



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi

[Yüksek Lisans Tezi]

**BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ İLE AİLE HEKİMİ
TERCİHİ İLİŞKİSİ: KONYA İLİ ÖRNEĞİ**

Rümeysa ÖNDER
ORCID: 0000-0003-2456-249X

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ
ORCID: 0000-0002-2023-1485

Konya - 2025



ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek Lisansa başladığım ilk günden beri bana rehberlik eden, yol gösteren, desteği ve katkılarıyla çalışmamın her aşamasında motivasyon sağlayan, fedakârlık eden, çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ'a,

Yüksek Lisans eğitimimde, bilgi ve tecrübeleriyle bana rehberlik eden hocalarım Prof. Dr. Yusuf Yalçın İLERİ, Prof. Dr. Ayhan ULUDAĞ, Prof. Dr. Şerife Didem KAYA, Doç. Dr. Aydan YÜCELER, Dr. Öğr. Üyesi Lutfiye TEKPINAR'a,

Hem lisans hem de yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman desteklerini esirgemeyen değerli jüri üyesi hocam Dr. Öğr. Üyesi Müjdat YEŞİLDAL'a,

Hayatımda daima en değerli varlığım olarak gördüğüm, her durumda ve zorlukta maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, beni bugünlere getiren ve bu başarının asıl mimarları olan sevgili annem Sabriye METKİN, kardeşim Beyzanur METKİN ve abim Ramazan METKİN'e, manevi olarak her daim yanımda hissettiğim, okuyup bugünlere gelmemde en büyük payı olan, eğitimimize her şeyden çok değer veren merhum babam Hasan METKİN'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca her daim çalışmalarına destek veren, yanımda olan benimle birlikte tez çalışmamda uykusuz kalan, bana her daim motivasyon veren, en değerli varlığım, eşim Arş. Gör. Ertuğrul ÖNDER'e en içten dileklerle teşekkür ederim.

Rümeysa ÖNDER

Ocak 2025

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	7
2.1.1. Sağlık okuryazarlığının önemi	8
2.1.2. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	9
2.1.3. Sağlık okuryazarlığı ölçüm yöntemleri	10
2.1.4. Sağlık okuryazarlık seviyesini etkileyen faktörler	11
2.1.5. Türkiye’de sağlık okuryazarlık	12
2.2. Aile Hekimliği Kavramı	13
2.3. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri	14
2.4. Aile Hekimliğine Geçiş Nedenleri	15
2.5. Dünya’da Aile Hekimliği	15
2.6. Türkiye’de Aile Hekimliği	16
2.7. Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri	18
2.8. Aile Hekimliğinin Sağlık Hizmetlerine Katkısı	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	21
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	22
3.6.1. Kişisel bilgi formu.....	22
3.6.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği.....	22
3.6.3. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri ölçeği	23
3.7. Verilerin Toplanması.....	24
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	24

4. BULGULAR	25
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	25
4.1.1. Katılımcıların TSOÖ düzeylerine ilişkin bulgular	27
4.1.2. Katılımcıların TSOÖ düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular.....	28
4.1.3. Katılımcıların BAHTES düzeylerine ilişkin bulgular	33
4.1.4. Katılımcıların BAHTES düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular.....	34
5.TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
6.1. Sonuç.....	53
6.2. Öneriler.....	53
7.KAYNAKLAR.....	55
8. EKLER.....	59
8.1. EK 1 Kişisel Bilgi Formu.....	59
8.1. EK 2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	60
8.1. EK 4 Etik Kurul İzni	62
8.1. EK 5 Ölçek Kullanım İzinleri	63

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **RÜMEYSA ÖNDER**'in "**Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Aile Hekimi Tercih İlişkisi: Konya İli Örneği**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 16.01.2025

Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ Necmettin Erbakan Üniversitesi Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Bilişimi ve Teknolojileri Anabilim Dalı
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Lütfiye TEKPİNAR Necmettin Erbakan Üniversitesi Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Müjdat YEŞİLDAL Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 26/02/2025 tarih ve 05/08 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

“Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Aile Hekimi Tercih İlişkisi: Konya İli Örneği” başlıklı tez çalışmamın toplam 53 sayfalık kısmına ilişkin, 16.03.2025 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%27** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

16.03.2025

Rümeysa ÖNDER

Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

16.01.2025

Rümeysa ÖNDER

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BAHTES: Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri

HK: Hastalıklardan Korunma

HSM: Halk Sağlığı Merkezi

IOM: International of Migration

n: Örneklem Sayısı

Ort: Ortalama

p: Anlamlılık Düzeyi

SG: Sağlığın Geliştirilmesi

SGGM: Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Sıra Ort: Sıralama Ortalaması

Sıra Top: Toplam Sıralama Ortalaması

SOYÖ: Sağlık Okuryazarlık Ölçütü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

ss: Standart Sapma

TH: Tedavi ve Hizmet

TSOÖ: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHO: World Health Organization

WONCA: World Organization of Family Doctors

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3. 1. Ölçekler ve alt boyutların Cronbach Alpha değerleri.	23
Tablo 4. 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (N= 386).....	25
Tablo 4. 2. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği maddelerinin puan ortalamaları.	27
Tablo 4. 3. Türkiye sağlık okuryazarlık düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	28
Tablo 4. 4. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği ile tanımlayıcı özellikleri.	30
Tablo 4. 5. Sağlık okuryazarlık ve alt boyutları karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.	31
Tablo 4. 6. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme ölçek maddelerinin puan ortalamaları.	33
Tablo 4. 7. Cinsiyet ve medeni durum.	34
Tablo 4. 8. Kronik hastalık ve ilaç kullanımı.....	35
Tablo 4. 9. Aile hekimi cinsiyeti ve çalışma durumu.....	37
Tablo 4. 10. Eğitim durumu ve sağlık bilgisine ulaşma durumu.	38
Tablo 4. 11. Gelir ve ikamet durumu.	40
Tablo 4. 12. Hekim yaşı ve yaş.	41
Tablo 4. 13. Birlikte yaşama durumu -hekim tercihi -aile hekimine başvuru sayısı.....	43
Tablo 4. 14. Katılımcıların TSO düzeyleri ile BAHTES arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.	46

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim
Sağlık Yönetimi
[Yüksek Lisans Tezi]

BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ İLE AİLE HEKİMİ TERCİHİ İLİŞKİSİ: KONYA İLİ ÖRNEĞİ

Rümeysa ÖNDER

Konya-2025

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte hazırlanan bu çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aile hekimliği tercihi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemini Konya il merkezinde ikamet eden 18 yaş üzeri 386 birey oluşturmaktadır. Çalışma verilerinin toplanmasında “*Kişisel Bilgi Formu*”, “*Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği*” ve “*Bireylerin Aile Hekimliği Tercih Etmeme Sebepleri Ölçeği*”nden yararlanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Temmuz 2023-Kasım 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmeleri tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile verilmiştir. Ölçeklerin normal dağılıma uygunluğunda normallik testinden Kolmogorov-Smirnov esas alınmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği çalışmada ikili bağımsız grupta Mann Whitney U testi; üç ve üzeri bağımsız grupta Kruskal Wallis-H testinden yararlanılmıştır. İki ölçek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Sperman Korelasyon analizi yapılmıştır.

Katılımcıların %52,1’i kadın, %32,4’ü 18-24 yaş aralığında, %53,1’i evli, %42’si lisans mezunu %53,9’u çalışan ve %50’sinin geliri giderine eşittir. Çalışmaya katılan bireylerin %51,8’i Selçuklu merkez ilçede ikamet etmekte ve %37’si 4 ve üzeri aile bireyi ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %75,6’sının kronik hastalığı bulunmamakta, %70,2’si düzenli ilaç kullanmamakta, %65’i genel olarak ilk sağlık bilgisine doktor aracılığıyla ulaşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %65,3’ü son bir yılda aile hekimine 0-4 kez başvurmakla birlikte %42,2’si herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine başvurduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların %52,1’inin aile hekimi kadın ve %67,9’unun aile hekimi orta yaşlıdır.

Araştırma sonuçlarına göre kadın ve bekar bireylerin aile hekimini tercih etmeme düzeyi daha yüksek olarak görülmüştür. Katılımcılardan aile hekimi genç olanların yaşlılara göre aile hekimliğini tercih etmeme düzeyi daha yüksektir. Çalışan katılımcıların, çalışmayanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir. Kadın aile hekimlerinin erkek aile hekimlerine göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksektir. Lisans eğitimi almış bireylerin, lisansüstü eğitimi almış bireylere göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksektir. Aile hekiminin davranış şekli, aile hekimi önceden tanımış olmak, aile hekiminin yaşı gibi faktörler aile hekimi tercihi üzerinde etkili olmuştur. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi ile aile hekimliğini tercih etmek için olumlu bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlık seviyesinin artması için okullarda konu olarak müfredata eklenmelidir. Sağlık Bakanlığı destekli ve aile hekimliğinin öncülüğünde gerekli kişiler tarafından, bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini anlatan seminerler düzenlenmelidir. Aile hekimliğine uzman hekimler atanmalıdır. Literatürde bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, aile hekimi tercihi, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Health Management Department
Health Management
[Master Thesis]

RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUALS' HEALTH LITERACY LEVELS AND FAMILY PHYSICIAN PREFERENCE: KONYA PROVINCE EXAMPLE

Rümeysa ÖNDER

Konya-2025

This descriptive and cross-sectional study aimed to determine the relationship between individuals' health literacy levels and their preference for family medicine. The study sample consisted of 386 individuals over the age of 18 residing in the city center of Konya. The "Personal Information Form", "Turkey Health Literacy Scale" and "Reasons for Individuals Not Preferring Family Medicine Scale" were used to collect the study data. The data were collected by the researcher between July 2023 and November 2024. Statistical evaluations of the data were given as number, percentage, mean and standard deviation values for descriptive statistics. Kolmogorov-Smirnov from the normality test was taken as basis in the suitability of the scales for normal distribution. In the study where the data did not show a normal distribution, Mann Whitney U test was used in two independent groups; Kruskal Wallis analysis was used in three or more independent groups. Spearman Correlation analysis was performed to evaluate the relationship between the two scales.

Of the participants, 52.1% were female, 32.4% were between the ages of 18-24, 53.1% were married, 42% had a bachelor's degree, 53.9% were employed, and 50% had an income equal to their expenses. Of the individuals participating in the study, 51.8% resided in the central district of Selçuklu and 37% lived with 4 or more family members. Of the participants, 75.6% did not have a chronic disease, 70.2% did not use regular medication, and 65% generally obtained their first health information through a doctor. While 65.3% of the individuals participating in the study had applied to their family physician 0-4 times in the last year, 42.2% stated that they first applied to their family physician for any illness. Of the participants, 52.1% had a female family physician and 67.9% had a middle-aged family physician.

According to the research results, it was seen that women and single individuals had a higher rate of not preferring a family doctor. The health literacy levels of employed participants were higher than those who were not employed. The health literacy levels of female family physicians were higher than those of male family physicians. The health literacy levels of individuals with undergraduate education were higher than those with postgraduate education. Factors such as the family physician's behavior, having known the family physician before, and the family physician's age were effective on the preference of a family physician. It was determined that the development of health literacy had a positive effect on the preference of family medicine.

In order to increase the level of health literacy, it should be added to the curriculum as a subject in schools. Seminars explaining the importance of preventive health services for individuals should be organized by the necessary people with the support of the Ministry of Health and under the leadership of family medicine. Specialist physicians should be assigned to family medicine. More studies should be conducted on this subject in the literature.

Keywords: Family doctor, family doctor preference, health literacy.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Okuryazarlık; çeşitli gruptaki nominal kaynakları, belgeleri kullanarak tanımlama, anlayabilme, yorumlayabilme, derleme, iletişim kurma ve hesaplama yeteneği olarak açıklanmaktadır (Richmond ve ark., 2008). Sağlık ile okuryazarlık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, yoksul veya zengin dünyada sağlıkta eşitsizliğin esas ölçütü okuryazarlıktır (WHO, 1998).

Günümüz sağlık sisteminde kişilerin sağlığı koruma ve zenginleştirme çalışmalarını içselleştirmeleri, verilen sağlık hizmetleri ile ilgili enformasyonları edinmeleri, öz sağlıkları ile ilgili karar verebilmelerinde aktif olmaları, görevlerini ve haklarını bilmeleri gerekmektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016). Kültürel farklılıklar, daima değişen ve gelişen teknoloji, sınırlı okuryazarlık seviyesi gibi etmenler kişinin öz bakımlarını, verilen hizmetin tüketimini, sağlık çalışanları ile iletişimini etkilemektedir. Bütün bu aşamalarda sağlık enformasyonlarını inceleme ve algılama, sağlık enformasyonu ve hizmetini verenler ile haberleşme, kişilerin sağlık okuryazarlığını büyük oranda etkilemektedir (Akalin, 2012; Fertman ve Allensworth, 2012).

Sağlık okuryazarlığı, ilk olarak 1974 yılında Simonds doğrultusunda tanımı yapılmış olup, tanım bu haliyle günümüzdeki tanımından değişiklikler sergilemektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016). Günümüzde sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlıkla ilgili bilgilere erişmesi, bu bilgileri anlayabilmesi ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında faydalanabilmesi için zaruri olan zihinsel ve sosyal yetenekleri olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık okuryazarlığı, *“Bir kişinin doğru ve sağlıklı kararlar alabilmesi için esas sağlık enformasyonuna ve hizmetlerine ulaşabilmesi, sağlık uzmanları ile iletişimi doğru bir şekilde kurabilmesi, bunu işleme koyması ve kavrama becerisini elinde bulundurması”* demektir (ABD, 2024). Diğer bir anlatım ile sağlık okuryazarlığı, *“Kişilerin sağlığını tehdit eden risk faktörlerini indirmek, hayat kalitesini yükseltmek ve sağlıkları ile ilgili kararları anlatmak için sağlık enformasyonları ve terimlerini araştırmak, algılamak, incelemek ve kullanmak için geliştirdikleri yaygın ve kapsamlı beceri-yetkinlikleri”* manasına gelir (Yıldırım ve Keser, 2015).

Sağlık bakımlarında artan bireysel mesuliyet nedeni ile bireylerden öz sağlık mesuliyeti hakkında bilgi sahibi olmaları; bilgiyi anlayıp, sağlık konusunda karar verebilmeleri doğrultusunda yeni görev ve sorumluluklar almaları beklenebilir. Bireylerin sağlık

okuryazarlığı hakkındaki yetenekleri tüm bu isteklerin esasında bulunmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Sağlık okuryazarlığının gelişiminin temelinde sağlık ve eğitim, kültür ve toplum sistemleri olmak üzere üç uğraş konusu vardır. Bu üç unsur kapsamında yürütülen araştırmalar, sağlık okuryazarlığı seviyesinin iyileşmesine katkıda bulunacaktır (Akgül, 2024). Sağlık okuryazarlığı seviyesi oluşan maliyetleri ve toplumun sağlık durumlarını direkt etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin sağlık harcamalarına etkisine bakılarak yapılan çalışmalarda, yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinin sağlık harcamalarında artışa yol açtığı gözlenmiştir. Bu durumun sonucunda bu harcamaların getirisi olarak toplumun sağlık neticelerinin kötü düzeyde olduğu da meydana gelmiştir. Howard, sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olanlarda, yatan hastaların sağlık giderlerinde takriben 993 dolar artış olduğunu gözlemlemiştir. Ulusal Yaşlılık Topluluğu Akademisi doğrultusunda Amerika’da yürütülen çalışmada yetersiz seviyedeki sağlık okuryazarlığının sağlık sistemine maliyeti 1998 yılı rakamları ile 30 ile 73 milyon dolar arasında olduğu hesaplanmıştır. Ayrıca düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının kamu sigortalarına %63 ek maliyet getirdiği iddia edilmiştir. Bu hesaplamada tıbbi yanlışlar, sürekli olarak artan hastane yatışları ve yatış süresi, acil servislerin çok fazla kullanımı ve ağır seyreden hastalıklar göz önüne alınarak bir birleşim meydana gelmiştir. (Akbulut, 2015). Okuryazar olmayan kişileri de içeren benzer bir uygulama neticesinde, yetersiz seviyedeki sağlık okuryazarlığının Amerika’ya maliyetinin yıllık 106 ile 236 milyar dolar arasında olduğu analiz edilmiştir (Vernon ve ark., 2007). COVID-19 pandemisi, sağlık harcamalarında büyük bir artışa sebep olmuştur. Salgının kontrol altına alınması, testlerin yapılması, tedavi süreçleri ve aşuların temini için önemli ölçüde finansal kaynaklar ayrılmıştır (Akgül, 2024).

Sağlığın en önemli ölçütü, iyi eğitilmiş bir kişi olmaktır. Hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisi açısından sağlıkla alakalı bilgilerin doğru algılanması ve yürütülmesi epeyce önemlidir (Gezer, 2020). Bireylerin sağlık bilgisini anlamaları ve doğru karar verebilmeleri açısından aile hekimliği kavramı önem arz etmektedir (Yaman ve Yaman, 2015).

Tüm dünya genelinde aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir uzmanlık dalıdır (Ohta ve Sano, 2022). Aile hekimliğinin esas hedefi hastalığın belirtilerini önceden fark etmek, hastaların sağlık ve hastalık hallerini incelerken psikolojik, fiziksel ve toplumsal etkilerini dikkate almaktır. Kronik, yinelenen veya terminal dönem hastalıkları olan bireylerin devamlı bakım görevini benimsemektedir. Aile hekimi; eğitim, koruma ve tedavi aracılığı ile ne zaman ve nasıl hastalarının ve ailelerinin sağlığını iyileştirme sürecinin

bulunabileceği hakkında bilgi sahibi olan ve tüm topluma karşı da mesleki görevi olduğunu benimseyen hekimdir (Leeuwenhorst, 1977).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (World Organization of Family Doctors, WONCA) (2011) tanımına baktığımızda; “*Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temelli ve klinik uygulaması akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır*” (WONCA, 2002). Bu uzmanlığın tanımlanmasına katkıda bulunan pek çok sayıda kural vardır. Bunlar; hasta odaklı yaklaşım, toplum ve aile bağına eğilim, sağlık bakımında devamlılık, kompleks sağlık problemleri, bakımın düzenini sağlama, hastalığın erken aşamalarda fark edilmesi, verimlilik, kronik hastalıklarının incelenmesi, sağlık bakımına devamlı ulaşma ve delile dayalı uygulamalardır (Goh ve Ong, 2014; Gonzales ve ark., 2007; McWhinney ve Freeman, 2009; Sloane, 2008).

Ülkemizde sağlık ocakları tarafından uygulanan birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda, aile hekimliği uygulamasına geçilmiş ve bu geçişte bazı farklılıklara gidilmiştir. Örnek olarak; sağlık ocaklarındaki hizmet düşüncesi (koruyucu, iyileştirici, kişiye, çevreye ve topluma yönelik); aile hekimliği uygulamasında ise değişiklik yaparak kayıtlı olan hasta uygulamasına geçiş yapılmış ve verilen hizmet içeriği sınırlandırılarak koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve topluma ait olarak ikiye ayrılmıştır. Buna göre aile sağlığı merkezlerinde bireylere ilişkin koruyucu sağlık hizmeti verilirken; toplum sağlığı merkezlerinde ise sadece birey değil aynı zamanda topluma yönelik sağlık hizmetleri verilmektedir. Hizmet düşüncesinde meydana gelen bu değişiklikler sayesinde aile hekimlerinin sadece kendilerine kayıtlı bireylere hizmet vereceğinden hastalarını daha iyi tanıma fırsatı bulduğu ve bu şartlarda hizmet kalitesini, etkililiğini ve verimliliğini pozitif olarak etkilediği varsayılmaktadır (İlgün ve Şahin, 2016).

Sağlık ve okuryazarlık terimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Okuma-yazma bilmeyen bir bireyin, sağlık alanında kendini anlatabilmesi ve sağlığını yönetmesi epeyce zordur (Balçık ve ark., 2014). Literatürde bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve aile hekimliği konusu ile ilgili bazı çalışmalar yürütülmüştür;

Yılmaz ve ark. (2021) tarafından yürütülen çalışmada, acil poliklinik kullanımı ve sağlık okuryazarlık ilişkisi incelenmiştir. Kesitsel biçimde yürütülen çalışmaya 2019 yılı Haziran-Aralık ayları içerisinde acil servis polikliniğine başvuran 15 yaş üstü yeşil alan hastaları dahil

edilmiştir. Çalışmaya toplamda 309 kişi katılmış olup, konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

İlgaz (2021) tarafından yürütülen çalışmada, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve bununla alakalı faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Tanımlayıcı-ilişki arayıcı biçimindeki çalışma, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 320 kişinin katılımı ile yürütülmüştür. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük olup bu seviyeyi artırmaya yönelik kişilerin eğitim seviyelerinin artırılmasına yönelik, sağlık eğitimlerine önem verilmesi önerilmektedir.

Deniz ve ark. (2018) tarafından yürütülen çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı seviyesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlı tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmada 1199 katılımcının yanıtları değerlendirmeye alınmıştır. Uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve sağlık memuru mesleklerine sahip çalışma grubunun çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeksine ait puan ortalaması $37,55 \pm 8,11$ olarak hesaplanırken, tüm indekslerde erkeklerde, genç yaş gruplarında, hekimlerde, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda daha yüksek puanlar elde edildiği görülmüştür. Sonucunda, topluma sağlıklı hayat aktiviteleri bakımından örnek göstermesi gereken sağlık personellerinin, öz sağlıklarını geliştirebilmeleri için çalışma koşullarının sağlık davranışlarını olumlu biçimde etkileyecek biçimde koordine edilmesi önem arz etmelidir.

Literatürdeki bir başka çalışmada ise, bir üniversitenin sağlık ve sosyal bilimler fakültelerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyleri incelenmiştir. Çalışmaya toplamda 440 öğrenci katılmış olup, kız öğrencilerin ve Sağlık Bilimlerinde okuyan öğrencilerin "*Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği*" puanları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı dersine tüm fakültelerdeki müfredatlarda seçmeli ders olarak eklenmesi, bunun haricinde farkındalık oluşturmak adına bu derse ilköğretim seviyesinde de başlanması önerilmektedir (İnkaya ve Tüzer, 2018).

Kaya ve ark. (2020) tarafından yürütülen çalışma, sağlık hizmetinden yararlananların birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmeme nedenlerini meydana getirmek için yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte oluşturulan bu araştırmanın evreni Şanlıurfa' da ikamet eden 18 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Örneklem olarak 384 kişi dahil edilmiş ve 398 kişiye erişilmiştir. Demografik özelliklerine göre yapılan analizlerde aile hekimliği tercih

etmeme seviyeleri gözlemlendiğinde; medeni durumuna, cinsiyetine, yaşına, mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasına karşın eğitim seviyesine, bireylerin herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine başvurmasına ve aile hekimine yalnızca ilaç yazdırmak için gitmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Özdemir ve ark. (2022) tarafından yürütülen çalışmada, herhangi bir aile sağlığı birimine kayıtlı bulunan ve aile sağlığı merkezlerini, hastaneye nazaran daha az kullanan bireylerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel tipte olan çalışma gebe ve lohusalar dışında 489 kişiye uygulanmıştır. Çalışma sonucunda bireylerin, aile hekimliği uygulaması ile alakalı bilgisi orta-iyi seviyede olmakla birlikte bilinirliği çok düşük seviyede kalan uygulamaların bulunduğu görülmüştür. Bireylerin hizmet isteğinin fazlalaşmasını sağlayacağı için aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi yoksunluğunun giderilmesi hakkında çalışmalar yapılması önerilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, ile ilgili literatürde birçok çalışma yapılmıştır (Deniz ve ark., 2018; Ilgaz, 2021; Yılmaz ve ark., 2021). Aile hekimliği ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar mevcuttur (Kaya ve ark., 2020). Ilgaz (2021) çalışmasında aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin sağlık okuryazarlık seviyesinin yetersiz olduğu ortaya konmuştur. Özdemir ve ark. (2022) çalışmasında, bireylerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgisinin orta-iyi seviyede olduğu bununla birlikte bilinirliği çok düşük seviyede olan uygulamaların mevcut olduğu görülmüştür. Bu bağlamda bireyin sağlık okuryazarlığının, aile hekimliği tercih etmemesine ilişkin yapılan bu çalışma önemlidir. Sağlık hizmeti verenler ile sağlık hizmetini alan bireyler arasındaki görevlerin dağıtılması ile tarafların iletişimi esnasında birbirleri arasında daha iyi iletişim kurabilmesi sağlık okuryazarlığı eğitimi ile mümkündür. Hasta ile hekimin karşılıklı olarak iletişim zamanları epeyce sınırlıdır ve bunun aksine kişinin hekimden aldığı enformasyonları algılayıp yorumlayabilmesi gereklidir. Bireyin elde ettiği bu enformasyonları sadece bilmekle kalmayıp, enformasyonların geçerliliğini çeşitli referanslardan da onaylaması gerekmektedir. Özellikle bireyler şimdiki çağdaş sağlık sisteminde tedavi aşamalarına etkin bir şekilde katılım sağlayıp tedavileri hakkında belirleyici görevler üstlenmek istemektedirler. Tüm bu etkenler sağlık okuryazarlığının oldukça değerli olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini olumlu yönde etkileyen faktörlerin belirlenerek, o özelliklerin geliştirilmesi önemli bir husustur. Diğer taraftan aile hekimi tercih durumlarını etkileyen faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi de aile hekimliğine başvurmama nedenlerinin ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Bu bağlamda çalışmada bu nedenlerin ortadan kaldırılması ve konuyla

ilgili iyileştirmelere ilişkin kurumlara önerilerde bulunulacaktır. Ayrıca bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aile hekimi tercihini değerlendiren bir çalışmaya literatürde rastlanılmamış olması da çalışmanın literatüre katkı sağlayacağını göstermektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı terimi ve okuryazarlık arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Literatürde 1970'li yıllarda yer almaya başlayan bu kavramın değeri son yıllarda artarak devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığı; *“Sağlık çalışanlarının hastaya tıbbi bir enformasyon sunmak istediğinde, bireyin bu bilgiyi anlaması, yorumlaması ve buna uygun davranış sergilemesi”* olarak açıklanabilir. Sağlık okuryazarlığı, kişinin tıbbi bilgiyi yalnızca okuması ve anlaması ile kısıtlı kalmayıp, öz sağlığını anlaması, hastalığına tanı koyabilmesi, sağlığına dair en uygun karar vermesi adına, sağlık sistemin yöntemlerinin ve bu sistemden faydalanma yollarının da bilinmesini gerekli kılan kapsamlı bir disiplin olarak görülmektedir (Aktaş ve Kızıltan, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'nün (1998) tanımına göre sağlık okuryazarlığı; *“Sağlığın korunması ve sürdürülmesinde bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisidir”*. Amerikan Tıp Derneği'nin (The American Medical Association, [AMA]) tanımında ise sağlık okuryazarlığı; *“Bireylerin sağlık konularındaki iletileri ve ilaç kutularını okuyabilmesi, üzerini okuyup anlaması, sağlık personellerinin verdiği bilgileri anlaması ve yapabilmesidir”* (Parker ve ark., 1999). Genelde sağlık okuryazarlığı; doğru ve kontrollü ilaç tüketimini, sağlıklı davranışlar gösterebilmeyi, sağlık hizmetlerinden faydalanma yollarını, aydınlatılmış onamı kavramayı, hastalık ve temel hizmet yönetimiyle ilişkili kararlar verebilmeyi, evdeki tıbbi cihazı kullanabilmeyi, sağlık bilgilerini anlama ile değerlendirme becerisini içermektedir (Barrett ve Puryear, 2006). Sağlık okuryazarlığı terimi ilk defa 1974'te bir makale de (Health Education as Social Policy) bahsedilmiştir. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı'nda 1986 yılında ilk kez yapılmış olan bilgilerin anlaşılabilir ve düzen içinde olması gerektiği mevzularına bahsedilmiş olup, bunu yalnızca sağlık alanıyla değil diğer sektörler ile bağlantılı olması gerektiği iddia edilmiş ve sağlık okuryazarlığı konusunun gündeme getirilmesinde önemli bir rol oynamıştır (Çopurlar ve Kartal, 2016; Selden ve ark., 2000). Sağlık okuryazarlığı kavramı yıllarca kullanımı kısıtlı kalmış, ardından Avrupa ve Amerika'da çok defa kullanılmaya başlanmış ve mevzu ile alakalı yapılan çalışmalar artmıştır (Speros, 2005).

Genelde, sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlıkla alakalı karar alma becerilerini, bireysel sağlığını geliştirme, koruma ve hayat standartlarını yükseltmek için önemli bilgilere erişmek, bu bilgileri algılayıp analiz edebilmek ve bilgiyi kullanmaya imkan verecek yetkinliklerdir (Sorensen ve ark., 2012). Modern sağlık hizmetlerinin talebi, sağlık hizmetinden faydalanan kişilerin zaman içerisinde artış göstermesidir.

Sağlık Okuryazarlığı pek çok sosyal, bireysel ve bilişsel beceri ile beraber sağlık sisteminde bulunmak için gerekli olan analitik düşünme, sorunları çözebilme, karar verebilme, enformasyon edinme ve iletişim nedeniyle ihtiyaç duyulan okuryazarlık yeteneklerinden meydana gelmiştir. Sağlık Okuryazarlığı kavram, kültür ve dil alanında genişlemiştir (Mancuso, 2009).

2.1.1. Sağlık okuryazarlığının önemi

Çağdaş sağlık düzeni, bu düzenin görevlerinden yararlanacaklar için fazlaca karmaşık yapıdadır. Çağdaş sağlık sisteminin verdiği sunumdan yararlanmak isteyen kişilerin; sağlık problemlerini anlayabilmeleri, bununla birlikte sunumlar ile alakalı bilgi almaları, görev ve haklarının bilincine varmaları ve sağlıkla ilgili karar almaları gibi görev ile mesuliyetleri bulunmaktadır (Findley, 2015). Sağlık okuryazarlığı ve sağlık ile alakalı enformasyonların iletiminin çağdaş devirde geçmişe göre daha fazla önem kazanmasının beraberinde sağlık bilgilerini iletmek şimdiki zamanda epeyce zordur. Bunun sebepleri;

- Tanılama aşamasının komplike olması,
- Yenilenen ve fazlalaşan araştırma bulguları,
- Ortalama okuryazarlık seviyesinin sınırlı düzeyde olması,
- Kültürel değişikliklerin bulunması,
- Yaş ile birlikte değişim gösteren fiziksel ve bilişsel özellikler,
- Etkili bir şekilde dinleyebilme ve öğrenmeye tesir eden duygu durumları olduğundan bahsedilebilir.

Tüm bunlara karşın iletişimin eş şartlarda olmaması iletişimin etkin olmasında bir dezavantaj olarak görülmektedir (IOM, 2004).

Sağlık Okuryazarlığı; sağlık sistemini programlamak (kompleks belgeleri doldurmak, hizmet ve sağlayıcılarını bulmak), hizmet sunanlarla bireysel enformasyon aktarımı (sağlık geçmişi gibi), öz bakım ve kronik hasta yönetimi ile ilgili olmak, olasılık, risk ve matematiksel terimleri algılamak gibi bireylerin birtakım becerileri üstünde nihai derecede önemlidir (Quick Guide To Health Literacy, 2008). Koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığının görevi incelendiğinde, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin, tarama testlerine katılımı önemli bir

biçimde önlediği saptanmıştır. Örneğin, İngiltere'deki kolorektal kanser inceleme programında, kişilere evlerine gönderilen yazılı gereç ile ilk bilgilendirme yapılmıştır. Fakat birtakım kişilerin, düşük sağlık okuryazarlığı sebebi ile tarama testlerini yaptırmamaları özellikle dikkat çekmektedir. Bunun gibi, meme kanseri tarama uygulamaları arasında bulunan kendi kendine meme muayenesi yapmama ve mamografi taramalarına katılmama eğilimlerinin de yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile alakalı olduğu açıklanmıştır (Kobayashi ve ark., 2013). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan kişiler ilaç kullanmak, bir çocuğa reçetesiz satılan ilaçların miktarını hesaplamak veya bir onay belgesini algılamakta zorluk çekmektedirler. Üstelik, bir sağlık personelinin telkinlerine uymakta, sağlık hizmetlerine ulaşmakta, bunları algılama becerisine ve tarama programlarına daha az sayıda katılım ile birlikte uygun olmayan bakım ve çıktılara neden olabilmektedir (Martin ve ark., 2009). Sağlık okuryazarlığı sağlıklı hayat biçimini seçme ile erişilebilir sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli tüketimi gibi yalnızca bireysel faydaları olan kişisel bir referans değildir. Toplumun büyük kısmının yüksek seviyede sağlık okuryazarlık düzeyine erişmesi, sağlık için çarpıcı bir toplumsal hareket sağlanması ve sosyal sermayenin artış göstermesine katkıda bulunması gibi önemli gelişmeler sağlayabilir. Sağlık Okuryazarlığının ilerlemesi sağlıklı yaşam tarzı biçimlerine imkan oluşturabilir (Nutbeam, 2000).

2.1.2. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı bilişsel, kişilerarası ve sosyal yetenekler olmak üzere üç boyutta incelenmektedir. Bunlar Nutbeam (2000) göre;

- **Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı:** Temel okuma, yazma, okuryazarlık eğilimlerinin dışında geleneksel sağlık eğitimi kalkınmalarının istenen çıktıları bulunan sağlık hali ve sağlık sistemleri ile alakalı enformasyonu kapsamaktadır.

- **İletişimsel/İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı:** Başka iletişim çeşitlerinden farklı manalar üretmek, farklılaşan şartlarda modern enformasyona başvurmak için edinilen iletişimsel ve sosyal yetenekleri kapsamaktadır. Sağlık eğitiminin son 20 sene süresince ilerlediği tutumların neticelerini yansıtmaktadır. Sağlık etkinliklerine katılma sağlık iletilerini algılama ile farklılaşan şartlarda sağlık bilgisini yürütmeyi zorunlu hale getirmektedir.

- **Eleştirel sağlık okuryazarlığı:** Enformasyonun eleştirel analizinde yükselen seviyede bilişsel ve sosyal yetenekleri gerektirmektedir. Hayat olguları üstünde daha fazla kontrol etmek

için bu bilgilerden yararlanmayı, sağlığın sosyal ölçütlerine seslenen kişisel ve toplu hareketleri içermektedir.

Bireylerin sağlık okuryazarlık seviyeleri ve sağlık yönetimleri arasındaki bağa bakıldığında, yetersiz seviyede veya kısıtlı sağlık okuryazarlık seviyesi olan insanların, yeterli sağlık okuryazarlık seviyesi olan kişilere nazaran koruyucu sağlık sunumlarını daha az tükettikleri ve kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü durumda olduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerin, mortalite ve morbidite oranları da yüksek seviyededir (Sadeghi ve ark., 2013).

2.1.3. Sağlık okuryazarlığı ölçüm yöntemleri

Sağlık sistemi için oldukça değerli olan sağlık okuryazarlığı seviyesini ölçmek ve incelemek için bazı ekipmanlar geliştirilmiştir. Bu ekipmanlar gelişim, yapı, ölçüm, kapsam ve ölçüm nitelikleri hakkında değişiklikler sergilemektedir (Sayah ve Williams, 2012). Bu değişiklikler göz önüne alınarak tüm bu ölçüm ekipmanları; kelime tanıma, okuduğunu anlama, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve informal testler olmak üzere dört temel boyutta değerlendirilmektedir (Peiravian ve ark., 2014).

a) Kelime Tanıma Testleri: Bu formdaki testlerde, kişilere sağlık ve hastalık ile alakalı bazı sözcükler sunularak, bireylerin bu sözcükleri anlayıp anlamadığına ve okuma seviyesine bakılır. Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM), Tıbbi Terimleri Tanıma Testi (Medical Term Recognition Test-METER) ve Geniş Çaplı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test- WRAT) birer sözcük tanıma testleridir (Peiravian ve ark., 2014; Sayah ve Williams, 2012).

b) Okuduğunu Anlama Testleri: Sağlık eğitimi alanında kullanılan ölçüm araçları ile kişilerin okuduğu bölümü anlayıp anlamadığı kontrol edilerek, sağlık okur-yazarlığı seviyeleri belirlenmektedir. Fonksiyonel Sağlık Okur Yazarlığı Testi'nin (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) okuma bölümleri, okuduğunu anlama testlerine örnek olarak gösterilebilmektedir (Sayah ve ark., 2013).

c) Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testleri: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) ve En Yeni Vital Bulgu (Newest Vital Sign) testleri fonksiyonel sağlık okuryazarlığını değerlendirmek maksadı ile geliştirilmiştir. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-yazarlığı Testi iki okuma parçası ile dört sayısal maddeden oluşmakta olup, üstelik kısa formu da vardır. En Yeni Vital Bulgu testi

ise altı maddeden oluşmakta olup, hem fonksiyonel hem de sayısal sağlık okuryazarlığını test etmektedir (Sayah ve ark., 2013).

d) *İnformal Testler:* Morris ve ark. (2013) tarafından oluşturulan tek maddelik, Chew ve ark. (2008) ile Ishikawa ve ark. (2008) tarafından oluşturulan üçer maddelik ve Haun ve ark. (2009) tarafından geliştirilen dört maddelik sağlık okuryazarlığı tarama testleri, sağlık okuryazarlığı seviyelerini belirlemeye fayda sağlayan ve klinik ortamlarda rahatlıkla kullanılabilen informal testlerdendir (Peiravian ve ark., 2014; Sayah ve ark., 2013).

Yukarıda değinilen ölçüm metotlarının hangisinin kullanılacağına karar vermek ise daha çok kişisel ya da sistem maksatlı ölçüm seviyelerine endeksli kalmaktadır. Sağlık sektöründe vakit oldukça değerli bir faktör olduğundan, genel olarak sağlık okuryazarlığı ölçümlerinde informal testlere öncelik verilmektedir (Peiravian ve ark., 2014).

2.1.4. Sağlık okuryazarlık seviyesini etkileyen faktörler

Sağlık okuryazarlığı terimini mükemmel şekilde anlayabilmek için sağlık okuryazarlığı seviyesine etki eden maddeler ile sağlık okuryazarlığının çıktılarının bilinmesine ihtiyaç vardır. Sağlık okuryazarlığı genelde demografik, kültürel ve psikososyal etkenlerden, genel okuryazarlık seviyesinden, kişisel faktörlerden, hastalıkla alakalı tecrübelerden ve sağlık hizmeti sistemi ile alakalı faktörlerden etkilenmektedir (Sorensen ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı hakkında ortaya atılan fikirler kapsamında birbiri ile bağlantılı bir sağlık modelinin geliştirilmesi ile beraber sağlık okuryazarlığının esas durumları ele alınmıştır. Model kapsamında bulunan kültür, sosyal sistemler, demografik durum, dil, çevresel etmenler, sosyal öğeler gibi sağlık okuryazarlık kalitesine etki eden dış etmenler olarak değerlendirilmektedir. Yaş, meslek, eğitim, cinsiyet, gelir, okuma yazma, ırk, istihdam gibi bireysel belirleyiciler, medya kullanımı, arkadaş ve aile çevresi, fiziksel çevre ve benzeri durumsal ölçütleri içeren etmenler öncül etmenler olarak incelenmiştir (Taş ve Akış, 2016). Sağlık okuryazarlığı seviyesini etkileyen bir diğer etmen ise, iletişim düzeyidir. Bireylerin eğitim seviyeleri göz önüne alınarak yürütülen tedavinin, bireyin algılayabileceği düzeyde tanımlayıcı başlıklar ve şemaların açıklanması, sağlık iletişimini olası yaparak hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlık seviyesinin yükselmesine imkan vermektedir (Arslan, 2019). Sağlık okuryazarlığına etki eden demografik özellikler; yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, gelir, eğitim ve çalışma durumudur. Genellikle ileri yaşlarda, siyah ırkta, kadınlarda, evli olmayan

insanlarda, eğitim ve gelir durumu alt seviyede olanlarda sağlık okuryazarlığı da daha yetersiz seviyededir (Cho ve ark., 2008; Morris ve ark., 2013; Paasche-Orlow ve ark., 2005).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan psikososyal etmenler; sosyal destek, öz yeterlilik tutumu, sağlık sorunları enformasyonu ile birlikte hastalığı anlama gibi konuları içermektedir (Ussher ve ark., 2010). Bireylerin sağlıkla alakalı inanma algı düzeylerinin yetersiz olması, bu inançları faaliyete geçirememesi, çevreden ve aile tarafından verilen sosyal desteğin eksik olması ile sağlık ve hastalıklar konusundaki bilgisizlik, sağlık okuryazarlığının da düşük seviyede olmasına yol açmaktadır (Balçık ve ark., 2014).

2.1.5. Türkiye’de sağlık okuryazarlık

Sağlık okuryazarlığı mevzusuna, ülkemizde de son birkaç yıldır ilgi artmakta ve buna paralel olarak çeşitli faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından 26 Aralık 2012’de “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” organize edilmiştir. Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve bazı üniversiteler bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin gelişim göstermesi amacıyla faydalı uygulamalar gerçekleştirmektedir. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı seviyesini değerlendirmek üzere Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü’nün doğrultusunda yürütülen bir çalışma grubuyla Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve kaynak alındı. Türkiye’nin toplumsal özellikleri, toplumun sağlık seviyesi ve sağlık sisteminin yapısına uyarlılığı korunarak ölçek yenilendi ve Türkiye’ye uygun yeni bir ölçek olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) geliştirildi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) öncülüğünde yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” ile sağlık okuryazarlığı seviyesi ulusal seviyede saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin demografik özelliklere, sosyoekonomik şartlara ve sağlıkla alakalı hususlarda enformasyon kaynağı olarak kullanıldığı açıklanan iletişim araçlarına göre ne derecede başkalaştığı araştırılmıştır. Araştırma, Türkiye genelini temsil eden 6 bin 228 hane üstünden yürütülmüştür. Araştırmaya katılanların TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı seviyesi incelendiğinde; %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu-sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmeldir. Araştırma neticelerine göre Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz veya sınırlıdır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %43,5’i, sorunlu-sınırlı olanların %22,6’sı, yeterli olanların %19,7’si, mükemmel olanların ise %13,5’i hekim tarafından tanısı

konmuş 6 ay veya daha uzun sürelidir devam eden bir kronik hastalığa sahiptir. Araştırma, hastalık grupları için sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlarda sağlık okuryazarlığını geliştirme yönündeki engellerin başarılı çıktılar vereceğini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi cinsiyete göre de değişiklik göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların yoğunluğu kadınlarda %35,3 iken erkeklerde bu oran %26,4'tür Yaş grupları arasında da sağlık okuryazarlığı seviyesine göre anlamlı fark bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların yoğunluğu 18-24 yaş grubundaki en düşük değer %14'ten ilerleyen yaş gruplarıyla beraber çoğalarak 65 ve üzeri yaş grubunda %65,5'e; yetersiz veya sorunlu-sınırlı olanların sıklığı ise 18-24 yaş grubundan %51,8'den 65 ve üzeri yaş grubunda %90,4'e kadar yükselmektedir. 65 ve üzeri yaş grubu için elde edilen sonuçlara göre, 10 yaşlıdan 9'unun sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sınırlı olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.2. Aile Hekimliği Kavramı

Benzer uzmanlık alanlarında gerçekleştiği gibi aile hekimliğinin ortaya çıkışı da bir ihtiyacın sonucunda meydana gelmiştir. Aile hekimliği gereksinimi ilk defa 1923'de Francis Peabody doğrultusunda "*Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği*" biçiminde ifade edilmiştir. Bu ifadenin en baştaki etkileri 1952 yılında İngiltere "*De Royal College of General Practitioners*" in kurulmasıyla ortaya çıkmıştır. Takiben 1966'da American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) doğrultusunda o günün sahip olduğu koşulları ve sağlık sisteminin mevcut halini irdeleyen raporlar olan Milis ve Willard Raporları'nın yayınlamasının ardından Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında birincil bakım konusu kapsamında işleyen yeni bir uzmanlık dalı "*Aile Hekimliği*" tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur. Bu ilerlemelerle idari yönden tasdik edilme aşamasını tamamlayan aile hekimliği uzmanlığının dünyada onay görmüş bir tanımı 1974 yılında Hollanda'da "*Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi*" çalıştayında birinci basamak Aile hekimliğinin, insanı organ veya sistemlerini temel alarak gözlemleyen diğer klinik uzmanlık alanlarından ayrı bir uzmanlık dalı olduğu ifade edilerek ortaya konulmuştur (Kocadağ, 2016).

Aile Hekimini, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA, World Organization of Family Doctors) 1991 senesinde "*Genel pratisyen veya aile hekimi, temel olarak tıbbi bir bakım arayan tüm bireylere geniş kapsamlı bakım hizmeti sağlama ve gerekli durumlarda diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini kişilerin sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet sunduğu toplumun mevcut kaynaklarına göre, doğrudan veya diğer*

sağlık personellerinin verdiği hizmetler vasıtasıyla yerine getirir” olarak tanımlamıştır (Bentsen ve ark., 1991).

2.3. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

Aile hekimliğinin temel özellikleri aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (Kocadağ, 2016).

Genel Olmaları: Aile hekimlerinin sunduğu hizmet sadece toplumun belirli bir kesimi ile sınırlı değil, cinsiyet, statü, yaş, ırk veya dine bağlı olmadan bütün bireyler içindir. Diğer taraftan şikayet edenlerin bazıları veya sağlıkla ilişkili problemlerin hiçbiri kapsam dışına alınmadığı için de tüm kesime hitap etmektedir.

Kolay Ulaşılabilir: Genel pratisyenlik hizmetlerine oldukça az bir geç kalma ile daha kolay ve rahat ulaşılabilirlik hem coğrafi açıdan hem de kültürel açıdan sağlanırken finansal sıkıntılardan sarsılmamalıdır.

Entegre: Genel pratisyenlik tedavi durumu ve rehabilitasyon ile birlikte, sağlığın ilerlemesi ve hastalıkların engellenmesini de sağlar.

Süreklilik: Genel pratisyenlik hastalığın ancak belli bir dönemiyle kısıtlı değildir ve bireylerin sağlıklı olduğu dönemleri de içine alarak bütün hayatlarını kapsar.

Ekip: Aile hekimi bütün amaçlarına ulaşabilmek için kaliteli çalışan ve birbirinden değişik disiplinlerden oluşmuş bir takımın bünyesinde olmalıdır.

Bütüncül: Bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık problemleri, psikolojik, fiziksel ve sosyal konularda ele alınmalıdır.

Kişisel: Genel pratisyenlik hastalık odaklı olmanın dışında, ilk başta bireyi merkezine almaktadır. Yani doktor ve hasta arasındaki bireysel ilişkiye dayalıdır.

Aile Yönelimli: Genel pratisyenlikte kişilerin şikayetleri ailesi ile bireyin sosyal örüntüsü dahilinde bir arada değerlendirilir.

Toplum Yönelimli: Hastaların şikayetleri bireyin kendi sosyal çevresi kapsamında değerlendirmeye alınmalıdır. Aile hekiminin, söz konusu topluluğun sağlık gereksinimlerinden haberi olmalı ve yerel sağlık problem ve şikayetleri doğrultusunda pozitif ilerlemeler yürütmek amacıyla başka sektördeki profesyoneller ve ajanslarla da birlikte çalışmalıdır.

Koordine: Kişilerin ilk defa başvurularında beyan ettikleri sağlık sorunu ve şikayetlerinin önemli bir bölümü aile hekimi doğrultusunda çözüme kavuşturulabilse de başka hallerde hastaya doğru bir sevk kararı alabilmelidir. Bu çeşit sevk neticileri hasta birey ve aile hekimi arasında araştırılmalıdır. Aile hekimi verilen hizmetleri en uygun şekilde kullanma yöntemleri ile ilgili hastasına bilgi vermeli ve hastasının aldığı bütün teklif ve yardımın de yürütücüsü olmalıdır.

Gizlilik: Bireyler doktorları ile tümüyle gizlilik içinde konuşmayı ve özlere ait bütün enformasyonların gizli tutulmasını ister.

Savunuculuk: Aile hekimleri daima bütün sağlık hususlarında ve başka sağlık hizmeti veren bireylerle olan ilişkilerinde devamlı olarak hastalardan taraf olmalıdır.

2.4. Aile Hekimliğine Geçiş Nedenleri

Aile hekimliği sistemine geçişte ön görülen en önemli sebep birinci basamak sağlık hizmetine ulaşılabilirliği arttırmak ve bireyleri koordine ederek ne gibi durumlarda hangi sağlık kuruluşuna başvurabilecekleri hususunda doğru sağlık kuruluşuna sevk edebilmektir. Hastalıkların uygun kademelerde değerlendirilmesi yoluyla doğru tedavi yöntemi sağlanmaktadır. Sevk gerekli olduğu durumlarda bireylerin sağlık bilgileriyle birlikte doğru merkeze ve uzmanlık alanına gitmesine yardımcı olarak maliyeti yüksek ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli ve etkili bir şekilde kullanılmasına imkân vermektedir. Aynı zamanda aile hekimliği, düzensizliği, yanlış yönlendirmeyi, gerekli olmayan sağlık harcamasını ikinci basamakta gereksiz yığılmayı ve hastaların mağduriyet durumunu önlemektedir. Aile hekimliği sistemine yönelik tepkili bir yaklaşımdansa bütüncül sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür, ayrıca çok branşlıdır. Güven duygusuna bağlı iletişim kurar. Sorunları psikolojik, fiziksel ve sosyal yönleriyle irdeler. Aile hekimliği kapsamında hizmetin gerçekleştirilmesinde "hasta" değil "birey" anlayışını ilke edinir (Dinçer, 2006). Aile hekimliği uygulaması sürekli olarak artış gösteren yaşlı nüfusun temel sağlık ihtiyaçlarını karşılayan, hastalarını tanıyan, onların kolaylıkla sağlık hizmetine ulaşabilmelerini sağlayan ve bu uygulama sayesinde çok daha faydalı ve hızlı biçimde sağlık hizmeti verebilen bir sistemdir (Ağdemir, 2012).

2.5. Dünya’da Aile Hekimliği

Tıp alanında ilk olarak, hasta yerine hastalığın tedavi edilebilmesi fikrinin etkisi ile esas olarak hastalıklar üstünde yoğunlaşmış; 1923’de Doktor Francis Peabody bu fikrin sağlık sistemlerini ayırıp, hastaları ortada bıraktığı, bunun yerine bireysel hizmet yöntemine ağırlık

verip, kişiyi bir bütün olarak inceleyen pratisyen hekimlik sistemine geçilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Aktaş ve Çakır, 2012). *“20. yüzyıla gelindiğinde hasta ile hekim arasındaki ilişki, hastalık ile hekim arasındaki ilişkiye evrilmesi iyice hızlanmış ve hastalar gün geçtikçe daha küçük parçalar halinde incelenmeye başlanmıştır. Tıp alanındaki bilgilerin artmasının kaçınılmaz bir sonucu olarak ortaya çıkan bu durum, hastaların önceleri tedavi şekillerine göre (cerrahi-dahiliye), daha sonraları ise yaşa (pediatri-geriatri), cinse (kadın hastalıkları), hastalıkların tuttuğu organlara göre (nefroloji, kardiyooloji vb.) ayrılmasına neden olmuştur”* (Özkaya, 2016).

Aile hekimliği kavramı dünya ülkelerinde genel pratisyenlik ibaresi ile eş anlamlı olarak kullanılmakta ve uygulamalarda her ülkeye göre değişiklik sergilemektedir. Bu deyimlerin meydana gelmesinde ana neden, her bir ülkenin öz sağlık hizmeti gereksinimlerini göz önünde bulundurarak aile hekimliklerini geliştirmeleridir. Yaklaşık olarak her ülkede aile hekimliği uygulama biçimleri farklılık sergilese de genelde aile hekimliği ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin kilit taşı meydana getirmektedir (Baş, 2017).

Orta ve Doğu Avrupa’da 20. yüzyılın sonlarında yaşanan farklılıklar neticesinde ülkelerin bazıları Avrupa Birliği’ne üye olurken, diğer bir kısmı ise siyasi ve ekonomik kararsızlıkla mücadele etmiştir. Özellikle Avrupa’da birinci basamak sağlık sisteminde neredeyse her konuda detaylı farklılıklar oluşmuş ve sağlık hizmeti uygulanmasında eş kararlara doğru yön verilmesi amaçlanmıştır (Oleszczyk ve ark., 2012). Aile hekimleri pek çok ülkenin kırsalında ciddi ameliyatlara yapmak için davet edilebilmekte, doğumlara katılabilmekte, Amerika ve Hollanda’da hastanedeki hastalarla ilgilenebilmekte, Küba’da halk sağlığı sistemini kontrol edebilmekte veya bunların birkaç tanesini yapmak zorunda kalabilmektedirler. Fakat aile hekimlerinin sağlık sistemleri yönünden, hastaları ile devam eden tedavi ilişkisi ve kapsamlılık olarak tanımlanabilen sağlık ile alakalı ihtiyacı olan herhangi bir bireye hizmet vermeleri biçiminde iki ortak amaç vardır (Roberts ve ark., 2011).

2.6. Türkiye’de Aile Hekimliği

İlk olarak sağlık ocağı hekimliğinin alt dalı olarak bilinen aile hekimliği farklı bir uzmanlık alanı olarak görülmemiştir. Aile hekimliği ilk kez Türkiye’de dünya ile aynı zamanlı olarak 1970’lerde gündeme gelmiştir. Sonrasında 1983’de aile hekimliği Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği’ne dahil edilerek uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir (Algın ve ark., 2004).

Aile hekimliği ana sağlık hizmetlerini kuvvetlendirmek için programlanmış bir sistemdir. Devletin üzerinde olan görevin bireyle paylaşımı hedeflenmiştir. Esas hedeflerinden biri de bireyin kendi seeeği aile hekiminden hizmet alarak daha etkili ve iyi bir doktor hasta ilişkisi hedeflenmektedir (Kasapoğlu, 2016). Bir diğer amaç ise, halkın sağlık düzeyini yükseltmek, her bireyin sağlık hizmetlerine ulaşmasını hakkaniyet ilkesi öncülüğünde sağlamak, kıy-kent veya doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine ulaşımı ve sağlık sembolleri ile ilişkili farlılıkların ortadan kaldıymasını içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2003 yılında Türkiye sağlık hizmetleri bakımından çok değerli olabilecek “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*” hazırlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ilk olarak aile hekimliği sistemine geçilmiş ve sağlık ocakları kapatılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin beraberinde koruyucu sağlık ve ana ocuk sağlığı hizmetleri de güçlendirilmiştir. Modern sağlık sisteminin önemli unsuru olan aile hekimliği uygulaması bütün ülkede yaygınlaştırılmıştır. Bunların yanında sağlığın bozulmasını önlemek ve erken ölümlerin önüne geçmek amacıyla detaylı programlar hazırlanarak hayata geçirilmiş, anne ve ocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, koruyucu sağlık olmak üzere birçok farklı alanda reform niteliğinde gelişmeler yaşanmıştır (Seçtim, 2019; Torun ve Kutlar, 2018).

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem gittikçe artmıştır. Düzce’de 2005 yılında pilot olarak başlanan Aile Hekimliği Uygulaması’na 2010 yılında tüm ülke dahil edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamakta yapılan muayene sayısı %100 artarak, 2003 yılında 85 milyon iken 2008 yılında 170 milyona ulaşmıştır (Sülkü, 2011). Sağlık hizmetlerinde 2013 yılı itibariyle Türkiye’de etkin bir şekilde çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 3,62’dir. Benzer biçimde 2013 yılı itibariyle 21,175 aile hekimliği biriminin 1,215’i uzman hekim, 19,960’ı pratisyen hekimden oluşmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013). Sağlık hizmetlerinde hekime başvuru sayısı 2023 yılında toplam sayısı 973 milyon 519 bin 87 olarak belirtilmiştir. Bu sayı 2022 yılında ise 855 milyondur. 2023 yılında hekime başvurunun yüzde 43.3’ birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken, yüzde 56.7’si ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Ülkemizde ana sağlık hizmetlerinin iyileştirilebilmesi, kaliteli, etkili, verimli ve hakkaniyete uygun biçimde birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sunumu için, Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarına erişmesinin bir yolu olarak, diğer ülke örnekleri ile ülkemiz koşullarını ve istekleri hesaba katılarak, ülkemize ait bir Aile Hekimliği Modeli

oluşturulmuştur. Bu çerçevede aile hekimliği uygulamasıyla ilgili ilk düzenlemeler yapılarak, 24.11.2004 tarihli ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 12.08.2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik ile aile hekimliği uygulamasına ilişkin ana usul ve esaslar belirlenmiştir. Uygulamaya geçilmesi ile beraber ülke genelinde, bilimsel ve teknolojik ilerlemeler ve hizmet ihtiyacındaki farklılıklar göz önüne alınarak, hizmet ortamlarının fiziki şartları ve teknik donanımlarının ilerletilmesi, aile hekimliği hizmetlerinin içeriklerinin nitelik ve niceliğinin çoğaltılması, aile hekimliği çalışanlarının bilgi, deneyim ve kapasitesinin artırılması için araştırmalara yoğunluk verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 30 Ekim 2024 Çarşamba günü Resmî Gazete ’de açıklanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelikte; hekim başına düşen hasta sayısının azaltılarak insanlara aile hekimliklerince ayrılan zamanın artırılması, kronik hastalık ve kanserlere yönelik tarama ve izlemlerin etkili bir şekilde yapılması hedeflenmektedir (T.C. Resmi Gazete, 2024).

2.7. Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Aile hekimleri cinsiyet, yaş ve hastalık fark etmeksizin topluma devamlı ve toplumu sahiplenici hizmet vermek ile yükümlüdürler. Bu hizmetler kimi zaman tedavi edici kimi zaman da koruyucu hizmetlerdir. Bireylerin sağlığını iyileştirmek için tedavici edici hizmetler ile koruyucu sağlık hizmetleri beraber verilir (WONCA, 2002). Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül korumayı içermektedir (Brown ve Hazlewood, 2009). Korumaların bu dört şekli 1999 yılında WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi aracılığı ile Aile Hekimliği sözlüğünde yerini almıştır (Bentsen ve ark., 1991).

- Birincil koruyucu sağlık hizmetleri; Kişi veya toplum temelinde meydana gelmeden önce sağlık probleminin sebeplerini yok etmek veya kurtulmak adına yapılan durumlarıdır. Üstelik sağlığı artırma ve belirli muhafazayı da kapsar. Bağışıklama, tehlikeli davranışlardan uzaklaşmak vb. bu koruma seviyesine örnektir.
- İkincil koruyucu sağlık hizmetleri; Bir kişinin veya bir toplumdaki erken süreçteki bir sağlık sorununu ölçmek için yapılan olaylardır. Böylece sağlık sorununun yayılması engellenir, uzun süreli etkileri düşer ve uygulanacak olan tedavi hafifler. Serviks, meme

ve kolorektal kanser izlemleri ikincil koruyucu sağlık hizmetlerine 6rnek olarak verilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

- üçüncül koruyucu sağlık hizmetleri; Akut ya da kronik sağlık problemine ilişkin olarak işlevsel hasarı azaltarak, bir kişide veya bir toplumdaki sağlık probleminin kronik etkilerini en aza indirmek için verilen hizmetlerdir. Diyabet veya hipertansiyon benzeri kronik hastalıkların istenmeyen durumları doğrultusunda yapılan devamlı muayeneler üçüncül koruyucu sağlık hizmetlerindedir.
- Dördüncül koruyucu sağlık hizmetleri; İnvazif tıbbi girişimlerden muhafaza etmek için aşırı medikalizasyon tehlikesinde olan hasta ya da toplumu isimlendirmek ve onlara etik olarak kabul edilebilir bakım usullerini sağlamak adına uygulanan metotlardır.

Bu dört koruma haricinde 1978 yılında Strasser doğrultusunda sunulan ayrıca bir koruma seviyesi de primordial korumadır. Bu koruma hastalıkların meydana gelmesinde rol oynadığı bilinen sosyal, ekonomik ve kültürel hayat örüntülerinin meydana gelmesini engellemektedir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017).

2.8. Aile Hekimliğinin Sağlık Hizmetlerine Katkısı

Ülkemizde aile hekimliği ile sağlık hizmetlerinin kişilere coğrafi yönden uygun biçimde eriştirilebilmeli, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun da katılımı olacak biçimde bireylerin yaşam sürdürdükleri ve çalıştıkları ortamlarda koruyucu, tanı koyucu tedavi ve rehabilite edici yönüyle hizmet vermek temel amaçtır. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlı eğitimle gelişim göstermesi ve kuvvetlendirilmesi, hekimler ile diğer sağlık elemanlarının motivasyonu, kişi beklentilerinin göz önüne alınarak koruyucu sağlık sistemine yoğunluk verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkeler ikinci basamakta yığılmayı önleyecek, ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterli vakit ayrılmasını sağlayacaktır. Aile hekimliğinin çok yönlü bir sağlık tutumu olduğu varsayılırsa aile hekimliği, bütüncül bir sağlık hizmeti tutumunu öngörmektedir. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal taraflarıyla gözlemlemektedir. Kişi odaklı olmasıyla birlikte bütünlüştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeni ile aile hekimliği uygulaması temel bir yapı taşıdır. Zamanla yükselen orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti ihtiyaçları, onları tanıya ve kolay erişebilecekleri aile hekimleri aracılığı ile çok daha verimli bir şekilde karşılanabilecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulabilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının haricinde ikinci ve nc basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha verimli ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine olanak sağlayacaktır. Dünya Sağlık rgt, 2010 yılına kadar kişilerin aile ve topluma dayalı esas sağlık hizmetlerine daha iyi erişilebilmesini, Alma Ata kongresinde de alınan kararın devamında 21. yüzyılda ‘‘Herkes için Sağlık’’düşüncesini amaçları arasında düşünmektedir. Bu amacı gerçekleştirmeyi hedefleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye bağlı başlıca sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ve yetenek ile kalifiyeli sağlık ekipleri ile birlikte, bütünleşmiş bir biçimde sunmayı düşünmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen değer aile hekimliği uygulaması için çok önemlidir. Aile Hekimliği sistemi, toplumda hastalıkların önlenmesinden daha çok hastalığın oluşmaması için çaba gösteren bir sistemdir. Bu açıdan aile hekimliği sisteminin gelişmesi bireylerin bilinçli sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilişkili olabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre aile hekimi tercihi değişiklik gösterebilmektedir. Bu bağlamda çalışma bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin aile hekimi tercihleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada yanıt aranan araştırma soruları aşağıda yer almaktadır;

- Bireylerin sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir? (Kesme Noktası= 3,10±0,57)
- Bireylerin aile hekimi tercih etmemesi ne düzeydedir?
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin aile hekimi tercih etmeme düzeyi ilişkisi var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma İç Anadolu Bölgesi'nde yer alan Konya il merkezinde; Selçuklu, Meram, Karatay ilçelerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde (Selçuklu, Meram, Karatay) ikamet eden 18 yaş üstü bireyler oluşturmuştur. Bu bağlamda 18 yaş üstü Konya'da (Selçuklu, Meram, Karatay) nüfusu 2024 yılı itibariyle 965.758'dir (YSK, 2023).

Hedef kitledeki birey sayısı biliniyorsa, $n = Nt^2 pq/d^2 (N-1) + t^2 pq$ formülleri kullanılır (Baş, 2010).

N: Hedef kitledeki birey sayısı (965 758)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) (0,5)

q: İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) (0,5)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosundaki değeri ($t=1,96$ alfa= 0.05'de sonsuz serbestlik derecesinde teorik t değeri)

d: Kabul edilen örnekleme hatası (0,05) olarak alınmıştır. Bu doğrultuda $n = (965 758)(1.96)^2 (0.5 \times 0.5) / (0.05)^2 (965 758 - 1) + (1.96)^2 (0.5 \times 0.5)$ örneklem 384 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Konya’da ikamet eden 18 yaş üstü birey olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Türkçe okuryazar olmak

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aile hekimi tercih etmeme arasında bir ilişki vardır

H2: Sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aile hekimi tercih etmeme alt boyutları arasında bir ilişki vardır.

H3: Aile hekimi tercih etmeme düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir ilde ikamet eden 18 yaş üstü bireyleri kapsamı, araştırma sonuçlarının sadece araştırmaya katılan grup için geçerli olması, katılımcıların anket ifadelerini anlayarak cevapladığının varsayılması, veri toplama süresinin uzunluğu sınırlılıkları oluşturmaktadır.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verileri “*Kişisel Bilgi Formu*”, “*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği*” ve “*Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri Ölçeği*” sırasıyla açıklanmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatürde yer alan benzer çalışmalar incelenerek hazırlanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinin yer aldığı bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum gibi tanımlayıcı bilgilere yönelik sorularla birlikte; düzenli ilaç kullanımı, sağlık bilgisine ulaşma, aile hekimine başvurma durumu gibi sağlık ile ilişkili sorular da bulunmaktadır. Kişisel Bilgi Formu 14 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOÖ), Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek toplam 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her maddesi 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor ve 5=Fikrim yok olarak değerlendirilir. 5’li likert tipi şeklinde hazırlanmıştır. “*Tedavi ve Hizmet*” (TH) ve “*Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın*

Geliştirilmesi” (HK/SG) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi ise, 0; en düşük sağlık okuryazarlığı, 50; en yüksek sağlık okuryazarlığı şeklindedir. Ölçeğe verilen cevaplara göre ölçekten 0-50 arasında değerler alınabilmektedir. Ölçeğin birinci alt boyutu olan “*Tedavi ve Hizmet*” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0,880; ikinci alt boyutu olan “*Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi*” boyutunun Cronbach Alpha katsayısı ise 0,863’dür. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0,927 olarak saptanmıştır.

3.6.3. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri ölçeği

Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri Ölçeği (BAHTES), Baş ve Oksay tarafından 2017 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, toplam 27 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri, 1=Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li likert tipte değerlendirilir. Ölçek alt boyutları sırasıyla; “*Bireylerin Kişisel Algısı*” alt boyutu sekiz maddeden (8, 9, 10, 11,18, 23, 24, 25) oluşmaktadır. “*Aile Hekimliğinin Yetersiz Bulunması*” alt boyutu dört maddeden (17, 19, 20, 21) oluşmaktadır. “*Aile Hekiminin Bilgi ve Beceri Eksikliği*” alt boyutu üç maddedir (1, 2, 3). “*Aile Hekimine Olan Güvensizlik*” alt boyutu üç maddeden (12,13,14) oluşmaktadır. “*Aile Hekimliği Kapsamının Dar Olması*” alt boyutu dört maddedir (4, 5, 6, 7). “*Sistemin Bireyleri Aile Hekimliğine Yönlendirmemesi*” alt boyutu üç madde (15,16,22) ve “*Bireylerin Hastalık Durumu*” alt boyutu iki maddeden (26, 27) oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları ise “*Bireylerin Kişisel Algısı*” alt boyutunda 0,867; “*Aile Hekimliğinin Yetersiz Bulunması*” alt boyutunda 0,779; “*Aile Hekiminin Bilgi ve Beceri Eksikliği*” alt boyutunda 0,795; “*Aile Hekimine Olan Güvensizlik*” alt boyutunda 0,812; “*Aile Hekimliği Kapsamının Dar Olması*” alt boyutunda 0,715; “*Sistemin Bireyleri Aile Hekimliğine Yönlendirmemesi*” alt boyutunda 0,679 ve “*Bireylerin Hastalık Durumu*” alt boyutunda ise 0,480 şeklindedir. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayı değeri 0,905 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutların Cronbach Alpha değerleri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3. 1. Ölçekler ve alt boyutların Cronbach Alpha değerleri.

Ölçek/Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
TSOÖ	32	,954
FAKTÖR 1 Tedavi ve hizmet	16	,925
FAKTÖR 2 Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	16	,921
BAHTES	27	,961
FAKTÖR 1 Bireylerin kişisel algısı	8	,860
FAKTÖR 2 Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	4	,842
FAKTÖR 3 Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	3	,883
FAKTÖR 4 Aile hekimine olan güvensizlik	3	,854

Tablo 3. 1. Ölçekler ve alt boyutların Cronbach Alpha değerleri (Devamı).

Ölçek/Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
FAKTÖR 5 Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	4	,886
FAKTÖR 6 Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	3	,729
FAKTÖR 7 Bireylerin hastalık durumu	2	,347

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hem yüz yüze hem de “*Google Forms*” aracılığıyla, çevrimiçi anket şeklinde Temmuz 2023-Kasım 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamada, anket doldurma süresi ortalama 15 dakikadır. “*Google Forms*” üzerinden cevaplanan anket sayısı (206), yüz yüze cevaplanan anket sayısı ise (180)’dir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 07.06.2023 tarihli ve 2023/453 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır (EK-4). Bireysel onamlar ise hazırlanan anket formunun ön kısmında belirtilmiştir. Araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri e-posta aracılığıyla alınmıştır (EK-5).

3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Ölçeklerin normal dağılıma uygunluğunda normallik testinden Kolmogorov-Smirnov (0,000) esas alınmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği çalışmada iki bağımsız grupta Mann Whitney U testi; üç ve üzeri bağımsız grupta Kruskal Wallis-H testinden yararlanılmıştır. İki ölçek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Spearman Korelasyon testi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri ile ilişkisini değerlendirmek için yapılan bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4. 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (N= 386).

Cinsiyet	N	%
Kadın	201	52,1
Erkek	185	47,9
Yaş		
18-25	125	32,4
26-35	99	25,6
36-45	64	16,6
46+	98	25,4
Medeni Durum		
Evli	205	53,1
Bekar	181	46,9
Eğitim Durumu		
Okuryazar-ilköğretim	45	11,7
Lise	80	20,7
n lisans	33	33
Lisans	162	42,0
Lisansüstü	66	17,1
Çalışma Durumu		
alışıyor	208	53,9
Çalışmıyor	178	46,1
İkamet Durumu		
Selçuklu	200	51,8
Meram	97	25,1
Karatay	89	23,1
Ailenin ortalama aylık geliri		
Gelir giderden fazla	141	36,5
Gelir gidere eşit	193	50,0
Gelir giderden az	52	13,5
Birlikte yaşadığı kişi sayısı		
Yalnız/1 kişi	86	22,3
2 kişi	83	21,5

Tablo 4. 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (N= 386) (Devamı).		
Cinsiyet	N	%
3 kişi	74	19,2
4 kişi+	143	37,0
Kronik hastalık durumu		
Evet	94	24,4
Hayır	292	75,6
Düzenli kullanılan ilaç var mı		
Evet	115	29,8
Hayır	271	70,2
Son bir yılda aile hekimine başvuru sayısı		
0-4 kez	252	65,3
5-9 kez	95	24,6
10+	39	10,1
Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?		
Tv, radyo, internet, gazete	74	19,2
Doktor	251	65,0
Tanıdık, aile, arkadaş	61	15,8
Aile hekiminizin yaşı		
Genç	81	21,0
Orta yaş	262	67,9
Yaşlı	43	11,1
Aile hekiminizin cinsiyeti		
Kadın	185	47,9
Erkek	201	52,1
Herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak kime başvurursunuz		
Aile hekimi	163	42,2
Uzman hekim	144	37,3
Fark etmez	79	20,5

Tablo 4.1'e göre, katılımcıların %52,1'i kadın, %32,4'ü 18-24 yaş aralığında, %53,1'i evli, %42'si lisans mezunu, %53,9'u çalışan ve %50'sinin geliri giderine eşittir. Çalışmaya katılan bireylerin %51,8'i Selçuklu ilçesinde ikamet etmekte ve %37'si 4 ve üzeri aile bireyi ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %75,6'sının kronik hastalığı bulunmamakta, %70,2'si düzenli ilaç kullanmamakta, %65'i genel olarak ilk sağlık bilgisine doktor aracılığıyla ulaşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %65'3'ü son bir yılda aile hekimine 0-4 kez başvurmakla birlikte %42,2'si herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine başvurduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların %52,1'inin aile hekimi kadın ve %67,9'unun aile hekimi orta yaşlıdır.

4.1.1. Katılımcıların TSOÖ düzeylerine ilişkin bulgular

Katılımcıların “*Türkiye Sağlık Okuryazarlık*” Ölçeğine ilişkin bulgular bu başlık altında ve Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 2. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği maddelerinin puan ortalamaları.

Madde	Ort ± SS
1.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	3,17±,84
2.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	3,12±,90
3.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	2,96±,97
4.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	3,28±,85
5.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulma	3,32±,90
6.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	3,32±,89
7.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma	3,13±,86
8.Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	3,15±,84
9.Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	3,00±,89
10.Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	3,36±,79
11.İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	3,30±,81
12.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	3,05±,87
13.Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	3,19±,85
14.Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	3,00±,97
15.Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	2,96±,91
16.Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	3,36±,80
17.Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	3,03±,92
18.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	3,17±,84
19.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	3,27±,76
20.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	3,23±,80
21.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	3,28±,78
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	3,10±,86
23.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	3,21±,82
24.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	2,90±,95
25.Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	2,89±1,01
26.Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	3,09±,85

Tablo 4. 2. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği maddelerinin puan ortalamaları (Devamı).

Madde	Ort ± SS
27.Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	2,99±,93
28.Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	3,28±,76
29.Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	2,78±1,05
30.Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	2,59±1,00
31.Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	3,03±,87
32.Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	3,32±,94

(min:1-max:5).

Tablo 4.2'ye göre ölçekteki en yüksek puan ortalamasını alan maddeler sırasıyla “Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak” (3,36±,80), “Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak” (3,36±1,79) şeklindedir. En düşük puan ortalamasına sahip maddeler ise sırasıyla “Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek” (2,78±1,05) ve “Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” (2,59±1,00) olarak tespit edilmiştir.

4.1.2. Katılımcıların TSOÖ düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Katılımcıların “Türkiye Sağlık Okuryazarlık” Ölçeğinden elde ettikleri puanlar ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için yapılan analizler aşağıdaki tablo (Tablo 4.3)'te sunulmuştur.

Tablo 4. 3. Türkiye sağlık okuryazarlık düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

Ölçek /Alt boyut	Cinsiyet	N	Sıra Ort	Sıra Top.	z	U	p
Tedavi ve hizmet	Kadın	201	188,77	37942	-,870	17641	0,384
	Erkek	185	198,64	36749			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Kadın	201	188,12	37624	-,807	17524	0,420
	Erkek	185	197,26	36296			
Sağlık Okuryazarlık	Kadın	201	189,05	38000	-,816	17699	0,414
	Erkek	185	198,33	36691			
Medeni Durum							
Tedavi ve hizmet	Evli	205	203,66	41751	-2,262	16469	0,057
	Bekar	181	181,99	32940			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Evli	205	196,82	40347	-1,469	17462	0,414
	Bekar	181	187,56	33572			
Sağlık Okuryazarlık	Evli	205	200,86	41176	-1,837	17044	0,168
	Bekar	181	185,17	33515			

Tablo 4. 3. Türkiye sağlık okuryazarlık düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Cinsiyet	N	Sıra Ort	Sıra Top.	z	U	p
Kronik Hastalık Durumu							
Tedavi ve hizmet	Evet	94	182,27	17133	-1,123	12668	0,261
	Hayır	292	197,11	57557			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Evet	93	183,41	17057	-,907	12686	0,364
	Hayır	291	195,40	56862			
Sağlık Okuryazarlık	Evet	94	182,64	17168	-1,085	12703	0,278
	Hayır	292	196,99	57522			
Düzenli Olarak Kullanım Durumu							
Tedavi ve hizmet	Var	115	183,33	21083	-1,167	14413	0,243
	Yok	271	197,81	53607			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Var	115	182,55	20811	-1,142	14256	0,254
	Yok	271	196,70	53109			
Sağlık Okuryazarlık	Var	115	183,09	21055	-1,194	14385	0,232
	Yok	271	197,92	53635			
Çalışma Durumu							
Tedavi ve hizmet	Çalışan	208	206,90	43036	-2,554	15724	0,011
	Çalışmayan	178	177,84	31655			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Çalışan	208	204,44	42524	-2,293	15820	0,022
	Çalışmayan	178	178,39	31396			
Sağlık Okuryazarlık	Çalışan	208	206,47	42946	-2,469	15814	0,014
	Çalışmayan	178	178,34	31745			
Aile Hekimi Cinsiyeti							
Tedavi ve hizmet	Kadın	185	208,59	38589	-2,552	15800	0,011
	Erkek	201	179,61	36101			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Kadın	185	210,56	38742	-3,059	15077	0,002
	Erkek	201	175,86	35177			
Sağlık Okuryazarlık	Kadın	185	210,71	38981	-2,908	15408	0,004
	Erkek	201	177,66	35709			

p<0,05 *Mann Whitney U Testi.

Tablo 4.3'e göre katılımcıların çalışma durumları ile Sağlık Okuryazarlık (p=,014), Tedavi ve Hizmet (p=,011) ve Sağlığın Geliştirilmesi (p=,022) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre Sağlık Okuryazarlık, Tedavi ve Hizmet, Sağlığın Geliştirilmesi düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların aile hekimlerinin cinsiyeti ile Sağlık Okuryazarlık ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir. Katılımcıların kadın aile hekimlerinin erkek aile hekimlerine göre Sağlık okuryazarlık (p=,004), Tedavi ve Hizmet (p=,011) ile Sağlığın Geliştirilmesi (p=,002) düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların cinsiyet,

medeni durum, kronik hastalığa sahip olma ve düzenli ilaç kullanımı ile Sağlık Okuryazarlık Ölçütü ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,005$).

Tablo 4. 4. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği ile tanımlayıcı özellikleri.

Ölçek/Alt Boyut	Eğitim	N	Sıra Ort	χ^2	sd	p
Tedavi ve hizmet	Okuryazar-İlköğretim	45	138,58	25,035	4	0,000
	Lise	80	195,97			
Tedavi ve hizmet	Ön lisans	33	212,77	25,035	4	0,000
	Lisans	162	184,27			
	Lisansüstü	66	240,98			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Okuryazar- İlköğretim	44	148,02	18,136	4	0,001
	Lise	80	203,74			
	Ön lisans	33	208,98			
	Lisans	161	180,30			
	Lisansüstü	66	230,05			
Sağlık Okuryazarlık	Okuryazar- İlköğretim	45	137,39	25,467	4	0,000
	Lise	80	202,20			
	Ön lisans	33	211,70			
	Lisans	162	182,43			
	Lisansüstü	66	239,30			
Ailenin ortalama aylık geliri						
Tedavi ve hizmet	Gelir giderden fazla	141	207,40	3,750	2	0,153
	Gelir gider eşit	193	187,52			
	Gelir giderden az	52	178,03			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Gelir giderden fazla	141	195,32	,328	2	0,849
	Gelir gider eşit	193	189,31			
	Gelir giderden az	52	196,83			
Sağlık Okuryazarlık	Gelir giderden fazla	141	202,51	1,471	2	0,479
	Gelir gider eşit	193	188,87			
	Gelir giderden az	52	186,26			
İkamet durumu						
Tedavi ve hizmet	Selçuklu	200	182,06	10,036	2	0,007
	Meram	97	224,43			
	Karatay	89	185,51			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Selçuklu	198	179,79	10,491	2	0,005
	Meram	97	223,67			
	Karatay	89	186,80			
Sağlık Okuryazarlık	Selçuklu	200	180,90	11,295	2	0,004
Sağlık Okuryazarlık	Meram	97	226,24	11,295	2	0,004
	Karatay	89	186,12			

$p<0,05$ *Kruskal Wallis Testi.*

Tablo 4.4'e göre katılımcıların eğitim durumu ile Sağlık Okuryazarlık ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre yapılan Post Hoc (Tamhane) testi sonucuna göre hangi gruplar arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Okuryazar/ilköğretim eğitime sahip katılımcılara göre lise, ön lisans ve lisansüstü eğitime sahip katılımcıların Tedavi ve Hizmet, Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlık Okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir. Lisans eğitime sahip katılımcıların lisansüstü eğitime sahip katılımcılara göre Sağlık Okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların gelir durumu ile ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmemiştir. İkamet durumları ile Sağlık Okuryazarlık ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre Selçuklu ilçesinde ikamet eden bireylerin Meram ilçesinde ikamet eden bireylere göre Sağlık Okuryazarlık, Tedavi ve Hizmet, Sağlık Geliştirilmesi düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların yaşları ile Sağlık Okuryazarlık ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların 26-35 yaş ve 36-45 yaş aralığındaki katılımcılardan Tedavi ve Hizmet düzeyleri daha büyüktür. Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlık okuryazarlık düzeyleri 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların 26-35 yaş aralığındaki katılımcılardan; 26-35 yaş aralığındaki katılımcıların da 46 yaş ve üzeri katılımcılardan yüksektir.

Tablo 4. 5. Sağlık okuryazarlık ve alt boyutları karşılaştırmasına ilişkin bulgular.

Ölçek/Alt Boyut	Aile Hekimi Yaşı	N	Sıra Ort	x ²	sd	p
Tedavi ve hizmet	Genç	81	214,38	5,503	2	0,064
	Orta Yaş	262	191,53			
	Yaşlı	43	166,20			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Genç	81	214,60	4,255	2	0,119
	Orta Yaş	262	187,67			
	Yaşlı	41	179,73			
Sağlık Okuryazarlık	Genç	81	215,09	4,848	2	0,089
	Orta Yaş	262	190,37			
	Yaşlı	43	171,92			
Yaş						
Tedavi ve hizmet	18-25	125	168,52	22,179	3	0,000
	26-35	99	230,09			
	36-45	64	215,04			
	46+	98	174,39			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	18-25	124	173,54	21,112	3	0,000
	26-35	99	235,63			
	36-45	64	189,36			
	46+	97	174,79			

Tablo 4. 5. Sağlık okuryazarlık ve alt boyutları karşılaştırmasına ilişkin bulgular (Devamı).

Ölçek/Alt Boyut	Aile Hekimi Yaşı	N	Sıra Ort	x ²	sd	p
Sağlık Okuryazarlık	18-25	125	170,94	22,977	3	0,000
	26-35	99	235,84			
	36-45	64	202,77			
	46+	98	173,46			
Birlikte yaşadığı kişi sayısı						
Tedavi ve hizmet	Yalnız 1 kişi	86	222,10	13,355	3	0,004
	2 kişi	83	203,13			
	3 kişi	74	197,11			
	4 kişi+	143	168,84			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Yalnız 1 kişi	85	223,42	19,079	3	0,000
	2 kişi	83	207,10			
	3 kişi	73	199,47			
	4 kişi+	143	162,09			
Sağlık Okuryazarlık	Yalnız 1 kişi	86	224,93	18,021	3	0,000
	2 kişi	83	206,36			
	3 kişi	74	199,26			
	4 kişi+	143	164,15			
Son bir yılda aile hekimine başvuru sayısı						
Tedavi ve hizmet	0-4 kez	252	200,00	4,755	2	0,093
	5-9 kez	95	190,60			
	10+	39	158,55			
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	0-4 kez	250	195,02	1,023	2	0,600
	5-9 kez	95	192,77			
	10+	39	175,71			
Sağlık Okuryazarlık	0-4 kez	252	198,15	2,643	2	0,267
	5-9 kez	95	192,01			
	10+	39	167,08			

Tablo 4.5 incelendiğinde aile hekiminin yaşı ve son bir yılda aile hekimine yapılan başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlık ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Katılımcıların yaşı ile sağlık okuryazarlık, tedavi ve hizmet, sağlığın geliştirilmesi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların 26-35 yaşa aralığındakilere göre; 26 -35 yaş aralığındaki katılımcıların da 46 yaş ve üzeri katılımcılara göre tedavi ve hizmet, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksektir. Birlikte yaşadığı kişiler açısından bir değerlendirme yapıldığında sağlık okuryazarlık düzeyi ve alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmüştür. Buna göre farklılığın yalnız/1 kişi yaşayan katılımcılar ile 4 ve üzeri kişi ile

yaşayan katılımcılar arasında olduğu; yalnız/ 1 kişi yaşayan katılımcıların bu düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.1.3. Katılımcıların BAHTES düzeylerine ilişkin bulgular

Katılımcıların “*Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri*” Ölçek maddelerinden elde ettikleri puan ortalamaları (Tablo 4.6)’da sunulmuştur.

Tablo 4. 6. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme ölçek maddelerinin puan ortalamaları.

Madde	Ort ± SS
1.Aile hekiminin bilgisine güvenmediğim için hastaneye gidiyorum.	2,24±1,24
2.Genel anlamda uzman hekimin aile hekiminden daha bilgili olduğunu düşündüğüm için hastaneye gidiyorum.	2,80±1,42
3.Aile hekiminin deneyimli olduğunu düşünmediğim için hastaneye gidiyorum.	2,46±1,34
4.Aile hekimine mesai saatlerinden sonra ulaşamadığım için hastaneye gidiyorum.	2,79±1,47
5.Aile hekimliğinde tahlil ve tetkik imkânları sınırlı olduğu için hastaneye gidiyorum	3,18±1,44
6.Aile hekimliğinde yapılan tahlil sonuçlarının çıkması uzun sürdüğü için hastaneye gidiyorum.	2,77±1,33
7.Hastaneler aile hekimliklerine göre daha kapsamlı teşhis ve tedavi imkânı sunduğu için gidiyorum.	3,18±1,49
8.Aile hekimliklerinin dış görünümü, sağlık sorunumun çözüleceği güvenini vermediği için hastaneye gidiyorum.	2,18±1,30
9.Aile hekiminin daha kötü davranmasından dolayı hastaneye gidiyorum.	1,80±1,10
10.Aile hekimliği evime uzak olduğu için aile hekimine gitmiyorum.	1,86±1,08
11.Aile hekimi ile tanışıklığım olmadığı için hastaneye gidiyorum.	1,76±1,03
12.Aile hekimine muayene olmaya gittiğimde genellikle muayene etmeden ilaç yazdığı için hastaneye gidiyorum.	2,20±1,27
13.Aile hekiminin risk almaktan kaçındığını düşündüğüm için hastaneye gidiyorum	2,27±1,23
14.Aile hekimine gittiğimde genellikle hastaneye yönlendirdiği için aile hekimine gitmiyorum.	2,37±1,33
15.Aile hekimliğine gitmem için herhangi bir zorlama (yaptırım) olmadığı için aile hekimine gitmiyorum.	2,01±1,15
16.Uzman hekime ulaşmak kolay olduğu için aile hekimime gitmiyorum	2,16±1,25
17.Aile hekimlerini sadece ilaç yazan, rapor veren kişiler olarak bildiğim için herhangi bir rahatsızlığımda hastaneye gidiyorum.	2,14±1,22
18.Aile hekimliği hakkında bilgim olmadığı için hastaneye gidiyorum.	1,89±1,09
19.Aile hekimliği uygulamasının sağlık ocağı uygulamasından farklı olduğunu düşünmediğim için hastaneye gidiyorum.	2,20±1,23
20.Aile hekimliğine yönelik bilgilendirme ve tanıtım eksikliği olduğu için aile hekimine gitmiyorum.	2,08±1,15
21.Aile hekimine gitmeyi zaman kaybı olarak gördüğüm için hastaneye gidiyorum.	2,25±1,28
22.Hastanelerde muayene katılım ücreti yüksek olmadığı için hastaneye gidiyorum.	2,06±1,15
23.Basit bir hastalığımda bile hastaneye gittiğimde, uzman doktor aile hekimine yönlendirmediği için aile hekimine gitmiyorum.	2,22±1,24
24.Hastaneye gitmek benim için bir alışkanlık olduğundan dolayı gidiyorum.	2,06±1,24
25.Aile hekimliği binasının fiziki durumundan (bekleme salonunun soğukluğu, bekleme salonunun küçük ve dar olması vb.) dolayı hastaneye gidiyorum.	2,09±1,17

Tablo 4. 6. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme ölçek maddelerinin puan ortalamaları (Devamı).

Madde	Ort ± SS
26.Kronik hastalığım (şeker, yüksek tansiyon, astım vb.) olduğu için hastaneye gidiyorum.	2,22±1,35
27.Hastalığının ciddi olduğunu düşündüğüm zamanlarda hastaneye gidiyorum.	3,65±1,37

Tablo 4.6'ya göre ölçekteki en yüksek puan ortalamasını alan maddeler sırasıyla “Hastalığının ciddi olduğunu düşündüğüm zamanlarda hastaneye gidiyorum” (3,65±1,37), “Hastaneler aile hekimliklerine göre daha kapsamlı teşhis ve tedavi imkânı sunduğu için gidiyorum.” (3,18±1,49) ve “Aile hekimliğinde tahlil ve tetkik imkânları sınırlı olduğu için hastaneye gidiyorum” (3,18±1,44) şeklindedir. En düşük puan ortalamasına sahip maddeler ise sırasıyla “Aile hekimi ile tanışıklığım olmadığı için hastaneye gidiyorum” (1,76±1,03) ve “Aile hekiminin daha kötü davranmasından dolayı hastaneye gidiyorum” (1,80±1,10) olarak tespit edilmiştir.

4.1.4. Katılımcıların BAHTES düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Katılımcıların “Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri” Ölçeğinden elde ettiği puanlar ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkileri değerlendirmek için yapılan analizlerin sonuçları aşağıdaki tablo (Tablo 4.7)'de belirtilmiştir.

Tablo 4. 7. Cinsiyet ve medeni durum.

Ölçek /Alt boyut	Cinsiyet	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	z	U	p
Bireylerin kişisel algısı	Kadın	201	199,53	40105	-1,109	17381	0,267
	Erkek	185	186,95	34586			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Kadın	201	206,53	41512	-2,413	15973	0,016
	Erkek	185	179,34	33178			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Kadın	201	206,65	41537	-2,429	15948	0,015
	Erkek	185	179,21	33153			
Aile hekimine olan güvensizlik	Kadın	201	209,94	42198	-3,046	15287	0,002
	Erkek	185	175,64	32492			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Kadın	201	210,74	42358	-3,173	15128	0,002
	Erkek	185	174,77	32333			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Kadın	201	208,72	41952	-2,829	15533	0,005
	Erkek	185	176,96	32738			
Bireylerin hastalık durumu	Kadın	201	211,04	42419	-3,273	15066	0,001
	Erkek	185	174,44	32271			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Kadın	201	210,93	42396	-3,199	15089	0,001
	Erkek	185	174,56	32294			
Medeni Durum							
Bireylerin kişisel algısı	Evli	205	183,75	37669,00	-1,832	16554	0,067
	Bekar	181	204,54	37022,00			

Tablo 4. 7. Cinsiyet ve medeni durum (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Cinsiyet	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	z	U	p
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Evli	205	178,95	36685,50	-2,751	15571	0,006
	Bekar	181	209,98	38005,50			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Evli	205	188,10	38560,50	-1,018	17446	0,309
	Bekar	181	199,62	36130,50			
Aile hekimine olan güvensizlik	Evli	205	182,72	37458,50	-2,038	16344	0,042
	Bekar	181	205,70	37232,50			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Evli	205	178,25	36541,50	-2,866	15427	0,004
	Bekar	181	210,77	38149,50			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Evli	205	183,70	37658,50	-1,860	16544	0,063
	Bekar	181	204,60	37032,50			
Bireylerin hastalık durumu	Evli	205	186,40	38212,50	-1,352	17098	0,176
	Bekar	181	201,54	36478,50			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Evli	205	178,90	36675,00	-2,736	15560	0,006
	Bekar	181	210,03	38016,00			

Tablo 4.7 incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum değişkenleri ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ölçek ve alt boyutları arasında yapılan analizlerde istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir. Buna göre aile hekimliğinin yetersiz bulunması, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği kapsamının dar olması, sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi, bireylerin hastalık durumu ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri kadınların erkeklere göre daha yüksektir. Bekar katılımcıların evli katılımcılara göre aile hekimliğinin yetersiz bulunması, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği kapsamının dar olması ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 4. 8. Kronik hastalık ve ilaç kullanımı.

Ölçek /Alt boyut	Kronik Hastalık Durumu	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	z	U	p
Bireylerin kişisel algısı	Evet	94	192,53	18098	-,097	13633	0,923
	Hayır	292	193,81	56593			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Evet	94	183,52	17223	-1,037	12758	0,300
	Hayır	292	196,81	57469			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Evet	94	186,32	17515	-,721	13050	0,471
	Hayır	292	195,81	57177			
Aile hekimine olan güvensizlik	Evet	94	186,32	17515	-,721	13050	0,471
	Hayır	292	195,81	57177			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Evet	94	186,34	17516	-,718	13051	0,473
	Hayır	292	195,81	57176			

Tablo 4. 8. Kronik hastalık ve ilaç kullanımı (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Kronik Hastalık Durumu	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	z	U	p
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Evet	94	180,69	16985	-1,296	12520	0,195
	Hayır	292	197,62	57706			
Bireylerin hastalık durumu	Evet	94	224,68	21120	-3,167	10793	0,002
	Hayır	292	183,46	53571			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Evet	94	188,91	17758	-,459	13293	0,646
	Hayır	292	194,98	56934			
Düzenli İlaç Kullanımı							
Bireylerin kişisel algısı	Var	115	194,96	22420	-,168	15415	0,867
	Yok	271	192,88	52271			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Var	115	187,42	21553	-,704	14883	0,481
	Yok	271	196,08	53138			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Var	115	190,42	21899	-,355	15229	0,722
	Yok	271	194,81	52793			
Aile hekimine olan güvensizlik	Var	115	199,66	22961	-,713	14875	0,476
	Yok	271	190,89	51731			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Var	115	180,23	20727	-1,526	14057	0,127
	Yok	271	199,13	53964			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Var	115	184,27	21192	-1,072	14522	0,284
	Yok	271	197,42	53500			
Bireylerin hastalık durumu	Var	115	215,46	24778	-2,561	13057	0,010
	Yok	271	184,18	49913			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Var	115	190,27	21882	-,370	15212	0,711
	Yok	271	194,87	52810			

Tablo 4.8’de katılımcıların kronik hastalığa sahip olma ve düzenli ilaç kullanma durumları ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve alt boyutları analiz edilmiş, Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri bazı alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir. Buna göre kronik hastalığa sahip olan katılımcıların kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre hastalık durumu değerleri daha yüksektir. Ayrıca düzenli ilaç kullanan katılımcıların diğerlerine göre hastalık durumu değerleri daha yüksektir. Ölçek genel ortalaması ve diğer alt boyutlarla kronik hastalığa sahip olma ve düzenli ilaç kullanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemiştir.

Tablo 4. 9. Aile hekimi cinsiyeti ve çalışma durumu.

Ölçek /Alt boyut	Aile Hekiminin Cinsiyeti	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	z	U	p
Bireylerin kişisel algısı	Kadın	185	190,83	35304	-,452	18099	0,651
	Erkek	201	195,96	39387			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Kadın	185	202,97	37550	-1,614	16841	0,106
	Erkek	201	184,78	37142			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Kadın	185	201,57	37291	-1,372	17099	0,170
	Erkek	201	186,07	37400			
Aile hekimine olan güvensizlik	Kadın	185	202,95	37547	-1,612	16844	0,107
	Erkek	201	184,80	37145			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Kadın	185	191,22	35376	-,390	18171	0,696
	Erkek	201	195,60	39316			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Kadın	185	191,23	35276	-,390	18170	0,694
	Erkek	201	195,53	39416			
Bireylerin hastalık durumu	Kadın	185	190,53	35248	-,510	18043	0,610
	Erkek	201	196,23	39443			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Kadın	185	200,65	37120	-1,208	17270	0,227
	Erkek	201	186,92	37571			
Çalışma Durumu							
Bireylerin kişisel algısı	Çalışıyor	208	175,65	36535	-3,408	14799	0,001
	Çalışmıyor	178	214,36	38156			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Çalışıyor	208	171,01	35570	-4,321	13834	0,000
	Çalışmıyor	178	219,78	39122			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Çalışıyor	208	10,21	37483	-2,546	15747	0,011
	Çalışmıyor	178	209,03	37208			
Aile hekimine olan güvensizlik	Çalışıyor	208	172,27	35832	-4,078	14096	0,000
	Çalışmıyor	178	218,31	38859			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Çalışıyor	208	177,33	36885	-3,086	15149	0,002
	Çalışmıyor	178	212,39	37806			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Çalışıyor	208	170,87	35541	-4,363	13805	0,000
	Çalışmıyor	178	219,94	39150			
Bireylerin hastalık durumu	Çalışıyor	208	175,97	36602	-3,392	14866	0,001
	Çalışmıyor	178	213,99	38090			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Çalışıyor	208	169,64	35285	-4,543	13549	0,000
	Çalışmıyor	178	221,38	39406			

Tablo 4.9 değerlendirildiğinde katılımcıların aile hekiminin cinsiyeti ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Katılımcılar çalışma durumları açısından değerlendirildiğinde

Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve tüm alt boyutlardaki değerleri çalışmayan katılımcıların çalışan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 4. 10. Eğitim durumu ve sağlık bilgisine ulaşma durumu.

Ölçek /Alt boyut	Eğitim Durum	N	Sıra Ort.	sd	x ²	p
Bireylerin kişisel algısı	Okuryazar-İlköğretim	45	173,44	4	10,013	0,040
	Lise	80	180,64			
	Ön lisans	33	184,23			
	Lisans	162	214,32			
	Lisansüstü	66	176,29			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Okuryazar- İlköğretim	45	152,87	4	25,744	0,000
	Lise	80	173,25			
	Ön lisans	33	156,92			
	Lisans	162	224,98			
	Lisansüstü	66	186,78			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Okuryazar- İlköğretim	45	162,67	4	18,984	0,001
	Lise	80	169,79			
	Ön lisans	33	162,56			
	Lisans	162	220,05			
	Lisansüstü	66	193,58			
Aile hekimine olan güvensizlik	Okuryazar- İlköğretim	45	162,14	4	11,693	0,020
	Lise	80	185,93			
	Ön lisans	33	172,82			
	Lisans	162	214,60			
	Lisansüstü	66	182,61			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Okuryazar-İlköğretim	45	134,72	4	47,854	0,000
	Lise	80	156,49			
	Ön lisans	33	153,41			
	Lisans	162	234,56			
	Lisansüstü	66	197,69			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Okuryazar-İlköğretim	45	159,51	4	12,411	0,015
	Lise	80	182,86			
	Ön lisans	33	172,55			
	Lisans	162	214,73			
	Lisansüstü	66	187,92			
Bireylerin hastalık durumu	Okuryazar-İlköğretim	45	179,47	4	4,890	0,299
	Lise	80	201,06			
	Ön lisans	33	196,15			
	Lisans	162	202,22			
	Lisansüstü	66	171,17			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Okuryazar-İlköğretim	45	153,67	4	28,878	0,000
	Lise	80	166,36			

Tablo 4. 10. Eğitim durumu ve sağlık bilgisine ulaşma durumu (Devamı).						
Ölçek /Alt boyut	Eğitim Durum	N	Sıra Ort.	sd	x²	p
Genel olarak sağlık bilgisine ilk nereden ulaşırsınız?						
Bireylerin kişisel algısı	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	188,09	2	2,974	0,226
	Doktor	251	199,94			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	173,57			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	183,27	2	3,917	0,141
	Doktor	251	201,39			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	173,45			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	188,74	2	0,397	0,820
	Doktor	251	193,15			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	200,71			
Aile hekimine olan güvensizlik	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	182,32	2	2,446	0,294
	Doktor	251	199,94			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	180,55			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	197,99	2	1,326	0,515
	Doktor	251	189,07			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	206,30			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	198,20	2	2,550	0,279
	Doktor	251	197,13			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	172,85			
Bireylerin hastalık durumu	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	186,49	2	1,170	0,557
	Doktor	251	197,90			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	183,92			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Tv-Radyo-İnternet, Gazete, Dergi	74	191,86	2	,481	0,786
	Doktor	251	196,00			
	Tanıdık-Aile-Arkadaş	61	185,19			

Tablo 4.10’da katılımcıların eğitim durumları ile sağlık bilgisini nereden elde ettikleri ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve alt boyutları analiz edilmiş, Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri bazı alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir. Buna göre lise mezunu katılımcıların lisans mezunu katılımcılara göre bireylerin kişisel algı aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği düzeyleri daha yüksektir. Okuryazar/ilköğretim ve lise mezunlarının lisans mezunlarına göre aile hekimliğini yetersiz bulma düzeyleri daha yüksektir. Okuryazar/ilköğretim mezunlarının lisans ve lisansüstü

mezunlarına göre aile hekimliği kapsamının dar olması değerleri daha yüksektir. Okuryazar/ilköğretim mezunlarının lisans mezunlarına göre sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi düzeyleri daha yüksektir. Okuryazar/ilköğretim mezunlarının lisans mezunlarına; lise mezunlarının lisans mezunlarına göre Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma durumları ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemiştir.

Tablo 4. 11. Gelir ve ikamet durumu.

Ölçek /Alt boyut	Ailenin ortalama aylık geliri	N	Sıra Ort	sd	x ²	p
Bireylerin kişisel algısı	Gelir giderden fazla	141	189,42	2	,332	0,847
	Gelir gider eşit	193	196,52			
	Gelir giderden az	52	193,36			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Gelir giderden fazla	141	192,26	2	,878	0,645
	Gelir gider eşit	193	197,60			
	Gelir giderden az	52	181,67			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Gelir giderden fazla	141	201,82	2	1,641	0,440
	Gelir gider eşit	193	186,41			
	Gelir giderden az	52	197,26			
Aile hekimine olan güvensizlik	Gelir giderden fazla	141	194,94	2	1,020	0,601
	Gelir gider eşit	193	189,04			
	Gelir giderden az	52	206,15			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Gelir giderden fazla	141	199,28	2	3,060	0,217
	Gelir gider eşit	193	184,39			
	Gelir giderden az	52	211,65			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Gelir giderden fazla	141	190,68	2	3,937	0,140
	Gelir gider eşit	193	202,24			
	Gelir giderden az	52	168,72			
Bireylerin hastalık durumu	Gelir giderden fazla	141	195,21	2	5,745	0,057
	Gelir gider eşit	193	201,20			
	Gelir giderden az	52	160,29			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Gelir giderden fazla	141	195,44	2	,081	0,960
	Gelir gider eşit	193	191,95			
	Gelir giderden az	52	193,97			
İkamet durumu						
Bireylerin kişisel algısı	Selçuklu	200	204,98	2	5,976	0,050
	Meram	97	171,41			
	Karatay	89	191,78			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Selçuklu	200	210,08	2	10,177	0,006
	Meram	97	168,53			
	Karatay	89	183,46			

Tablo 4. 11. Gelir ve ikamet durumu (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Ailenin ortalama aylık geliri	N	Sıra Ort	sd	x ²	p
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Selçuklu	200	211,16	2	12,282	0,002
	Meram	97	164,18			
	Karatay	89	185,77			
Aile hekimine olan güvensizlik	Selçuklu	200	207,72	2	7,060	0,029
	Meram	97	174,77			
	Karatay	89	181,96			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Selçuklu	200	209,81	2	13,547	0,001
	Meram	97	159,15			
	Karatay	89	194,28			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Selçuklu	200	203,67	2	3,743	0,154
	Meram	97	179,06			
	Karatay	89	186,39			
Bireylerin hastalık durumu	Selçuklu	200	190,46	2	,886	0,642
	Meram	97	190,96			
	Karatay	89	203,10			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Selçuklu	200	211,23	2	12,188	0,002
	Meram	97	164,20			
	Karatay	89	185,60			

Tablo 4.11'e göre ailenin ortalama aylık geliri ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Katılımcıların ikamet durumu ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve bazı alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir. Buna göre Selçuklu ilçesinde ikamet edenlerin Meram ilçesinde ikamet edenlere göre bireylerin kişisel algı, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği kapsamının dar olma ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca Selçuklu ilçesinde yaşayan katılımcıların Karatay ve Meram ilçelerinde yaşayan katılımcılara göre aile hekimliğini yetersiz bulma düzeyleri daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4. 12. Hekim yaşı ve yaş.

Ölçek /Alt boyut	Aile hekiminin yaşı	N	Sıra Ort	sd	x ²	p
Bireylerin kişisel algısı	Genç	81	168,60	2	8,540	0,014
	Orta yaş	262	195,35			
	Yaşlı	43	229,13			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Genç	81	154,52	2	13,29	0,001
	Orta yaş	262	201,94			
	Yaşlı	43	215,51			

Tablo 4. 12. Hekim yaşı ve yaş (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Aile hekiminin yaşı	N	Sıra Ort	sd	x ²	p
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Genç	81	159,93	2	12,425	0,002
	Orta yaş	262	197,93			
	Yaşlı	43	229,72			
Aile hekimine olan güvensizlik	Genç	81	151,87	2	15,313	0,000
	Orta yaş	262	202,29			
	Yaşlı	43	218,34			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Genç	81	145,12	2	19,720	0,000
	Orta yaş	262	207,84			
	Yaşlı	43	197,26			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Genç	81	160,67	2	9,749	0,008
	Orta yaş	262	200,16			
	Yaşlı	43	214,74			
Bireylerin hastalık durumu	Genç	81	180,31	2	1,573	0,456
	Orta yaş	262	197,77			
	Yaşlı	43	192,30			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Genç	81	149,30	2	16,896	0,000
	Orta yaş	262	202,92			
	Yaşlı	43	219,35			
Yaş						
Bireylerin kişisel algısı	18-25	125	217,94	3	9,698	0,021
	26-35	99	174,32			
	36-45	64	183,77			
	46+	98	188,06			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	18-25	125	225,70	3	16,292	0,001
	26-35	99	184,56			
	36-45	64	176,86			
	46+	98	172,33			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	18-25	125	210,24	3	6,733	0,081
	26-35	99	184,17			
	36-45	64	203,34			
	46+	98	175,15			
Aile hekimine olan güvensizlik	18-25	125	220,03	3	10,852	0,013
	26-35	99	279,03			
	36-45	64	186,27			
	46+	98	179,01			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	18-25	125	218,80	3	17,924	0,000
	26-35	99	298,29			
	36-45	64	194,44			
	46+	98	155,77			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	18-25	125	218,58	3	9,930	0,019
	26-35	99	176,38			

Tablo 4.12. Hekim yaşı ve yaş (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Aile hekiminin yaşı	N	Sıra Ort	sd	x ²	p
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	36-45	64	185,45	3	9,930	0,019
	46+	98	184,06			
Bireylerin hastalık durumu	18-25	125	209,07	3	7,694	0,053
	26-35	99	174,73			
	36-45	64	176,85			
	46+	98	203,47			
	18-25	125	225,50			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	26-35	99	179,91	3	15,969	0,001
	36-45	64	186,28			
	46+	98	171,12			
	18-25	125	225,50			

Tablo 4.12'ye göre aile hekiminin yaşı ve katılımcıların yaşı ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve bazı alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir. Buna göre aile hekimi genç olanların yaşlılara göre bireylerin kişisel algı ve aile hekimliği kapsamının dar olma düzeyleri; aile hekimleri genç olan katılımcıların orta yaşlı ve yaşlı grupta olanlara göre aile hekimliğini yetersiz bulma, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği, aile hekimine olan güvensizlik, sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmesi ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların yaşı açısından bir değerlendirme yapıldığında 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların 46 yaş ve üzeri katılımcılara göre bireylerin kişisel algı, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği kapsamının dar olma düzeyleri ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri; 18-25 yaş aralığındakilerle 35-45 ve 46 yaş üzeri aile hekimliğini yetersiz bulma düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 4. 13. Birlikte yaşama durumu -hekim tercihi -aile hekimine başvuru sayısı.

Ölçek /Alt boyut	Birlikte yaşama durumu	N	Sıra Ort	sd	x ²	p
Bireylerin kişisel algısı	Yalnız 1 kişi	86	174,28	3	10,955	0,012
	2 kişi	83	170,78			
	3 kişi	74	215,26			
	4 kişi+	143	206,98			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Yalnız 1 kişi	86	166,12	3	17,585	0,001
	2 kişi	83	167,55			
	3 kişi	74	217,10			
	4 kişi+	143	212,82			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Yalnız 1 kişi	86	161,30	3	23,038	0,000
	2 kişi	83	168,34			

Tablo 4. 13. Birlikte yaşama durumu -hekim tercihi -aile hekimine başvuru sayısı (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Birlikte yaşama durumu	N	Sıra Ort	sd	x²	p
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	3 kişi	74	233,01	3	23,038	0,000
	4 kişi+	143	207,02			
Aile hekimine olan güvensizlik	Yalnız 1 kişi	86	161,17	3	24,152	0,000
	2 kişi	83	163,37			
	3 kişi	74	221,43			
	4 kişi+	143	215,98			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Yalnız 1 kişi	86	156,18	3	35,151	0,000
	2 kişi	83	154,73			
	3 kişi	74	224,45			
	4 kişi+	143	222,43			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Yalnız 1 kişi	86	178,39	3	9,792	0,020
	2 kişi	83	169,64			
	3 kişi	74	213,24			
	4 kişi+	143	206,22			
Bireylerin hastalık durumu	Yalnız 1 kişi	86	173,56	3	5,993	0,112
	2 kişi	83	183,54			
	3 kişi	74	204,67			
	4 kişi+	143	205,49			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Yalnız 1 kişi	86	155,60	3	32,581	0,000
	2 kişi	83	158,37			
	3 kişi	74	227,78			
	4 kişi+	143	218,94			
Tercih durumu						
Bireylerin kişisel algısı	Aile hekimi	163	156,80	2	35,668	0,000
	Uzman hekim	144	232,63			
	Fark etmez	79	197,91			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	Aile hekimi	163	153,88	2	41,229	0,000
	Uzman hekim	144	234,72			
	Fark etmez	79	200,12			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	Aile hekimi	163	152,06	2	56,540	0,000
	Uzman hekim	144	246,57			
	Fark etmez	79	182,26			
Aile hekimine olan güvensizlik	Aile hekimi	163	157,28	2	35,389	0,000
	Uzman hekim	144	232,37			
	Fark etmez	79	197,38			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	Aile hekimi	163	157,50	2	31,896	0,000
	Uzman hekim	144	228,28			
	Fark etmez	79	204,37			

Tablo 4. 13. Birlikte yaşama durumu -hekim tercihi -aile hekimine başvuru sayısı (Devamı).

Ölçek /Alt boyut	Birlikte yaşama durumu	N	Sıra Ort	sd	x ²	p
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	Aile hekimi	163	161,50	2	32,232	0,000
	Uzman hekim	144	232,75			
	Fark etmez	79	187,99			
Bireylerin hastalık durumu	Aile hekimi	163	185,11	2	1,840	0,399
	Uzman hekim	144	202,01			
	Fark etmez	79	195,29			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	Aile hekimi	163	149,17	2	52,336	0,000
	Uzman hekim	144	241,33			
	Fark etmez	79	197,78			
Hekime başvuru sayısı						
Bireylerin kişisel algısı	0-4 kez	252	199,00	2	3,136	0,208
	5-9 kez	95	175,97			
	10+	39	200,65			
Aile hekimliğinin yetersiz bulunması	0-4 kez	252	206,09	2	9,564	0,008
	5-9 kez	95	172,25			
	10+	39	163,94			
Aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği	0-4 kez	252	203,98	2	6,483	0,039
	5-9 kez	95	174,28			
	10+	39	172,62			
Aile hekimine olan güvensizlik	0-4 kez	252	203,16	2	5,679	0,058
	5-9 kez	95	173,06			
	10+	39	180,88			
Aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması	0-4 kez	252	208,61	2	13,701	0,001
	5-9 kez	95	168,51			
	10+	39	156,73			
Sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi	0-4 kez	252	200,64	2	3,456	0,178
	5-9 kez	95	176,18			
	10+	39	189,54			
Bireylerin hastalık durumu	0-4 kez	252	189,86	2	,953	0,621
	5-9 kez	95	197,97			
	10+	39	206,14			
Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri	0-4 kez	252	204,21	2	6,896	0,032
	5-9 kez	95	170,54			
	10+	39	180,26			

Tablo 4.13'te bireylerin birlikte yaşadıkları kişi sayısı, hekim tercih durumu ve hekime başvuru sayısı ile Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri ve alt boyutlar arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterilmiştir. Buna göre 2 kişilik ailede yaşayan bireyler 3 ve üzeri bireyle yaşayanlara göre bireylerin kişisel algısı düzeyleri, aile

hekimini yetersiz bulma, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği kapsamını dar bulma ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir. Yalnız/1 kişi yaşayanların 3 ve üzeri yaşayanlara göre aile hekimini yetersiz bulma, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği kapsamının dar bulma ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir. Hekim tercihinin göre aile hekimi tercih edenlerin uzman hekim tercih edenlere göre bireylerin kişisel algısı düzeyleri, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği kapsamının dar bulma düzeyleri daha yüksektir. Aile hekimi tercih edenlerin diğerlerine göre aile hekimini yetersiz bulma ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir. Hekime başvuru açısından yapılan analiz sonuçlarına göre son bir yılda 0-4 kez hekime başvuru yapan katılımcıların 5-9 kez başvuru yapanlara göre aile hekimini yetersiz bulma, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği ve Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca 0-4 kez başvuru yapanların daha fazla başvuru yapanlara göre aile hekimliği kapsamının dar bulma düzeyleri daha yüksektir.

4.1.5. Katılımcıların TSO düzeyleri ile BAHTES arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Tablo 4. 14. Katılımcıların TSO düzeyleri ile BAHTES arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.

Değişken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.TH	1										
2. HK/ SG	,774**	1									
3. SYOÖ	,936**	,944**	1								
4. FAKTÖR 1	,247**	,291**	,288**	1							
5. FAKTÖR 2	,201**	,293**	,266**	,767**	1						
6. FAKTÖR 3	,258**	,331**	,316**	,599**	,653**	1					
7. FAKTÖR 4	,245**	,309	,295**	,733**	,750**	,201*	1				
8. FAKTÖR 5	,153**	,214**	,195**	,439**	,530**	,723**	,555**	1			
9. FAKTÖR 6	,248**	,321**	,303**	,760**	,704**	,540**	,686**	,418**	1		
10. FAKTÖR 7	,064	,094	,079	,283**	,306**	,216**	,332**	,273**	,254**	1	
11.BAHTES	,269**	,355**	,334**	,858**	,871**	,827**	,860**	,748**	,776**	,393**	1

**p<0.01, *p<0.05

Ölçeklerin toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizinin sunulduğu Tablo 4.14'te Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Bireylerin Aile Hekimliğini

Tercih Etmeme Sebepleri Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. ($p<0.001$). Buna göre katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça aile hekimi tercih etmeme düzeyleri de artmaktadır. Ayrıca Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile alt boyutları arasında yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri ve alt boyutları; (bireylerin kişisel algısı, aile hekimliğinin yetersiz bulunması, aile hekiminin bilgi ve beceri eksikliği, aile hekimine olan güvensizlik, aile hekimliği sisteminin kapsamının dar olması, sistemin bireyleri aile hekimliğine yönlendirmemesi, bireylerin hastalık durumu) arasında yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).





5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, Konya ilinin (Selçuklu, Meram, Karatay) ilçelerinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlığının aile hekimi tercihi üzerine ilişkisini incelemek ve ne düzeyde olduğunu belirlemek amaçlanmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması, sağlığın gelişmesi için oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlık seviyesinin artması aynı zamanda hastalığın önlenmesinden ziyade hastalık durumunun oluşmaması için değerlendirilmesi gereken önemli bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığın gelişmesi birçok etkene bağlıdır. Bu bağlamda yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ikamet edilen yer, düzenli ilaç kullanımı, sağlık bilgisine kim aracılığıyla ulaştığı, kronik hastalık durumu, yılda kaç kez aile hekimine başvurduğu, yaşadığı kişi sayı gibi durumların etkisi incelenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatürde çalışmalar yer almaktadır (Çopurlar ve Kartal, 2016; Hisar ve Aksoy, 2024; Koca ve Deniz, 2024; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlası kadın, katılımcıların yarısından fazlası evli ve geliri giderine eşittir. Berberoğlu ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışmada; bu çalışmaya benzer olarak, katılımcıların çoğunluğu kadın ve büyük çoğunluğu evli ve yarısından fazlasının geliri giderine eşittir. Erdem (2024) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların büyük bir kısmı kadın ve katılımcıların çoğu bekarıdır.

Bu çalışmaya göre katılımcıların %32,4'ü 18-24 yaş aralığında, %42'si lisans mezunu, %53,9'u çalışan bireyler ve %51,8'i Selçuklu ilçesinde ikamet etmektedir. Özdemir (2018) çalışmasında, %33,5'inin 25-34 yaş grubunda, %26,1'inin lise mezunu ve %48,9'u memur olarak görev aldığı görülmüştür. Yılmaz ve ark. (2021) çalışmasında, katılımcıların çoğunluğu ilkököl ve altı eğitim düzeyinde, büyük bir kısmı ev hanımıdır. Hatipoğlu (2024) çalışmasında bu çalışmaya benzer olarak 18-24 katılımcı sayısı daha yüksek, lisans mezunu birey sayısı daha fazladır. Katılımcıların yaşadıkları yere bakıldığında büyük çoğunluğun %64,1 ile il merkezlerinde yaşadığı görülmektedir.

Bu çalışmaya göre, katılımcıların büyük çoğunluğunun kronik hastalığı bulunmamakta buna bağlı olarak büyük çoğunluğu düzenli ilaç kullanmamaktadır. Bununla birlikte katılımcıların çoğu herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine başvurmaktadır. Yılmaz ve ark. (2021) çalışmasına baktığımız zaman bu çalışmadan farklı olarak katılımcıların büyük çoğunluğunun kronik hastalığı bulunmaktadır ve ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşu üniversite hastaneleridir. İlginç olarak katılımcıların %37,2'sinin mevcut şikâyeti uzun süredir

devam etmekte ve bunların %73,1'i şikâyeti için aile hekimine hiç başvurmadan acil polikliniğe gelmiştir. Şahinöz ve ark. (2018) çalışmasında ise çoğunluk sağlık kuruluşu olarak devlet hastanesini tercih etmiştir.

Berberoğlu ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışmada sonuçlar bu çalışmaya benzer çıkmış olup, farklı olarak “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” en yüksek oranda “çok zor” cevabı verilen maddelerdir. *Tedavi ve Hizmet*” boyutunun indeks genel puanı, ölçeğin genel puandan yüksek iken, *“Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi”* boyutunun indeks genel puanı, ölçeğin genel puanından düşüktür. *“Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma”* boyutunun puanı en yüksek, *“Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme”* boyutunun puanı en düşüktür.

Yeşildal (2018) çalışmasında; Sağlık Okuryazarlığı seviyesi, gelir durumu, cinsiyet, yaş ve öğrenim durumuna bağlı olarak farklılık göstermektedir. Katılımcıların birçoğu erkektir. Kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi erkek katılımcılara göre daha yüksek düzeydedir. Katılımcılardan bekar olanların evlilere göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksektir. Aile yapısıyla sağlık okuryazarlık arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Dijital okuryazarlık seviyesi ise cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, öğrenim durumu, yaşanan bölge durumuna göre farklılık sergilemektedir.

Bu çalışmada, çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre, kadın aile hekimlerinin erkek aile hekimlerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, kronik hastalığa sahip olma ve düzenli ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlık ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Deniz ve ark. (2018), Berberoğlu ve ark. (2018), Şahinöz ve ark. (2018), Yılmaz ve ark. (2021) çalışmalarına baktığımızda, bu çalışmadan farklı olarak sağlık okuryazarlığına yetersiz sağlık okuryazarlığı, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı ve yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde incelemiş ve tüm bu çalışmalarda sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde görülmüştür.

Bu çalışmada, katılımcıların eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Lisans eğitimine sahip katılımcıların lisansüstü eğitime sahip katılımcılara göre sağlık okuryazarlık seviyesi daha yüksek düzeyde olduğu görülmüş, ayrıca okuryazar/ilköğretim eğitimine sahip katılımcıların diğer tüm eğitim alan katılımcılara göre sağlık okuryazarlığı daha düşük düzeydedir. Gezer (2020) çalışmasına

baktığımızda, bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve çocuk sayısına göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının gelişmesine imkân sağlayabilir.

Katılımcıların yaşına göre sağlık okuryazarlık düzeyine baktığımızda bu çalışmada 18-24 yaş sağlık okuryazarlık düzeyi diğer yaş gruplarından daha yüksek düzeydedir. Özdemir (2018) çalışmasında 15-24 yaş grubunun yeterli sağlık okuryazarlık seviyesinde olduğu görülmüş, en yüksek puanı bu yaş grubu almıştır. Hatipoğlu (2024) çalışmasında, sağlık okuryazarlık düzeyinin yaş gruplarına göre anlamlı farkı bulunmamıştır. Katılımcıların bu çalışmaya göre bir kişi yaşayanların sağlık okuryazarlık düzeyi diğer gruplara göre daha yüksektir. Bu çalışma ve diğer çalışmalar incelendiğinde yaş grubu genç olan grupların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek olması eğitim seviyesi ile ilişkilendirilebilir.

“Bireylerin Aile Hekimliği Tercih Etmeme” ölçeği ile yapılan çalışmalara baktığımızda; Baş (2017) çalışmasında, kişilerin herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimliğini tercih etmezken aile hekimliğini genel olarak ilaç yazdırmak adına tercih etmektedir. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme nedenleri arasında aile hekimliği kapsamının dar olması faktörü diğer faktörlere göre daha baskındır. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme nedenleri arasında diğer faktörlere göre daha az etkili olan faktör ise bireylerin kişisel algı seviyeleridir. Bireylerin aile hekimliğini tercih etmemesinde cinsiyete göre, meslek gruplarına göre ve ailedeki yetişkin sayısına göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Akaydın (2022) çalışmasında, farklı olarak hekim-hasta iletişiminin hasta tatminine ve hizmeti tavsiye etme amacına etkisini incelenmiş olup, sonucunda hekim hasta iletişim düzeyinin artırılmasının birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine olumlu katkı sağlayacağını belirtmiştir. Delican ve ark. (2019) çalışmasında da bu çalışmaya benzer biçimde katılımcılar donanım açısından aile hekimliğini yetersiz görmektedirler. Bir başka çalışmada benzer şekilde, hastaların %78,4’ü donanım eksikliğinden dolayı aile hekimliğinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir (Güven ve Aycan, 2018).

Kaya ve ark. (2020) çalışmasında, bu çalışmaya benzer olarak katılımcıların çoğunluğu kadın, evli ve lisans mezunudur. Demografik özelliklerine göre yapılan analizlerde aile hekimliği tercih etmeme düzeyleri incelendiğinde; cinsiyetine, medeni durumuna, yaşına, mesleğine, bireylerin herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak aile hekimine gitmesine ve aile hekimine sadece ilaç yazdırmak için gitmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmasına rağmen yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan erkeklerin aile hekimliğini tercih etmeme düzeylerinin kadınlardan; bekârların aile hekimliğini tercih etmeme düzeylerinin evlilerden daha fazla olduğu görülmüştür.

Bu çalışmaya baktığımızda kronik hastalığa sahip olan katılımcıların kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre bireylerin hastalık durumu değerleri daha yüksektir. Ayrıca düzenli ilaç kullanan katılımcıların kronik hastalığa sahip olan katılımcılarla arasında doğrusal bir ilişki vardır. Katılımcılardan kadınların aile hekimini tercih etmeme düzeyi erkek katılımcılara göre daha yüksektir. Medeni durum açısından baktığımızda bekar katılımcıların evli katılımcılara göre aile hekimini yetersiz bulması, aile hekimine güvensizliği daha yüksek düzeydedir. Bu bağlamda aile hekimini tercih etmeme düzeyleri de daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca aile hekimi genç olanların yaşlı olanlara göre aile hekimini tercih etmeme düzeyi daha yüksektir. Aile hekimine olan güven ve aile hekimini yeterli bulmak aile hekimini tercih etmede etkili kavramlar olmuştur. Katılımcılardan genç grupta olanların aile hekimini yetersiz bulması daha yüksek düzeydedir. Kaya ve ark. (2020) çalışmasında da genç yaş grubunda olanların aile hekimini tercih etmeme düzeyi daha yüksektir.

Bu çalışmada, katılımcılardan Selçuklu ilçesinde yaşayan ve iki kişilik ailede ya da yalnız yaşayan bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek düzeydedir. Son bir yılda aile hekimine az başvuru yapanların aile hekimini tercih etmemesi daha yüksek düzeyde görülmüştür. Bu bağlamda aile hekimliğini tercih etme düzeyini artırmak için aile hekimine başvuru sayısının artırılması konusu değerlendirilebilir.

Bu çalışmaya göre, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça, aile hekimliğini tercih etmeme düzeyi azalmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin artması ile aile hekimliği tercih etme düzeyinin de artacağı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sağlık okuryazarlığı, yalnızca hastalar için değil, sağlıklı bireylerin sağlığını koruması ve geliştirilmesi amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanması için de önemli olan bir olgudur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en uygun şekilde hizmet sunması adına, toplumun hastalık yükünün azaltılmasından ayrıca ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermeleri için aile hekimliği kavramına verilen önemin artırılması gerekir.

Bu çalışma, bireylerin sağlık okuryazarlığı ile aile hekimliği tercihi arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde farklı değişkenlere yönelik analiz sonuçlarının çalışmalara ve katılımcılara göre farklılıklar tespit edilmiştir. Çalışan bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesi çalışmayanlara göre daha yüksektir. Lisans eğitimi alan bireylerin yine sağlık okuryazarlık seviyesi daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte daha genç olan bireylerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek seviyededir. Cinsiyet, gelir durumu, ikamet edilen yer sağlık okuryazarlığına etki eden başka değişkenlerdir.

Elde edilen bulguların sonuçlarına göre, kadın bireylerin ve bekar bireylerin aile hekimini tercih etmeme oranı daha yüksektir. Hastanelerin aile hekimliğine göre daha iyi tedavi imkânı sunduğunu düşünen ve aile hekimliğinin tahlil ve tetkik imkanının sınırlı olduğunu düşünen bireyler aile hekimliğini tercih etmemiştir. Aile hekiminin davranış şekli, aile hekimini önceden tanımış olmak, aile hekiminin yaşı gibi faktörler aile hekimini tercih etmekte etkili olmuştur. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi aile hekimliğini tercih etmek için olumlu bir etkiye sahiptir.

6.2. Öneriler

Çalışmada bulguların sonucuna göre yapılan öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Erkeklerin sağlık okuryazarlık seviyeleri daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre, erkeklere sağlık okuryazarlık ile ilgili eğitim, seminer vb. verilmesi önemlidir.
- Aile hekimliklerinde yapılan tahlil, tetkiklerin sınırlı düzeyde olması ve laboratuvar sonuçları için kullanılan cihazların yeterli seviyede olmaması bireylerin aile hekimliği tercihini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden gerekli kurum ve kuruluşlar tarafından HSM'lerin (Halk Sağlığı Merkezi) artırılmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.

- Bireyler ve aile hekiminin tanışık olmama durumunun tercih sebebi üzerinde olumsuz etkileri saptanmıştır. Buna yönelik olarak aile hekimlerine kayıtlı birey sayısı azaltılarak birey ve hekimin zaman geçirme süresi artırabilir.
- Bireylerin aile hekimliklerindeki doktorları tercih etmeme sebeplerinden biri doktorların uzman hekim olmamasıdır. Bu durumun iyileştirilmesi adına, tıp fakültelerinde eğitim gören öğrencilerin aile hekimliği uzmanlık eğitimine yönlendirilmeleri için teşvik edici çalışmalar yapılabilir.
- En düşük puan ortalamasına sahip maddeler ise sırasıyla “*Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek*” ve “*Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek*” olarak tespit edilmiştir. Buna yönelik sağlıklı yaşam biçimini destekleyici çalışmalar yapılmalı, spor yapmayı ve sağlıklı beslenme alışkanlığını özendirilen aile hekimlikleri öncülüğünde aktiviteler planlanmalıdır.

Uygulamaya yönelik yapılan öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Toplumda sağlık okuryazarlık seviyesini artırmak için, sağlık okuryazarlık konusu okullarda ders müfredatlarına eklenmelidir.
- Bireylere, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini anlatan, Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenen ve aile hekimliğinin öncülüğünde bilinçlendirme adına sunumlar yapılmalıdır.
- Aile hekimliği sisteminde performansı artırmak adına sistemin kalitesini ölçmek için Kalite Birimi açılmalı, sağlık yöneticilerinin gerekli kuruluşlar tarafından bu bölüme ataması yapılmalıdır.

Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebepleriyle ilgili literatürde çok az sayıda çalışma vardır. Bu konudaki çalışmaların artması önerilebilir.

7.KAYNAKLAR

- Ağdemir, H. (2012). *Sağlık sektöründe aile hekimliği yeri ve önemi ile hizmetten yararlananların ve hizmet sunanların memnuniyet durumu konusunda bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi, Çaç Üniversitesi]. Mersin.
- Akalın, E. (2012). *Sağlık okuryazarlığı nedir? Neden önemlidir?* <https://saglikpolitikaları.org/saglik-okuryazarligi-nedir-neden-onemlidir>
- Akaydın, H. (2022). *Aile Hekimliği Hizmetlerinde Hekim-Hasta İletişiminin Hasta Tatminine ve Hizmeti Tavsiye Etme Niyetine Etkisi* [Yüksek Lisans, Ufuk Üniversitesi]. Ankara.
- Akbulut, Y. (2015). *Sağlık okuryazarlığı* (Vol. 1). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Akdeniz, M., & Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2), 74-81. <https://doi.org/10.15511/tahd.17.00274>
- Akgül, İ. (2024). Sağlık okuryazarlığının önemi ve sağlık harcamalarına etkisi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 11(3), 268-284. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/asead/issue/86477/1507938>
- Aktaş, C., & Kızıltan, G. (2022). Sağlık okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 79-92.
- Aktaş, E., & Çakır, G. (2012). Aile hekimlerinin aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1), 21-29.
- Algın, K., Şahin, İ., & Top, M. (2004). Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 249-275.
- Arslan, S. (2019). *Sağlık hizmetleri pazarlaması ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin sosyal medya bağlamında incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. İstanbul.
- Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326. <https://doi.org/10.5455/pmb1-1402386162>
- Barrett, S. E., & Puryear, J. S. (2006). Health literacy: improving quality of care in primary care settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(4), 690-697. <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0117>
- Baş, S. (2017). *Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri* [Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi]. Isparta.
- Baş, T. (2010). *Anket nasıl hazırlanır? Nasıl uygulanır? Nasıl değerlendirilir?* Seçkin Yayıncılık.
- Bentsen, B., Carmichael, L., Ceitlin, J., Feinbloom, R., Metcalfe, D., Mcwhinney, I., & Rajakumar, K. (1991). The role of the general-practitioner family physician in health-care systems a statement from Wonca-1991. *Oxford Univ Press United Kingdom Walton St Journals Dept, Oxford, England*, 8(4), 210-219.
- Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 575-581.
- Brown, S., & Hazlewood, A. (2009). The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee. *A Lifetime of Prevention, final report*, 13(3), 1-70.
- Cho, Y. I., Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*, 66(8), 1809-1816. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003>
- Çopurlar, C., & Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 20-42. <https://doi.org/10.5455/tjfmpe.193796>
- Delican, O., Yapakçı, A., Altun, A., Kesen, C. H., Yılmaz, E., Delican, O., & Atal, S. S. (2019). Ailelerin Aile Hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(1), 22-38.
- Deniz, S., Öztaş, D., & Akbaba, M. (2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 214-228. <https://doi.org/https://doi.org/10.31832/smj.402835>
- Erdem, O. (2024). *Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin acil servis kullanımına etkisi* [Yüksek Lisans Tezi, Çankırı Karatekin Üniversitesi]. Çankırı.
- Fertman, C. I., & Allensworth, D. D. (2012). *Sağlığı geliştirme programları: Teoriden pratiğe*. Sağlık Bakanlığı.

- Findley, A. (2015). Low health literacy and older adults: meanings, problems, and recommendations for social work. *Social work in health care*, 54(1), 65-81.
- Gezer, M. Y. (2020). *Bir fabrikada çalışan işçilerin sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Sanko Üniversitesi]. Gaziantep.
- Goh, L. G., & Ong, C. (2014). Education and training in family medicine: Progress and a proposed national vision for 2030. *Singapore medical journal*, 55(4), 117-123. <https://doi.org/10.11622/smedj.2014031>
- Gonzales, O. B., Chessman, A. W., & Sheets, K. J. (2007). Family medicine clerkship curriculum: Competencies and resources. *Family Medicine Kansas City*, 39(1), 43-46.
- Güven, E. A., & Aycan, S. (2018). Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların mevcut aile hekimliği sistemi ve sevk uygulaması hakkında düşünceleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 25-36.
- Hatipoğlu, Z. (2024). *Sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi]. Konya.
- Hisar, K. M., & Aksoy, S. (2024). Konya'da 12. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık anksiyetesi düzeyleri [Health Literacy and Health Anxiety Levels of 12th Grade Students in Konya]. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 462-479. <https://dergipark.org.tr/en/pub/jgehes/issue/88958/1386109>
- Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.966349>
- İlgün, G., & Şahin, B. (2016). Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 115-130.
- İnkaya, B., & Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med*, 7(3), 124-129.
- IOM, I. O. f. M. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. *The National Academy*, 245-249. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kaya, M., Orhan, M., & Sayar, B. (2020). Aile hekimliği uygulamasının tercih edilmeme sebepleri: Şanlıurfa ili örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(2), 412-419.
- Kobayashi, L., Wardle, J., & Wagner, C. (2013). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive medicine*, 61(100), 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.012>
- Koca, M., & Deniz, S. (2024). Hastane çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-14. <https://doi.org/10.52369/togusagbilderg.1208431>
- Kocadağ, D. (2016). *Aile hekimliği uygulamasına ilişkin düşünceler ve aile hekimlerinin sunduğu hizmetlerden memnuniyet: Bolu İli örneği* [Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi]. Bolu.
- Leeuwenhorst, W. (1977). Statement by a working party of the second European Conference. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 27(3), 117-125.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & health sciences*, 11(1), 77-89. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x>
- Martin, L., Ruder, T., Escarce, J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., Bird, C., Fremont, A., Gasper, C., Culbert, A., & Lurie, N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 24(5), 1211-1216. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1105-7>
- McWhinney, I. R., & Freeman, T. (2009). *Textbook of family medicine*. Oxford University Press.
- Morris, N., Maclean, C., & Littenberg, B. (2013). Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *The Diabetes educator*, 39(4), 638-646. <https://doi.org/10.1177/0145721713496871>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Ohta, R., & Sano, C. (2022). Implementation of the principles of family medicine in modern family medicine education needing system-specific approaches. *Cureus*, 14(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.31177>

- Oleszczyk, M., Švab, I., Seifert, B., Krztoń-Królewiecka, A., & Windak, A. (2012). Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of central and eastern Europe and Russia. *BMC family practice*, 13(3), 1-10.
- Özdemir, F., Öner, C., Çetin, H., & Şimşek, E. (2022). Aile hekimliği uygulamasını daha az tercih eden kişilerin uygulama hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 22(4), 823-829. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1105253>
- Özdemir, Y. (2018). *Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Kahramanmaraş ili örneği* [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ankara.
- Özkaya, M. (2016). *Türkiye'de aile hekimliğinin tanımı ve tarihçesi ders notu*. https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/aile_f77a3.pptx
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175-184.
- Parker, R., Williams, M., Weiss, B. D., Baker, D., Davis, T. C., Doak, C. C., Doak, L. G., Hein, K., Meade, C. D., Nurss, J., Schwartzberg, J., Somers, S. A., Davis, R. M., Riggs, J. A., Champion, H. C., Howe, J. P., Altman, R. D., Deitchman, S., Genel, M., & Dickinson, B. (1999). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 281, 552-557. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- Peiravian, F., Rasekh, H. R., Hashemi, H. J., Mohammadi, N., Jafari, N., & Fardi, K. (2014). Drug literacy in Iran: The experience of using "The single item health literacy screening (SILS) tool". *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*, 13(Suppl), 217-224.
- Richmond, M., Robinson, C., & Sachs-Israël, M. (2008). *The Global literacy challenge: a profile of youth and adult literacy at the mid-point of the United Nations Decade 2003-2012*.
- Roberts, R. G., Hunt, V. R., Kulie, T. I., Schmidt, W., Schirmer, J. M., Villanueva, T., & Wilson, C. R. (2011). Family medicine training—the international experience. *Medical journal of Australia*, 194(11), 84-87. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03135.x>.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78. <https://doi.org/10.3109/15412555.2012.727919>.
- Sayah, F., & Williams, B. (2012). An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36(1), 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2011.08.001>
- Sayah, F., Williams, B., & Johnson, J. A. (2013). Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures. *Health Education & Behavior*, 40(1), 42-55.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.
- Selden, C., Zorn, M., Ratzan, S., & Parker, R. (2000). Health literacy; current bibliographies in medicine; National Institute of Health CBM. *US Department of Health and Human Services*, 7(3), 1-33.
- Sloane, P. D. (2008). *Essentials of family medicine*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European, C. H. L. P. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 50(6), 633-640.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. Maliye Bakanlığı.
- Şahinöz, S., Şahinöz, T., & Kıvanç, A. (2018). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma [Health Literacy Levels of University Senior Students]. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/39501/446799>
- T.C. Resmi Gazete. (2024). *Yönetmelik*. Resmi Gazete, 5258 sayılı "Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" (2024, 30 Ekim), Sayı (32707) Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/10/20241030-9.pdf>

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü* (Vol. 814).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Retrieved 2025 from <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık istatistikleri yıllığı* <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50207/0/siy2023turkcepdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *Türkiye'de aile hekimliği*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. http://www.saglikpolitikalari.org/images/dosyalar/saglik-okuryazarligi-neden-onemli_erdal-akalin-2012.pdf
- Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.
- Torun, P., & Kutlar, A. (2018). Türkiye'de kanserin ekonomik maliyetleri: Bir hesaplanabilir genel denge modeli yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 31-39.
- Ussher, M., Ibrahim, S., Reid, F., Shaw, A., & Rowlands, G. (2010). Psychosocial correlates of health literacy among older patients with coronary heart disease. *Journal of health communication*, 15(7), 788-804.
- Vernon, J. A., Trujillo, A., Rosenbaum, S. J., & DeBuono, B. (2007). Low health literacy: Implications for national health policy.
- WHO. (1998). *Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit*.
- WONCA. (2002). The European definition of general practice/family medicine. *Barcelona: WONCA Europe*.
- Yaman, H., & Yaman, A. (2015). Aile hekimliğinde düşkünlük: Tanısı ve yönetimi frailty in family practice: Diagnosis and Management. *Ankara Medical Journal*, 15(2), 89-95. <https://doi.org/10.17098/amj.60105>
- Yeşildal, M. (2018). *Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki* [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. Konya.
- Yıldırım, F. E., & Keser, A. E. (2015). Sağlık okuryazarlığı.
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yılmaz, S., Gur, S. T. A., & Daharlı, E. (2021). Acil poliklinik kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ilişkisinin incelenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Journal of Anatolian Medical Research*, 6(3), 66-71.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF preventive medicine bulletin*, 15(1), 69-74. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1448870518>
- YSK. (2023). *İl, ilçe seçmen sandık sayıları*. Retrieved 06.02 from https://www.ysk.gov.tr/doc/dosyalar/docs/14Mayis2023/IL_ILCE_SECMEN_SANDIK_SAYILARI.pdf

8. EKLER

8.1. EK 1 Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

“Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Aile Hekimi Tercih İlişkisi: Konya İli Örneği” konulu bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Ankette yer alan bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve belirtilen amacın dışında kullanılmayacaktır. Anketi doldururken adınızı belirtmenize gerek yoktur. Anket sonuçlarının geçerliliği ve bilimsel gerçekliği yansıtması bakımından aşağıda belirtilen ifadelere vereceğiniz samimi cevaplar büyük önem taşımaktadır. Değerli zamanınızı ayırarak araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Rümeysa METKİN

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Yönetimi A.B.D.

Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Yönetimi A.B.D.

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3. Eğitim Durumu: Okuryazar- İlköğretim () Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü ()

4. Medeni Durum: Evli () Bekar ()

5. Mesleğiniz: Esnaf/serbest meslek () Memur () İşçi/özel sektör () Öğrenci () Çalışmıyor () Diğer ()

6. Ailede sizinle birlikte kaç kişi yaşıyor?: Yalnız () 1 kişi () 2 kişi () 3 kişi () 4 ve üzeri ()

7. Ailenin Ortalama Aylık Geliri: Gelir giderden fazla () Gelir gider eşit () Gelir giderden az ()

8. İkamet Durumu: Selçuklu () Meram () Karatay ()

9. Kronik Hastalık Durumu: Evet () Hayır ()

10. Aile Hekimine Gitme Durumu: 1-4 kez () 5-9 kez () 10-14 kez () 15 ve üzeri ()

11. Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?

Tv – Radyo, Gazete, Dergi () Doktor () İnternet () Diğer ()

12. Aile Hekiminizin Yaşı: Genç () Orta Yaş () Yaşlı ()

13. Aile Hekiminizin Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()

14. Herhangi bir rahatsızlıkta ilk olarak kime başvurursunuz? Aile Hekimi () Uzman Hekim () Pratisyen Hekim () Fark etmez ()

8.1. EK 2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	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 bulma					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulma					
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 duymadığınızın karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırarak					
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 etkileyebileceğini 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					

8.1. EK 3 Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri Ölçeği

1	2	3	4	5

*Hiç
Katılmıyorum*

*Kesinlikle
Katılıyorum*

No	İfadeler	1	2	3	4	5
1	Aile hekiminin bilgisine güvenmediğim için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
2	Genel anlamda uzman hekimin aile hekiminden daha bilgili olduğunu düşündüğüm için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
3	Aile hekiminin deneyimli olduğunu düşünmediğim için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
4	Aile hekimine mesai saatlerinden sonra ulaşamadığım için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
5	Aile hekimliğinde tahlil ve tetkik imkânları sınırlı olduğu için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
6	Aile hekimliğinde yapılan tahlil sonuçlarının çıkması uzun sürdüğü için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
7	Hastaneler aile hekimliklerine göre daha kapsamlı teşhis ve tedavi imkânı sunduğu için gidiyorum.	1	2	3	4	5
8	Aile hekimliklerinin dış görünümü, sağlık sorunumun çözüleceği güvenini vermediği için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
9	Aile hekiminin daha kötü davranmasından dolayı hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
10	Aile hekimliği evime uzak olduğu için aile hekimine gitmiyorum.	1	2	3	4	5
11	Aile hekimi ile tanışıklığım olmadığı için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
12	Maddi durumum iyi olduğu için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
13	Aile hekimi şikâyetlerime yeterli ilgi göstermediği için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
14	Aile hekimine muayene olmaya gittiğimde genellikle muayene etmeden ilaç yazdığı için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
15	Aile hekiminin risk almaktan kaçındığını düşündüğüm için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
16	Aile hekimine gittiğimde genellikle hastaneye yönlendirdiği için aile hekimine gitmiyorum.	1	2	3	4	5
17	Aile hekimliğine gitmem için herhangi bir zorlama (yaptırım) olmadığı için aile hekimine gitmiyorum.	1	2	3	4	5
18	Aile hekimliğinde randevu sistemi olmadığı için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
19	Uzman hekime ulaşmak kolay olduğu için aile hekimime gitmiyorum.	1	2	3	4	5
20	Aile hekimliklerinde yoğunluk olduğu için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
21	Aile hekimliklerinde çalışan hekim dışı personelin olumsuz davranışlarından dolayı hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
22	Aile hekimliklerinde çalışan hekim dışı personelin bilgilerinin yetersiz olduğunu düşündüğüm için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
23	Aile hekimliklerinde çalışan hekim dışı personelin deneyiminin yetersiz olduğunu düşündüğüm için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
24	Aile hekimlerini sadece ilaç yazan, rapor veren kişiler olarak bildiğim için herhangi bir rahatsızlığımda hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
25	Aile hekimliği hakkında bilgim olmadığı için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
26	Aile hekimliği uygulamasının sağlık ocağı uygulamasından farklı olduğunu düşünmediğim için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
27	Aile hekimliğine yönelik bilgilendirme ve tanıtım eksikliği olduğu için aile hekimine gitmiyorum.	1	2	3	4	5
28	Aile hekimine gitmeyi zaman kaybı olarak gördüğüm için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
29	Hastanede işlerimin aile hekimliğinden daha kısa sürede çözüleceğini (hallolacağını) düşündüğüm için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
30	Bazı ilaçları aile hekimi yazamadığı için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
31	Hastanelerde muayene katılım ücreti yüksek olmadığı için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
32	Basit bir hastalığımda bile hastaneye gittiğimde, uzman doktor aile hekimine yönlendirmediği için aile hekimine gitmiyorum.	1	2	3	4	5
33	Herhangi bir rahatsızlığımda çevremdeki kişilerin tavsiyesi ile hastaneye (uzman hekime) giderim.	1	2	3	4	5
34	Hastaneye gitmek benim için bir alışkanlık olduğundan dolayı gidiyorum.	1	2	3	4	5
35	Aile hekimliği binasının fiziki durumundan (bekleme salonunun soğukluğu, bekleme salonunun küçük ve dar olması vb.) dolayı hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
36	Kronik hastalığım (şeker, yüksek tansiyon, astım vb.) olduğu için hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5
37	Hastalığımdan ciddi olduğunu düşündüğüm zamanlarda hastaneye gidiyorum.	1	2	3	4	5

8.1. EK 4 Etik Kurul İzni



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 34

Toplantı Tarihi: 07.06.2023

Karar Sayısı:2023/453:(Başvuru ID:14483) N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Bilişimi ve Teknolojileri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Aysun YEŞİLTAS'ın "Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Aile Hekimi Tercih İlişkisi: Konya İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Öğrenci Rümeyza METKİN'in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Bilişimi ve Teknolojileri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Aysun YEŞİLTAS'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.


Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Aysun YEŞİLTAS
Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek Lisans Öğrencisi Rümeyza METKİN

ASLI GİBİDİR
07.06.2023

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

8.1. EK 5 Ölçek Kullanım İzinleri

 Sude Feden BASK... 08:43
Alicılar: ben ▾

Sayın Rümeyisa Önder,

Ben Sude Feden Baskın, İzmir Büyükşehir Belediyesi Genel Sekreter Yardımcısı Prof. Dr. Pınar Okyay'ın asistanıyım.

Prof. Dr. Pınar Okyay'a, TSOY-32 ölçeğinin kullanımı ile ilgili yazmış olduğunuz e-postaya istinaden size dönüş yapıyorum. Pınar Hanım'ın konuya ilişkin ilettiği açıklamalar ve ölçeğe dair gerekli belge ektedir.

Yardımcı olmamı istediğiniz bir konu olursa, her zaman bana ulaşabilirsiniz.

Açıklama;


Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederim.


SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var. Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkçe uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacigil hocamıza başvurmanız gerekiyor.




Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim; uygundur.

Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur. Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum.

Umarım yeterli olur.

Tez Ölçeği Kullanma Gelen Kutusu 

 Rümeyisa Mtkn 28 Mar
Sayın Hocam merhaba, ben Rümeyisa Metkin. Necmettin Erbakan Üniversitesinde

 S Alicılar: ben ▾ 13:56  

[Alıntılanan metni göster](#)

Merhaba Rümeyisa Hanım; "Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri" anket formunu yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz.

Tezinizde ve diğer akademik çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.