



Araştırma Makalesi

Ankara Med J, 2020;(3):588-604 // doi 10.5505/amj.2020.59320

SAĞLAM ÇOCUK TAKİBİNDE EBEVEYNLERİN ROLÜ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

THE ROLE OF PARENTS AND HEALTH LITERACY IN HEALTHY CHILD FOLLOW-UP

 Erdoğan Ulusoy¹,  Tarık Eren Yılmaz¹,  Atilla Çifci²,
 Tuğba Yılmaz³,  İsmail Kasım¹,  Adem Özkara¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Birimi, Ankara

Yazışma Adresi / Correspondence:

Tarık Eren Yılmaz (e-posta: tarikeren.yilmaz@sbu.edu.tr)

Geliş Tarihi: 01.05.2020 // Kabul Tarihi: 10.08.2020



Öz

Amaç: Sağlam çocuk takibi ülkemizde daha çok birinci basamakta görev yapan aile hekimleri ile bu çocukların ebeveynleri tarafından yürütülmektedir. Çalışmamızın amacı ailelerin sağlam çocuk takibi konusundaki sorumluluklarına dikkat çekmek, farkındalığı arttırmak ve sağlık okuryazarlık durumlarıyla ilişkisini tespit etmektir.

Materyal ve Metot: Araştırma, kesitsel tanımlayıcı ve gözlemsel bir anket çalışmasıdır. Ankara ilindeki bir Aile Sağlığı Merkezinde(ASM), sağlam çocuk takibinin en sık olarak yapıldığı 0-5 yaş arası çocuğu olan ebeveynler üzerinde bu çalışma yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini oluşturan 648 aile çalışmaya davet edilmiştir. Veri toplama aracı olarak çalışmaya özgün yapılandırılmış bir anket formuyla ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla Türkiye Sağlık Okur Yazarlık Ölçeği(TSOY-32) kullanılmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra anket formu yüz yüze anket uygulama yöntemiyle doldurulmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılmayı kabul eden 269 aileden birer ebeveyn çalışmaya dâhil edildi. Tüm katılımcıların TSOY-32 toplam puanı ortancası 32,3 olarak hesaplandı ve “sınırlı-sorunlu” sağlık okuryazarlık grubuna dâhil olduğu görüldü. Sağlık okuryazarlık puanlarının eğitim düzeyi yüksek, gelir düzeyi iyi ve çalışan ebeveynlerde anlamlı derecede daha fazla olduğu saptandı. Çocuğunun takip ve izlemlerini “düzenli olarak kendi yaptıran” ebeveynlerin, “doktor çağırınca izlemlerini yaptıran” ebeveynlerden daha yüksek sağlık okuryazarlık toplam ve bileşen puanlarına sahip olduğu tespit edildi.

Sonuç: Ailelerin sağlık okuryazarlık bilgi düzey puanları beklenenden düşük saptandı. Bu çalışma sağlıklı bir toplum inşası için sağlık okuryazarlığının sağlık ile ilgili sorumluluk bilinci ile ilişkili bir faktör olduğunu gösterdi. Ayrıca ASM’lerde sağlam çocuk takibi konusunda yapılması gerekenler açısından ailelerde farkındalık oluşturmuş olup tespit edilen eksik konularda daha dikkatli, sağlıklı ve bilinçli bir takip yapılmasına dair literatüre katkı sunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Sağlığı, Sağlık Okuryazarlığı, Ebeveynler, Aile Hekimliği, Temel Sağlık Hizmetleri

Abstract

Objectives: Healthy child follow-up is mostly carried out by family physicians working in primary care and their parents. The aim of our study is to draw attention to the responsibilities of families in healthy child follow-up, to raise awareness, and to determine their relationship with health literacy situations.

Materials and Methods: The study was planned as an observational and cross-sectional survey. It was carried out on parents with children between the ages of 0-5 years followed up in a family health center in Ankara. 648 families were invited to study. We developed a structured questionnaire and used Turkey Health Literacy Scale(TSOY-32) in order to measure the parents' health literacy. After obtaining the necessary permissions, the questionnaire was filled through the face-to-face questionnaire application method.

Results: 269 families agreed to participate in the study. The median score of total TSOY-32 was calculated as 32.3 and it was included in the “limited-problematic” health literacy group. It was determined that the TSOY-32 scores were significantly higher in high education and good income levels and among working parents. It was determined that the parents who “regularly make their children’s follow-ups by themselves” have higher health literacy total and component scores than the parents who “follow-up by their doctor’s calling”.

Conclusion: Health literacy knowledge level scores of the families were lower than expected. Health literacy is an important factor in raising awareness of health-related responsibilities for building a healthy society. This study has made awareness among families in terms of what to do about child follow-up and contributed to the literature on a more careful, healthy, and conscious follow-up on the identified issues.

Keywords: Child Health, Health Literacy, Parents, Family Medicine, Primary Health Care

Giriş

Sağlam çocuk takibi, 0-18 yaş arası tüm çocukların hikâyesinin, fizik muayenesinin, büyüme ve gelişmesinin değerlendirildiği, bağışıklama, tarama testleri ve sağlık danışmanlığının da kapsandığı bir temel sağlık hizmetidir.¹ Aile Sağlığı Merkezi (ASM); ilk temas noktası olan kolay ulaşılabilir, birinci basamak sağlık merkezleri olup ulaşım olarak en yaygın ve sıklık olarak en çok sağlam çocuk takiplerinin yapıldığı yerlerdir.²

ASM'ler; periyodik sağlık izlemlerinin yapıldığı, gerekli geri bildirimler ile hasta-hekim işbirliğinin gerçekleştiği ve takiplerde ortak karar verici, uygulayıcı ve sürdürücüsü konumunda bulunan, gerektiğinde hastaların sağlık okuryazarlıklarını geliştirici, eğitici, danışmanlık hizmetleri ile hastalıkların morbidite ve mortalitelerini azaltma yönünde hizmetlerin de verildiği bebek dostu sağlık kuruluşlarıdır.³⁻⁶ Çocukların gelişim dönemleri konusunda ailelerin farkındalıklarını artırıcı eğitim hizmetleri yine ASM'lerde verilmektedir.⁷

ASM'lerde çalışan aile hekimleri, bebek ve çocukların daha sağlıklı büyüme ve gelişmelerinin sağlanması amacıyla belirli aralıklarla izlem yapmaktadır.⁷ Bu izlemlerin daha düzenli yapılabilmesi için ailelerin sağlık okuryazarlığının artırılarak bu izlemlere ailelerin de dâhil edilmesinin çok önemli olduğunu düşünmekteyiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı şu şekilde geçmektedir: *“Sağlık okuryazarlığı, bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.”* *“Sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması anlamına gelir.”*⁸ Tüm bu ifadelerden anlaşılacağı üzere sağlık okuryazarlığı, tıbbi broşürleri okuyabilme düzeyinden daha fazlasını ifade ettiği ve ilgili durumun bir sağlık davranışına dönüşmesi ve birey sağlığından başlayıp toplum sağlığına uzanan bir davranış biçimi haline gelmesi gerektiği vurgulanmaktadır.⁶

Sağlık okuryazarlığı kavramı ölçme ve değerlendirmeye uygun olup bunun için birçok ölçek geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçeklerde genellikle sağlık kuruluşuna başvuru ve yönlendirmeleri anlama, tıbbi formları okuma, anlama ve doldurma, ilaçlarla ilgili talimatları ve sağlık çalışanlarını anlama ile kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama konuları sorgulanmaktadır.^{9,10}

Bu çalışma ile ailelerin sağlam çocuk takibi hakkında sorumluluklarına yaklaşımını ve buna etki edebilecek sağlık okuryazarlıklarının tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Böylelikle ülkemizde bir Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı olan nüfusun durum tespiti yapılacak ve sağlıklı nesillerin yetişmesinde önemli katkılar sunacak olan sonraki çalışmalara bu araştırma ile ışık tutulması planlanmaktadır.

Kısaca sürdürülebilir sağlam çocuk takibinin ortak sorumluları olan hekim ve ailelerden hekim grubunun durumu daha önceki yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir.⁷ Bu çalışmamızda da bu ortak sorumluluğun diğer kanadı olan ailelerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık sorumluluklarına dair durumlarının bilimsel ortamda ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metot

Araştırma, kesitsel tanımlayıcı ve gözlemsel bir anket çalışmasıdır. Araştırma 3 Aile Hekimliği Biriminin(AHB) bulunduğu Ankara ili Keçiören ilçesi Karargahtepe ASM'de gerçekleştirilmiştir. Bu ASM'de kayıtlı olan toplam nüfus Ekim 2018 itibariyle 11.160 kişidir. ASM'de sağlam çocuk takibinin en sık olarak yapıldığı yaş aralığı olan 0-5 yaş arası çocukların ebeveynleri üzerinde bu çalışma yapılmıştır. Çalışmamızın evrenini 648 aile (Bir AHB'den 297, diğerinden 253 ve son olarak üçüncü birimden 263 olmak üzere toplamda 813 adet 0-5 yaş arası çocuk sahibi olan 648 aile) oluşturmuştur. Çalışma kapsamında tüm 648 ailenin bir ebeveynine (anne veya babaya) ulaşılması planlanmış olup tüm aileler çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmanın yapılacağı, Şubat-Mart 2019 tarihleri arasında ardı sıra iki aylık periyottaki sağlık hizmeti almaya gelen aileler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Anket doldurulması için görüşme yapmak istemeyen ya da ulaşamayan ebeveynler, 18 yaş altı ebeveynler ve başka ASM'ye kayıtlı olan misafir hasta olarak ASM'ye gelen ebeveynler çalışma dışı bırakılmıştır. Bu süre zarfında ankete katılmayı sekiz aile kabul etmemiştir. Anketimizi doldurmayı red edenler; genellikle zamanları olmadıklarını ifade edenlerden oluşmuştur. Sonuçta anketimizin değerlendirilmesine aileleri adına ankete katılan toplam 269 ebeveyn olmuş ve araştırma evreninin %41,5'ine ulaşılmıştır.

Araştırmanın veri toplama aracı olan çalışmaya özgün yapılandırılmış anket formu Aile Hekimliği Kliniği tarafından yapılan akademik konseylerde tartışılarak hazırlanmış ve pilot çalışma sonrası son halini almıştır. Anket formunda katılımcıların sosyodemografik bilgileri ile evinde sürekli bakım gerektiren bir hastasının varlığı, kronik bir hastalığının varlığı, çocukları arasında bir kronik hastalığı olanın bulunma durumu, çocuklarında sık hastalık geçirme öyküsünün varlığı, aile bireyleri için acile yılda kaç kez başvuru yaptığı, periyodik sağlık takiplerinin (aşı, topuk kanı, gelişim vb.) Sağlık Bakanlığı tarafından takip edildiğini bilme durumu, sağlığı ile ilgili bir rahatsızlığınızı kime sorduğu, bir şikâyeti olduğunda genellikle hangi sağlık merkezine gittiği, çocuğu ile ilgili yapılan hangi takip ve izlemler kendisi için önemli olduğu ve bunlardan hangilerini çocuğu için yaptırdığı, çocuğunun hasta olmadığı zamanlardaki aile hekimliğindeki takip ve izlemlerini bizzat kendisinin mi yaptığı yoksa çağrılmasını mı beklediği, sağlam çocuk takibi (aşılar, işitme ve görme testleri, büyüme ve gelişim vb.)ile ilgili bilgilerini nerelerden aldığı, sağlık ile ilgili tarama ve takiplere nasıl baktığı ile ilgili durumlarının sorgulandığı bir dizi parametre bulunmaktadır. Ayrıca ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla Türkiye Sağlık Okur Yazarlık Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır. Türkiye Sağlık

Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) 32 sorudan oluşan 15 yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde uygulanabilen bir öz bildirim ölçeğidir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından oluşturulan kavramsal çerçeveye dayanarak geliştirilen bu ölçek aynı zamanda T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından da kullanılmaktadır. TSOY-32 ölçeği için Türkçe'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Okyay ve ark. tarafından 2016 yılında Cronbach Alfa genel iç tutarlık katsayısı 0.927 olarak saptanarak yapılmıştır. Ölçeğin özelliği, parametreleri, puanlandırması ve sonuçlarına göre sınıflandırması şu şekildedir:

"TSOY-32 iki temel boyut alınarak, 2x4'lük matrise dayandırılarak yapılandırılmıştır. Buna göre matrisin (sağlıkla ilgili) iki boyutu; "tedavi/hizmet" ve "hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" ile (sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili) dört süreç; sağlıkla ilgili "bilgiye ulaşma", sağlıkla ilgili "bilgiyi anlama", sağlıkla ilgili "bilgiyi değerlendirme" ve sağlıkla ilgili "bilgiyi kullanma/uygulama" olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmakta"² ve toplam 32 maddeyi içermektedir. "Her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. "Fikrim yok" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde bir formül yardımıyla standardize edilmiştir."²

Formül yardımıyla belirlenen yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer 50 olarak belirlenmiştir. Buna göre sağlık okuryazarlığı, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmektedir:

- i. 0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı
- ii. 26-33 puan: sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı
- iii. 34-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı
- iv. 43-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı.

Çalışma için yerel Araştırma Etik Kurulu'ndan Kasım 2018 tarihi itibari ile etik kurul izni alınmıştır. İlgili ASM'deki sağlam çocuk takibine gelen ebeveynlere anketin uygulanabilmesi için ise T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla Şubat 2019 tarihinde kurum izni de alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra anket formu araştırmacı tarafından, yüz yüze anket uygulama yöntemi ile ebeveynler ile görüşülerek ASM'nin rutin sağlık hizmetleri kapsamında yapılan takiplerde doldurulmuştur.

Çalışmada yer alan yaş, TSOY-32 puanları gibi ölçümlerin dağılımı, Shapiro-Wilk testi ve normallik grafikleri ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin dağılımı normal ise ortalama±standart sapma (ort±ss), aksi durumda ortanca (min.-maks.) değerler verilmiştir. Cinsiyet gibi kategorik değişkenler sayı (%) ile ifade edilmiştir.

TSOY-32 ile önem/davranış puanlarının karşılaştırılmasında; yaş, çocuk sayısı, anketi dolduran ebeveynin eğitim düzeyi, çalışma durumu, genellikle gittiği sağlık merkezi, sağlık ile ilgili tarama ve takipleri yaptırma sıklıkları, bir yılda acile başvurma sayısı gruplandırılmıştır. Gruplar; puan bakımından karşılaştırılırken, farkın yönü öngörüldüğünde iki grup için tek yönlü Mann-Whitney U testi, ikiden fazla sıralı grup için Jonckhere-Terpstra testi; farkın yönü ön görülmediğinde iki grup için iki yönlü Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Jonckhere-Terpstra testinden sonra homojen gruplar incelenmiş, Kruskal-Wallis testinden sonra ikili karşılaştırmalarda Bonferroni-Dunn düzeltmesi uygulanmıştır. TSOY-32 puanları ile yaş, çocuk sayısı, acile gitme sayısı ve önem/davranış puanı arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı (r_s) ile incelenmiştir.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır.

Bulgular

Ankete katılmayı kabul eden 269 ebeveyn çalışmaya dâhil edilmiştir. Ebeveynlerin ortalama yaşı $32,11 \pm 5,45$ yıl olarak tespit edilirken çocuk sayılarının ortancası 2 (min.-maks.: 1-5) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan ebeveynlerin diğer sosyodemografik bilgileri Tablo 1’de verilmiştir.

Katılımcıların %10’unda ($n=45$) annenin, %53,8’inde ($n=130$) babanın sigara kullandığı belirlenmiştir. Evinde sürekli bakım gerektiren birinci dereceden akrabası olan katılımcıların oranı %3 ($n=8$) olarak elde edilmiştir. Katılımcıların %6,6’sının ($n=17$) çocuğunda kronik bir rahatsızlık gözlenirken, %46,5’inin ($n=120$) çocuğunda sık hastalık geçirme öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların aile bireyleri için kendi ifadelerine göre bir yılda acile başvurma sayıları ortancası 3 (min.-maks.: 0-20) olarak hesaplanmıştır.

Sağlık ile ilgili Yaklaşımları

Sağlığıyla ilgili bir rahatsızlığı olduğunda birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği bu soruda katılımcıların %92,9’u ($n=247$) aile hekimine, %41,7’si ($n=111$) başka bir hekime danıştığını, %29,3’ü ($n=78$) ise internetten bilgi aldığını ifade etmiştir. Sağlık ile ilgili problemleri ve sağlam çocuk takipleri hakkında ebeveynlerin genel olarak yaklaşımı ve bilme durumları Tablo 2’de verilmiştir.

Ebeveynlerin genel olarak sağlıkları ile ilgili takiplerine dair bakış açılarının dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. Ayrıca ebeveynlerin “Çocuğunuz ile ilgili hangi takip ve izlemler sizin için önemlidir ve bunlardan hangilerini siz çocuğunuz için yaptırдыңız?” sorusuna verdikleri cevaplar Tablo 4’te özetlenmiştir.

Tablo 1. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri

Özellikler	n (%)	Özellikler	n (%)
Cinsiyet		Annenin çalışma durumu	
Kadın	227 (88,33)	Sağlık sektöründe	9 (3,38)
Erkek	30 (11,67)	Sağlık sektörü dışında	65 (24,44)
Medeni durum		Çalışmıyor	192 (72,18)
Evli	238 (97,94)	Babanın çalışma durumu	
Bekâr	2 (0,82)	Sağlık sektöründe	3 (1,13)
Boşanmış-Dul	3 (1,24)	Sağlık sektörü dışında	248 (93,23)
Annenin öğrenim durumu		Çalışmıyor	15 (5,64)
Okuryazar değil	1 (0,38)	Ailenin gelir düzeyi	
Okuryazar -İlkokul	76 (28,89)	Gelir giderden az	83 (31,56)
Ortaokul-Lise	113 (42,97)	Gelir gidere denk	155 (58,94)
Üniversite	73 (27,76)	Gelir giderden fazla	25 (9,51)
Babanın öğrenim durumu		Çocuk bakımı	
Okuryazar değil	2 (0,76)	Anne	185 (70,88)
Okuryazar -İlkokul	58 (21,89)	Anne-Baba	53 (20,31)
Ortaokul-Lise	130 (49,06)	Akraba	6 (2,30)
Üniversite	75 (28,30)	Bakıcı-Kreş	17 (6,51)

(Koyu ile belirtilenler en çok yüzdeliğe sahip olan parametrelerdir.)

Sağlık Okuryazarlıkları

Tüm katılımcıların TSOY-32 puanı ortancası, toplam için 32,3 (min-maks: 6,7-50,0), tedavi-hizmet boyutu için 33,3 (min-maks: 14,3-50,0) ve korunma-geliştirme boyutu için 32,3 (min-maks: 0-50) olarak hesaplanmıştır. Ölçek bileşen puanları ortancası, bilgiye ulaşma bileşeni için 33,3 (min-maks: 7,1-50,0); bilgiyi anlama bileşeni için 33,3 (min-maks: 8,3-50,0); bilgiyi değerlendirme bileşeni için 31,3 (min-maks: 6,3-50,0) ve bilgiyi uygulama bileşeni için 33,3 (min-maks: 4,8-50,0) olarak saptanmıştır (Şekil 1). Buna göre TSOY-32 toplam, alt boyut ve bileşen puanlarının ortanca değerlerinin genel olarak “sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı” puan kategorisinin üst sınırı olan 33 puana yakın değerler olduğu tespit edilmiştir.

Tüm katılımcıların sağlık okuryazarlığı incelendiğinde düzeylerini gösteren 4 kategorinin dağılımı Şekil 2’de verilmiştir.

TSOY-32 toplam, alt boyut ve bileşen puanları bakımından yaş grupları arasında ve cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ebeveynlerin eğitim, çalışma ve gelir durumları, çocuk sayıları ve çocuğun bakımını sağlayan kişiye göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırması Tablo 5’te detaylı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 2. Ebeveynlerin sağlık ile ilgili problemleri hakkında genel yaklaşımları ve rutin izlemler ile ilgili süreci bilme durumları

Ebeveynlere İlişkin Özellikler	n (%)
Sağlık izlemlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından takip edildiğini bilme	
Evet, biliyorum	240 (89,22)
Hayır, bilmiyorum	29 (10,78)
Sağlıkla ilgili rahatsızlıkları kime sorarsınız*	
Aile hekimine	247 (91,82)
Başka bir hekime	111 (41,26)
İnternette	78 (29,01)
Aktara	10 (3,72)
Eczacıya	9 (3,46)
Yakın çevreye	13 (4,83)
Sağlıkla ilgili şikâyetiniz olduğunda genellikle hangi sağlık merkezine gidersiniz	
ASM	147 (62,29)
Devlet hastanesi	46 (19,49)
Özel sağlık kuruluşu	27 (11,44)
Üniversite ve EAH	16 (6,78)
Sağlam çocuk takibi ile ilgili bilgi kaynağı*	
Sağlık çalışanları	230 (85,50)
İnternet veya sosyal medya	68 (25,28)
Sağlık ile ilgili dergi, kitap ve yayınlar	50 (18,59)
TV ve radyodaki sağlık programları	36 (13,38)
Yakınlar	15 (5,57)
Bunun için ek çabamız yok	4 (1,49)
Hasta olmadığı zaman çocuğun rutin takip ve izlemlerini nasıl yapıyorsunuz	
Çağrıldığım zaman giderim.	157 (62,55)
Kendim yaptırım.	94 (37,45)

(Koyu ile belirtilenler en çok yüzdeliğe sahip olan parametrelerdir.)

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Tablo 3. Ebeveynlerin sağlık ile ilgili takip ve izlemlere olan yaklaşımlarının dağılımı

Sağlıkla ilgili tarama ve takipler	Hiç yapmam	Nadiren yaparım	Bazen yaparım	Sıklıkla yaparım	Her zaman yaparım
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Risk taraması (check-up) yaptırmayı ihmal etmem	157 (64,34)	44 (18,03)	29 (11,89)	8 (3,28)	6 (2,46)
Hastalanınca yaptırım	74 (34,26)	59 (27,32)	36 (16,67)	26 (12,04)	21 (9,72)
Doğal tedaviler tercihimdir.	68 (33,33)	76 (37,26)	37 (18,14)	10 (4,90)	13 (6,37)
Yakınlarım ve çocuklarım için yapılacak takiplere daha çok dikkat ederim.	62 (28,70)	27 (12,50)	17 (7,87)	37 (17,13)	73 (33,79)

(Koyu ile belirtilenler en çok yüzdeliğe sahip olan parametrelerdir.)

Tablo 4. Ebeveynlerin sağlam çocuk takibinde çocuğu ile ilgili takip ve izlemlerinden hangilerini önemli gördükleri ve yaptırdıklarına dair dağılımları (n:266)

Takip ve İzlemler	Önemli Görme Durumları*	Yaptırma Durumları**
	n (%)	n (%)
Aşı	257 (96,62)	232 (87,22)
Tamamlayıcı beslenme	132 (49,62)	104 (39,10)
İşitme testi	242 (90,98)	215 (80,83)
Görme taraması	227 (85,34)	192 (72,18)
Kansızlık (Anemi) takibi	132 (49,62)	76 (28,57)
Kalça çıkıklığı taraması	228 (85,71)	194 (72,93)
İnmemiş testis muayenesi	120 (45,11)	92 (34,59)
Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve otizm taraması	83 (31,20)	36 (13,53)
Vitamin ve demir takviyesi	140 (52,63)	100 (37,59)
Topuk kanı testi	235 (88,35)	216 (81,20)
Fiziksel, ruhsal ve zekâ gelişimi takibi	94 (35,34)	49 (18,42)
Tansiyon (Kan basıncı) ölçümü	53 (19,92)	19 (7,14)
Obezite takibi	50 (18,80)	22 (8,27)
Ağırlık-boy takibi	242 (90,98)	223 (83,84)
Pasif sigara içiciliği önlenmesi ve takibi	78 (29,32)	36 (13,53)

(Kırmızı ile belirtilenler en az olumlu cevap verilenleri; Yeşil ile belirtilenler en çok olumlu cevap verilen parametreleri göstermektedir.)

*Çocuğunuz ile ilgili hangi takip ve izlenimler sizin için önemlidir?

**Çocuğunuz ile ilgili takip ve izlenimlerden hangilerini siz yaptırdınız?

Tek yönlü analizler sonucunda ebeveynlerin genellikle kullandığı sağlık merkezi ve çocuğunun sağlam çocuk takibine nasıl yaptığına göre TSOY-32 toplam, alt boyut ve bileşen puanlarının karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Buna göre çocuğunun takip ve izlemlerini düzenli olarak kendi yaptıran ebeveynlerin, doktor çağırınca yaptıran ebeveynlerden daha yüksek toplam, alt boyut ve bileşen puanlarının olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Şekil 3).

Tablo 5. Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre TSOY-32 alt boyut puanları, bileşen puanları ve toplam puanının karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Toplam		Tedavi-Hizmet		Korunma-Geliştirme		Bilgiye Ulaşma		Bilgiyi Anlama		Bilgiyi Değerlendirme		Bilgiyi Uygulama	
	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)	Ortaanca (min-maks)
Çalışmaya katılan ebeveynin öğrenim durumu														
En fazla ilkököl	28,7 (14,4-46,6)*	32,1 (15,63-48,81)*	27,1 (10,7-45,6)*	31,3 (11,9-50,0)	29,2 (12,5-50,0)*	27,2 (11,1-47,2)*	29,2 (12,5-50,0)*	27,2 (11,1-47,2)*	31,3 (11,9-50,0)	29,2 (12,5-50,0)*	27,2 (11,1-47,2)*	29,2 (12,5-50,0)*	27,2 (11,1-47,2)*	29,2 (12,5-50,0)*
Ortaokul-Lise	33,3 (17,8-50,0)	33,3 (14,58-50)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)
Üniversite	33,3 (21,9-49,0)	33,3 (17,71-50)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (21,9-50,0)
Z ₁ -T ₁ p-değeri	4,226; <0,001	3,882; <0,001	4,103; <0,001	3,814; <0,001*	4,503; <0,001	3,873; <0,001	4,503; <0,001	3,873; <0,001	3,814; <0,001*	4,503; <0,001	3,873; <0,001	4,503; <0,001	3,873; <0,001	3,434; 0,002
Çalışmaya katılan ebeveynin çalışma durumu														
Çalışıyor	33,3 (16,1-50,0)	33,3 (17,71-50)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)
Çalışmıyor	31,7 (6,7-49,0)	32,3 (14,29-50)	31,3 (0,0-49,0)	31,3 (7,1-50,0)	31,3 (0,0-49,0)	31,3 (7,1-50,0)	31,3 (8,3-50,0)	31,3 (7,1-50,0)	31,3 (8,3-50,0)	31,3 (8,3-50,0)	29,2 (6,3-50,0)	31,2 (4,8-50,0)	31,2 (4,8-50,0)	31,2 (4,8-50,0)
Z ₁ ; p-değeri	3,031; 0,002	2,940; 0,003	2,745; 0,006	3,156; 0,002	2,745; 0,006	3,156; 0,002	3,563; <0,001	3,156; 0,002	3,563; <0,001	3,563; <0,001	2,701; 0,007	2,676; 0,007	2,676; 0,007	2,676; 0,007
Ailenin gelir düzeyi														
Gelir gıderden az	27,6 (6,7-50,0)*	30,2 (14,29-50)*	26,0 (0,0-50,0)*	28,8 (7,1-50,0)	29,2 (8,3-50,0)*	25,0 (6,3-50,0)*	29,2 (8,3-50,0)*	25,0 (6,3-50,0)*	28,8 (7,1-50,0)	29,2 (8,3-50,0)*	25,0 (6,3-50,0)*	28,5 (4,8-50,0)*	28,5 (4,8-50,0)*	28,5 (4,8-50,0)*
Gelir gıdere denk	33,3 (16,1-50,0)	33,3 (14,58-50)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)
Gelir gıderden fazla	34,4 (25,8-49,0)	36,5 (27,78-50)	33,3 (21,9-50,0)	37,5 (29,2-50,0)	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (27,1-50,0)	33,3 (27,1-50,0)	33,3 (27,1-50,0)	33,3 (27,1-50,0)	33,3 (27,1-50,0)	33,3 (18,8-50,0)	35,7 (28,6-47,9)	35,7 (28,6-47,9)	35,7 (28,6-47,9)
χ ² ; p-değeri	30,966; <0,001	31,391; <0,001	29,371; <0,001	33,719; <0,001*	29,371; <0,001	29,200; <0,001	29,200; <0,001	23,982; <0,001	29,200; <0,001	23,982; <0,001	23,982; <0,001	29,014; <0,001	29,014; <0,001	29,014; <0,001
Çocuk sayısı														
Tek çocuk	33,3 (19,8-50,0)	33,3 (20,83-50)	33,3 (16,67-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,67-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)
Birden fazla çocuk	32,0 (6,7-50,0)	32,8 (14,29-50)	31,1 (0,0-50,0)	33,3 (7,1-50,0)	31,1 (0,0-50,0)	33,3 (7,1-50,0)	33,3 (8,3-50,0)	31,0 (6,3-50,0)	33,3 (8,3-50,0)	31,0 (6,3-50,0)	2,636; 0,004	2,345; 0,010	2,345; 0,010	2,345; 0,010
Z ₁ ; p-değeri	2,412; 0,008	2,945; 0,002	3 034; 0,021	2,506; 0,006	3 034; 0,021	2,506; 0,006	2,064; 0,020	2,506; 0,006	2,064; 0,020	2,064; 0,020	2,636; 0,004	2,345; 0,010	2,345; 0,010	2,345; 0,010
Çocuğun bakımını sağlayan kişi														
Anne	31,3 (6,7-50,0)*	32,8 (14,29-50)*	30,6 (0,0-50,0)*	31,3 (7,1-50,0)*	31,3 (8,3-50,0)*	29,2 (6,3-50,0)*	31,3 (8,3-50,0)*	29,2 (6,3-50,0)*	31,3 (8,3-50,0)*	29,2 (6,3-50,0)*	29,2 (6,3-50,0)*	33,3 (4,8-50,0)*	33,3 (4,8-50,0)*	33,3 (4,8-50,0)*
Anne-Baba	33,3 (21,9-50,0)	33,3 (17,71-50)*	33,3 (16,7-50,0)*	33,3 (22,9-50,0)*	33,3 (20,8-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (20,8-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (20,8-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (19,1-50,0)*	33,3 (19,1-50,0)*	33,3 (19,1-50,0)*
Diğer	33,3 (25,5-48,4)	33,3 (26,04-50)	33,3 (23,3-50,0)	33,3 (20,8-47,9)	33,3 (23,3-50,0)	33,3 (18,8-45,8)	33,3 (25,0-50,0)	33,3 (18,8-45,8)	33,3 (25,0-50,0)	33,3 (18,8-45,8)	33,3 (18,8-45,8)	33,3 (25,0-50,0)	33,3 (25,0-50,0)	33,3 (25,0-50,0)
χ ² ; p-değeri	14,375; 0,001	11,190; 0,004	12,167; 0,002	15,759; <0,001	12,167; 0,002	15,759; <0,001	16,558; <0,001	12,502; 0,002	16,558; <0,001	12,502; 0,002	8,219; 0,016	8,219; 0,016	8,219; 0,016	8,219; 0,016
Z ₁ -T ₁ : Jonckheere-Terpstra test istatistiği; *İlgili grup diğer gruplardan anlamlı düzeyde farklıdır (p<0,05); *İki grup birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır (p<0,05) *Tüm gruplar birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır (p<0,05)														

Ayrıca sağlığıyla ilgili rahatsızlığını başka birine danışan ebeveynlerin danışmayanlara göre bilgiyi anlama ve bilgiyi değerlendirme bileşen puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,019$, $p=0,010$). Sağlığıyla ilgili rahatsızlığını internette araştıran ebeveynlerin araştırmayanlara göre bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama bileşen puanları daha yüksektir (sırasıyla $p=0,050$, $p=0,029$). Bir yılda acile başvuru sayısı üçün üstünde olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere göre bilgiye ulaşma puanı daha yüksektir ($p=0,043$). Sağlam çocuk takibi ile ilgili bilgilerini internette alan ebeveynlerin almayanlara göre bilgiye ulaşma ve bilgiyi değerlendirme puanları daha yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla $p=0,009$, $p=0,037$).

Ebeveynlerin genel olarak sağlık ile ilgili takip ve izlemlere olan yaklaşımlarına göre sağlık okuryazarlık ölçek puanı karşılaştırmalarında doğal tedavilere eğilim arttıkça TSOY-32 puanlarının da yükseldiği saptanmıştır ($p<0,001$). Yani sağlık okuryazarlık ölçek puanı yüksek olanların daha çok doğal tedavileri tercih eğiliminde olduğu görülmüştür.

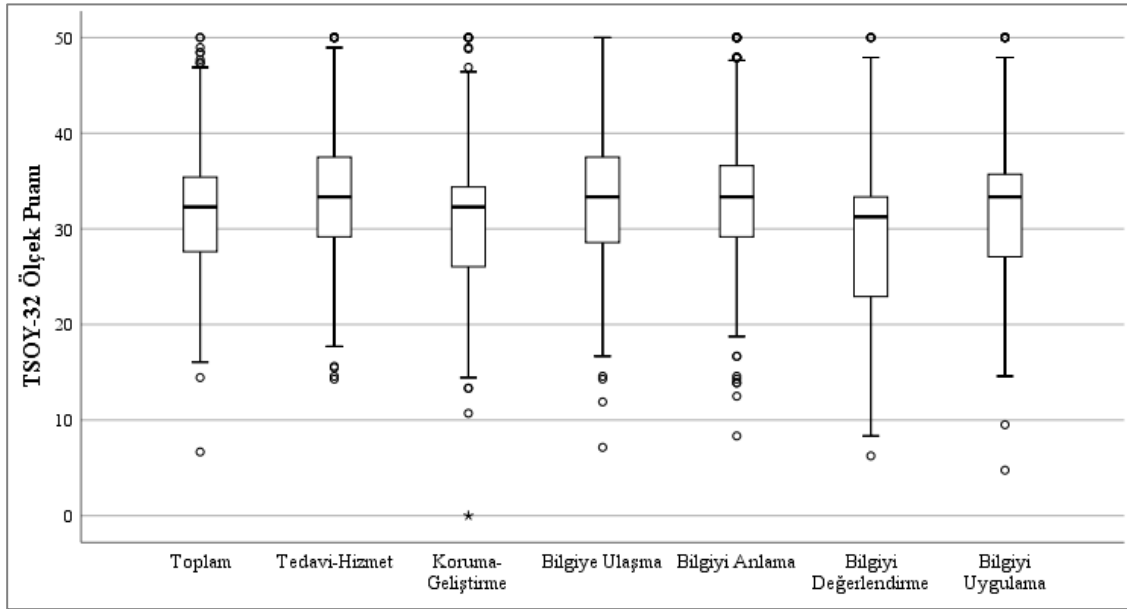
Tablo 6. Ebeveynin genellikle kullandığı sağlık merkezi ve çocuğunun sağlam çocuk takibine nasıl getirdiğine göre TSOY-32 toplam, alt boyut ve bileşen puanlarının karşılaştırılması

	Toplam	Tedavi-Hizmet	Korunma-Geliştirme	Bilgiye Ulaşma	Bilgiyi Anlama	Bilgiyi Değerlendirme	Bilgiyi Uygulama
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)
Genellikle kullanılan sağlık merkezi							
ASM	31,2 (6,7-50,0)	32,3 (14,3-50,0)	30,2 (0,0-50,0)	31,2 (6,7-50,0)	32,3 (14,3-50,0)	30,2 (0,0-50,0)	31,3 (7,1-50,0)
Diğer*	33,3 (16,0-49,0)	33,3 (19,8-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (16,0-49,0)	33,3 (19,8-50,0)	33,3 (13,3-50,0)	33,3 (14,3-50,0)
Z; p-değeri	3,969; <0,001	4,186; <0,001	3,270; <0,001	3,603; <0,001	4,026; <0,001	3,176; <0,001	3,297; <0,001
Çocuğun takip ve izlemlerini yapma							
Çağrılınca giderim.	30,7 (14,4-48,4)	32,3 (14,6-48,8)	30,0 (10,7-50,0)	31,3 (11,9-50,0)	31,3 (12,5-50,0)	29,2 (8,3-50,0)	31,3 (14,6-50,0)
Düzenli olarak kendim ilgilenirim.	34,9 (6,7-50,0)	35,9 (14,3-50,0)	33,3 (0,0-50,0)	35,4 (7,1-50,0)	35,4 (8,3-50,0)	33,3 (6,3-50,0)	35,4 (4,8-50,0)
Z; p-değeri	5,722; <0,001	6,292; <0,001	5,137; <0,001	5,765; <0,001	5,540; <0,001	4,563; <0,001	5,715; <0,001

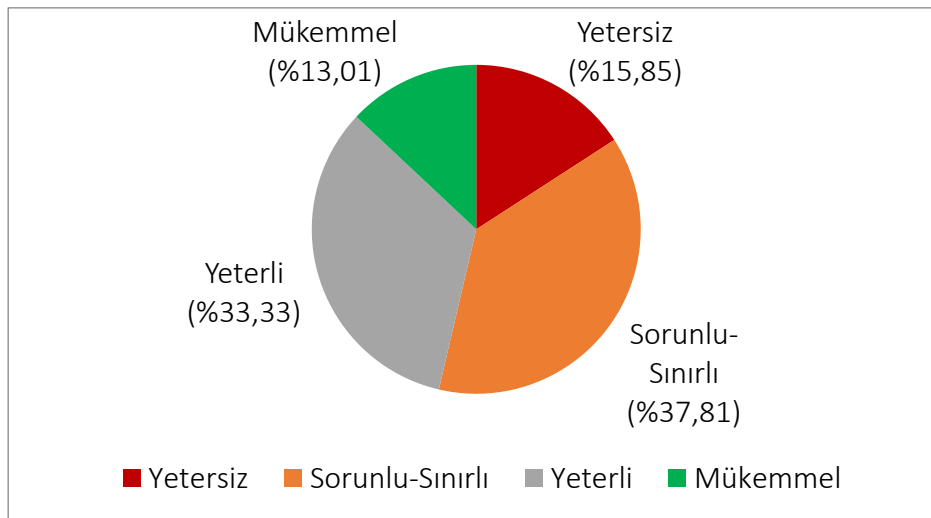
*Diğer: Devlet hastanesi, Özel sağlık kuruluşu ile Üniversite ve Eğitim araştırma hastaneleri

Ebeveynlerin sağlam çocuk takibinde çocuğu ile ilgili takip ve izlemlerinden hangi parametreleri önemli gördüklerine dair verdiği olumlu cevapların her bir parametresine bir puan verilerek toplam önem puanı ve yaptıkları her bir parametreye de bir puan verilerek toplam davranış puanı elde edilmiştir. Bu puanlarla TSOY-32 sağlık okuryazarlık ölçeği toplam, alt boyut ve bileşen puanları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin toplam, alt boyut ve bileşen puanlarının tamamı ile toplam önem puanı arasında çok zayıf da olsa pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu anlamlı ilişkilerin en zayıf bilgiyi değerlendirme bileşeni olarak bulunmuş ($r_s=0,190$, $p=0,003$); en yüksek anlamlı ilişki ise bilgiyi anlama bileşeni ($r_s=0,293$, $p<0,001$) şeklinde tespit edilmiştir.

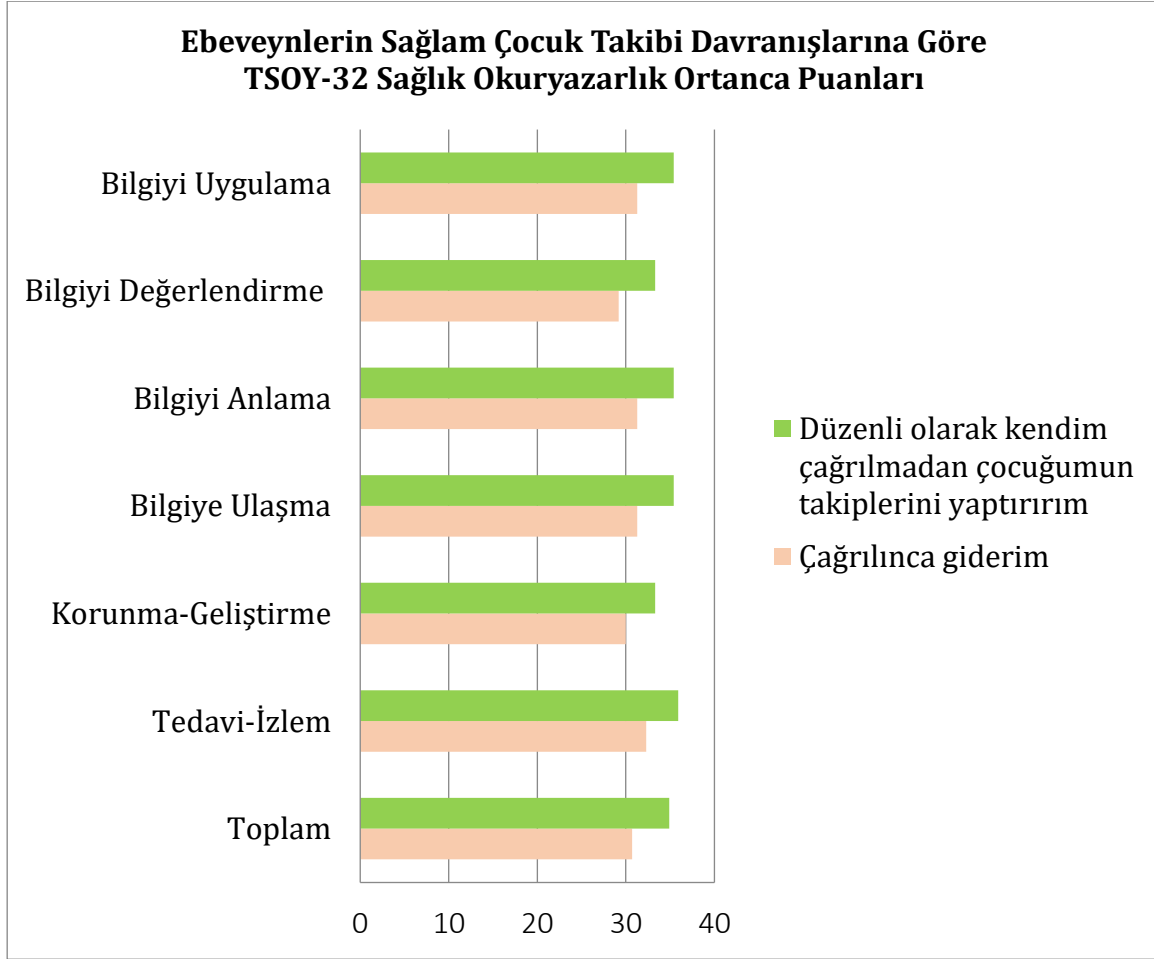
Toplam davranış puanı ile de tüm TSOY-32 puanları karşılaştırılmış aralarında anlamlı ilişki bulunan tek ölçek puanı olarak bilgiyi anlama bileşeni olduğu görülmüştür ($r_s=0.142$, $p=0,026$).



Şekil 1. Ebeveynlerin TSOY-32 toplam, alt boyut ve bileşen puanlarının genel dağılımı



Şekil 2. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımları



Şekil 3. Ebeveynlerin sağlam çocuk takiplerini nasıl yaptığına göre TSOY-32 sağlık okuryazarlık ölçeği toplam, alt boyut ve bileşen puanlarının ortanca değerlerinin karşılaştırması

Tartışma

Bu yapılan çalışma bakılabildiği kadarı ile kendi konusunda yapılan az çalışmalardan biri olması sebebiyle tartışmada daha çok çalışmanın kendi verileri doğrultusunda irdelenmesi yapılacaktır. Ayrıca tartışma içerisinde yapılan değerlendirmeler sadece kendi katılımcı grubumuzu temsil etmekte olup genellenebilirliği yoktur. Bu durumlar çalışmanın ana kısıtlılıkları arasında bulunmakla beraber çalışmanın ülkemiz açısından orijinal bir çalışma olması hasebiyle sağlam çocuk takibi adına önemli katkılar sunması beklenmektedir.

Anket çalışmamızdaki tüm katılımcıların sağlık okuryazarlığı incelendiğinde çalışma grubumuzun TSOY-32 ölçeği genel indeks puan ortancasının 32,3 olarak "sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı" kategorisinde olduğu tespit edilmiş ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı %13,01 mükemmel, %33,33 yeterli,

%37,81 sorunlu ve %15,85 yetersiz olarak bulunmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün TSOY-32 ölçeği ile 2018 yılında Türkiye genelini temsil eden bir örneklem üzerinden 6228 haneye ulaşılarak yaptığı "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması"nda sağlık okuryazarlığı düzeyi şu şekilde bulunmuştur: %7,7 mükemmel, %23,4 yeterli, %38 sorunlu-sınırlı ve %30,9 yetersiz.¹¹ Diğer taraftan TSOY-32 güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasına bakıldığında; genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,5 ve %5,8 mükemmel, %24,8 yeterli, %42,2 sorunlu ve %27,2 yetersiz olarak görülmüştür.⁹ Türkiye genelinde 4979 denek üzerinden yürütülen başka bir araştırmada; genel sağlık okuryazarlığı oranları % 7,6 mükemmel, %27,8 yeterli, % 40,1 sınırlı-sorunlu ve % 24,5 yetersiz olarak bulunmuştur.¹⁰ Bizim araştırma sonuçlarımıza göre çalışma popülasyonumuzun diğer üç çalışmaya göre daha yüksek sağlık okuryazarlık oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Burada tüm Türkiye ortalamasına nispeten araştırmamızın yapıldığı ilin daha gelişmiş bir sosyoekonomik koşullara sahip olması bu farklılığa sebebiyet vermiş veya etki etmiş olabilir. Nitekim "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması"nda Orta Anadolu bölgesinin çalışmamıza göre yine daha düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmasına rağmen sonuçlarımıza daha da yaklaşması bu varsayımımızı kuvvetlendirmektedir.¹¹

Çalışmamızda TSOY-32 toplam, alt boyut ve bileşen puanları incelendiğinde, yaş grubu ve cinsiyete göre anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Özdemir ve arkadaşları'nın¹² çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı bir şekilde kadınların sağlık okuryazarlığı erkeklere göre daha düşük; Uğurlu'nun¹³ çalışmasında ve Sorenson ve arkadaşları'nın¹⁴ çalışmasında ise kadınların sağlık okuryazarlığı daha yüksek oranlarda bulunmuştur.¹⁵ Diğer taraftan erişkinlerde yaş artıka bazı çalışmalarda sağlık okuryazarlık puanlarının düştüğü görülmüştür.^{10,11} Bu durumlara, bölgesel ve sosyodemografik farklılıkların sebep olduğu söylenebilir.

Tüm bileşenler için ilkökul seviyesine kadar öğrenime sahip ebeveynlerin diğer öğrenim düzeylerine sahip ebeveynlere göre daha düşük sağlık okuryazarlık puanına sahip olduğu görülmüştür. Bilgiye ulaşma bileşeninde üniversite düzeyinde öğrenime sahip ebeveynler, ortaokul-lise düzeyinde öğrenime sahip ebeveynlerden daha yüksek puana sahiptir. Benzer şekilde, çalışan ebeveynlerin çalışmayan ebeveynlere göre daha yüksek TSOY-32 toplam, alt boyut ve bileşen puanlarına sahiptir. Bu durum bize bir işte çalışmanın ve daha yüksek öğrenim düzeyine sahip olmanın sağlık okuryazarlık puanında pozitif bir etkilenim yaptığını göstermiştir. Nitekim Hashempour¹⁶ tez çalışmasında, Filiz'in¹⁷ gebelerdeki sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği tez çalışmasında ve Furuya ve arkadaşları'nın¹⁸ çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer olarak düşük öğrenim düzeyinin yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi olduğu gösterilmektedir. Bu aynı durum Türkiye geneli yapılan çalışmalarda da mevcuttur.⁹⁻¹¹ Ancak literatürde yüksek eğitim düzeyinde de düşük sağlık okuryazarlığının olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.¹⁹ Sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenen bir kavram olduğu için beklenenin aksine yüksek eğitim seviyesinde düşük sağlık okuryazarlığı ile karşılaşmak da mümkün olabilmektedir.

Diğer taraftan sosyoekonomik düzeyin artması ile çalışmamızda anlamlı bir şekilde sağlık okuryazarlık puanlarının yükselmesi toplumun refahının artmasının önemini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığın ve dolayısıyla kaliteli bir sağlık hizmetinin alınabilmesi adına gelişmiş bir sosyoekonomik seviyeye sahip olunması gerçeğini bir kez daha bu çalışma göstermiştir.

Sağlığıyla ilgili bir şikâyeti olduğunda genellikle ASM'ye (%62,3) gidenlerin çoğunlukta ve şikayeti ile ilgili bilgiyi alma kaynağının daha çok aile hekimi (%92,9) olmasıyla beraber özel hastane, devlet hastanesi veya Eğitim-Araştırma Hastanesi (EAH)' ne giden ebeveynlerin ASM'ye giden ebeveynlere göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu durum bize birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir dinamiği olan halkın ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık merkezine başvurma yöneliminde sorun olmadığını ancak sağlık okuryazarlığın gelişimi açısından bazı sorunların olabileceğini aklı getirmektedir. Diğer yandan bu sonucun çıkmasında ailelerin sağlığa erişiminde farklı basamak sağlık kuruluşlarından farklı hekimler ile iletişim halinde olmasının sağlık okuryazarlığına olumlu bir etki oluşturabileceğini de düşündürmektedir. Nitekim Uğurlu'nun üniversite hastanesine giden hastaların ($69,98\pm 8,51$) sağlık okuryazarlık puan ortalamalarının devlet hastanesindeki hastalara ($66,97\pm 8,60$) göre daha yüksek olduğunun belirlenmesi ($p<0,001$) farklı basamaklardaki sağlık hizmeti almanın sağlık okuryazarlığını etkileyebileceğini göstermektedir.¹³ Benzer şekilde "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması"nda da sağlık problemlerinde genellikle ilk başvurduğu kurumun üçüncü basamak sağlık kuruluşları veya özel hastaneler olan bireylerin ASM'ye başvuranlara göre daha düşük oranlarda "yetersiz" sağlık okuryazarlığına sahiplerdi.¹¹ Bu duruma neden olan sebeplerin ayrıntılı bir şekilde araştırılmasında yeni çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı söylenebilir. Zira bu duruma, bölge, kültür, coğrafya, etnik veya başka faktörlerin de etkili olabileceği ve araştırılmasının yararlı olacağı kanısındayız.

Çocuğunun takip ve izlemlerini düzenli kendim yaptırırım diyen ebeveynlerin, doktor çağırınca yaptırırım diyen ebeveynlerden toplam, tüm alt boyut ve bileşenlerdeki sağlık okuryazarlık puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). "0-5 yaş grubu çocukların T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından takibi yapılan periyodik sağlık izlemleri kapsamında davet edilerek gelen veya düzenli olarak kontrole getiren ebeveynler arasında sağlam çocuk takibi hakkındaki sorumlulukları konusundaki yaklaşımları ve sağlık okuryazarlıkları farklıdır" şeklindeki çalışmamızın hipotezini ciddi bir şekilde destekler mahiyette bir bulgu olarak karşımıza çıkmıştır. Sağlam çocuk takibi hakkındaki ailelerin sorumluluklarını yansıtabilecek bir soru olan "Aile hekiminizdeki çocuğunuzun hasta olmadığı zamanlardaki takip ve izlemlerini genelde nasıl yapıyorsunuz?" sorusuna %62,5 oranında aile "Çağrıldığım zaman giderim" şeklinde cevaplarken; geriye kalan %37,5 oranındaki aileler "İlk bilgilendikten sonra düzenli olarak kendim çağrılmadan çocuğumun takiplerini yaptırırım" cevaplamıştır. Yani sadece ailelerin üçte biri sağlam çocuk takibi hakkındaki sorumluluklarının bilincinde olup düzenli takibi konusunda aile hekimlerine destekçi olmaktadır. Bu bilince sahip ailelerin daha

yüksek sağlık okuryazarlık puanlarına sahip olmasının tespiti oldukça anlamlı olup çalışmanın ana amacını desteklemektedir. Ancak bu duruma hangi parametrelerin neden olduğunu saptanması da gerekmektedir. Ayrıca sorumluluk sahibi olmanın sağlık okuryazarlığını mı artırdığı yoksa sağlık okuryazarlık seviyesinin yüksek olması mı aileleri daha sorumlu hissettiriyor sorusunu akıllara getirmektedir. Ancak birbirini pozitif yönde etkilemekte olduğu görüşünün de karşımıza çıkacağı söylenebilir.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili takip ve izlemlere verdikleri önem ve bunları uygulama durumları incelendiğinde, en yüksek oranda önem verilen ve uygulanan takibin aşı olduğu görülmüştür. Takip ve izlemlerin en yüksek oranda olumlu verilen cevaplar sırasıyla aşılama, kilo-boy takibi, işitme testi, topuk kanı testi, kalça çıkığı taraması şeklindedir (Tablo 4). Diğer taraftan “Çocuğunuzla ilgili hangi takip ve izlem sizin için önemlidir” sorusuna verilen cevaplarda en düşük bulunan takip parametreleri %18,8 “obezite takibi”; %19,9 “tansiyon ölçümü”; %29,3 “pasif sigara içiciliğini önleme” ve %31,2 “DEHB ve otizm takibi” olmuştur. Ayrıca verdikleri önemin yanında siz yaptırdınız mı bu takibi diye sorulduğunda en düşük yapılma oranları %7,1 ile “tansiyon ölçümü”, %8,5 ile “obezite takibi”; %13,5 ile “pasif sigara içiciliğini önleme takibi” ve yine %13,5 ile “DEHB ve otizm takibi” şeklindeki aynı parametrelerden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu durum sağlam çocuk takibinde ailelerin hangi konularda daha çok eğitime ihtiyacı olduğunu göstermesi hasebiyle oldukça anlamlı bir tespit olmuştur.

Obezitenin çocukluk döneminde erken saptanıp, önleyici tedbirlerin alınması gerekmektedir. Ancak ilgili sonuçta takip ve izlemlerin bu konuda az yapıldığı anlaşılmıştır. Nitekim Yılmaz ve ark. aile hekimleri üzerinde yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinin de bu konudaki farkındalıklarının az olduğunu saptamıştır.⁷ Diğer taraftan sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin daha fazla egzersiz ve spor aktiviteleri yaparak obeziteyi kontrol edebileceği düşüncesinin varlığı bu konuda yapılacak çalışmalara da ihtiyacın olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş grubundaki çocukların, yılda en az bir kez kan basıncı ölçümünün yapılması gerekmektedir.² Ancak çalışmamızda bu konuya yeteri kadar önem veren ve tansiyon ölçümünü yaptıran ailelerin istenilen sayıda olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç bize toplumda en sık görülen bulaşıcı olmayan hastalıklardan biri olan hipertansiyon hakkında ailelerin yeteri kadar bilgi sahibi olmadığını göstermektedir. Bahsi geçen çalışmada da aile hekimlerinin, kan basıncı ölçümünün başlangıç yaşını net bilmediğinin ve uygulamalarında eksiklik olduğunun saptanması, hem ailelerin hem de hekimlerin, bu konu üzerinde, yeterince durmadıklarını ortaya koymaktadır.⁷

Çalışmamız bize ailelerin çoğunun Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuklukları (DEHB) hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Ayrıca çalışmamızın yapıldığı aynı ilde aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada; sağlık çalışanlarının da otizm konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu gösterilmiştir.⁷ Sağlık çalışanlarında olan bu eksiklik, ailelerdeki yetersizliği

etkilemiş olabilir. Dolayısıyla bu konularda eğitimler verilerek hem ailelerin hem de sağlık personelinin bilgilerinin güncellenmesi gerektiği söylenebilir.

Özetle ailelerin sağlam çocuk takibi uygulamalarından obezite takibi, tansiyon ölçümü, sigarada pasif içicilik takibi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu taraması konularına hem önem vermede hem de çocuklarının bu konulardaki takiplerini yaptırmada eksik olduğu ortaya çıktı

Ölçek puanları ile önem puanı arasında pozitif yönlü çok zayıf da olsa anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca davranış puanının bilgiyi anlama bileşen puanı ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır ($\rho = 0,142$, $p = 0,026$).

Tüm bunlar ailelerin sağlık okuryazarlık bilgi düzeyinin artırılması ile birinci basamakta sunulan hizmetlerinin önemsenip kolaylaşacağını ve sağlam çocuk takip uygulama oranlarının artmasının sağlanabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, bir ASM'ye kayıtlı aileler üzerinden sağlam çocuk takibi özelinde yürütülen anket çalışmasıyla bir sağlık okuryazarlık bakışı elde etmeye çalışıldı. Ailelerin genel olarak sağlam çocuk takipleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı ve sağlık okuryazarlık bilgi düzeylerinin düşük olduğu görüldü.

Hedef kitlemiz olan ebeveynlerden çalışan, tek çocuklu, gelir durumu iyi ve eğitim düzeyi yüksek olan ailelerde sağlık okuryazarlık puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bu çalışma ile tespit edildi.

Dikkatimizi çeken önemli bir diğer özellik ise çocuğunun takip ve izlemlerini düzenli olarak kendi yaptıran ebeveynlerin, doktor çağırınca izlemlerini yaptıran ebeveynlerden daha yüksek sağlık okuryazarlık toplam, alt boyut ve bileşen puanlarına sahip olmasıydı. Bu durum sağlık okuryazarlığının artırılması ile ailelerin kendi üzerlerine düşen sorumluluklara daha bilinçli yaklaşmasını göstermesi açısından oldukça önemlidir.

Sonuç olarak, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından takipleri yapılan sağlam çocuk izlemlerinin başarısı, ailelerin sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesinden de geçmekte olduğu bu çalışma ile görülmüştür. Sağlam çocuk takibinin hangi parametrelerinde ebeveynler tarafında eksikliklerin olduğu ve sağlam çocuk takiplerine etki eden etmenlerin neler olduğu ortaya koyulmuştur. Bu konularla ilgili ebeveynler için eğitimlerin sağlık personelinde de farkındalık oluşturularak verilmesi ve sağlam çocuk takibinin ailelerin de dahil edildiği bütüncü bir ekip çalışması ile daha sağlıklı ve kaliteli bir şekilde yapılması sağlanmalıdır. Nitekim bu çalışma ile ilgili ASM'de sağlam çocuk takibi konusunda yapılması gerekenler açısından ailelerde farkındalık oluşturulmuş ve sağlıklı nesillerin yetişmesine katkı sağlanmıştır.

Kaynaklar

1. Gür E. Sağlam Çocuk İzlemi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* 2003;35:9-16.
2. Topal Y, Topal H, İnanç BB, Özkoç HH. Türkiye’de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi.*4(2):6-10.
3. Başer DA, Sönmez CI, Arslan M. Kocaeli ilindeki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi düzeyleri. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2018;10(1):34-40.
4. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi.*8(3):575-81.
5. Gözlü K. Sağlık Okuryazarlığı Ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği. 2018.
6. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2016;10(1).
7. Yılmaz T, Şencan İ, Yılmaz TE, ve ark. The Assessment of Knowledge Levels and Practices of Family Physicians Practicing in Family Health Centers in Ankara with Regard to Well Child Follow-up. *Ankara Medical Journal.* 2018;18(3):312-21.
8. Bakanlık TCS. Sağlıkın geliştirilmesi ve teşviki sözlüğü. *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.* 2011.
9. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32).* 2016:43-61.
10. DurusuTanrıöver M, Yıldırım H, Demiray Ready F, Çakır B, Akalın H. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.* 2014.
11. Seçil Özkan, Nur Aksakal, Deniz Çalışkan, ve ark. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. *Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara.* 2018.
12. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research.* 2010;25(3):464-77.
13. Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2011;12(1):96-106.
14. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, ve ark. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health.* 2015;25(6):1053-8.
15. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2016;9(4):142-7.
16. Hashempour L. Sağlık Ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği. 2018.
17. Filiz E. *Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi* Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015
18. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health promotion international.* 2015;30(3):505-13.
19. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2007;12(4):146-52.