların memnuniyetlerinin daha düşük olduğunu belirtirken, bazıları ise erkeklerin memnuniyetlerinin daha düşük olduğunu göstermiştir (44).

Sosyoekonomik durum: Çoğu çalışma, düşük sosyoekonomik statüye ve daha az eğitime sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden daha az memnun olma eğiliminde olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte, bir çalışma, bir aile hekimliğini sık sık ziyaret edenlerin daha düşük eğitim durumuna, daha düşük algılanan yaşam kalitesine ve daha yüksek anksiyete ve depresyon puanlarına sahip olduğunu ve aile hekimlerinden daha memnun olduklarını bulmuştur (46).

Sağlık durumu: Yapılan çalışmalarda çok sayıda kronik hastalığı olan hastaların tek kronik hastalığı olanlara göre sağlık sisteminde daha fazla sorun yaşadıkları bildirmiştir. İletişim ve bakım koordinasyonu arttığında hastaların güçlük algısının azaldığı ve memnuniyetlerinin arttığı gözlenmiştir (47).

2.3.2.3. Sağlık Sistemi ile İlgili Faktörler

Klinik ekip: Hastaların ilk endişesinin doktorları olduğu ön planda olduğu olsa da, doktorun birlikte çalıştığı ekibe de değer verirler. Yapılan çalışmalarda doktor ilgisi hastaların memnuniyeti üzerinde en etkili olmasına rağmen, diğer sağlık personellerinin şefkati, yardım etme isteğinin de önemli olduğu bulunmuştur (48).

Sevkler: Etkili sevkler hasta memnuniyetinde önemli bir rol oynar. Yapılan bir çalışmada, sevklere aile hekimi, sevk eden hekim ve hasta açısından bakmış ve aile hekimi sevki başlattığında sevkin sonucundan memnuniyetin daha yüksek olduğunu bulunmuştur (49).Benzer şekilde, tekrarlayan baş ağrıları için tedavi edilen hastalar üzerinde yapılan bir araştırma, bir nöroloğa kendi kendine başvuranların, birincil

doktoru onları sevk edenlerden daha az memnun olduğunu ortaya koydu. Kanser hastaları üzerinde yapılan bir anket, aile hekimlerine çok değer verdiklerini ve başka bir yerde kanser tedavisi görürken bile onunla iletişim kurmak istediklerini ortaya koymuştur (44).

Bakımın sürekliliği: Aile hekimliğinin temel direklerinden biri olan bakımın sürekliliği ve hasta memnuniyeti arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (50).Hastaların genel olarak bakımın sürekliliğine ne derece değer verdiği belirsiz olsa da yapılan çalışmalarda iki yıldan uzun süredir hekimleri tarafından takip edilen hastaların bakımlarından daha memnun oldukları görülmüştür. Bakımın daha uzun sürekliliği, daha fazla hasta memnuniyeti ve kişinin doktoruna olan güveni ile ilişkili bulunmuştur (51).

2.3.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçümü

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet sağlık sisteminden memnuniyet hakkında önemli ipuçları verdiğinden objektik olarak ölçümü önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet ölçümünde en sık kullanılan ölçekler PCAS (Primary Care Assessment Survey) ve EUROPEP (Patients Evaluate General/ Family Practice) ölçekleridir.

Avrupa Aile Hekimliği Birliği tarafından geliştirilen EUROPEP ölçeği, 25'ten fazla Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Ölçek, hastaların son 12 ay içindeki sağlık hizmetleri deneyimlerini değerlendirmek için 23 soru içermektedir. Bu sorular, hem hekimlerin klinik davranışlarını hem de sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısını kapsamaktadır (52).

PCAS ölçeği, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 51 soruluk bir ankettir. Ölçek, hizmetlere erişim kolaylığı, hekimlerin sürekliliği, hizmetlerin kapsamı, koordinasyon, hasta memnuniyeti,güven, hekimin kişisel yaklaşımı gibi boyutları değerlendirmektedir. Başlangıçta 11 alt boyuta sahip olsa da, uluslararası geçerlilik çalışmaları sonucunda 7 temel boyuta indirgenmiştir. Söz konusu boyutlar, birinci basamak sağlık

hizmetlerinin kalitesini değerlendirmede kullanılan temel göstergeler olarak kabul edilmektedir (53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi birimlerine kayıtlı 18-65 yaş arasındaki hastalar üzerinde yapılan kesitsel özellikte bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın çalışma evreni, Nisan 2023 ile Aralık 2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde faaliyet gösteren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18-65 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde EASM'ye kayıtlı 18-65 yaş arası toplam 5364 birey bulunmaktaydı. Openepi programı ile yapılan örneklem hesabında yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %43,5 kabul edildiğinde %95 güven aralığında %5 hata payı ile çalışmamıza en az 352 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır.

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 -65 yaş aralığında olma
- AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı EASM'ye kayıtlı olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve onam vermek

3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Sağlık çalışanı olmak
- EASM'ye başvuran misafir hasta olmak
- Kooperasyon sorunu olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya dahil olan gönüllülere araştırma hakkında detaylı bilgi verildi.Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan katılımcıların yüz yüze anket

uygulama tekniği kullanılarak Sosyodemografik Veri Formu, TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) ve PCAS (Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği) doldurmaları sağlandı.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastaların tanımlayıcı özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından sekiz soruluk bir veri toplama aracı geliştirilmiştir. Bu formla katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, Asm'ye başvuru nedeni, son 1 yılda başvuru sayısı,kaç yıldır bu aile hekimliği birimine kayıtlı olduğu gibi bilgileri kaydedilmiştir

3.3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU) temel alınarak geliştirilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra yayımlanan bir ölçektir. Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,927 olarak bulunmuştur.

TSOY-32, iki ana başlık altında değerlendirilir: Tedavi ve sağlık hizmetleri ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi. Her bir ana başlık altında ise, sağlık bilgisiyle ilgili olarak bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama becerileri incelenir. Toplam 32 sorudan oluşan ölçek, 5'li Likert tipi bir yapıya sahiptir. Maddeler, "0=fikrim yok " ile "4=çok kolay" arasında değişen bir ölçekte değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanlaması, HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0-50 arasında standartlaştırılmış olup, belirtilen formül kullanılarak hesaplanmaktadır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Bu formülde hesaplanan indeks, bireyin ölçekteki tüm maddelere verdiği cevapların ortalaması alınarak elde edilen kişiye özgü bir puandır. Bu puan, bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini 0 (en düşük) ile 50 (en yüksek) arasında bir ölçekte

gösterir. Elde edilen indeks değerleri, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini dört farklı kategoride sınıflandırmak için kullanılmaktadır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı
>25-33 puan: sorunlu–sınırlı sağlık okuryazarlığı
>33-42: yeterli sağlık okuryazarlığı
>42-50: mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (54)

3.3.3. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS)

PCAS, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini hem yapısal hem de hekim-hasta ilişkisi boyutlarında değerlendirmelerine olanak tanıyan bir ölçme aracıdır. Safran ve arkadaşları tarafından 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston eyaletinde geniş bir örneklem üzerinde geliştirilmiştir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerliliği konusunda ilk çalışmalar 2007 yılında Manisa'da yapılmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin farklı boyutlarının Cronbach alfa değeri, 0,80 ile 0,90 arasında değişmektedir. Ölçek, başlangıçta 51 soru ve 11 alt boyuttan oluşmasına rağmen, uluslararası geçerlilik çalışmalarında 7 ana boyuta indirgenmiştir.(Tablo 2) Bu boyutlar, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, hizmetlerin sürekliliği, hizmetlerin kapsamlılığı, farklı sağlık hizmetleri arasındaki uyum, hizmetten memnuniyet, kişiye özel ilgi ve sağlık çalışanlarına güven gibi konuları kapsamaktadır. Her soru, 6'lı likert tipinde değerlendirilmekte olup, yüksek puanlar daha olumlu bir değerlendirmeyi ifade etmektedir (55).

Tablo 2. PCAS Boyutları

Alt Boyutlar	Boyutlar
1. Finansal ulaşılabilirlik	1.Ulaşılabilirlik
2. Örgütsel ulaşılabilirlik	
3. Boylamsal süreklilik	2.Süreklilik
4. Hekim temelli süreklilik	
5. Hastanın bütüncül bilgisi	3. Kapsayıcılık
6. Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	
7. Eşgüdüm	4. Eşgüdüm
8. İletişim	5.Hizmet memnuniyeti
9. Fiziksel bakı	
10. Kişisel yaklaşım	6.Kişisel yaklaşım
11. Güven	7.Güven

Ölçeğin puanlaması sürecinde, CONTV1, CONTV2, COMP1, COUN1-COUN7, TRUST1, TRUST3, TRUST5, TRUST6 ve TRUST8 maddelerine ait puanlar, ölçek geliştiricilerinin önerdiği yöntemle düzenlenmiştir.CONTV1-CONTV2, TRUST1, TRUST3, TRUST4, TRUST5, TRUST6, COMP1 sorularında ters puanlama yapıldı. COUN1-COUN7, TRUST8 soruların puanları yeniden düzenlendi (Tablo 3).

Tablo 3. PCAS Soru Sayıları

Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Soru isimleri
Finansal ulaşılabilirlik	2	FIN1-FIN2
Örgütsel ulaşılabilirlik	6	ORG1-ORG6
Boylamsal süreklilik	1	CONTL
Hekim temelli süreklilik	2	**R**CONTV1-**R**CONTV2
Hastanın bütüncül bilgisi	5	**R**COMP1, COMP2-COMP5
Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	7	**C**COUN1-**C**COUN7
Eşgüdüm	6	INTEG1-INTEG6
İletişim	1	EXAM1
Fiziksel bakı	6	COMM1-COMM6
Kişisel yaklaşım	5	INTERP1-INTERP5
Güven	8	**R**TRUST1, **R**TRUST3, **R**TRUST5, **R**TRUST6, TRUST2, TRUST4, TRUST7, **C**TRUST8

Ölçek geliştiricilerinin önerdiği standardizasyon formülü [(Alınan Puan-En düşük Puan)/ Puan aralığı) x 100] kullanılarak, her bir boyut için elde edilen ham puanlar, 0 ile 100 arasında değişen bir skalaya dönüştürülmüştür. Bu sayede, farklı boyutlardaki puanlar karşılaştırılabilir hale getirilmiştir.. Koruyucu hizmetleri sorgulayan 21.soruya evet cevabı için 100 hayır cevabı için 0'a dönüşüm yapılmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 26 istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri (ortalama ± standart

sapma, yüzdelik) hesaplandı. Normal dağılım gösteren değişkenler için TSOY ölçeği ve PCAS puanları arasındaki farklılıklar, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelendi. Grup karşılaştırmalarında Tukey's B testi uygulandı. Numerik veriler arasındaki ilişki, Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Kategorik veriler için ise ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.5. Etik Kurul İzni

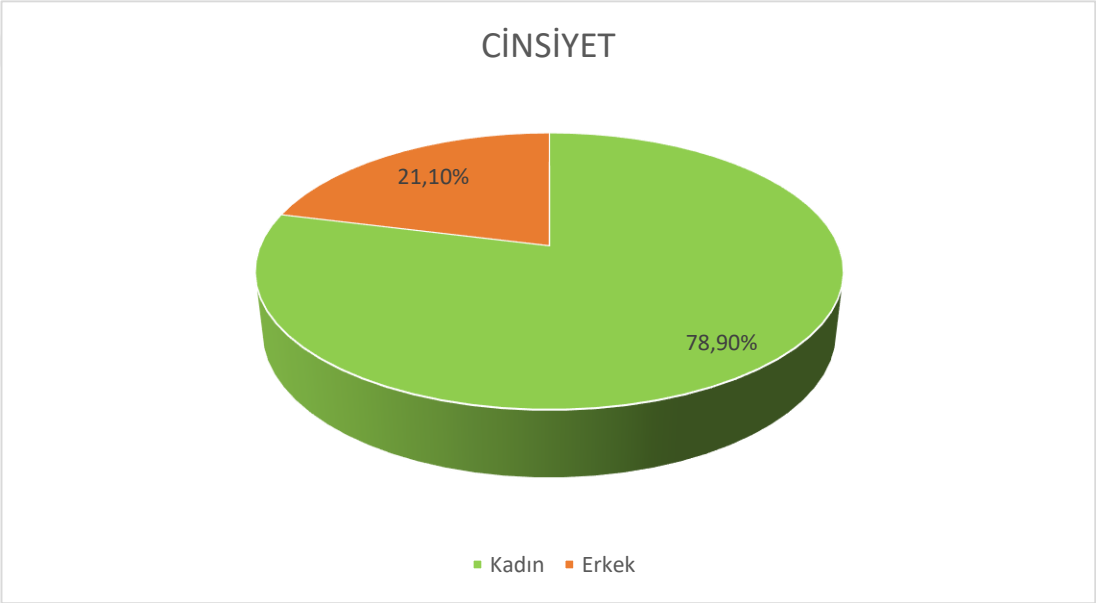
Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30 Mart 2023 tarihli ve B.30.2.ATA.0.01.00/406 sayılı kararla bilimsel ve etik açıdan uygunluk onayı alarak gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-demografik Veri Analizi

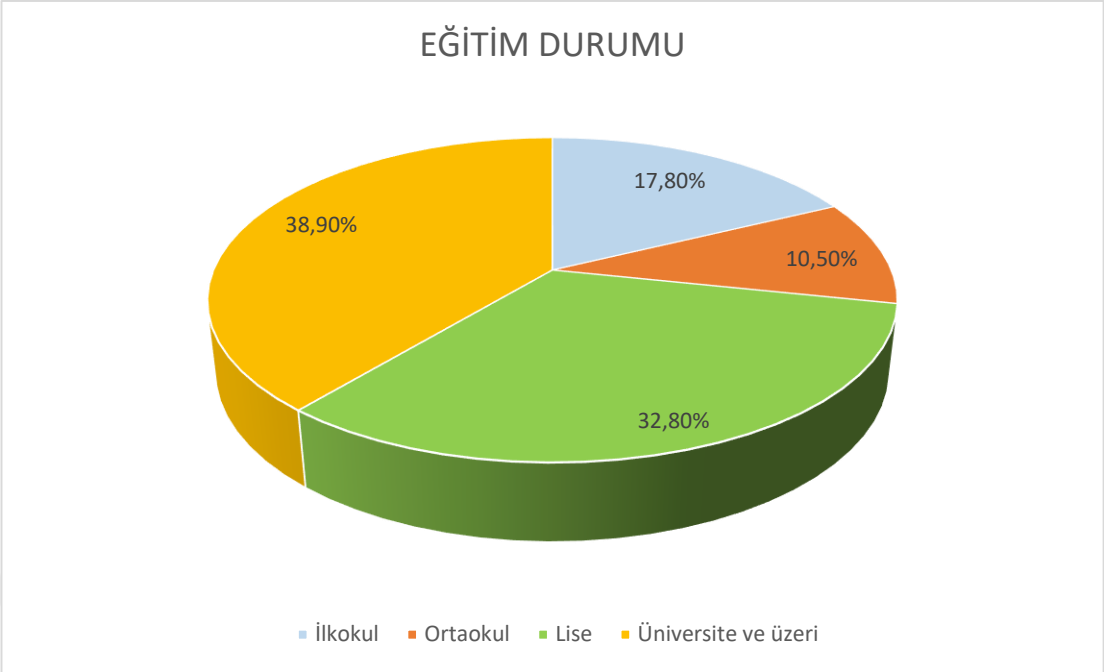
Çalışmamıza 354 kişi katıldı. Anketleri eksik dolduran 22 kişinin verileri analizlere dahil edilmedi. Çalışma toplam 332 kişi ile tamamlandı.

Katılımcının %78,9'u (n=262) kadındı (Şekil 1). Katılımcıların yaş ortalaması ise 34,6±10,4yıldı.



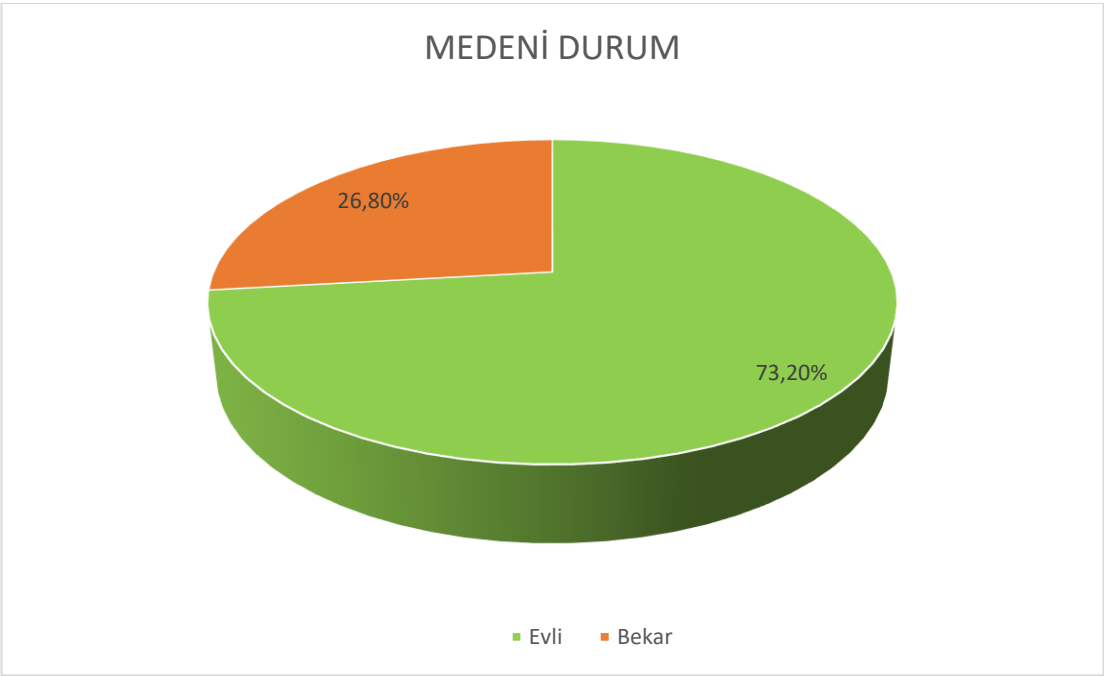
Şekil 1. Cinsiyet Dağılımı

Katılımcıların eğitim düzeylerinin dağılımı Şekil 2'de sunulmuştur. Katılımcıların %17,8'i (n=59) ilkokul, %10,5'i (n=35) ortaokul, %32,8'i (n=109) lise, %38,9'u (n=129) üniversite ve üzeri seviyesinde idi (Şekil 2).



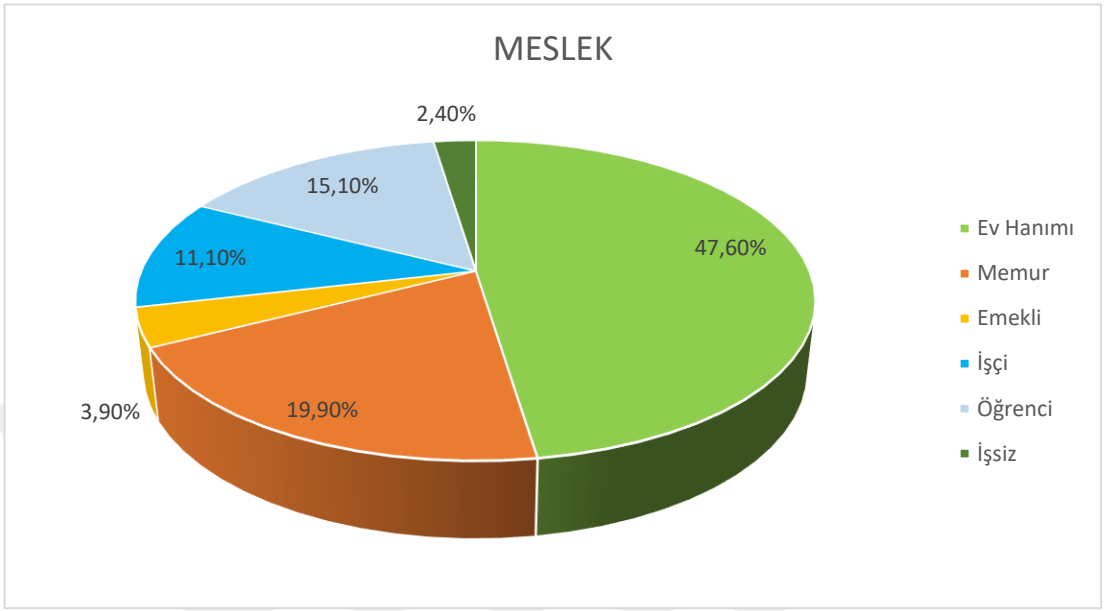
Şekil 2. Eğitim Durumu

Katılımcıların medeni durumu Şekil 3'te sunulmuştur. Buna göre katılımcıların %73,2'si (n=243) bekar iken; %26,8'si (n=89) evli idi (Şekil 3).



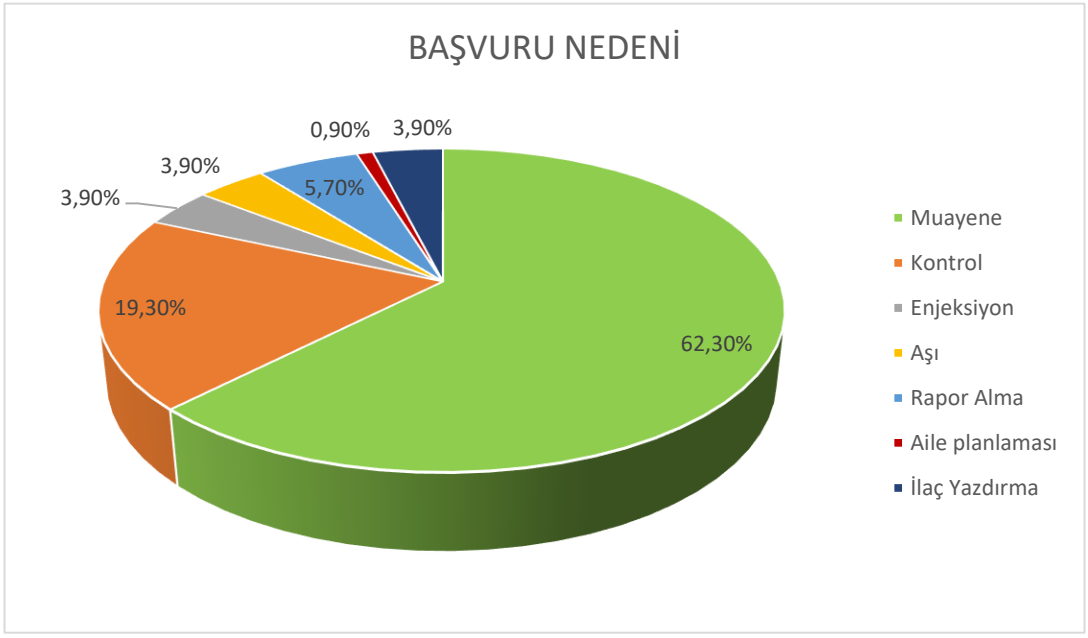
Şekil 3. Medeni Durum

Katılımcıların %47,6'sı (n=158) ev hanımı iken; %19,9'u (n=66) memurdu (Şekil 4).



Şekil 4. Meslek Dağılımı

Katılımcıların başvuru nedenine göre dağılımı Şekil 5'te verilmiştir. En çok başvuru nedeni %62,3 (n=207) oranı ile muayene idi. (Şekil 5).



Şekil 5. Başvuru Nedeni

Katılımcıların tüm tanımlayıcı özellikleri Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Dağılımı

Değişkenler	Değişken Grupları	n	%
Cinsiyet	Kadın	262	78,9
	Erkek	70	21,1
Eğitim Düzeyi	İlkokul	59	17,8
	Ortaokul	35	10,5
	Lise	109	32,8
	Üniversite	129	38,9
Medeni Durum	Bekar	89	26,8
	Evli	243	73,2
Başvuru Nedeni	Muayene	207	62,3
	Kontrol	64	19,3
	Enjeksiyon	13	3,9
	Aşı	13	3,9
	Rapor Alma	19	5,7
	Aile Planlaması	3	0,9
	İlaç Yazdırma	13	3,9
Meslek	Ev Hanımı	158	47,6
	Emekli	13	3,9
	Memur	66	19,9
	İşçi	37	11,1
	Öğrenci	50	15,1
	İşsiz	8	2,4

4.2. TSOY-32 Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların ortalama TSOY-32 puanı 32,5±8,8 olarak belirlendi. Puan aralığı 0 ile 50 arasında değişmekteydi. Katılımcıların TSOY-32 puanları gruplara göre incelendiğinde yetersiz sorunlu-sınırlı puan alanlar %52,78 (n=175) ve yeterli, mükemmel puan alanlar %47,3 (n=157) oranında idi (Tablo 5).

Tablo 5. TSOY-32 Gruplarının Dağılımları

	Gruplar	**n**	**%**
TSOY-32	Yetersiz	65	19,6
	Sorunlu- Sınırlı	110	33,1
	Yeterli	108	32,5
	Mükemmel	49	14,8

TSOY-32; Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TSOY-32 ölçek puanı ve katılımcıların yaşları arasında yapılan korelasyon testinde düşük düzeyde negatif korelasyon tespit edildi (Tablo 3). TSOY-32'ye göre yapılan gruplandırma sonrasında gruplar arası yapılan karşılaştırmalarda yaş arttıkça TSOY puanının düştüğü görüldü (p<0,05).

Tablo 6. TSOY ile Numerik Veriler Arası Korelasyonlar

	TSOY	
	p	r
Kayıt Süresi	0,063	-0,104
Yaş	***0,000***	-0,253
Son Bir Yılda Başvuru Sayısı	0,895	-0,007

Katılımcıların TSOY-32 alt gruplarına göre yaş ortalamaları karşılaştırıldı. Buna göre yaş ortalamaları ile TSOY-32 alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlendi (p<0,05). Yapılan post hoc analizde TSOY-32'ye göre yetersiz puan alan grup ile sorunlu-sınırlı ve yeterli puan alan grup arasında; sorunlu-sınırlı ile yeterli arasında; yeterli ile yetersiz arasında; mükemmel ile yetersiz ve sorunlu-sınırlı gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Yaşları ile TSOY Gruplarının Karşılaştırılması (Anova)

TSOY Grupları	N	Ort.±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	38,8±10,2		
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	35,2±10,0	***0,000***	1-2,3;2-4
Yeterli (3)	108	33,4±10,5		3-1;4-1,2
Mükemmel (4)	49	30,2±8,9		

Toplam	332	34,6± 10,4

Katılımcıların TSOY-32 puanlarına göre kategorize oldukları gruplar cinsiyet açısından karşılaştırıldı. Buna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0,944) (Tablo 8).

Tablo 8. TSOY-32 Alt Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		Cinsiyet		İstatistiksel Analiz	
		Kadın n (%)	Erkek n (%)	X^2*	p
TSOY-32	Yetersiz	52 (%80)	13 (%20)	0,383	0,944
	Sorunlu-Sınırlı	86 (%78,2)	24 (%21,8)		
	Yeterli	84 (%77,8)	24 (%22,2)		
	Mükemmel	40 (%81,6)	9 (%18,4)		

*Ki-Kare testi

Katılımcıların TSOY-32 puanlarına göre kategorize oldukları gruplar eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldı. Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p=0,000). Üniversite ve lise mezunlarının sağlık okuryazarlık düzeyi ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre yüksek saptandı (Tablo 9).

Tablo 9. TSOY Alt Puanları ile Eğitim Düzeyi Değişkenlerinin Ki-Kare Analizi

		Eğitim Düzeyi				İstatistiksel Analiz	
		İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	X^2*	p
TSOY	Yetersiz	25 (%38,5)	5 (%7,7)	18 (%27,7)	17 (%26,2)	40,064	***0,000***
	Sorunlu-Sınırlı	19 (%17,3)	20 (%18,2)	30 (%27,3)	41 (%37,3)		
	Yeterli	10 (%9,3)	9 (%8,3)	42 (%38,9)	47 (%43,5)		
	Mükemmel	5 (%10,2)	1 (%2)	19 (%38,8)	24 (%49)		

*Ki-Kare İstatistiksel Analiz.

Katılımcıların TSOY-32 puanlarına göre kategorize oldukları gruplar medeni durum açısından karşılaştırıldı. Medeni durum ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,027). Bekar olan katılımcıların

%59,6'sı (n=53) yeterli ve mükemmel puan alırken,evli olan katılımcıların %57,2(n=139) yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan almıştır (Tablo 10).

Tablo 10. TSOY Alt Puanları ile Medeni Durum Değişkenlerinin Ki Kare Analizi

			Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	İstatistiksel Analiz	
							X^{2}*	*p*
Medeni Durum	Bekar	n	13	23	33	20	9,160	*0,027*
		%	14,6	25,8	37,1	22,5		
	Evli	n	52	87	75	29		
		%	21,4	35,8	30,9	11,9		
Toplam		n	65	110	108	49		
		%	19,6	33,1	32,5	14,8		

*Ki-Kare testi

Katılımcıların meslekleri ile TSOY puan ortalamaları karşılaştırıldığında öğrenciler ile ev hanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (p=0,006) Öğrencilerin ev hanımlarına göre SOY düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü.Diğer meslek grupları arasında anlamlı fark bulunamadı (Tablo 11).

Tablo 11. Meslek Grupları Arasında TSOY Puanlarının Karşılaştırılması

Meslekler	N	Ort.±SS.	*p*	Anlamlılık
Ev Hanımı (1)	158	30,9±8,6		
Emekli (2)	13	30,5±6,5		
Memur (3)	66	34,2±9,6		
İşçi (4)	37	33,1±9,2	***0.006***	5-1
Öğrenci (5)	50	35,6±7,7		
İşsiz (6)	8	28,7±8,6		
Toplam	332	32,5±8,8		

4.3. PCAS Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

PCAS 11 boyutu puan ortalamalarından en yüksek olan 71,9±17,3 ile iletişim, en düşük ortalama 27,2±35,2 ile boylamsal süreklilik oldu. Tüm boyutlarda en az bir katılımcı tavan puan olan 100 puan verdi. Boylamsal süreklilik, finansal ulaşılabilirlik, fiziksel bakı, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm boyutlarında en az birer katılımcı taban puanı olan sıfır puan verdi (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların PCAS Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Ort±SS
Boylamsal Süreklilik	27,2±35,2
Finansal Ulaşılabilirlik	47,0±22,2
Fiziksel Bakı	64,1±19,1
Örgütsel Ulaşılabilirlik	58,0±15,6
Hekim Temelli Süreklilik	67,5±21,3
Kişisel Yaklaşım	69,9±17,8
İletişim	71,9±17,3
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	30,4±27,3
Güven	30,4±17,3
Hastanın Bütüncül Bilgisi	52,1±18,4
Eşgüdüm	56,6±19,8

Cinsiyet faktörü ile boylamsal süreklilik, finansal ulaşılabilirlik, koruyucu hizmetler ve danışmanlık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (Sırasıyla p=0,010, p=0,033, p=0,040) Bu boyutların puan ortalamaları erkeklerde daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Medeni durum ile finansal ulaşılabilirlik, fiziksel bakı boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (Sırasıyla p=0,004, p=0,046) Bu boyutların puan ortalamaları bekarlarda daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Eğitim düzeyi ile boylamsal süreklilik, finansal ulaşılabilirlik, güven, hastanın bütüncül bilgisi, eşgüdüm boyutları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu

(p=0,000, p=0,014, p=0,032, p=0,011, p=0,049). Boylamsal süreklilik puan ortalamaları üniversite mezunlarında; finansal ulaşılabilirlik, güven, eşgüdüm puan ortalamaları lise mezunlarında; hastanın bütüncül bilgisi ortaokul mezunlarında daha yüksek bulundu(Tablo 13).

Meslek ile boylamsal süreklilik, fiziksel bakı, iletişim, güven boyutları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu (Sırasıyla p=0,002, p=0,003, p=0,035, p=0,011). Boylamsal süreklilik ve fiziksel bakı puanları işçilerde daha yüksek iken iletişim ve güven boyutlarının puanları emeklilerde daha yüksek bulunmuştur(Tablo 13).

Başvuru nedeni ile hekim temelli süreklilik, fiziksel bakı, güven ve hastanın bütüncül bilgisi alt boyutlarında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (sırasıyla p=0,041, p=0,028, p=0,001, p=0,040) Bu boyutlarda aşı ve rapor almak için başvuranların puanları daha yüksek bulundu (Tablo 13).

Tablo 13. PCAS Boyutlarının Sosyo-demografik Verilerle Karşılaştırılması

		1. Boylamsal Süreklilik		2. Finansal Ulaşılabilirlik		3. Örgütsel Ulaşılabilirlik		4. Hekim Temelli Süreklilik	
		Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*
Cinsiyet	Kadın	23,8±33,9	**0,010**	45,7±20,8	**0,037**	57,2±14,7	0,099	67,2±21,5	0,637
	Erkek	40,0±37,4		52,0±26,1		60,7±18,1		68,5±20,5	
Medeni Durum	Bekar	29,7±34,1	0,429	52,9±21,9	**0,004**	59,8±16,4	0,203	68,7±20,1	0,514
	Evli	26,3±35,6		44,9±21,9		57,3±15,2		67,0±21,7	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	16,9± 29,1	**0,000**	44,9± 13,9	**0,014**	57,6± 15,9	0,975	62,0± 20,4	0,117
	Ortaöğretim	16,4± 27,0		41,1± 19,5		59,1± 16,7		67,4± 24,7	
	Lise	25,2 ±34,1		52,4± 20,5		58,0± 13,7		67,3± 20,3	
	Üniversite	36,5± 38,4		45,1± 26,2		57,8± 16,7		70,1± 21,3	
Meslek	Ev Hanımı	20,0±32,3	**0,002**	45,6±19,1	0,191	56,7±14,1	0,149	65,6±21,6	0,224
	Emekli	32,6±38,7		51,5±26,4		62,9±18,3		60,0±22,3	
	Memur	35,5±36,8		45,1±26,0		56,9±16,4		69,8±19,7	
	İşçi	43,9±42,6		49,1±25,7		63,8±18,6		72,4±23,1	
	Öğrenci	25,5±28,7		53,0±20,1		58,3±14,8		67,2±19,6	
	İşsiz	25,0±40,0		36,2±27,7		54,1±18,2		76,2±25,0	
Başvuru Nedeni	Muayene	25,8±34,9	0,504	45,7±21,7	0,112	58,8±14,8	0,098	69,5±20,5	**0,041**
	Kontrol	32,4±37,1		44,6±23,0		54,3±15,7		62,6±23,1	
	Enjeksiyon	32,6±38,7		46,9±20,5		51,6±18,8		58,4±19,0	
	Aşı	28,8±36,5		53,8±22,1		59,8±18,7		70,7±23,2	
	Rapor Alma	15,7±22,3		60,0±24,0		64,2±19,4		70,0±21,0	
	Aile Planlaması	50,0±50,0		46,6±15,2		48,8±16,7		40,0±10,0	
	İlaç Yazdırma	28,8±39,3		53,8±20,6		59,8±18,7		67,6±19,6	

Tablo 13. (Devamı)

		5. Fiziksel Bakı		6. Kişisel Yaklaşım		7. İletişim		8. Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	
		Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*
Cinsiyet	Kadın	63,8±18,7	0,511	69,2±17,7	0,190	71,2±17,2	0,175	28,1±25,2	**0,040**
	Erkek	65,5±20,5		72,4±17,9		74,4±17,5		38,7±33,0	
Medeni Durum	Bekar	67,6±21,2	**0,046**	72,3±18,7	0,137	74,8±17,6	0,067	28,4±29,0	0,419
	Evli	62,9±18,2		69,0±17,4		70,8±17,1		31,1±26,7	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	60,6± 18,5	0,059	66,4 ±16,2	0,348	67,2± 16,4	0,101	31,2 ±26,3	0,575
	Ortaöğretim	61,7± 17,7		70,4± 15,1		72,2± 14,2		28,5 ±20,2	
	Lise	68,0± 18,2		71,6± 17,7		74,2± 16,6		27,9 ±26,3	
	Üniversite	63,1± 20,1		70,0 ±19,1		71,9± 18,7		32,6 ±30,3	
Meslek	Ev Hanımı	61,1±17,5	**0,003**	67,7±17,0	0,059	69,4±16,6	**0,035**	30,0±26,2	0,881
	Emekli	67,6±19,2		74,1±13,1		77,3±15,4		38,4±22,8	
	Memur	62,8±20,0		70,8±19,5		71,8±18,4		31,5±28,0	
	İşçi	71,3±19,7		70,3±20,0		75,5±18,4		30,8±28,2	
	Öğrenci	70,8±20,6		75,8±16,6		76,9±16,7		27,7±30,1	
	İşsiz	55,0±14,1		61,5±14,0		64,5±15,1		30,3±32,7	
Başvuru Nedeni	Muayene	64,9±18,7	**0,028**	70,1±16,9	0,191	71,1±17,3	0,166	30,9±28,4	0,937
	Kontrol	59,3±19,8		66,7±18,9		70,1±17,5		28,7±28,1	
	Enjeksiyon	58,4±19,0		67,3±21,8		69,2±18,4		30,7±20,9	
	Aşı	70,7±19,3		77,2±14,4		78,9±11,8		30,7±24,6	
	Rapor Alma	74,7±20,9		77,2±20,2		81,0±20,0		29,3±24,5	
	Aile Planlaması	66,6±11,5		60,0±34,8		74,4±23,6		47,6±8,2	
	İlaç Yazdırma	58,4±12,8		70,0±15,3		74,3±10,3		26,3±23,2	

Tablo 13. (Devamı)

		9. Güven		10. Hastanın Bütüncül Bilgisi		11. Eşgüdüm	
		Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*	Ort. ± SS.	*p*
Cinsiyet	Kadın	69,9±17,2		51,5±17,6	0,239	55,6±19,4	0,141
	Erkek	71,4±16,4	0,493	54,4±21,4		60,7±21,5	
Medeni Durum	Bekar	72,1±14,8	0,210	54,8±18,6	0,105	57,4±20,1	0,729
	Evli	69,5±17,8		51,1±18,3		56,3±19,8	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	66,4± 17,7	**0,032**	51,8 ±16,7	**0,011**	56,0± 20,8	**0,049**
	Ortaöğretim	67,9 ±20,2		66,0± 15,6		53,4 ±17,7	
	Lise	73,9 ±15,2		55,7 ±15,5		61,5± 18,5	
	Üniversite	69,4± 17,0		48,3± 21,4		53,1 ±20,8	
Meslek	Ev Hanımı	68,8±17,8	**0,011**	52,4±16,8	0,135	56,2±19,5	0,333
	Emekli	85,5±12,1		62,6±19,7		68,9±21,0	
	Memur	68,6±16,2		47,8±21,9		53,5±19,0	
	İşçi	72,3±16,6		52,5±19,4		54,9±21,4	
	Öğrenci	72,3±15,7		54,1±16,2		59,8±21,0	
	İşsiz	62,8±13,7		50,6±20,7		54,7±14,7	
Başvuru Nedeni	Muayene	70,3±17,1	**0,001**	52,3±17,9	**0,040**	56,0±19,0	0,232
	Kontrol	66,2±15,9		47,6±17,1		54,0±20,2	
	Enjeksiyon	66,5±15,3		49,3±23,8		58,0±21,5	
	Aşı	84,6±13,4		63,0±23,5		64,2±25,6	
	Rapor Alma	76,9±18,3		60,4±20,1		69,7±22,7	
	Aile Planlaması	46,8±14,3		59,6±24,3		54,4±10,1	
	İlaç Yazdırma	72,8±14,1		49,5±11,7		51,4±20,0	

4.4. TSOY-32 Alt grupları ile PCAS Boyutlarının Karşılaştırılması

TSOY-32 puanları ile PCAS alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizinde boylamsal süreklilik, koruyucu hizmetler ve danışmanlık boyutları dışında diğer tüm boyutlarda pozitif korelasyon gözlendi(p<0,05). Örgütsel ulaşılabilirlik, finansal ulaşılabilirlik, hekim temelli süreklilik, kişisel yaklaşım, güven, hastanın bütüncül bilgisi, eşgüdüm boyutlarında düşük düzeyde korelasyon gözlenirken; fiziksel bakı ve iletişim boyutlarında orta düzeyde korelasyon gözlendi (Tablo 14).

Tablo 14. TSOY ile PCAS Alt Boyutları Arası Korelasyonlar

		TSOY-32
Boylamsal Süreklilik	r	-0,011
	p	0,844
Örgütsel Ulaşılabilirlik	r	0,250
	p	**0,000**
Finansal Ulaşılabilirlik	r	0,236
	p	**0,000**
Hekim Temelli Süreklilik	r	0,283
	p	**0,000**
Fiziksel Bakım	r	0,302
	p	**0,000**
Kişisel Yaklaşım	r	0,267
	p	**0,000**
İletişim	r	0,355
	p	**0,000**
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	r	-0,061
	p	0,268
Güven	r	0,266
	p	**0,000**
Hastanın Bütüncül Bilgisi	r	0,266
	p	**0,001**
Eşgüdüm	r	0,196
	p	**0,003**

Katılımcıların TSOY-32 alt grupları ile boylamsal süreklilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,098). Sonuçlar Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15. Boylamsal Süreklilik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY Grupları	**N**	**Ort.±SS**	***p***
Yetersiz (1)	65	48,0±34,1	
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	49,8±38,6	
Yeterli (3)	108	55,2±33,3	***0,098***
Mükemmel (4)	49	56,0±31,4	
Toplam	332	52,1±35,2	

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile örgütsel ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p=0,000). Yapılan post hoc testte farkın mükemmel puan alan gruptaki katılımcılar ile yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan alan gruptaki katılımcılar arasında olduğu tespit edildi. Buna göre mükemmel puan alan grubun anlamlı yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. Örgütsel Ulaşılabilirlik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort.±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	53,8±13,7		
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	55,1±14,7	***0,000***	4-1, 2
Yeterli (3)	108	59,7±15,5		
Mükemmel (4)	49	65,9±16,9		

Toplam	332	58,0±15,6		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile finansal ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü (p=0,000). Yeterli ve mükemmel puan alan grupların yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan alanlara göre anlamlı yüksek puan aldığı gözlendi (Tablo 17).

Tablo 17. Finansal Ulaşılabilirlik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	40,3±18,3		
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	42,4±19,6		
Yeterli (3)	108	52,1±22,5	***0,000***	3-1,2; 4-1,2
Mükemmel (4)	49	55,3±26,4		
Toplam	332	47,0±22,2		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile hekim temelli süreklilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,000). Yeterli ve mükemmel puan alan grupların yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan alanlara göre anlamlı yüksek puan aldığı gözlendi (Tablo 18).

Tablo 18. Hekim Temelli Süreklilik Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	60,6±20,9		
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	63,4±21,6		
Yeterli (3)	108	71,2±20,6	***0,000***	3-1,2; 4-1,2
Mükemmel (4)	49	77,3±17,4		
Toplam	332	67,5±21,3		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile fiziksel bakı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,000). Yeterli ve mükemmel puan alan grupların yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan alanlara göre anlamlı yüksek puan aldığı gözlendi (Tablo 19).

Tablo 19. Fiziksel Bakı Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	57,9±18,6		
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	59,4±17,8		
Yeterli (3)	108	68,3±17,7	***0,000***	3-1,2; 4-1,2
Mükemmel (4)	49	73,8±20,0		
Toplam	332	64,1±19,1		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile kişisel yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (*p*=0,000). Yeterli ve mükemmel puan alan grupların yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan alanlara göre anlamlı yüksek puan aldığı gözlendi (Tablo 20).

Tablo 20. Kişisel Yaklaşım Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	65,3±16,4		
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	66,1±15,6		
Yeterli (3)	108	72,4±18,8	***0,000***	3-1,2; 4-1,2
Mükemmel (4)	49	79,0±18,0		
Toplam	332	69,9±17,8		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile iletişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (*p*=0,000). Yeterli ve mükemmel puan alan grupların yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan alanlara göre anlamlı yüksek puan aldığı gözlendi (Tablo 21).

Tablo 21. İletişim Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	65,1±16,8		
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	67,0±14,9		
Yeterli (3)	107	76,5±17,1	***0,000***	3-1,2; 4-1,2
Mükemmel (4)	49	81,6±16,5		
Toplam	331	71,9±17,3		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile koruyucu hizmetler ve danışmanlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (*p*=0,083) (Tablo 22).

Tablo 22. Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık Puanları ile TSOY Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	n	Ort.±SS	*p*
Yetersiz (1)	65	33,8±30,2	
Sorunlu- Sınırlı (2)	110	26,6±26,0	
Yeterli (3)	108	34,2±27,3	*0,083*
Mükemmel (4)	49	25,3±25,1	
Toplam	332	30,4±27,3	

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile güven puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (*p*=0,000). Yeterli ve mükemmel puan alan grupların yetersiz ve sorunlu-sınırlı puan alanlara göre anlamlı yüksek puan aldığı gözlendi (Tablo 23).

Tablo 23. Güven Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	64	65,7±16,0		
Sorunlu- Sınırlı (2)	108	65,7±17,0		
Yeterli (3)	107	75,2±15,7	***0,000***	3-1,2; 4-1,2
Mükemmel (4)	49	75,1±17,4		
Toplam	328	70,2±17,0		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile hastanın bütüncül bilgisi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (*p*=0,000). Yeterli puan alan grubun yetersiz puan alan gruba göre anlamlı yüksek puan aldığı bulundu (Tablo 24).

Tablo 24. Hastanın Bütüncül Bilgisi Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	65	48,0±16,0		
Sorunlu- Sınırlı (2)	108	49,8±18,2		
Yeterli (3)	108	55,2±17,5	***0,000***	3-1
Mükemmel (4)	49	56,0±22,4		
Toplam	330	52,1±18,4		

Katılımcıların TSOY-32 grupları ile eşgüdüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (*p*=0,018). Mükemmel puan alan grubun sorunlu-sınırlı puan alan gruba göre anlamlı yüksek puan aldığı gözlendi (Tablo 25).

Tablo 25. Eşgüdüm Puanları ile TSOY-32 Gruplarının Karşılaştırılması

TSOY-32 Grupları	N	Ort. ±SS	*p*	Anlamlılık
Yetersiz (1)	42	54,4±20,7		
Sorunlu- Sınırlı (2)	78	53,2±18,2		
Yeterli (3)	72	57,6±19,4	***0,018***	4-2
Mükemmel (4)	29	66,4±21,4		
Toplam	221	56,6±19,8		

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden ve PCAS tüm boyutlarından aldıkları puanlar korelasyon testi ile analiz edildi. TSOY-32 ölçek puan ortalaması ile PCAS boyutlarından koruyucu hizmetler ve danışmanlık, boylamsal süreklilik boyutları dışında diğer tüm boyutlar ile arasında anlamlı korelasyon mevcuttu. TSOY-32 ölçek puanı ile korelasyon katsayısı en yüksek kişisel iletişim (r=0,355) boyutu oldu. En düşük korelasyon katsayısı ise hastanın bütüncül bilgisi (r=0,179) boyutunda saptandı. Örgütsel ulaşılabilirlik, finansal ulaşılabilirlik, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım, iletişim, güven, hastanın bütüncül bilgisi, eşgüdüm boyutları ile boylamsal süreklilik dışındaki PCAS'ın diğer tüm boyutları arasında korelasyon mevcuttu (p<0,05). Hekim temelli süreklilik boyutu ile boylamsal süreklilik ve koruyucu hizmetler, danışmanlık boyutları dışındaki tüm boyutlarla arasında korelasyon mevcuttu (p<0,05). Koruyucu hizmetler ve danışmanlık ile hekim temelli süreklilik boyutu dışındaki diğer tüm boyutlarda korelasyon mevcuttu. Boylamsal süreklilik boyutu ile diğer tüm boyutlar arasında korelasyon mevcut değildi (Tablo 26).

Tablo 26. TSOY Puanları ile PCAS Alt Boyut Puanlarının Korelasyonu

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TSOY (1)	r	1	-0,011	0,250	0,236	0,283	0,302	0,267	0,355	-0,061	0,266	0,179	0,196
	p		0,844	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,268	**0,000**	**0,001**	**0,003**
Boylamsal Süreklilik (2)	r	-0,011	1	0,005	-0,035	0,085	-0,009	-0,036	0,026	0,111	0,025	-0,033	-0,041
	p	0,844		0,931	0,53	0,124	0,874	0,51	0,639	0,044	0,650	0,551	0,54
Örgütsel Ulaşılabilirlik (3)	r	0,250	0,005	1	0,390	0,440	0,538	0,516	0,529	0,177	0,390	0,497	0,482
	p	**0,000**	0,931		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Finansal Ulaşılabilirlik (4)	r	0,236	-0,035	0,390	1	0,217	0.333	0,245	0,296	0,187	0,240	0,324	0,307
	p	**0,000**	0,530	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Hekim Temelli Süreklilik (5)	r	0,283	0,085	0,440	0,217	1	0,445	0,368	0,385	0,048	0,334	0,248	0,241
	p	**0,000**	0,124	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	0,385	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Fiziksel Bakım (6)	r	0,302	-0,009	0,538	0,333	0,445	1	0,605	0,695	0,167	0,455	0,480	0,505
	p	**0,000**	0,874	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,002**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Kişisel Yaklaşım (7)	r	0,267	-0,036	0,516	0,245	0,368	0,605	1	0,821	0,220	0,533	0,541	0,527
	p	**0,000**	0,510	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
İletişim (8)	r	0,355	0,026	0,529	0,296	0,385	0,695	0,821	1	0,210	0,567	0,550	0,517
	p	**0,000**	0,639	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık (9)	r	-0,061	0,111	0,177	0,187	0,048	0,167	0,220	0,210	1	0,183	0,232	0,262
	p	0,268	**0,044**	**0,001**	**0,001**	0,385	**0,002**	**0,000**	**0,000**		**0,001**	**0,000**	**0,000**
Güven (10)	r	0,266	0,025	0,390	0,240	0,334	0,455	0,533	0,567	0,183	1	0,491	0,485
	p	**0,000**	0,650	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**		**0,000**	**0,000**
Hastanın Bütüncül Bilgisi (11)	r	0,179	-0,033	0,497	0,324	0,248	0,48	0,541	0,550	0,232	0,491	1	0,633
	p	**0,001**	0,551	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,000**
Eşgüdüm (12)	r	0,196	-0,041	0,482	0,307	0,241	0,505	0,527	0,517	0,262	0,485	0,633	1
	p	**0,003**	0,540	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet ile arasındaki ilişkiyi TSOY ve PCAS ölçeklerini kullanarak inceledik. Çalışmamızın bulgularına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasının hasta memnuniyetini olumlu etkilediği görüldü.

5.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Sosyodemografik Verilerin İlişkisi

Çalışmamızda, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla TSOY-32 ölçeği uyguladık.Verilerimize göre, katılımcıların genel sağlık okuryazarlık indeks puan ortalaması 32,5 olarak belirlendi. Katılımcıların %19,6'sı yetersiz, %33,1'i sorunlu-sınırlı, %32,5 'u yeterli ve %14,8'i mükemmel SOY düzeylerine sahipti.Katılımcıların yarısından çoğunun yetersiz-sınırlı, yarısından az bir kısmının ise yeterli mükemmel SOY düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

HLS EU tarafından yürütülen kapsamlı bir Avrupa SOY araştırmasında, Avrupa SOY Ölçeği kullanılarak 8 farklı ülkede toplanan verilere göre, katılımcıların Sosyal Beceri Yetisi (SOY) düzeyleri incelendiğinde sonuçlar şu şekildedir: Katılımcıların %12,4'ü yetersiz, %35,2'si sınırlı-sorunlu, %36'sı yeterli ve %16,4'ü ise mükemmel SOY düzeyinde bulunmaktadır (13).Çin'in Şangay kentinde 15-69 yaşları arasındaki 1360 kişinin katılımıyla yapılan çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı oranı %84,4 olarak bulunmuştur (56).Almanya'da yapılmış bir çalışmada katılımcıların sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %38,1 olarak bulunmuştur (57). ABD'deki Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi (NAAL) çalışmasında katılımcıların %36'sı sorunlu SOY düzeyinde olduğu görülmüştür (58).Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmada ise katılımcıların %11,4'ünün sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu bulunmuştur (59).

Okyay ve arkadaşlarının 2016 tarihli çalışmasında, katılımcıların %69,4'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu olduğu tespit edilmiştir (54).Benzer şekilde, Tanrıöver ve arkadaşlarının 2014 yılında 4979 katılımcı ile

yaptıkları Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında da yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı oranının %64,6 olduğu belirtilmiştir (16).

Bakan ve çalışma arkadaşlarının Ağrı'da 691 kişi ile gerçekleştirdikleri araştırmada, katılımcıların %77,8'inde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (60).Özdemir ve ark. İstanbul'da üçüncü basamak bir hastanenin acil servisinde 285 kişi ile gerçekleştirdiği çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %57,9 olarak bulunmuştur (61).Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çelikyürek ve ark.'nın dahiliye polikliniğinde 388 kişi ile yaptığı çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi %60,3 olarak bulunmuştur (62).

Yakar ve ark.'nın Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniğinde 225 kişi ile yaptığı çalışmada yetersiz, sorunlu sağlık okuryazarlığı oranının %75,7 olduğu görüldü(63).Bingöl'de aile sağlığı merkezlerinde 297 kişi ile yapılan çalışmada yetersiz, sorunlu sağlık okuryazarlığı oranı %42,4 olarak bulunmuştur (64).

Çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla benzerlik ve farklılıklar bulunmuştur. Bu durumun sebebi çalışmaların yapıldığı toplumun eğitim düzeyleri, kültürü, sağlık politikaları gibi değişkenlerin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık okur yazarlığı düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında gerçekleştirdiği Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırması sonuçlarına göre, cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu araştırmada, erkeklerin ortalama SOY puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (65). HLS-EU projesi kapsamında 8 Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre, kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (66).

Okyay ve ark. ise yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (54). Alagöz tarafından yapılan çalışmada ve Çin'de yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (56,67). Öztürk tarafından, Özdemir ve ark. tarafından yapılan

çalışmalarda ise erkeklerin SOY düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (30,68).Literatürdeki çalışmalardaki sonuçların çeşitliliği cinsiyetin sağlık okuryazarlığı düzeyine anlamlı bir etkisinin olmadığı şeklinde düşünülebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların yaşları ile Sosyal Okuryazarlık (SOY) düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaşın ilerlemesiyle SOY puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu gözlemlenmiştir. Durusu ve arkadaşlarının Türkiye genelinde gerçekleştirdiği SOY araştırması da benzer sonuçlar vererek, yaşın artmasıyla SOY puanlarında azalma olduğunu ortaya koymuştur (16). Değerli ve arkadaşlarının Isparta'da gerçekleştirdikleri araştırmada, katılımcıların yaşları arttıkça TSOY-32 ölçeği puanlarının anlamlı şekilde azaldığı ve dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir (69).Çelikyürek ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmada da yaş ilerledikçe SOY puan ve düzeylerinin düştüğü görülmüştür (62).ABD'de yapılan bir araştırmada kişilerin yaşı arttıkça SOY düzeylerinin azaldığı görülmüştür (33).Özcan tarafından yapılan çalışmada kişilerin yaşları arttıkça SOY düzeylerinin azaldığı görülmüştür (70).Sırbistan'da yürütülen bir araştırmada yaş arttıkça SOY düzeylerinin azaldığı görülmüştür (71).Ehmann ve ark.'nın 2020'de Almanya' da yaptıkları çalışmada ise yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (72). Çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla benzer şekilde yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğünü görülmüştür. Genç nüfusun genel olarak daha yüksek eğitim düzeyine sahip olması ve yaşın ilerlemesiyle birlikte bilişsel kapasitenin doğal olarak azalması, gözlemlenen bu farklılığın altında yatan temel nedenler olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamıza katılan katılımcıların medeni durumları ile SOY düzeyleri incelendiğinde bekarların sağlık okuryazarlığı düzeyinin evlilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özcan ve ark. yaptığı çalışmada evli olmayanların evlilere göre SOY düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur(73). Yakar ve ark. tarafından yapılan çalışmada evlilerin SOY düzeyi daha düşük bulunmuştur (63).Emiral ve ark. yaptığı çalışmada evlilerin SOY düzeyi daha düşük bulunmuştur (74).Ghasemi ve ark. İran'da yaptığı çalışmada evlilerin SOY düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (75).Duplaga ve ark Polonya'da yaptığı çalışmada evlilerin bekarlara göre SOY düzeyi yüksek bulunmuştur (76). Bayık ve Çimen'in yaptığı çalışmada evli katılımcıların

SOY puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (77).Bosna Hersek'te yapılan araştırmada ise evli/bekar olma durumuyla SOY arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (78). Literatürdeki sonuçların farklılığın katılımcıların eğitim düzeyinin farklılığına bağlı olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça SOY düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışmada eğitim düzeyiyle SOY seviyesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (16,54,66).Çelikyürek ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada eğitim seviyesi arttıkça SOY düzeyinin arttığı görülmüştür (62).Özdemir ve ark. ise yaptıkları çalışmada düşük eğitim seviyesinin düşük SOY düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (30). Joveini ve ark. İran' da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeylerinin de arttığı görülmüştür (79). Altı Asya ülkesinin katıldığı bir araştırmada düşük eğitim seviyesinin düşük SOY düzeyleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (80).Literatürdeki çalışma sonuçlarıyla benzer sonuçlar çalışmamızda da elde edilmiştir. Bu durumun sebebi olarak eğitim düzeyi arttıkça hastaların daha bilinçli olduğu, sağlık bilgilerini doğru anlayıp uygulayabildiği düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan katılımcıların meslekleri ile TSOY puan ortalamaları karşılaştırıldığında öğrenciler ile ev hanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Öğrencilerin ev hanımlarına göre SOY düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü. Diğer meslek grupları arasında anlamlı fark bulunamadı. Özdemir'in yaptığı çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi öğrenciler ile ev hanımları arasında SOY açısından fark bulunmuştur. Öğrencilerin SOY düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (81).Yaprak'ın yaptığı çalışmada en yüksek SOY düzeyi öğrencilerde bulunurken en düşük SOY düzeyi ise işsiz ve emeklilerde bulunmuştur (82).Mackey ve ark. yaptıkları çalışmaya göre emekli ve işsizlerin SOY düzeyleri diğer meslek gruplarına göre daha düşük bulunmuştur (83).Akgüç'ün yaptığı çalışmada meslek ile SOY düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (84).Durgun'un yaptığı çalışmada ise meslek ile SOY düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (85).Çalışmalardaki bu sonuçların öğrencilerin eğitim düzeyinin daha yüksek olması emeklilerin ise diğer gruplara göre daha ileri yaş grubunda ve eğitim düzeylerinin daha düşük seviyede olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet ve Sosyodemografik Verilerin İlişkisi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ölçmek için PCAS ölçeğini kullandık. PCAS'ın 11 boyutunun puan ortalamalarından en yüksek olan 71,9 ile iletişim olurken, en düşük ortalama 27,2 ile boylamsal süreklilik oldu.

Lağarlı ve ark. yaptıkları çalışmada en yüksek puan ortalaması 74,0 ile süreklilik (boylamsal ve hekim temelli), en düşük puan ortalaması ise 43,1 ile eşgüdüm boyutunda bulunmuştur (55). Çelik ve ark. yaptıkları çalışmada en yüksek puan ortalaması 70,96 ile boylamsal süreklilik, koruyucu hizmetler ve danışmanlık boyutlarında olurken en düşük puan ortalaması ise 38,94 ile finansal ulaşılabilirlik boyutunda bulunmuştur (36).Şakiroğlu ve ark. yaptıkları yaptığı çalışmada ise en yüksek puan ortalaması 69,1 ile hizmet memnuniyeti (iletişim, fiziksel bakı) boyutunda olurken en düşük puan ortalaması 56,7 ile kapsayıcılık (hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık) boyutunda bulunmuştur (86).

Turgu ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyetin en yüksek olduğu durumun iletişim olduğu bulunmuştur (87). Baltacı ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyet hasta-hekim iletişimi ve muayenenin gecikmemesi değişkenlerinde yüksek bulunmuştur (88).Üstün ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyet en yüksek kayıt ve bilgilerin gizli tutulması, iletişim konularında olurken en düşük ortalama doktora telefonla ulaşabilme ve bekleme süresi konularında olmuştur (89).

Kırılmaz ve ark yaptığı çalışmada memnuniyet en yüksek iletişim ve fizik muayene alanlarında olurken; en düşük ise doktora telefonla ulaşabilme alanında olmuştur (90).Gökseven ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyetin en yüksek olduğu alanlar iletişim, hastaya yeterli zaman ayırma ve fizik muayene olmuştur (91). Mehmet ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyetin en yüksek olduğu alanlar iletişim ve fizik muayene olurken en düşük memnuniyet tıbbi kararlara katılım konusunda olmuştur (92).

Slovenya'da yapılan bir çalışmada memnuniyetin en yüksek olduğu konular kayıt ve bilgilerin gizli tutulması, iletişim olmuştur (93).Bulgaristan'da yapılan bir çalışmada memnuniyet en yüksek kayıt ve bilgilerin gizli tutulması konusunda olurken en düşük memnuniyet bekleme salonunda bekleme süresi olarak bulunmuştur (94). Libya' da yapılan bir çalışmada en yüksek memnuniyet sağlık merkezine ulaşım konusunda olmuştur (95). Nijerya' da yapılan bir çalışmada ise en yüksek memnuniyet sağlık merkezinin fiziksel ortamı alanında olurken; en düşük memnuniyet kişilerarası tavır alanında olmuştur (96).

Literatürdeki çoğu çalışmada çalışmamızla benzer şekilde en yüksek memnuniyet iletişim alanında olmuştur. Hasta hekim iletişimi güçlendikçe hastaların hekimlerini daha iyi anlayabildikleri önerilerini daha iyi uygulayabildikleri ve tedavilerinden fayda görme oranlarının arttığı buna bağlı olarak da memnuniyet düzeylerinin arttığı düşünülebilir. Çalışmamızda en düşük memnuniyet boylamsal süreklilik alanında olmuştur. Bunun nedeninin çalışmamızın Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde yapılması ve hekimlerin sık aralıklarla değişmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamamızda boylamsal süreklilik, finansal ulaşılabilirlik, koruyucu hizmetler ve danışmanlık boyut puanları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Lağarlı ve ark. yaptıkları çalışmada süreklilik (boylamsal ve hekim temelli) boyut puanı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (55).Lee ve ark. yaptıkları çalışmada PCAT alt boyut puanları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (97).Çelik ve ark. yaptıkları çalışmada iletişim boyutu puan ortalaması kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (36). Şakiroğlu ve ark. yaptıkları çalışmada ise cinsiyet ile PCAS alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (86).Üstün ve ark. yaptıkları çalışmada cinsiyet ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (89). Gökseven ve ark. yaptıkları çalışmada cinsiyet ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (91). Nijerya'da yapılan bir çalışmada cinsiyet ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (96). Literatürde cinsiyet ile memnuniyet arasındaki ilişki açısından farklı sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda erkeklerin kadınlara göre memnuniyetlerinin yüksek olması kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini daha

fazla kullanması, aile hekimleriyle daha fazla iletişimde olması ve buna bağlı olarak beklentilerinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri ile PCAS alt boyutları karşılaştırıldığında boylamsal süreklilik ve finansal ulaşılabilirlik boyutlarının eğitim düzeyine göre değişiklik gösterdiği saptandı. Boylamsal süreklilik puanları üniversite mezunlarında daha yüksek iken; finansal ulaşılabilirlik puanları lise mezunlarında daha yüksek bulundu.

Ardahan ve ark. yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin arttığı görülmüş (98).Lee ve ark. Kore'de yaptıkları çalışmada ortaokul veya daha düşük eğitime sahip katılımcıların daha uzun eğitim yılı olanlara göre memnuniyetlerinin düşük olduğu bulunmuştur (97).Lağarlı ve ark. yaptıkları çalışmada süreklilik (boylamsal ve hekim temelli) ve hizmet memnuniyeti puan ortalamaları eğitimsizlerde daha yüksek bulunmuştur (55). Şakiroğlu ve ark. yaptıkları çalışmada ise eğitim durumu ile PCAS alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (86).Turgu ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyet puan ortalamaları üniversite mezunlarında ilkokul mezunlarına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (87).Üstün ve ark. yaptıkları çalışmada ilkokul mezunlarının memnuniyet düzeylerinin üniversite mezunlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (89). Kırılmaz ve ark. yaptıkları çalışmada eğitim durumu ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (90). Çalışmamızda literatürle benzer ve farklı sonuçlar bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda genel olarak eğitim düzeyi ve memnuniyet arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Bunun sebebi olarak eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların sağlık sisteminden beklentilerinin artması düşünülebilir. Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olanların memnuniyetlerinin yüksek olması ise eğitim düzeyi arttıkça farkındalığın artması iletişimin güçlenmesi buna bağlı olarak da memnuniyetin artması olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda meslek ile PCAS alt boyutları karşılaştırıldığında boylamsal süreklilik, fiziksel bakı, iletişim boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Boylamsal süreklilik ve fiziksel bakı puanları işçilerde daha yüksek bulunurken iletişim puanı emeklilerde daha yüksek bulunmuştur. Çelik ve ark. yaptıkları

çalışmada hekim temelli süreklilik boyutu puanı çalışanlarda işsizlere göre daha yüksek bulunmuştur (36).Şakiroğlu ve ark. yaptıkları çalışmada ise meslek ile PCAS alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (86).Şensoy ve ark. yaptıkları çalışmada memnuniyet düzeyi emeklilerde diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (99). Çalışmamızda literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Emeklilerin memnuniyet düzeyinin daha yüksek olması ileri yaş grubu olması ve çoğunlukla kronik hastalıklarının olması sebebiyle aile hekimleriyle daha sık iletişimde olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile PCAS alt boyutları karşılaştırıldığında finansal ulaşılabilirlik ve fiziksel bakı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bekarların puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Şakiroğlu ve ark. yaptıkları çalışmada güven boyutu puanı evlilerde daha yüksek bulunmuştur (100).Turgu ve ark. yaptıkları çalışmada bekar olan hastaların birinci basamak memnuniyet puan ortalamaları evli, boşanmış, dul olan hastalara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (87).Üstün ve ark. yaptıkları çalışmada medeni durum ve memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (89).Kırılmaz ve ark yaptığı çalışmada medeni durum ve memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (90). Literatürde medeni durum ile memnuniyet ilişkisi açısından farklı sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda bekarların memnuniyetinin daha yüksek olması evlilerin birinci basamak sağlık hizmetlerini gebelik, aşılar, sağlam çocuk ve kadın izlemleri gibi durumlar nedeniyle daha fazla kullanması ve beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetin İlişkisi

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığı bulundu.Sağlık okuryazarlığı düzeyinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişkisi yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Ertaş ve ark. öğrencilerle yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aşı-karşıtlığı düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (101) .Neşe ve ark. Tip 2 DM tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile

diyabet öz bakımı arasında çok güçlü ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (102).Köse ve ark.yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça jinekolojik kanser farkındalık düzeylerinin arttığı bulunmuştur (103)..Bakan ve arkadaşlarının hipertansiyon tanılı hastalarda yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile tedaviye uyum arasında arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (104).Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe acil servis poliklinik kullanım sıklığının arttığı bulunmuştur (105).Cathain ve ark. 67 makaleyi inceledikleri sistematik derlemede sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için yapılan çeşitli web siteleri,broşür,posterlerin acil servis ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısını azalttığı bulunmuştur (106).

7334 kişilik bir ABD örneklemi üzerinde yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlık hizmetlerinden memnuniyetin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (107). 1125 kişilik bir Alman örneklemi üzerinde yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (108).Örsal ve ark. Eskişehir'de 1055 kişi ile yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığı bulunmuştur (109).Japonya'da 381 kişi ile yapılan çalışmada yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleri birinci basamak memnuniyetinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (110).Philadelphia'da 1528 kişi yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı ile birinci basamak memnuniyet arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (111). Altun'un 417 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmada, sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet arasında pozitif, ancak zayıf bir korelasyon saptanmıştır (112). Çalışmamızda literatürle benzer şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastaların daha bilinçli olduğu sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi anladığı, doktorun talimatlarına uyumun arttığı tedavilerinden gördükleri faydanın arttığı, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha sık faydalandığı, sağlık kuruluşlarına gereksiz başvurunun azaldığı bunların neticesinde de birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığını düşünmekteyiz.

Araştırmamızın kısıtlılığı çalışmanın eğitim aile sağlığı merkezi ile sınırlı olması ve topluma genellenemez olmasıdır.Araştırmamızın güçlü yönü ise sağlık okur

yazarlığı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışmadan biri olmasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda EASM'ye başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık. Çalışmamızın sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin arttığı bulundu.

Çalışmamızda katılımcıların yarısının sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslek arasında açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken cinsiyet ile anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızda katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetlerinden en memnun olduğu alan iletişim olurken; en az memnun olduğu alan boylamsal süreklilik olmuştur. Memnuniyet düzeyinin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, başvuru nedeni ile ilişkili olduğu görüldü.

Günümüzde giderek önemi artan sağlık okuryazarlığı kavramı hasta memnuniyeti açısından da oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça toplumun sağlıkla ilgili ve kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk alam ile ilgili bilinç düzeyinin artacağı, içinde bulundukları sağlık sistemini daha iyi anlayacakları, hekimlerinin önerilerine daha iyi uyacakları, tedavi süreçlerinden daha olumlu etkilenecekleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanacakları, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuruların azalacağı ve bunların sonucunda da birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin artacağı öngörülmektedir. Bu kapsamda toplumun eğitim seviyesinin yükseltilmesi, sağlık okuryazarlığı alanında çalışmalar eğitimler düzenlenip toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet arasındaki ilişki açısından az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Aktaş H. Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi. 2018;12–6.
2. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2016;15(4):354–62.
3. Öztürk EUruç. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi. 2018.
4. Taş TA, Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2016;35–40.
5. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. Vol. 15, TAF Preventive Medicine Bulletin. Gulhane Military Medical Academy; 2016. p. 69–74.
6. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(3):575–81.
7. Güven A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
8. Copurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2016;10(1):40.
9. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):321–6.
10. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. Annu Rev Public Health [Internet]. 2021;42:159–73. Available from: https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-
11. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):327–34.
12. Anderson HL, Moore JE, Millar BC. Comparison of innovative communication approaches in nutrition to promote and improve health literacy. Ulster Med J. 2022 May;91(2):85–91.
13. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health. 2015 Dec;25(6):1053–8.
14. Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2016 Dec 9;16(1):1151.
15. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2021 Mar 5;36(3):753–61.
16. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara; 2014.
17. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara; 2016.

18. Özkan S, Baran Aksakal F, Çalışkan D, Uğraş Dikmen A, Tüzün H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ankara; 2018.
19. Özdemir S, Akça H. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2021 Sep 13;28(3):535–6.
20. Speros C. Health literacy: concept analysis. J Adv Nurs. 2005 Jun 31;50(6):633–40.
21. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med. 2006 Aug;21(8):878–83.
22. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav. 2007;31 Suppl 1:S19-26.
23. Lee SYD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. Soc Sci Med. 2004 Apr;58(7):1309–21.
24. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000 Sep 1;15(3):259–67.
25. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int. 2005 Jun;20(2):195–203.
26. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009 May;36(5):446–51.
27. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nurs Health Sci. 2008 Sep;10(3):248–55.
28. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:80.
29. Ertuğrul B, Albayrak S. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemede Kullanılabilecek Bazı Ölçekler. Sağlık ve Toplum. 2020;30(2):16–22.
30. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Educ Res. 2010 Jun 1;25(3):464–77.
31. Parker RM, Baker DW, Williams M V., Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. J Gen Intern Med. 1995 Oct;10(10):537–41.
32. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Fam Med. 1993 Jun;25(6):391–5.
33. Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). Amerika'nın Yetişkinlerinin Sağlık Okuryazarlığı: 2003 Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesinin Sonuçları. NCES 2006-483. Ulusal Eğitim İstatistikleri Merkezi.
34. Weiss BD. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. The Annals of Family Medicine. 2005 Nov 1;3(6):514–22.
35. Tunç B, Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Kapsayıcılığının Değerlendirilmesine Yönelik Yeni Bir Ölçeğin Geliştirilmesi ve Ön Geçerliliğinin Değerlendirilmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022 Oct 20;7(3):476–96.
36. Çelik M, Limnili G. Evaluation of Primary Health Care. The Journal of Turkish Family Physician. 2019 Dec 25;10(4):163–72.

37. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. The European Defınıtıon Of General Practıce / Famıly Medıcıne Wonca Europe 2023 Edition The Wonca Tree-As Produced By The Swıss College Of Prımary Care Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002.
38. Brega AG, Freedman MAG, LeBlanc WG, Barnard J, Mabachi NM, Cifuentes M, et al. Using the Health Literacy Universal Precautions Toolkit to Improve the Quality of Patient Materials. J Health Commun. 2015 Oct 9;20(sup2):69–76.
39. Bilgin Kahveci P. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Etkileri. The Journal of Social Sciences. 2019 Jan 1;36(36):357–69.
40. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. England: Open University Press; 2006: 22- 49. .
41. Starfield B. The Effectiveness of Primary Health Care. Chapter 1. In: Lakhani M, Southgate L, eds. A Celebration of General Practice. Oxon, UK: Radcliffe; 2003: 19-36.
42. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta mıdır? . Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2012;16(3):107–12.
43. Dinç D. Patient satisfaction and the management system: physician as a partner in solution. Turkiye Aile Hekimligi Dergisi. 2009;13(2):93–8.
44. Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? Fam Pract Manag. 2007 Jan;14(1):33–6.
45. Wang Y, Liu C, Wang P. Patient satisfaction impact indicators from a psychosocial perspective. Front Public Health. 2023;11:1103819.
46. Janko Kersnik1 IS and M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. Scand J Prim Health Care. 2001 Jan 12;19(3):174–7.
47. Parchman ML, No??l PH, Lee S. Primary Care Attributes, Health Care System Hassles, and Chronic Illness. Med Care. 2005 Nov;43(11):1123–9.
48. Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. J Healthc Manag. 2005;50(5):311–24; discussion 324-5.
49. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health Serv Res. 2006 Dec 1;6(1):5.
50. Chen CC, Cheng SH. Does continuity of care improve patient satisfaction? An instrumental variable approach. Health Policy (New York). 2023 Apr;130:104754.
51. Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. BMC Fam Pract. 2005 Dec 4;6(1):40.
52. Ardahan M, Arabacı Z, Saka Mc. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2018 Jun 27;18(40):53–70.

53. 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. 2014 Dec 30;12(3):162.
54. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Anıl Matbaa.1. Baskı. Ankara 2016; 1-104.
55. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, Aydoğdu B, Baklaya Ü, Fıra C, et al. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ)(Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2011;9(1):16-32.
56. Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China. Int J Environ Res Public Health. 2017 Jun 12;14(6):628.
57. Ehmann AT, Groene O, Rieger MA, Siegel A. The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. Int J Environ Res Public Health. 2020 Mar 5;17(5):1683.
58. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the Health Literacy of America. Orthopaedic Nursing. 2009 Jan;28(1):27–32.
59. Wagner C v., Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health (1978). 2007 Dec 1;61(12):1086–90.
60. Bakan AB, Yıldız metin. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2019;33–40.
61. Özdemir S, Akça HŞ, Algın A, Kokulu K. Health Literacy in The Emergency Department: A Cross-sectional Descriptive Study. Eurasian Journal of Emergency Medicine. 2020 Jun 1;19(2):94–7.
62. Çelikyürek NA, Meydan Acımış N, Özcan B. Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Pamukkale Medical Journal. 2020 May 1;
63. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Health Literacy Levels and Affecting Factors of Patients Who Applied to A University Hospital Polyclinic. Eurasian Journal of Family Medicine. 2019 Mar 31;8(1):27–35.
64. DEĞER MS, ZOROĞLU G. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanser Bilgi Yükü İlişkisi. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2021 Jan 30;26(1):108–17.
65. T.C.Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. 2018. .
66. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health. 2015 Dec;25(6):1053–8.
67. Alagöz MC,Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler,Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi,S.B.Ü. Bakırköy Dr Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,İstanbul,2023.

68. Öztürk F. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımının İlişkisinin Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi,T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Tıp Fakültesi,Adana, 2023. .
69. Değerli H, Tüfekçi N. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi. 2018 Nov 28;6(15):467–88.
70. Özcan Av M,Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında İlaca Uyumun Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi,Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi,T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği,İstanbul,2023.
71. Jovi -Vrane A, Bjegovi -Mikanovi V, Marinkovi J, Vukovi D. Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia. Health Promot Int. 2014 Dec 1;29(4):601–7.
72. Ehmann AT, Groene O, Rieger MA, Siegel A. The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. Int J Environ Res Public Health. 2020 Mar 5;17(5):1683.
73. Özcan, G., Ozkaraman, A., Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021 Jan 15;14(1):3–16.
74. Emiral Go, Tozun M, Atalay Bi, Goktas S, Dagtekin G, Aygar H, et al. Assessment of knowledge of metabolic syndrome and health literacy level among adults in Western Turkey. Niger J Clin Pract. 2021;24(1):28.
75. Naser Ghasemi A, Peyman N, Tehrani H, Tavakoly Sany SB, Tajfard M, Esmaily H, et al. The Relationship of Health Literacy with Hypertension Self-Efficacy and General Self-Efficacy Among Schoolteachers. Modern Care Journal. 2018 Sep 26;15(4).
76. Duplaga M. Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jan 19;17(2):642.
77. Temel Bayık A, Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017; 33(3):105-125.
78. Todorovic N, Jovic-Vranes A, Djikanovic B, Pilipovic-Broceta N, Vasiljevic N, Lucic-Samardzija V, et al. Assessment of health literacy in the adult population registered to family medicine physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. European Journal of General Practice. 2019 Jan 2;25(1):32–8.
79. Joveini H, Rohban A, Askarian P, Maheri M, Hashemian M. Health literacy and its associated demographic factors in 18-65-year-old, literate adults in Bardaskan, Iran. J Educ Health Promot. 2019;8:244.
80. Duong T V, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham T V, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol. 2017 Feb;27(2):80–6.
81. Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği. 2018. .

82. Yaprak B,Üçüncü Basamağa Başvuran Hastaların Birinci Basamak Hizmetlerinden Haberdarlığına Sağlık Okuryazarlığının Etkisi,Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi,Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,Edirne,2020.
83. Mackey LM, Blake C, Casey MB, Power CK, Victory R, Hearty C, et al. The impact of health literacy on health outcomes in individuals with chronic pain: a cross-sectional study. Physiotherapy. 2019 Sep;105(3):346–53.
84. Akgüç K,On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Vücut Kitle İndeksi ve Akdeniz Diyeti Uyum Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi,Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun,2022.
85. Durgun H,Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisinin Araştırılması,Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,Edirne,2023.
86. Şakiroğlu F, Çayır Y. The Effect of Family Physicians' Consultation and Relational Empathy Skills on the Level of Satisfaction with Primary Health Care. Turkish Journal of Family Practice. 2022;26(3):116–23.
87. Turgu S, Öztora S. Patient satisfaction in primary care and the relationship with physicians' job satisfaction. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018 Jun 15;22(2):78–91.
88. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma. Konural Tıp Dergisi. 2011;3(2):9–15.
89. Üstün S, Cezlan EÇ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi . 2021;10(3):353–64.
90. Kırılmaz H, Öztürk K. A research on patient satisfaction in family medicine. Health Care Academician Journal. 2018;5(1):60.
91. Gökseven Y, Balkozak T. Factors associated with patient satisfaction in the university hospital Family Medicine outpatient clinic. The Journal of Turkish Family Physician. 2021 Sep 25;12(3):115–24.
92. Mehmet N, Karapınar Y, Uludağ A. Patient satisfaction with primary healthcare services in a rural area of Hadim county, Konya. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2020 Dec 27;18(3):133–42.
93. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. International Journal for Quality in Health Care. 2000 Apr 1;12(2):143–7.
94. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. Croat Med J. 2017 Feb;58(1):63–74.
95. Sadıg AHS. Patient's Satisfaction about Health Care Services in Primary Health Care Centres in Sirte City . Journal of Humanities And Social Science. 2021;26(3):20–7.

96. Betiku AO, Folashade AB, Aribaba OT, Jagun OO, Oduyoye OO. Comparison of patients' satisfaction with eye care and family medicine services at a primary health centre in Ogun State, Nigeria. Int J Community Med Public Health. 2021 Nov 24;8(12):5687.
97. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. International Journal for Quality in Health Care. 2009 Apr 1;21(2):103–11.
98. Ardahan M, Arabacı Z, Saka MC. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2018;53–70.
99. Şensoy N, Özmen A, Doğan N, Ercan A, Karabekir HS. A Research on Patient Satisfaction with Primary Health Care in the Center of Afyonkarahisar. Annals of Clinical and Analytical Medicine. 2014;05(01).
100. Şakiroğlu F. Aile Hekimlerinin Görüşme ve İlişkisel Empati Becerisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyine Etkisi(Tıpta Uzmanlık Tezi). [Erzurum]; 2021.
101. Ertaş H, Göde A. Sağlık Okuryazarlığı ile Aşı Karşıtlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. International Journal of Academic Value Studies (Javstudies JAVS). 2021;1(1):1–14.
102. Neşe A, Bakır E, Samancıoğlu Bağlama S, Karasu F. The Effect of Health Literacy Level on Diabetes Self-Care Intype 2 Diabetes Patients: A Clinical Based Study. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 2021;6(1):112–9.
103. Köse S, Karakurt P. Kadınların Jinekolojik Kanserler ile İlgili Farkındalık Düzeyinin Artmasında Sağlık Okuryazarlığının Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2023 Jan 27;13(1):196–206.
104. Bakan G, Inci FH. Treatment Compliance and Health Literacy in Patients with Hypertension. Journal of Cardiovascular Nursing. 2022 Sep 2;12(28):81–7.
105. Yılmaz S, Akgol Gur ST, Daharlı E. Acil Poliklinik Kullanımı İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. JAMER. 2021;6(3):66-71.
106. O'Cathain A, Foster A, Carroll C, Preston L, Ogden M, Clowes M, et al. Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for minor health problems: a systematic review. Health and Social Care Delivery Research. 2022 Dec;10(38):1–222.
107. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. Geriatr Nurs (Minneap). 2017 Jul 1;38(4):334–41.
108. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. BMC Health Serv Res. 2016 Dec 30;16(1):450.
109. Örsal Ö, Duru P, Örsal Ö, Tırpan K, Çulhacı A. Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with

primary care in patients admitting to primary care health centers. Patient Educ Couns. 2019 Feb 1;102(2):376–82.
110. Aoki T, Inoue M. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan. PLoS One. 2017 Sep 8;12(9):e0184565.
111. Shea JA, Guerra CE, Ravenell KL, McDonald VJ, Henry CAN, Asch DA. Health literacy weakly but consistently predicts primary care patient dissatisfaction. International Journal for Quality in Health Care. 2007 Feb 1;19(1):45–9.
112. Altun R. Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Okuryazarlığı Ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Amasya Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Sorumlu Araştırıcının Adı: Prof.Dr.Yasemin ÇAYIR

Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Sümeyye Nur KAYA

Destekleyici (varsa):

"Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması "

isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Aile Hekimliği Anabilim Dalında,Prof.Dr.Yasemin ÇAYIR sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu tezde sağlık okuryazarlığı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya 352 kişi katılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Sosyodemografik veri formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Örnek:

1. Çalışmamızın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcalamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Sümeyye Nur Kaya

GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.

TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

AÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr. Sümeyye Nur Kaya tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.Sümeyye Nur Kaya'yı, numaralı telefondan ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Bölümü'nden arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: DR. SÜMEYYE NUR KAYA

Adres: ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tel:

İmza:

Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER *ALMAYACAKTIR.*

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Cinsiyetiniz?

Kadın ( ) Erkek ( )

2- Yaşınız?.....

3- Eğitim düzeyiniz?

İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu( )

Üniversite/yüksekokul mezunu ( ) Yüksek lisans mezunu ( ) Doktora mezunu ( )

4- Medeni durumunuz?

Bekar ( ) Evli ( )

5- Mesleğiniz?

Ev hanımı ( ) Emekli ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Öğrenci ( ) İşsiz ( ) Diğer (……..)

6- Aile hekiminize bugünkü başvuru nedeniniz?

Muayene ( ) Kontrol ( ) İğne yaptırma/ Pansuman ( ) Aşı ( )

Rapor alma ( ) Aile planlaması ( ) Sevk ( )

Diğer ( ) Lütfen açıklayınız.…….....

7- Kaç yıldır bu aile hekimliği birimine kayıtlısınız?.....

8- Son 1 yılda kaç kere aile hekimine başvurdunuz?.....

EK 3. TSOY 32(TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ)

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
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK 4. PCAS(BİRİNCİ BASAMAK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ)

Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS)

The Health Institute
New England Medical Center

NOT: 51 sorudan oluşan bu ankette ☐ ile çevrelenmiş olan sorular ölçeğin puanlamasında kullanılan sorulardır.

AÇIKLAMALAR

Her bir soru için kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi _____ içine uygun cevabı yazın.

Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Lütfen bütün soruları (soru atlamanız istenmedikçe) cevaplayın. Anketi bir seferde doldurmak zorunda değilsiniz, dilerseniz anketi doldururken ara verebilirsiniz.

Bazı soruları çok özel veya kişisel bulursanız soruyu atlayıp diğer soruya geçiniz. Her koşulda verdiğiniz cevapları kimse bilmeyecek gizli kalacaktır.

Sorularınız olursa bilgi almak için lütfen _____ nolu telefonu arayınız.

Anketi bitirdiğinizde gerektiğinde size verilmiş olan zarfla anketi postalayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

1

Düzenli olarak sizi takip eden Doktorunuzla ilgili sorular

1 **Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız bir doktorunuz var mı?**

evet [1] ↓ hayır [2] → Diğer ankete geçiniz. Anket sorularımıza yanıt vermek istemeyenler için de yalnızca diğer anketin (sosyodemografik bilgiler) yanıtları alınacak

2. **Bu doktorun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?**

6 aydan daha az [1] | 6ay-1yıl arası [2] | 1-2 yıl arası [3] | 3 – 5 yıl arası [4] | 5 yıldan çok [5]

3. **Bir sağlık sorununuz ya da sağlığınızla ilgili öğrenmek istediğiniz bir konu olduğunda bu doktoru mu ararsınız?**

evet [1] hayır [2]

4. **Bu doktor sağlık gereksinimlerinizin çoğuna yanıt verebiliyor mu?**

evet [1] hayır [2]

5. **Bu doktora bir sağlık sorunu nedeniyle bundan bir önceki başvurunuz ne kadar zaman önceydi?**

Bir aydan daha kısa [1] | 1-3 ay [2] | 4-6 ay [3] | 7ay-1yıl [4] | Bir yıldan daha çok [5]

6. **Bu doktoru ailenizin diğer üyelerine ve arkadaşlarınıza, komşularınıza tavsiye eder misiniz?**

Kesinlikle evet [1] | Muhtemelen evet [2] | Emin değilim [3] | Muhtemelen hayır [4] | Kesinlikle hayır [5]

Aşağıdaki sorular **düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız doktorla** ilgili sorulardır.

7a. **Evinizden doktorunuzun muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?**

[1] 15 dakikadan az
[2] 16 – 30 dakika
[3] 31- 60
[4] 60 dakikadan uzun

B. **Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

8a. **Doktorunuzun çalışma saatlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

[1] sabahları erkenden
[2] akşamları ve geceleri
[3] hafta sonları
[4] çalışma saatlerinden memnunum

B. **Sağlık gereksinimleriniz açısından doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

9a. **Hastalandığınızda genellikle doktorunuzdan telefonla kaç gün sonrası için muayene randevusu alabiliyorsunuz?**

(0) Telefonla randevu alamıyorum
[1] aynı gün içinde
[2] ertesi gün için
[3] 2 veya 3 gün içinde
[4] 4-5 gün içinde
[5] 5 günden daha çok

B. **Bu randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

3

10a. **Size verilen randevu saatinde doktorunuza gittiğinizde muayeneniz genelikle randevu saatinden ne kadar sonra başlıyor**
(randevu almadıysanız sağlık ocağına ulaştıktan sonra muayene için ne kadar bekliyorsunuz?)

[1] zamanında başlıyor
[2] beş dakikadan daha az
[3] 6-10 dakika geç
[4] 11-20 dakika geç
[5] 21-30 dakika geç
[6] 31-45 dakika
[7] 45 dakikadan daha fazla

B. **Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

11a. **Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç doktora gitmeyi ertelediğiniz oldu mu?**

[0] hiç para ödemiyorum *(12a sorusuna geçiniz)*

evet Çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle olmadı
[1]	[2]	[3]

B. **Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

12a. **Size oldukça pahalı geldiği için için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?**

evet çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle
[1]	[2]	[3]

B **İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını(tedavi maliyetini)nasıl değerlendirirsiniz ?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

4

13. **Doktorunuzu görmek veya konuşmak ihtiyacı duyduğunuzda aşağıdaki durumlara göre doktorunuzu nasıl değerlendirirdiniz?**

A. **Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda?**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bir sorununuz veya sorunuz olduğunda telefonla doktorunuzdan tıbbi öneri alabilmek konusunda**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

14a. **Düzenli kontrolleriniz veya Genel muayene (Çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz ?** →

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?** →

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

15a. **Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)** →

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?** →

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

5

16. **Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz**

A. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B. sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17. **Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)						
B. Anlattıklarınızla ilgili dikkati						
C. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar						
D. Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine (hastaneye veya uzman doktora) yönlendirdiğinde hazırladığı ve size verdiği (sevk) raporları						
E. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri						

18. **Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?**

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

19. **Doktorunuzdan aldığınız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirsiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Size ayırdığı **zaman**						
B. Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği **sabır**						
C. Size karşı olan **dostluk ve yakınlığı**						
D. **İlgisi ve bakımı**						
E. Size karşı **saygısı**						

20. **Doktorunuzun sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

Her şık için ayrı yanıt işaretlenecek	[1] Evet	[2] Hayır
A. Oldukça **az** öneride bulunuyor		
B. Oldukça **çok** öneride bulunuyor		

7

21. **Doktorunuz bugüne kadar aşağıdakilerden hangisi/hangileriyle ilgili sizinle konuştu** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

Her şıkkı ayrı yanıtlayınız	[1] Evet üç yıl içinde	[2] Evet 3 yıldan daha uzun	[3] Evet zamanını hatırlamıyorum	[4] hayır
A. Sigara içme				
B. Alkol kullanımı				
C. Aile planlaması				
D. Beslenme (gebe,bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi.				
E. Egzersiz ve spor yapma				
F. Kişisel temizlik (eller, dişler vb.)				
G. Güvenli, sağlıklı cinsel ilişki				

22. **Aşağıdakilerden hangilerini onun önerilerine uyarak gerçekleştirdiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

(answer each line)	[1] Evet	[2] Hayır
A. Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak		
B. Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak		
C. Aile planlaması yöntemi kullanmak		
D. Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek		
E. Egzersiz ve spora başlamak		
F. Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstemek		
G. Güvenli cinsel ilişkide bulunmak (örneğin cinsel ilişkide gerektiğinde kılıf kullanmak gibi)		

8

23. **Doktorunuza olan güveninizle ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Kesinlikle katılıyorum	[2] Katılıyorum	[3] Emin Değilim	[4] Katılmıyoru	[5] Kesinlikle katılmıyorum
A. Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim					
B. Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar					
C. Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim					
D. Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder					
E. Sağlığımla ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler					
F. Sağlığıma benim kadar dikkat eder					
G. Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır					

24. **Tüm bunları dikkate aldığınızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç güvenmiyorum — Tam olarak güveniyorum

9

25. **Doktorunuzun sizinle ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi						
B. Evde ve işyerindeki sorumluluklarınızla ilgili bilgisi						
C. Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi						
D. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi						

26. **Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir**

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

27. **Doktorunuzun çalıştığı sağlık biriminde diğer doktorlar veya hemşireler sizin sağlık bakımınızda önemli bir rol üstleniyorlar mı ?**

[1] evet [2] hayır → 30. Soruya geçiniz

↓

10

28. **Diğer doktor ve hemşirelerin bakımınızda önemli bir rol oynadığını düşünüyorsanız aşağıdaki verilen durumları nasıl değerlendirirsiniz?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgileri						
B. Tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgileri						
C. Onlardan aldığınız hizmetin kalitesi						
D. Sürekli doktorunuzla onların arasındaki eşgüdüm						
E. Sağlık sorunlarınız ya da tedavilerinizle ilgili gereksinim duyduğunuz açıklamalar						

29. **Düzenli doktorunuzun <u>sizin</u> diğer doktor ve hemşirelerden aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgilerinin düzeyini nasıl değerlendirirsin?**

Herşeyi biliyor	Çoğunu biliyor	Bazı şeyleri biliyor	Çok az şeyi biliyor	Hiçbir şeyi bilmiyor
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

30. **Doktorunuz size özel bir sağlık sorununuz için farklı bir doktoru önerdi mi ?**

[1] Evet

[2] Hayır → 32.soruya geçiniz

↓

31. **Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdiğinde aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Gideceğin uzman hekimi seçmene yardımı						
B. Uzman hekimden gerekli randevuyu almana yardımı						
C. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi						
D. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi						
E. Diğer pratisyen hekim veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı						
F. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi						

32. **Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

[1] Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı

[2] Çok memnunum

[3] Biraz memnunum

[4] Ne memnun ne de değilim

[5] Biraz memnun değilim

[6] Hiç memnun değilim

[7] Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı

33. Bize verdiğiniz bilgiler **tamamen kişisel bilgilerdir** ve doktorunuzla ya da herhangi başka birisi bu bilgileri **hiçbir zaman** bilmeyecektir. Araştırmanın amacı nedeniyle doktorunuzun adını bilmemiz gerekiyor.

Doktorunuzun adını yazınız _____

Teşekkür ederiz

13