

## Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi

### The Evaluation of Repetitive Admissions to the Emergency Department by the Perspective of Health Literacy

Dilek Öztaş<sup>1</sup>, Gamze Bozcuk Güzeldemirci<sup>2</sup>, Ayhan Özhasanekler<sup>2</sup>, Esra Yıldızbaşı<sup>2</sup>, Sevilay Karahan<sup>3</sup>, İrep Karataş Eray<sup>2</sup>, Yusuf Üstü<sup>4</sup>, Ahmet Reşat Doğusan<sup>5</sup>, Salih Mollahaliloğlu<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>1</sup>, Murat Akçay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>5</sup>Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Çankırı İl Genel Sekreteri

#### Öz

**Amaç:** Bulaşıcı olmayan hastalıkların dünyada görülüşünün ve öneminin artmasından sonra bu hastalıklardan korunma yaklaşımları geliştirilmeye başlamıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma çalışmaları, bireylerin yaşam şekillerinde ve sağlık davranışlarında değişiklik yapmayı gerektirir. Bunun için kişilerin bu sağlık sorunlarının oluşumu ve korunma yaklaşımları konusunda bilgi sahibi olması, bilgi kaynaklarına ulaşması, bilgileri doğru olarak algılaması ve uygulaması gerekir. Bireylerin bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi okuma ve anlama, bilgiler ışığında sağlık ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili konularda, yaşam boyunca yaşam kalitesini artırmaya yönelik doğru kararlar verme ve uygulama ile ilgili istekleri ve kapasiteleri “sağlık okuryazarlığı” olarak adlandırılır.

**Materyal ve Metot:** Bu çalışma, tanımlayıcı bir araştırmadır. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014 ve 2015 (ilk 3 ay) yıllarına ait toplam 15 aylık veri, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)’nden alınarak değerlendirilmiştir. Veriler, SPSS 13.0 de değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde frekans ve yüzdeler kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmanın yapıldığı 15 aylık süre boyunca hastaneye 1.608.795 başvuru olmuştur. Bu başvuruların 179.144 (%11,14)’ü acil servise yapılmıştır. Acil servise başvuran hastaların %61,1’i mesai içinde, %38,2’si ise mesai dışı saatlerde başvurmuştur. Hastaların acil servise başvuru saatleri göz önüne alındığında en sık başvurunun 08:00-12:00 (%64,3) saatleri arasında olduğu görülmüştür. Ocak 2014 tarihinden itibaren 15 aylık dönemde acil servise başvuran 179.144 hastanın 2365 tanesi ilk 24 saat içinde aynı şikayet ile tekrar başvurmuştur. Tekrar başvuru oranı %1,32’dir. Zaman içinde acil servise yeniden başvuru oranında değişim var (p<0,001). Genel bir artış veya azalış eğilimi yoktur, yıllar içerisinde değişken tekrar başvuru oranı vardır. Acil servise en sık başvuru sebebi olan ilk 3 hastalık; sırasıyla, J03/Akut tonsillit, J39/Üst solunum yolu diğer hastalıkları ve J02/Akut farenjit olmuştur. 24 saat içerisinde aynı şikayetle başvuran hastaların tanılarına bakıldığında, ilk sırada I10/Esansiyel(primer) hipertansiyon, M79.1/Myalji ve M79.9/Yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada başarılı olmak için toplumların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi önemlidir. Bu amaçla erken çocukluk döneminden başlayarak okul dönemi ve çalışma yaşamı dahil olmak üzere çeşitli eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde genel eğitim düzeyinin yeri ve önemi de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi, kronik hastalık

#### Abstract

**Objectives:** The prevalence and importance of noncommunicable diseases increased globally and several approaches were developed for the prevention and control of this group of health problems. For the prevention of noncommunicable diseases, people should change their life-styles and health behaviors. It is important to have sufficient knowledge on the etiology and development of noncommunicable diseases to be convinced and change life-style and behaviors. Health literacy is defined as “people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in every-day life concerning health care, prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course”.

**Materials and Methods:** This is a descriptive research. A total of 15-month data belonging to the years of 2014 and 2015 (the first 3 months) in Ankara Atatürk Training and Research Hospital were evaluated after taking them from Hospital Information Management System. Data were analyzed in SPSS 13.0. Frequency and percentage tests were used in the statistical analysis.

**Results:** A total of 1,608,795 applications were made for 15 months during which the research was conducted. 179,144 (11.14%) of these applications were made to the emergency department. 61.1% of the patients applying to the emergency applied within the working hours and 38.2% applied out of the working hours. Regarding the application hours of the patients to the emergency, most of the applications were observed to be made at 08:00-12:00(64.3%). 2,365 of the 179,144 patients applying to emergency during the 15-month period as of January 2014 applied again within 24 hours with the same complaint. The rate of re-application is 1.32%. There is a change in the rate of re-application to the emergency in time ( $p<0.001$ ). No increase or decrease was observed in general, unstable re-application rate is in question in years. First 3 diseases observed in emergency are J03/Acute tonsillitis, J39/upper respiratory and other infections and J02/Acute pharyngitis. The diagnoses of the patients applying within 24 hours with the same complaints are I10/Primary hypertension, M79.1/Myalgiaand M79.9/Soft tissue injury, non-defined.

**Conclusion:** Increasing level of health literacy is important for the prevention of diseases. Therefore, starting from early childhood period, including schools and in the working life, more efforts should be given to increase health literacy. The importance of general education level should be taken into consideration to increase the level of health literacy.

**Key words:** Health literacy, health promotion, chronic disease

*Bu çalışma 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde (5-9 Ekim 2015, Konya) poster sunumu olmuştur.*

**Yazışma Adresi / Correspondence:**

Dr. Dilek Öztaş

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

e-posta: doztas@hotmail.com

**Geliş Tarihi:** 21.03.2016

**Kabul Tarihi:** 04.04.2016

## Giriş

Sağlık okuryazarlığı (SOY), kişilerin doğru sağlık kararları vermek için gerekli sağlık bilgi ve hizmetlerini anlama, edinme ve işleme kapasitesinin derecesi olarak tanımlanabilir. Bu alan, özgüven gibi kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde destekleyici bir araçtır.<sup>1</sup> SOY tanımı, 2013 yılında, genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yapılarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından yenilemiştir: Yeni tanımda; SOY için, “insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda; kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, insanların sağlıklarını korumak, sürdürmek, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir” denilmektedir.<sup>2</sup> SOY, okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme ve hayata uyarlama alanlarını kapsar. SOY'un iki ana bileşeni vardır: 1. Bireysel SOY; yetenek ve bilgi, isteme kapasitesi, erişim ve anlama, bilgiyi uygulama ve anlama, sağlık ve sağlık hizmeti içinde eyleme ve karara katılım konularını içermektedir. 2. Çevresel SOY ise; yapısal politikalar ve işlemler ile sağlık sistemi içinde; iletişimi, kişilere erişimi, onları anlayabilmeyi ve sağlıkla ilgili bilgileri sunabilmeyi içermektedir.<sup>3</sup>

SOY kavramının ortaya çıkışı, geçtiğimiz yüzyılın ortalarından itibaren önde gelen ölüm nedenleri olarak bulaşıcı hastalıklar önemini yitirirken, kalp damar hastalıkları, kanserler, kronik akciğer hastalıkları, diyabet gibi kronik ve dejeneratif

hastalıklar üst sıralara yükselmesiyle olmuştur. Bu durumda sağlık hizmetlerini sunanların da bu hastalıklara yönelik hizmetler geliştirmesi gündeme geldi. Ancak kronik ve dejeneratif hastalıkların kontrolü bulaşıcı hastalıkların kontrolü kadar kolay değildir. Bulaşıcı hastalıklar, aşılama, zamanında ve uygun antibiyotik tedavisi, sağlıklı içme ve kullanma suyu temin edilmesi gibi önlemlerle kontrol altına alınabilirken, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için daha farklı yöntemler gereklidir. Çünkü bulaşıcı hastalıklardan farklı olarak bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşunda çeşitli faktörlerin rolü vardır. Bu faktörlerin bazıları insanların yaşadığı ve çalıştığı çevrede bulunan faktörlerdir, bazıları ise kişilerin davranışlarına bağlı olan faktörlerdir. Hatta bu faktörlerin bazıları ilerleyen yaşa bağlı olarak organizmada meydana gelen değişikliklerdir, bazı hastalıklarda genetik faktörlerin de rolü vardır. Bu nedenle bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü için yapılacak müdahaleler çok yönlü olmak durumundadır. Bu faktörlerin bazıları çevrenin ve hizmetlerin geliştirilmesini gerektirirken, bazıları da kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarında değişiklik yapmalarını gerektirmektedir. Kronik ve dejeneratif hastalıkların oluşumunda kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarının önemi büyüktür. Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigara içmemek olarak özetlenebilecek sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranılmaması çeşitli kronik hastalıkların gelişmesi bakımından risk oluşturur. Sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranış geliştirmek için kişilere bu konuların önemi anlatılmalıdır. SOY terimi ile gün geçtikçe, özellikle kronik hastalıklarda tedavi sürecinde daha da sık karşılaşmaktayız. SOY terimi, kronik hastalıklar alanında, kişinin sağlığıyla ilgili bilgileri anlama, tavsiyeleri etkin kullanma, iyi sağlık düzeyini sağlama, sağlığı koruyacak bilgilere ve hizmetlere ulaşma yolunu bulma ve kullanabilme becerilerini geliştiren, destekleyen bir kültür oluşturma ve sistemden yararlanma yeteneğidir.<sup>4</sup>

Ottawa'da 1986 yılında toplanan "Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı" (International Conference on Health Promotion) sonunda yayınlanan "Ottawa Şartı"nda (Ottawa Charter) "sağlığı geliştirme" (health promotion) çalışmalarının yalnızca sağlık sektörünün çabası ile başarılmasının mümkün olmadığı, çeşitli diğer sektörlerin de bu konuda sorumluluk almaları gereği belirtilmiştir. Bu kapsamda bilim dünyası tarafından geliştirilen bilgilerin topluma iletilmesi gerekmektedir. İletişimin iki boyutu olduğundan hareketle, bir yandan bilgilerin topluma "anlaşılır" dille ve ulaşılabilir araçlarla iletilmesi, diğer taraftan da toplumun bu bilgilere ulaşabilmesi, anlaması, yorumlaması ve bu bilgiler ışığında uygun davranış geliştirmesi üzerinde durulmuştur. Bu noktada SOY kavramı gündeme gelmektedir. Örneğin hipertansiyon, şeker veya kalp hastalığının nasıl bir hastalık olduğu, nedenleri, korunma ve önleme için yapılması gerekenler, hasta olanların bulunması ve uygun tedavisi ile izlenmesi konularında topluma bilgiler ulaştırılmalıdır. Toplumdaki bireylerin de bu bilgilere ulaşabilmesi, onları kavraması, önemini algılaması ve uygun davranış geliştirmesi beklenir. Çeşitli aşamaları olan bu konu sağlık okur-yazarlığı olarak adlandırılmaktadır.<sup>2</sup>

SOY ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan Avrupa Sağlık Okur-Yazarlığı Araştırmasında (ASOYA) bazı sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı araştırılmış olup, 3 ve daha çok kez hastaneye yatış, 3 ve daha çok kez acil servis başvurusu ve 6 ve daha çok kez doktor muayenesi sorgulanmıştır. Çalışma sonucunda, genel olarak SOY'nın düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır.<sup>5</sup>

ASOYA'ya göre sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerin genel sağlık düzeyi de düşüktür. Bu kişiler daha çok hastalanmakta ve daha çok hastane tedavisi görmekte, hastalıkların tedavisinde de yeterli başarı sağlanamamaktadır. Bu araştırmaya göre “3 ve daha çok kez hastaneye yatış”, “3 veya daha çok kez acil servis başvurusu”, “6 ve daha çok kez doktor muayenesi” oranları, SOY puanının az olduğu toplumlarda anlamlı bir şekilde yüksektir (Tablo 1).<sup>5</sup>

**Tablo 1.** ASOYA'da SOY Puanı ile Sağlık Hizmetleri Kullanımı İlişkisi<sup>6</sup>

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması			
Bazı sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı (%)	Sağlık okuryazarlığı puanı		
Bazı sağlık hizmetlerinin kullanım	1-15	16-30	31+
3 ve daha çok kez hastaneye yatış (*)	32,0-37,0	27,3-37,0	19,7-24,8
3 ve daha çok kez acil servis başvurusu (**)	6,7-12,0	6,5-11,7	5,0-7,2
6 ve daha çok kez doktor muayenesi (**)	26,7-40,0	23,7-31,3	13,7-17,6

(\*) Farkındalık bazı ülkelerde anlamlı

(\*\*) Farkındalık bütün ülkelerde anlamlı

Acil servislerde takip edilen kalite indikatörlerinden biri olan, “acil servise yeniden başvuru oranı”, acil servise 24 saat içinde aynı şikayetle tekrar başvuran hasta sayısı ve oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır ve SOY okuryazarlığı konusunda indirek bilgi verebilmektedir. Çalışmamızın amacı, acil servise 24 saat içerisinde aynı şikayet ile başvuran hastalara ait verileri inceleyerek, bu durumun, yarattığı sorunlara yönelik düzeltici ve önleyici faaliyetler bağlamında SOY ile ilişkilendirilmesidir.

### Materyal ve Metot

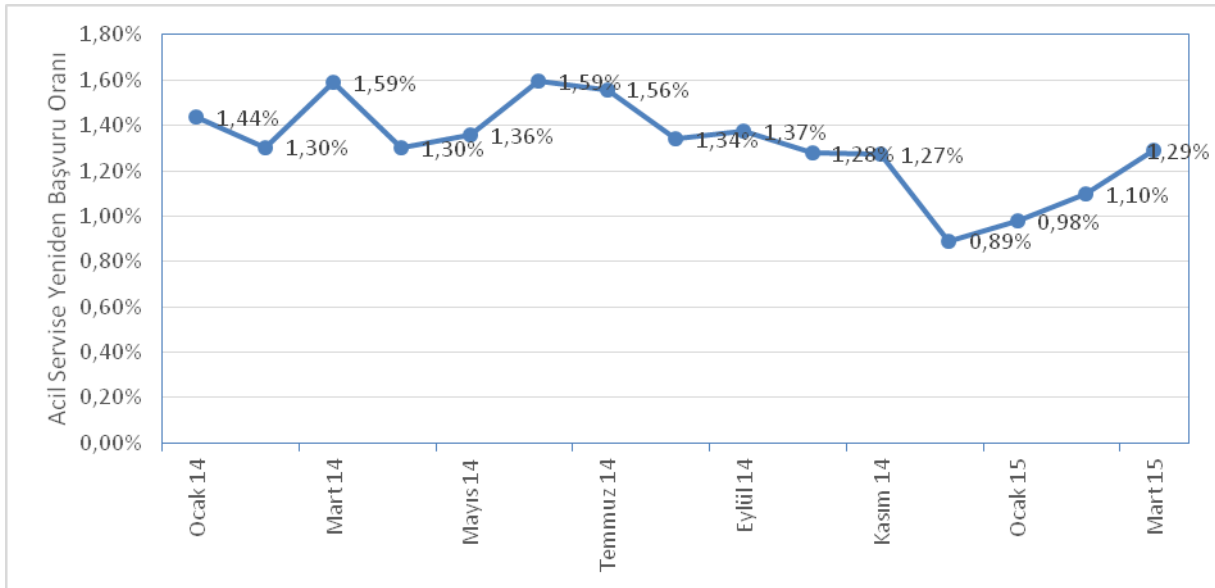
Bu çalışma, tanımlayıcı bir araştırmadır. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AAEAH)'nde 2014 ve 2015 (ilk 3 ay) yıllarına ait toplam 15 aylık veri, değerlendirilmiştir. Araştırma yapılan hastanede kalite indikatörü olarak sürekli bir şekilde değerlendirilmekte olan, “Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı” esas olarak alınmıştır.<sup>9</sup> Bu indikatör, acil servise 24 saat içinde aynı şikâyetle tekrar başvuran hasta sayısı ve oranının tespiti ve izlenmesi için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. Bu indikatörün hastanede kullanım gerekçesi, acil serviste hizmet sunumunun ve hasta bakımındaki kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesidir. Acil servise yeniden başvuru oranının hesaplama yöntemi; ilgili ayda; (acil servise 24 saat içerisinde aynı şikâyet ile tekrar başvuran hasta sayısı/acil servise başvuran hasta sayısı)×100 şeklindedir. “Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı İndikatörü” nün alt indikatörleri;

1. Tekrar başvuran hastalarda tanı dağılım yüzdeleri
2. Tekrar başvuran hastaların sorumlu hekim bazında dağılımları
3. Tekrar başvuran hastalarda konsültasyon oranları

#### 4. Tekrar başvuran hastaların ilk başvuru zamanları (Mesai içi, mesai dışı)'dir.

Bu çalışmada esas indikatörün yanı sıra 1 ve 4 nolu indikatör sonuçları da kullanılmıştır.

Araştırmanın veri kaynağını, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi(HBYS) ve yazılı kayıtlar oluşturmuştur. Hastanedeki veri toplama periyodu 1 aydır. Veri analiz periyodu 3 aydır. Bu indikatörün çıkış noktası klinik etkililiktir. İndikatörde kullanılan 24 saatlik süre; hastanın acil servise ilk başvurduğu saatte başlar ve sonraki 24 saati kapsar. Başvuruların aynı şikayet nedeniyle yapılmış olması gerekmektedir. Veriler, SPSS 13,0 de değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde frekans ve yüzdelik testler kullanılmıştır. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı Oturum ve Sayı No: 04 / 11, Karar Sayı: 100 olacak şekilde, 28.08.2015'de alınmıştır.



Şekil 1. AEAH Acil Servisine 24 Saat İçinde Tekrar Başvuru Oranları

## Bulgular

Araştırmanın yapıldığı 15 aylık süre boyunca hastaneye 1.608.795 başvuru olmuştur. Bu başvuruların 179.144 (%11,14)'ü acil servise yapılmıştır. Acil servise başvuran hastaların %61,1'i mesai içinde, %38,2u ise mesai dışı saatlerde başvurmuştur. Hastaların acil servise başvuru saatleri göz önüne alındığında en sık başvurunun 08:00-12:00 (%64,3) saatleri arasında olduğu görülmüştür.

Ocak 2014 tarihinden itibaren 15 aylık dönemde acil servise başvuran 179.144 hastanın 2365 tanesi ilk 24 saat içinde aynı şikayet ile tekrar başvurmuştur (Şekil 1) Tekrar başvuru oranı %1,32'dir. Zaman içinde acil servise yeniden başvuru oranında değişim var ( $p < 0,001$ ). Genel bir artış veya azalış eğilimi yoktur, yıllar içerisinde değişken tekrar başvuru oranı vardır.

Acil servise başvuran ilk 7 hastalık; sırasıyla, J03/Akut tonsillit, J39/Üst solunum yolu diğer hastalıkları, J02/Akut farenjit, M79.1/Myalji, A08/Viral ve diğer tanımlanmış barsak enfeksiyonları, M79.9/Yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış ve I10/Esansiyel (Primer) hipertansiyon olmuştur (Tablo 2).

24 saat içerisinde aynı şikayet ile başvuran hastaların tanılarına bakıldığında, ilk sırada I10/Esansiyel(primer) hipertansiyon, M79.1/Myalji, M79.9/Yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, F41/Anksiyete bozuklukları, diğer ve J39/Üst solunum yolu diğer hastalıkları olduğu görülmüştür (Tablo 3).

**Tablo 2.** AAEAH Acil Servis Polikliniğine Başvuran İlk 7 Hastalık Kodları ve Sayıları

Sıra	Hastalık Kodları	Sayı
1	J03/Akut tonsillit	29.024
2	J39/Üst solunum yolu diğer hastalıkları	22.294
3	J02/Akut faranjit	19.592
4	M79.1/Myalji	19.587
5	A08/Viral ve diğer tanımlanmış barsak enfeksiyonları	18.574
6	M79.9/Yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış	18.050
7	I10/Esansiyel(Primer) hipertansiyon	16.446
<b>Genel Toplam</b>		<b>179.144</b>

### Tartışma

Acil servis hizmetinde esas olan, en acil olana en kısa süre içerisinde bu hizmeti vermektir. Acil olmayan hastaların başvurusu yoğunluğu artırmaktadır. Türkiye için acil servis başvuru ortalamasının %30 olduğu göz önüne alınırsa, AAEAH acil servisine başvuru oranı olan %11,14 göreceli olarak düşük düzeydedir. Ülkemizde, acil servislerde yaşanan hasta yoğunluğu, araştırmanın yapıldığı hastanede göreceli olarak daha az oranda yaşansa da, bu durum, hem ulusal hem de yerel bir sağlık sorunu olarak her zaman karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun temelinde hem sosyolojik (hastalarda acil durum kavram algısı), hem de yönetsel ve fiziksel ortam yetersizliği gibi sebepleri bulunduğu bilinmektedir. Ayrıca, gerçek dışı acil başvuruları, bu sorunu büyütmektedir. Acil servise başvuranların kendi durumlarını acil olarak düşünmeleri, acil servislerde aynı gün içerisinde tüm tetkiklerin yapılabilmesi ve hızlı sonuç alınabilmesinden dolayı acili bir poliklinik gibi kullanma eğilimi, bu konuda yapılmış olan çalışmalarda gösterilmiştir. Acil servis hizmetleriyle ilgili ülkemizde birçok çalışma bulunmakla beraber, acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile tekrar başvuran hastalar hakkında yapılan çalışmalar azdır. Çalışmamızda, acil servise 24 saat içinde aynı şikayetle tekrar başvuranların oranı benzer çalışmalara göre düşük seyretmektedir (%1,32). Buna göre acil servise başvuran yaklaşık her 100 hastadan yaklaşık ikisi, 24 saat içerisinde tekrar başvurmaktadır. Bu durum acil servis etkinliğini azaltmakta ve hasta yoğunluğuna sebebiyet vermektedir. Yapılan literatür taramasında, benzer diğer bir çalışmada bu oran 4 olarak bulunmuştur.<sup>8</sup> Acillerdeki hizmet sunumunun özellikleri göz önüne alındığında, bu oranların yüksek olduğu düşünülmektedir. ASOYA'nın da işaret ettiği gibi, bir toplumdaki gerçek dışı acil başvurular ve mükerrer acil başvurular, hastaların "aciliyet" kavramını doğru bir biçimde algılayamadığını göstermekte olup, bu durum, sağlık okur-yazarlığı düzeyi ile hasta eğitimi düzeyi ile ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyi ile yakın ilişkilidir.

Acil servis başvurularının özellikle 08:00-12:00 saatleri arasında olmak üzere sıklıkla mesai saatleri içinde gerçekleşmesinin sebepleri arasında hastaların randevu almadan ve sıra beklemeden hizmet almak istemeleri, hizmete kolay erişebilmeleri ve muayene sonucu istenen tetkiklerin kısa zamanda aynı gün sonuçlanması olduğu, bu konuda yapılmış diğer çalışmalar tarafından ifade edilmektedir. Bu durum, hastaların “aciliyet” kavramını doğru bir biçimde algılamadığını ve acil servislerin kötüye kullanıma maruz kaldığını düşündürmektedir.

**Tablo 3.** AEAH Acil Servis Polikliniğine 24 Saat İçinde Tekrar Başvuran İlk 5 Hastalık Kodları ve İstatistikleri

Sıra	Hastalık Kodları	Sayı	%
1	I10/Esansiyel(Primer) hipertansiyon	1.113	47
2	M79.1/Myalji	366	14
3	M79.9/Yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış	223	9
4	F41/Anksiyete bozuklukları, diğer	203	9
5	J39/Üst solunum yolu diğer hastalıkları	122	5
<b>Genel Toplam</b>		<b>2.365</b>	<b>100</b>

Benzer diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da, 24 saat içerisinde aynı şikayetle acil servise başvuran hastaların tanı dağılımlarına bakıldığında, ilk sırayı esansiyel hipertansiyonun aldığı ve onu kronik diğer hastalıkların takip ettiği izlenmiştir. Başta hipertansiyon olmak üzere kronik hastalıkların ilk sıraları almasının nedenlerinin, hastanın verilen tedaviyi eksik uygulaması, diyete uymaması, bölgesel beslenme alışkanlıklarının etkisi olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıklarla baş etmede toplumların SOY düzeyinin yükseltilmesinin önemli olduğu bilinmektedir. Kronik ve dejeneratif hastalıklardan korunma ve kontrol bakımından kişilerin sağlıkla ilgili davranışları ve bu bağlamda tütün kontrolü, tuz azaltma, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, aşırı alkol kullanımından sakınma, temel ilaçlar ve teknoloji başlıkları sağlık okur-yazarlığı ile bire bir örtüştürülen başlıklardır. ASOYA’da olduğu gibi mükerrer acil başvuruları, mükerrer doktor muayeneleri ve mükerrer hastane yatışları konularında geniş kapsamlı verilerin elde edilmesine ve bu verilerin yine yapılması gereken kapsamlı SOY çalışmaları ile ilişkilendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Dünyada, genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının da arttığı ve SOY düzeyi düşük olan kişilerin genel sağlık düzeyinin de düşük olduğu, bu kişilerin daha çok hastalanmakta ve daha çok hastane tedavisi görmekte, hastalıklarının tedavisinde de yeterli başarı sağlanamamakta olduğu gerçeğinden yola çıkarak SOY bilincinin artırılması gerekmektedir.<sup>7</sup>

Sonuç olarak, sağlık konusunda bilginin yetersiz olması daha fazla sağlık harcamasına yol açmaktadır. Gelişmiş ülkelerle paralel olarak, geniş kapsamlı SOY durum tespiti araştırmaları yapılmalı ve ortaya çıkacak eksiklikler doğrultusunda, bu disiplinin gerektirdiği faaliyetler yürürlüğe konmalıdır. SOY bireylerin sağlıkla ilgili

enformasyonları anlamaları kadar, edindikleri enformasyonları değerlendirme, kendilerine verilen tedavileri uygulama, sağlık sistemini anlama gibi birçok önemli konuyu kapsamaktadır. Yetersiz SOY seviyesine sahip olmak, sağlıkla ilgili enformasyonların yanlış anlaşılması, tedavinin aksaması gibi birey sağlığı açısından risk teşkil edecek önemli sonuçlara neden olması kadar, sağlığa ayrılan kaynakların etkin kullanılmaması, tedavi maliyetlerinin artması gibi çok önemli bir konuyu da içermektedir. Bireyin, dolayısıyla toplumun SOY yükselmesinin toplumsal ve ekonomik katkıları büyüktür. Yetersiz SOY sorunu, dünyada hâlâ büyük oranda devam etmektedir. SOY üzerine yapılacak çalışmalarda enformasyona erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi uygulama konularına önem ve öncelik verilmelidir. SOY ile ilgili yapılacak çalışmalarda öncelikle, sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz bireyler arasında sağlık enformasyonuna olan fiziksel erişimin eksikliğine daha fazla dikkat edilmesi gerektiği söylenebilir. Sağlık hizmeti sağlayanlara daha az erişebildikleri için, SOY seviyesi yetersiz bireyler risk altında olmaya devam edecektir. Hedef olarak sadece SOY seviyesi yetersiz bireylere değil aynı zamanda sağlık enformasyonları ile yakından ilgilenen, araştıran, yüksek SOY seviyesi olan bireylere de odaklanılmalıdır. Yeni buluşlar, gelişmeler, tedavi biçimleri nedeniyle “yaşam boyu öğrenme” kavramı, sağlık için geçerliliğini her zaman korumaktadır. SOY'nın geliştirilmesi için halkla ilişkiler stratejileri büyük önem taşımaktadır. SOY seviyesinin gelişmesi, aynı zamanda sağlık kültürünün gelişmesini, kaynakların doğru kullanılmasını ve bireyin hem kendi sağlığı hem de toplum sağlığı, konusunda belirleyici olmasını sağlayacaktır.<sup>8</sup>

## Kaynaklar

1. “Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services November 2000, <http://www.health.gov/healthypeople/>, Erişim tarihi: 15 Eylül 2015.
2. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy The Solid Facts. Copenhagen: WHO; 2013. <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/0008/190655/e96854.pdf>, Erişim tarihi: 15 Eylül 2015.
3. Sönmez BF. Birinci Basamakta Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Okur Yazarlığı, VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya; 01-04 Mart 2016. [http://www.kalitekongre2016.org/bilimsel\\_program.php](http://www.kalitekongre2016.org/bilimsel_program.php), Erişim tarihi: 5 Mart 2016.
4. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turk J Public Health 2014;12(1):61-8.
5. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States, The European Health Literacy Project, 2009- 2012, Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012, [online]. <http://www.healthliteracy.eu>. Accessed July 26, 2013.
6. Yılmaz F, Çolak Y, Ersoy K. Sağlık Okur yazarlığının ve Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum Dergisi 2009; 1:22-30.
7. Sezgin D, Sağlık Okuryazarlığını Anlamak, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 2013;3:73-92.
8. İncesu E. Acil Servis Sağlık Hizmetlerinde Başvuru Tekrarı Sorunu: Seydişehir Devlet Hastanesi Acil Servis Araştırması. V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Kitabı, Cilt I, Beylik U, Önder Ö, Tarhan D (editörler) içinde, Ankara: Miki Matbaacılık; Kasım 2014: 27-40. [https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011/2011/2014/bildirilercilt1.pdf](https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/bildirilercilt1.pdf), Erişim Tarihi: 25 Ocak 2015.
9. T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kalite İndikatörleri ve SİYÖS. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2014.