



ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



Yayın No: 3

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI



EDİTÖRLER

Yrd. Doç. Dr. Filiz YILDIRIM

Dr. Dyt. Alev KESER

ANKARA/2015

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

EDİTÖRLER

Yrd.Doç.Dr. Filiz YILDIRIM

Dr.Dyt. Alev KESER

ANKARA/2015

Ankara Üniversitesi Yayın No: 455
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3

ISBN: 978-605-136-178-9

Kitaptaki bölüm içeriklerinin sorumluluğu yazarlarına aittir

Baskı
ANKARA ÜNİVERSİTESİ BASİMEVİ
İncitaşı Sokak, No: 10
06510 Beşevler, Ankara
Tel: +90312 213 66 05
Basım Tarihi: 30.01.2015



Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı her zaman üzerinde durulacak ulusal sorunumuzdur. Çünkü cumhuriyet bilimsel, düşünsel ve bedensel bakımlardan güçlü ve yüksek düzeyli koruyucular ister.

SUNUŞ



Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bir yayını olan bu kitap, sağlık eğitiminin toplum sağlığını geliştirme ve korumadaki başarısının ölçülmesine olanak sağlayan önemli bir kavramı ele almaktadır. **Sağlık okuryazarlığı** bireyin, kendisi ve yakınları ile ilgili etkin ve uygun sağlık kararları verebilmesi için sağlık bilgilerini okuma, anlama ve kullanma yeteneğidir. Sağlık sisteminin nasıl kullanılabilceğinin ve bu sistemden nasıl yararlanılabileceğinin bilinmesi de bu tanımın içinde yer almaktadır. Tanımdan da anlaşılabilceği gibi sadece okuma ve anlama değil, sağlıkla ilgili karar verebilmeyi sağlayacak kadar sağlık bilgisine sahip olmak da önemlidir.

Sağlık eğitimi genel olarak bireylerin kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun bir biçimde nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmelerini, olumlu davranışlar kazanabilmeleri için yapılan düzenli, bilimsel ve planlı çabaları içermektedir. Sağlık eğitimi aynı zamanda bireylere, kendi sağlıklarından sorumlu oldukları bilincini kazandırmayı da hedeflemektedir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmenin ve yaygınlaştırmanın en önemli aracı ise sağlık iletişimidir. Özetle, sağlık iletişimi bir iletişim stratejisidir. Amacı çeşitli sağlık sorunları ile ilgili olarak bireyleri, kurumları ve toplumu bilgilendirmek ve farkındalık yaratmaktır.

Sağlığın geliştirilmesi, korunması ve iyi sağlık halinin sürdürülmesi sağlık iletişiminin temel konularıdır. Toplumda sağlıklı yaşam biçiminin yaygınlaşması için bireylerin kendilerinin bunu benimsemeleri ve alışkanlık haline getirmeleri, bir dizi davranış değişikliğine dayanmaktadır. Davranış

değişikliği yaratmak zaman alan bir süreçtir ve bu değişiklik sadece reçete yazmakla ya da çeşitli tedavi yöntemlerini uygulamakla gerçekleşmez. Örneğin; çevre sağlığı, işçi sağlığı gibi konularda yasal düzenlemeler çok işlevsel olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Zira toplumun bu konuda ikna edilmesi de gerekmektedir. Toplumun sağlıklı olmaya ikna edilebilmesi ise sağlık okuryazarlığının yaygınlaşması ile gerçekleşir. Sağlıklı davranışların benimsenmesi toplumun/bireylerin algılarının yükselmesi ile mümkündür. Bu noktada sağlıkla ilgili tüm mesajların topluma kolay anlaşılır bir biçimde, bilgi gereksinimlerini karşılamayı sağlayan bir dille, en uygun içerik ve yöntemlerle iletilmesi önemlidir.

Toplumun sağlıkla ilgili konularda duyarlılığını artırmak ve en temel sağlık bilgilerini yaygınlaştırmak, doğru bir sağlık iletişim stratejisi kullanılarak gerçekleştirilebilir. Örneğin AIDS konusunda toplumun duyarlılığını artırmak için temel bulaşma ve korunma yollarına ilişkin bilgilendirme, iletişimin temel amacıdır. Ya da sigara bırakma ile ilgili düzenlenecek kampanyalar, bireylerde bir korku dalgası yaratarak sigarayı bırakmaya teşvik etmek yerine sigara kullanmanın karşısında toplumsal bir duyarlılık oluşturmayı hedeflemelidir. Bu noktada sağlık bilgisini aktarma koşullarının mevcut sosyo-ekonomik koşullarla rekabet edebilecek yapıda olması da vurgulanması gereken önemli bir konudur. Örneğin sigara reklamları yasaklandığı için sağlık iletişimi faaliyetleri daha rekabet edebilir bir zeminde sürdürülmektedir. Bununla birlikte özellikle bebeklerin anne sütü ile beslenmesini teşvik etmeye yönelik sağlık iletişimi kapsamında pek çok kampanya yürütülmektedir. Ancak bu kampanyalar hazır bebek mamaları ve tamamlayıcı besinlere yönelik pazarlama faaliyetlerinden daha etkin olmak zorundadır. Bu bağlamda kısaca söylemek gerekirse, farkındalık ve duyarlılık yaratmanın ön koşulu uzun soluklu bir çalışma olan sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine bağlıdır.

Elinizdeki bu kitap Fakültemiz öğretim elemanlarından Yrd.Doç.Dr. Filiz Yıldırım ve Dr. Alev Keser tarafından editörlüğü yapılarak ve sağlığın geliştirilmesi kavramının içerdiği ruha uygun bir anlayışla, dayanışma içinde hazırlanmıştır. Kitap, hem sağlık okuryazarlığı dersleri için gerekli olan güncel bilgi, kuram ve uygulama örneklerini içermesi hem de sağlık ve sosyal bilimlerin alanında ülkemizde fark yaratan başarılı isimleri bir araya getirmesi nedeniyle büyük bir katkı sağlayacaktır. Bu inançla kitaba emek veren ve bizi destekleyen tüm meslektaşlarımıza, editörlerimize, Sağlık Bilimleri Fakültemiz'e ve Ankara Üniversitesi'ne şükranlarımı sunarım.

Saygılarımla...

Prof. Dr. Şengül HABLEMİTOĞLU

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

İÇİNDEKİLER

Sunuş	V
Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı	1
Gülay ÇİLER ERDAĞ	
Kitle İletişimi ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	15
İnci ÇINARLI	
Hastaların Güçlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı	29
Elgiz YILMAZ	
Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığı	39
Alev KESER, Eylül Damla ÇIRACIOĞLU	
Kadın Sağlığı Açısından Sağlık Okuryazarlığı	61
İlknur Münevver GÖNENÇ	
Aktif Yaşlanma İçin Sağlık Okuryazarlığı	75
Burcu ÖZDEMİR, Filiz YILDIRIM, Şengül HABLEMİTOĞLU	
Sağlık Habercisinin Gözünden Sağlık Okuryazarlığı	91
Esra ÖZ	
Mobil Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığı	101
Seray ÖNEY DOĞANYİĞİT	
Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi	113
Yasemin AKBULUT	

SAĞLIĞIN TEMEL BELİRLEYİCİSİ OLARAK SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Yrd. Doç. Dr. Gülay ÇİLER ERDAĞ*

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı günümüzde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için temel bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi okuma, anlama, bu bilgiler ışığında doğru kararlar verme ve bu kararları uygulama sağlık okuryazarı olmak ile mümkündür.

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığının tanımından başlanarak dünyadaki ve Türkiye'deki literatür bilgileri gözden geçirilmiş ve sağlık okur-yazarlığının sağlık üzerine etkileri irdelenmiştir.

***Anahtar Kelimeler:** Davranış değişikliği, sağlığı geliştirme, sağlık okuryazarlığı*

GİRİŞ

İlk çağlardan günümüze değin en etkili bilgi edinme ve yayma yolu olarak değerlendirilen *okuma-yazma* becerisini, tek bir cümle ile tanımlamak oldukça güçtür [1,2]. En genel ve geleneksel ifade ile okuma-yazma, alfabe aracılığıyla yazılı metinlerin okunması ve yazılması olarak tanımlanmaktadır [3]. Teknolojik gelişmelerin baş döndürücü hızda yaşandığı yeni bin yılda okuryazar tanımı konusunda da değişim yaşanmakta, günlük dilde ayırımına varmadan birbirlerinin yerine kullanılan okuma-yazma ve okuryazar kavramları arasındaki anlam farkı giderek daha fazla açılmaktadır. Kâğıt üzerindeki harfleri çözümlenmeye dayanan *okuryazar* görüntüsünün karşısında, anlamlandırmaya dayalı *okuryazarlık* görüntüsü her geçen gün

* Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
e-mail: gulay.erdag@yeditepe.edu.tr

yeni terimlerle birleşerek (medya okuryazarlığı, görsel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı gibi) kapsamını genişletmektedir [2].

Bilgiye erişimin kolaylaşması, insan ömrünün uzaması, kronik hastalıkların artması, bunlara yönelik sağlık hizmetlerinde değişim arayışları gibi çağımızda yaşanan değişiklikler ile birlikte sağlık okuryazarlığının önemi artmıştır. Günümüze gelindiğinde ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığı temel bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık Okuryazarlığı

“Sağlık okuryazarlığı” (health literacy) kavramı, ilk kez 1974 yılında “sosyal politika olarak sağlık okuryazarlığı” başlıklı çalışmada tanımlanmıştır [4]. Dünya Sağlık Örgütü “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi”ni sağlık okuryazarlığı olarak tanımlamaktadır [5]. Tıp Enstitüsü’nün 2004 yılında yayınladığı çalışma raporunda bu tanım “*Bireysel olarak sağlık ile ilgili uygun kararların verilmesi için gerekli sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi*” olarak detaylandırılmıştır [6,7]. 2013 yılına gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü de genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yaparak sağlık okuryazarlığı tanımını şu şekilde yenilemiştir: “*Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir*” [8].

Sağlık okuryazarlığı; sağlık bakımı için yerine getirilmesi gereken kuralları uygulama, tıbbi eğitim broşürlerini, reçete edilen ilaçlarla ilgili talimatları, randevu kartlarını, doktorların açıklamalarını, hastanelerdeki onam formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile başedebilme yeteneğini içerir. Ancak sağlık okuryazarlığı tanımı bununla da sınırlı değildir [9,10]. Sağlık okuryazarlığı, *kişinin hem kendi hem de toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla* doğru bilgi ve hizmete ulaşma ile bu bilgi ve hizmeti kullanabilme yeteneğini içerir. Ayrıca kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını ve

böylece *yaşam biçimini değiştirebilecek düzeyde* bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını da güçlendirir [10,11]. Zira kaliteli bir sağlık hizmeti için, hastaların öncelikle şikâyetlerini doğru anlatabilmeleri ve semptomları olduğu gibi tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Konuyla ilgili yerinde sorular sormaları, buna karşılık tıbbi önerileri ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda hastalardan beklenen özelliklerdir [12]. Bu nedenle düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı, insanların sağlığını ve dolayısıyla kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bağlamda insanların yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olmaları gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının düzeyini tanımlayabilmek için eğitim, sağlık ve toplum olmak üzere üç önemli faktör dikkate alınarak sağlık okuryazarlığının çerçevesi çizilmektedir. Bu konudaki önemli araştırmacılarından Don Nutbeam tarafından önerilen işlevsel, etkileşimli ve eleştirel olmak üzere üç düzeye ayrılan sınıflama en kabul göreni olmuştur [7,9].

İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı denildiğinde, temel okuma ve yazma becerileri ifade edilmektedir. Bu düzeydeki kişiler sağlık risklerine ve sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin eğitim materyallerini (reçeteleri, prospektüsleri ve bakım için gerekli bilgileri) okuyup anlayabilirler [7,9].

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı daha fazla bilişsel kazanımları ve sosyal becerileri içerir. Bu düzeyde yer alan kişiler sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve sağlık koşulları değiştiğinde mevcut bilgilerini kullanabilme konusunda yetkindirler [7,9].

Eleştirel sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilginin eleştirel olarak analiz edilmesinde, sağlık kararlarının verilmesinde kullanılan ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Bu düzeydeki kişiler, sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilir, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilirler. Ayrıca kendi sağlık durumları ile ilgili kararları alabilirler ve sağlık profesyonelleri ile etkin iletişim kurabilirler [7,9].

Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçebilmek ve standardize edebilmek amacı ile yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM) ve “Erişkinlerde İşlevsel

Sağlık Okuryazarlığı Testi” (The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) olarak adlandırılan testlerin daha yaygın olarak kabul gördüğü anlaşılmaktadır [10,13,14]. Ayrıca, bireylerin okuma yeteneğini tanımlamak için “Tek Maddeli Okuryazarlık Tarama Ölçeği” (Single Item Literacy Screener-SILS) de sıklıkla kullanılmaktadır [15]. Bu ölçüm araçlarının ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre kısıtlılıklar gösterdiği ve bu araçların güvenilirliğinin ve geçerliğinin artırılması için çaba harcanması gerektiği belirtilmektedir. Çünkü ülkelerin sadece gelişmişlik düzeylerinin değil, kültürel farklılıkların da hastalık yönetiminde fark yaratacağı ifade edilmektedir [9,10,16].

Dünya genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin, istenilenin altında olduğu saptanmıştır [17-21]. Örneğin, Amerika’da yapılmış bir araştırmada, erişkinlerin sadece %22’sinin okuma yazma becerilerinin temel düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırma kapsamındaki bireylerin %16’sının temel düzeyin altında olduğu, çoğu kişinin randevu kâğıtlarını, ilaç etiketlerini, prospektüsleri ve termometreyi okuyamadığı ortaya çıkmıştır [17].

Amerikan Tıp Derneği ise yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin sonuçlarının saptanması, bunun hastalar ve doktorlar üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla bir araştırma yapmıştır. Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için yapılabilecek çalışmaların tanımlanması da hedeflenmiştir [17]. Buna göre sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastaların, hastalık durumunu etkileyecek düzeyde iletişim sorunları yaşadıkları ve sağlık durumlarını ifade etme konusunda başarısız oldukları belirlenmiştir. Yine bu araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların tıbbi durumlarını ve tedavilerini de yeterince anlayamadıkları ve bu kişilerin hastaneye yatış sıklıklarının daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda profesyonellerin ve halkın okuryazarlık konusundaki farkındalığının artırılması, bu konuların tıp öğrencileri ile doktorların eğitimlerinde yer alması ve hasta-doktor iletişiminin iyileştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır [17,18].

Williams ve meslektaşlarının [19] 2659 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri kesitsel bir araştırmada, hastaların kendilerinden istenilen temel okumaları ve hesaplamaları ne ölçüde gerçekleştirebildikleri incelenmiştir. Bunun sonucunda hastaların önemli bir kısmının en temel

tıbbi yönergeleri okuma ve anlama konusunda yetersiz kaldıkları saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %59.5'i bilgilendirilmiş onam formunu, %4.6'sı aç karnına ilaç alması gerektiğini, %26'sı ise bir sonraki randevu tarihini anlayamadığını ifade etmiştir.

Gazmararian ve arkadaşları [20] tarafından Cleveland, Ohio, Houston, Florida ve Tampa eyaletlerinde gerçekleştirilen bir araştırmada İngilizce veya İspanyolca konuşan 65 yaş ve üzeri 3260 hastanın (işlevsel) sağlık okuryazarlığı düzeyi incelenmiştir. Anadili İspanyolca olan hastaların %53.9'unun, anadili İngilizce olan hastaların ise %33.9'unun yetersiz ya da düşük düzeyde sağlık okuryazarı oldukları saptanmıştır.

Sekiz Avrupa ülkesini (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) içeren geniş kapsamlı bir araştırmada sağlık okuryazarlığından aldıkları puana göre ülkeler yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi düzeyde olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Bu ülkeler arasında "yetersiz" puan alanların oranı %2-%27 arasında değişmiştir. Hollanda'da katılımcıların %29'unun, Bulgaristan'da ise %62'sinin yetersiz ve sorunlu grupta yer aldığı görülmüştür. Yeterli ve çok iyi puan alan ülkeler arasında İspanya'nın (%42) ve Bulgaristan'ın (%37) son sıralarda yer aldıkları bulunmuştur. Genel olarak değerlendirildiğinde ise bu çalışmaya katılanların %12'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, %35'inin ise ortalamanın altında olduğu ortaya çıkmıştır. Genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık durumu kötü olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu yaşayanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır [21,22].

Asya ve Pasifik bölgesindeki çoğu ülkede sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyen herhangi bir veri olmadığı ifade edilmektedir [9,10]. Türkiye'de de konuya ilişkin veri olmamakla birlikte okuma yazma bilmeyen (%5), okuma yazma bilen; ancak bir okul bitirmeyen (%7) bireylerin oranı ve ortalama eğitim süresinin 6 yıl/kişi hesaplandığı göz önüne alındığında ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin çok düşük olduğu tahmin edilmektedir [23]. Ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi amacıyla Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı tarafından 2005 yılında başlayan "Gençlere sağlık projesi" kapsamında bireylerin sağlık bilgisinin geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları

sürdürülmektedir [24]. Ancak Türkiye’de sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık düzeyine ulaşmak; ırkı, siyasi görüşü, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır [25].

Mümkün olan en yüksek sağlık standardının yaşama geçirilmesi bundan elli yılı aşkın bir zaman önce Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluş tüzüğünde yer almıştır [25]. Alma Ata’da 1978 yılında yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferansta, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için tüm hükümetleri, sağlık ve kalkınmada görevli kurumları/kuruluşları ve dünya toplumlarını sürece dâhil etmek üzere bir bildiri yayınlanmıştır [26]. Ardından 1984 yılında, Dünya Sağlık Örgütü “Herkes İçin Sağlık Hareketi”ni başlatmıştır. Ayrıca “Herkes İçin Sağlık Politikası”nın yenilenmesinde, üye devletlerin daha aktif rol oynamasını ve “Herkes İçin Sağlık Stratejilerinin” bütün dünyada ve bölgesel düzeyde daha uyumlu yürütülmesini hedeflemiştir [27].

Geçtiğimiz yüzyılın ortalarına kadar dünyada önde gelen sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklar ve bebek ölümleri iken gelişen ilaç ve aşı çeşitleri ile birlikte bu sorunların sıklığı giderek azalmıştır. Günümüze gelindiğinde, bebek ölümlerinde belirgin bir azalma sağlanmıştır. Çok sayıda salgınlara ve ölümlere yol açan bulaşıcı hastalıklar önemli ölçüde kontrol altına alınmıştır. Yaşanılan çevrede, ekonomik olanaklarda ve sağlık hizmetlerinde sağlanan olumlu gelişmeler sonucunda beklenen yaşam süresi giderek uzamıştır. Dünyada yaşlı nüfusun artması ile gündeme gelen sağlık sorunları da değişmeye başlamıştır. Bulaşıcı hastalıkların yerini kalp damar hastalıkları, kanserler, kronik akciğer hastalıkları, diyabet gibi kronik ve dejeneratif hastalıklar almaya başlamıştır.

Aşılama, uygun antibiyotik tedavisi, temiz su kullanımının sağlanması gibi önlemlerle kontrol altına alınabilen bulaşıcı hastalıkların aksine çevresel, genetik ve yaşam koşullarıyla ilişkili bu kronik hastalıkların

önlenmesi ve kontrolü için daha farklı yöntemlerin geliştirilmesi önemli hale gelmiştir. Bu faktörlerin bazıları hükümetler ve belediyeler tarafından çevrenin ve hizmetlerin geliştirilmesini gerektirirken, bazıları da kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarında ve genel olarak yaşam biçimlerinde değişiklik yapma ilkesine dayanmaktadır.

Ottawa Şartı'nda (Ottawa Charter) yalnızca sağlık sektörünün çabası ile sağlığı geliştirme hedefinin gerçekleştirilemeyeceği, diğer sektörlerin de bu konuda sorumluluk almaları gerektiği belirtilmiştir [28]. Bu noktada özellikle bilim dünyası tarafından geliştirilen bilgilerin topluma iletilmesinin de önemli olduğu ifade edilebilir. Bilgilerin topluma “anlaşılır” bir dille iletilmesi, toplumun da bu bilgilere ulaşabilmesi, anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve bu bilgiler ışığında uygun davranış geliştirebilmesi gerekmektedir. Örneğin hipertansiyon, diyabet veya kalp-damar hastalıklarının nedenleri, tanı yöntemleri, korunma ve önleme için yapılması gerekenler konusunda topluma bilgiler ulaştırılmalıdır. Buna karşılık olarak da toplumdaki bireyler bu bilgilere ulaşabilmeli, anlatılanları ve konunun önemini kavrayabilmeli ve buna uygun davranış geliştirebilmelidirler [21]. Bu yetkinliğin sağlanması ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilidir.

Yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerin genel sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde özellikle kronik hastalık durumlarıyla ilgili bakım ve hastalığı yönetmede yetersiz olduklarını göstermektedir. Ayrıca sağlık bakımı sistemine ulaşmak için gerekli becerilerin yetersiz olduğu ve buna bağlı olarak da sağlık bakımı maliyetlerinin, tıbbi hataların ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin de azalması ile birlikte sağlık durumlarının kötüleştiğini anlamada geciktikleri, tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanan bu hastaların, hastanede yatış ve acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarının daha yüksek olduğu da ortaya çıkmıştır [29,30].

Fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı olma ile okuryazarlık ilişkisinin belirlenmesine ilişkin diğer çalışmalarda, okuma düzeyi çok düşük olan bireylerin fiziksel sağlıklarının, okuma düzeyi yüksek olanlara göre daha kötü olduğu belirlenmiştir [31,32]. Bununla birlikte eğitim düzeyi düşük

olan bireylerin verilen önerilere uyma, sağlık davranışı için eyleme geçme ve sağlık sorumluluğunu üstlenme konusunda dezavantajlı olduklarına da dikkat çekilmiştir. Ayrıca bu bireylerin genellikle sağlık personelinden talimatları ve ilgili bilgilerin tekrar edilmesini isteme veya buna ilişkin açıklama sorma konusunda da çekinebildikleri belirtilmiştir [33].

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalarda ilaç kullanım yönergelerini izlemenin önemli bir sorun olduğu ve buna bağlı olarak ilaçların uygunsuz zamanlarda ve yanlış miktarlarda kullanılabildiği de vurgulanmaktadır [33].

Weiss'in [34] klinisyenler için hazırladığı sağlık okuryazarlığı el kitabında, toplumda yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olan bireylerin sağlığı geliştirme ve sağlık bilgisini aramada istekli oldukları, şikâyetlerini anlatırken öğrendikleri tıbbi terminolojiye ait terimleri kullanarak kendilerini daha rahat ifade edebildikleri belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olanların ise hastalıkları konusunda şikâyetlerini anlatırken utandıkları ve ayıplanma korkusuyla kendi durumlarını ortaya koyan açık ifadeleri kullanmadıkları ifade edilmektedir. Hastalara verilen bilgi ve talimatların uygulanmasında da benzer sıkıntılara dikkat çekilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük düzeyde olmasının kronik bir hastalığı anlatma ve tedavi talimatlarını uygulama açısından da sorunlara neden olduğu belirtilmektedir. Bu durum kronik bakım hizmetlerinde ciddi sorunlara neden olmakta, hastalığın yayılması, diğer yaşamsal işlevlerde hızlı gerileme ve bozulmaya yol açmaktadır. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireyler sağlık personelinin bilgilerini ve hasta eğitim broşürlerini anlama, online bilgileri izleme, tedaviye uyum sağlama, tıbbi duruma ilişkin bilgileri ve semptomları uygun biçimde ifade etme konusunda da sorunlar yaşamaktadırlar [34].

Lindau ve arkadaşlarının [35] yaptıkları bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kadınların yaklaşık yarısının pap smear testinin (rahim ağzı kanseri tarama testi) amacını bilmedikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde kolorektal kanser (kalın barsak kanserleri) taramaları ile ilgili bir çalışmada, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin nadiren genel tarama programlarına katıldıkları ve kolorektal tarama oranlarının bu gruplarda çok düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu gruptaki bireylerin kolorektal kanser ve tarama testleri konusunda çok az bilgilerinin

olduğu, taramanın yararlarının ve erken tanının kanseri önleyici bir kavram olarak anlaşılmadığı belirtilmiştir [36].

Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan az sayıdaki çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, semptomatik dönemde sağlık arama davranışında gecikme yaşadıkları bulunmuştur [37,38].

Tüm bu çalışmalar dikkate alındığında yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığının;

- ✓ Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük oranlarda kullanımına,
- ✓ Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında gecikmeye,
- ✓ Kişinin sağlık durumunun kötü olduğunu anlamasında yetersizliğe,
- ✓ Tıbbi önerilere/talimatlara uymamaya,
- ✓ Öz-bakım yetersizliğine,
- ✓ Sağlık giderlerinde ve
- ✓ Mortalitede artışa neden olduğunu söylemek mümkündür [10,32].

Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında bütün ülkelerde genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının da arttığı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan bireylerin sağlık düzeyleri de daha iyi olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı puanı 15'ten az olanlar arasında sadece 10 kişiden birisi sağlık algısını "çok iyi" olarak belirtirken, sağlık okuryazarlığı puanı tam olanların yaklaşık yarısı sağlık algısının "çok iyi" olduğunu ifade etmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin genel sağlık düzeylerinin de daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerin daha çok hastalandıkları ve daha çok hastanede tedavi gördükleri; hastalıkların tedavisinde ise yeterli başarının sağlanamadığı vurgulanmıştır [21].

Yapılan çeşitli anket çalışmalarında, muayene işlemleri bittiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların, doktorun kullandığı kelimeleri anlamadıkları bildirilmektedir. Bir sonraki kontrole ne zaman geleceklerini ve bu süreci nasıl takip edeceklerini bilmedikleri vurgulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalarda ilaç kullanım yönergelerinin izlenmesinin de önemli bir sorun olduğu ve buna bağlı olarak ilaçların uygun

olmayan zamanlarda ve yanlış miktarlarda kullanılabildiği belirtilmektedir. Buna bağlı olarak ilaç kullanımı ile ilgili “her X saatte 1 tablet alınız” gibi ifadenin hastaya net bir biçimde belirtilmesi önerilmektedir [33,39].

Diğer yandan yaşlılarda, özellikle kronik hastalıkların arttığına ve kronik hastalıkların da diğer hastalıklarla birlikte görüldüğüne dikkat çekilmektedir. 60 yaş üzeri grupta sağlık okuryazarlığı oranının düşük olduğu, hastanelerde formların doldurulmasında ve soruların cevaplanmasında ise yaşlıların sorun yaşadıkları vurgulanmaktadır. Hatta bazen de bu yaş grubundaki bireylerin, sağlıkları için önemli soruları sormayabildikleri bildirilmektedir [33,39]. Özellikle kronik hastalıklarda, verilen yönlendirmelerin yetersiz ve açık olmadığı durumlarda veya hasta, verilen yönlendirmeleri anlamadığında hastalıkların tedavisi hasta ve hasta yakınları için daha da zorlaşmaktadır [20]. Bu noktada kronik hastalığı olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasında hastalık yönetimi yaklaşımlarının da başarılı sonuçlar verdiği belirtilmektedir [21].

Günümüzde bir yandan sağlık sistemindeki giderek artan yük sonucu hastalara sağlık profesyonelleri tarafından ayrılan süre azalmış ve hastalar daha erken taburcu edilmeye başlanmıştır. Diğer yandan bu erken taburculuklar ve kronik hastalıkların artışına bağlı olarak evde bakımın önemi giderek artmıştır. Buna ek olarak hastalar artık daha aktif bir şekilde tedavileri ile ilgili karar verme sürecine katılmak ve sağlık bakımında aktif rol almak istemektedirler. Günümüz sağlık sistemine ilişkin bu durum, sorumluluk alabilmeleri için hastalara eğitim verilmesini ve eğitimde yazılı materyallerin daha fazla kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda hastaların kendi tıbbi durumlarını ve tedavilerini anlamaları için klinisyenlerin hastalara açık ve basit bilgiler sağlamaları şarttır. Çoğu doktor ve sağlık çalışanları tarafından hastalara, görüşme sırasında anlatılan bilgilerin daha açıklayıcı olması için çeşitli yazılı materyaller verilmekte; ancak bu materyallerin sıklıkla hastanın anlayabileceği düzeyin üstünde olduğu belirtilmektedir. Bu da istenilen hedefe ulaşılmasını önlemektedir. Bu nedenle eğitim materyallerinin kısa, açık, basit ve bol resimli hazırlanması önerilmektedir [40].

Sağlık okuryazarlığında en önemli noktalardan biri de verilecek mesajın “karşı tarafın anlayabileceği bir şekilde ifade edilmesidir”. Mesajlar, hedef kitlenin bilgi gereksinimlerini karşılayacak içerik ve biçimde anlaşılır bir

dille ifade edilebilirse istenilen etki sağlanabilir. Bunun için hedef kitlenin demografik özellikleri ve mevcut durumu iyi analiz edilmelidir. Bu bağlamda toplumda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için sadece bireylerin veya sağlık sektörünün çabası yeterli değildir. Ayrıca üniversitelerin, sivil toplum kuruluşlarının, medya ve iletişim sektörünün ortak çabasının da gerekli olduğu aşikârdır. Bu nedenle toplumun gereksinimlerine ve beklentilerine göre iletişim araçları seçilmeli, her eğitim düzeyindeki bireyin anlayabileceği yalın bir dil kullanılmalıdır. Belirli aralıklarla toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi ve yapılan girişimlerin etkisinin değerlendirilmesi de önerilebilir [21].

KAYNAKLAR

- 1- Güneş, F. (2000). *Uygulamalı okuma yazma öğretimi*. Ankara: Ocak Yayınları.
- 2- Kurudayıoğlu, M. ve Tüzel, S. (2010). 21. yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, TÜBAR-XXVIII/2010(Güz), 284-298.
- 3- One-man. (2003). *Dictionary of contemporary English*. UK: Pearson Longman, UK.
- 4- Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2,1-25
- 5- The World Health Organization Report. (1998). *Life in the 21st century: A vision for all*. Retrieved March 22, 2014, from <http://www.who.int/whr/1998/en/>.
- 6- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., & Kindig, D.A. (Eds). (2003). *Health literacy. A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- 7- Pehlivan, H. (2005). Eğitimde yaratıcılığın önemi. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 28-30 Eylül 2005, Denizli.
- 8- World Health Organization. (2013). *Health literacy. The solid facts*. Retrieved August 25, 2014, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- 9- 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.
- 10- Uğurlu, Z. (2011). *Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- 11- Mancuso, J.(2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248–255.
- 12- Rudd, R., Kirsch, I., Yamamoto, K. (2004). *Literacy and health in America. Policy information report*. Retrieved May 13, 2014, from <http://www.ets.org/Media/Research/pdf/PICHEATH.pdf>.
- 13- Betz, N.E., & Weiss, D.J. (2008). Validity. In R. Parker & B. Bolton (Eds.), *Handbook of measurements and evaluation in counseling and development*. Austin, TX: Pro-ed.
- 14- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W.(1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 391-395.

- 15- Morris, N.S., MacLean, C.C., Chew, L.D., Littenberg, D. (2006). The single item literacy screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BioMed Central Family Practice*, 7, 21-27.
- 16- Kickbusch, I.S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3): 289-297.
- 17- National Center for Education Statistics. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy*. Retrieved September 6, 2006, from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>.
- 18- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- 19- Williams, M.V., Parke, R.M., Baker, D.W. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of American Medical Association*, 274(21), 1677-1682.
- 20- Gazmararian, J., Baker, D., Williams, M., Parker, R., Scott, T., Green, D., et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medical Association*, 281, 545-551.
- 21- Pelikan, J.M., Rothlin, F., Ganahl, K. (2012). *Comperative report on health literacy in eight EU member states: The European health literacy project, 2009-2012. Maastricht: European Health Literacy Project Lonsortium*. Retrieved June 30, 2012, from www.health-literacy.eu.
- 22- Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). *Temel istatistikler: Okuma-yazma oranları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- 23- Bilir, N. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12 (1), 61-68.
- 24- Toplum Gönüllüleri Vakfı. (2013). *Gençlere sağlık projesi 2013 ara raporu*. Erişim Tarihi 30 Mart, 2013, http://tog.org.tr/genclere-saglik_154.
- 25- World Health Organization. (1948). *Constitution*. Retrieved April 2, 2014, from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- 26- *Declaration of Alma Ata*. (1978). Retrieved September 6-12, 2014, from http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
- 27- World Health Organization. (1993). *Health for all targets. The health policy for Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe*. Retrieved August 25, 2014, from wholibdoc.who.int/euro/hfas/EURO_HFAS_4.pdf.

- 28- *The Ottawa Charter for Health Promotion. (1986)*. Retrieved November 21, 2014 from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- 29- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Clark, W.S., Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health*, 87(6), 1027–1030.
- 30- Howard, D.H. (2004). The Relationship between health literacy and medical costs. In: L. Nielsen-Bohlman, A.M. Panzer, D.A. Kindig (Eds), *Health literacy: A prescription to end confusion*. institute of medicine (pp. 256–266). Washington, D.C: The National Academies Press.
- 31- Weiss, B.D., Hart, G., McGe, D.L., D'Estelle, S. (1992). Health status of illiterate adults: Relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(3), 257–264.
- 32- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J.P., Paasche, O.M. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 411-417.
- 33- Safeer, R. and Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.
- 34- Weiss, B. (2009). *Health literacy and patient safety: Help patients understand* (2nd ed.). America: Medical Association Foundation.
- 35- Lindau, S., Tomori, C., Lyons, T., Langseth, L., Bennett, C., Garcia, P. (2002). The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), 938-943.
- 36- Peterson, N., Dwyer, K., Mulvaney, S., Dietrich, M., Rothman, R. (2007). Influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *Journal of the National Medical Association*, 99(10), 1105-1112.
- 37- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- 38- Yılmaz, F., Çolak, Y.M., Ersoy, K. (2010). Sağlık okuryazarlığının hasta hekim iletişimi üzerine etkisi. *IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, 4-7 Şubat 2010, Antalya.
- 39- U.S. Department of Health and Human Services. (2007). *Health, United States, 2007 with chartbook on trends in the health of Americans*. Retrieved May 14, 2014, from <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus07.pdf>.
- 40- Mayer, G., Villaire, M. (2009). Enhancing written communications to address health literacy. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), Manuscript 3.

KİTLE İLETİŞİMİ VE ELEŞTİREL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Doç.Dr. İnci ÇINARLI*

ÖZET

Bir sağlık iletişimi alanı olan sağlık okuryazarlığı bir süreç olarak ele alındığında; “işlevsel” ve “etkileşimli” sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ardından “eleştirel sağlık okuryazarlığı” gelmektedir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı, en üst düzeyde bilişsel ve sosyal yetilere ihtiyaç göstermektedir ve bu düzey günümüzde “üçüncü kuşak” sağlık okuryazarlığı olarak da adlandırılabilir.

Bu bölümde bir sağlık okuryazarlığı çeşidi ya da düzeyi olan eleştirel sağlık okuryazarlığının bileşenlerinden “enformasyonun eleştirel açıdan değerlendirilmesi” ve “sağlığın sosyal belirleyicilerinin anlaşılması”, kitle iletişimi bağlamında ve dolayısıyla da medya okuryazarlığı ile olan ilişkisi ekseninde tartışılmıştır. Günümüz enformasyon toplumunda birey/hasta açısından kitle iletişiminden gelen karmaşık mesajları analiz edebilmek, öncelikle medya okuryazarı olmayı gerekli kılmıştır. Öte yandan eleştirel sağlık okuryazarı bir birey/hasta; verilen enformasyon ile yetinmeyerek “enformasyonu aramak”, elde edilen enformasyonları yorumlamak, bunları kendi sağlık durumuna uyarlamak, sağlık bilgi dağarcığı oluşturmak, kendi sağlığı ile ilgili kararlara katılmak ve eyleme geçmek için gerekli yetilerle donanmış olmalıdır.

***Anahtar Kelimeler:** Eleştirel sağlık okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, sağlık enformasyonu, sağlık iletişimi, sağlık okuryazarlığı*

GİRİŞ

Günümüzde özellikle teknolojinin gelişimi ile birlikte daha da karmaşık hale gelen sağlık enformasyonunun gerektirdiği yetiler ile kıyaslandığında

* Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler Anabilim Dalı
e-mail: icinarli@gsu.edu.tr

okuryazarlık yetileri son derece yetersiz kalmaktadır. Birey ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik ihtiyaçlar ve beklentiler karşısında gelişmiş okuryazarlık yetileri, sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilerek açıklanmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesinin bir çıktısı olarak ele alınan sağlık okuryazarlığı, halk sağlığı hedeflerinin yerine getirilmesinde yaşamsal bir role sahiptir. Sağlık okuryazarlığı dâhilinde sağlık hakkının ve hasta haklarının bilincinde olmak; ilaç prospektüslerinin, halk sağlığı duyurularının, sağlık haberlerinin ve sağlık eğitimi materyallerinin anlaşılmasını gerektirmektedir. Aynı zamanda bireylerin kendi hastalık ya da rahatsızlıkları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayan kişilere ve kurumlara ulaşma becerileri de sağlık okuryazarlığı kapsamında değerlendirilmektedir. Diğer yandan sağlık okuryazarlığı kapsamında bu yetilerin kazandırılmasının yanı sıra bireylerin ve toplulukların kendi iyi olma halleri ile ilgili kararlara katılarak söz sahibi olabilmeleri için “güçlendirme” de önem kazanmaya başlamıştır.

Gelişmiş ölkelerde sağlık okuryazarlığı kavramının ilk olarak sağlık eğitimcileri tarafından ele alınmasının ardından günümüzde çok disiplinli ve disiplinlerarası bir yaklaşım ile bu konuda araştırmalar sürdürölmekte ve uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Sağlık iletişimi işte tam da bu noktada, gerek kitle iletişimi gerekse kişilerarası boyutu ile hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi çabalarında sağlık okuryazarlığını bir alan olarak ele almaktadır.

Bu bölümde öncelikle davranış değerikliğinin ve sosyal değerişimin teşvik edilerek sağlık çıktılarının iyileştirilmesi amacına yönelik bir disiplin olan sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarlığının bu disiplin açısından önemi değerlendirilecektir. Ardından da bir sağlık okuryazarlığı çeşidi ya da düzeyi olan “eleştirel sağlık okuryazarlığının” bileşenleri kitle iletişimi bağlamında ve dolayısıyla da medya okuryazarlığı ile olan ilişkisi ekseninde tartışılacaktır.

Sağlık İletişimi Disiplini Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi

“Okuryazarlık” günümüzde sıklıkla bir yetiler dizisi olarak değil de süreç halinde devam eden yetiler olarak ele alınmaktadır [1]. Sağlık okuryazarlığının kavramsal erevesi çizilmeden önce okuryazarlığın

“Belirli türdeki metinleri ve eserleri okumak, yorumlamak ve üretmek için gerekli yetileri kazanmayı ve ayrıca kültüre ve topluma bütünüyle katılım sağlamak için entelektüel araçları ve kapasiteleri kazanmayı içerdiği” ifade edilmektedir [2]. “Okuryazarlık” ve “Sağlık okuryazarlığı” kavramları, gittikçe karmaşık hale gelen bir toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için yıllar içinde tanımlanmış, daha iyi hale getirilmiş ve farklı biçimlerde ölçümlenmiştir [3]. Öte yandan özellikle de sağlık okuryazarlığı açısından düşünüldüğünde başta şehirleşme, bilimsel buluşlar, tıp ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler ile kamusal eğitim sistemindeki değişiklikler olmak üzere daha pek çok değişiklik; sağlığın ve iyi olma halinin bireysel algılanması ve katılımda bulunma biçimleri ile oldukça ilintilidir [4]. Sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi bu değişiklikler bağlamında oluşmuştur ve aşağıda ilerleyen paragraflarda ele alınacağı gibi kademeli gelişim ihtiyacı gösteren bir özelliğe sahiptir.

Sağlık okuryazarlığını bireysel kapasitenin artırılması olarak ele alan tanımlamaların yanı sıra, sağlık bilgisine sahip olmak da sağlık okuryazarlığı kapsamında açıklanmaktadır [5]. Sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel, medeni ve kültürel okuryazarlık alanlarının ve bu alanlara ilişkin yetilerin karşılıklı etkileşimini ifade etmektedir [6]. Görüldüğü üzere, sağlık okuryazarlığının kapsamı kültürü de kapsayacak biçimde genişlemiştir.

Sağlık okuryazarlığı; sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların önlenmesi ve erken tanı, sağlık hizmeti ve bakımı ile siyasa yapma dâhilindeki herkesin ilgi alanıdır. Sağlık okuryazarlığı yetileri diyalog ve tartışma için, sağlık enformasyonunu okumak, tabloları yorumlamak, araştırmalara katılmaya karar verebilmek, bireysel ya da ailenin sağlık bakımında tıbbi araçları (örneğin termometre) kullanabilmek, ilacın zamanını ve dozunu hesaplayabilmek ya da sağlık ve çevre sorunlarına yönelik tercihte bulunabilmek için gereklidir [7].

Kickbush [8] sosyal, ekonomik ve sağlık alanında gelişim açısından sağlık okuryazarlığının öneminin gittikçe arttığını ifade etmektedir. Artan sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireyler, topluluklar ve tüm toplum için “dönüştürücü” olacağı söylenebilir. Bu dönüştürücü güç, sağlıkla ilgili sorunlar karşısında sivil topluma vatandaş katılımının sağlanmasında da görülebilir [9].

Hiç şüphesiz ki sağlık okuryazarlığının günümüzde gereksinim gösterdiği çok disiplinli ve disiplinlerarası yaklaşım, sağlık iletişimi disiplini

içinde yerini bulmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık iletişiminin içinde bir alandır. 1970’li yıllardan bu yana pek çok tanımı yapılan sağlık iletişimini Schiavo aşağıdaki gibi ele almaktadır [10]:

“Bu disiplin; farklı kitlelere ulaşmak ve sağlıkla ilgili enformasyonu paylaşmak için bireyleri, toplulukları, sağlık profesyonellerini, özel grupları, siyasa yapanları ve kamuyu etkileme, soruna dâhil etme ve destekleme amacı ile hareket eder. Sonuç olarak bu kitlelerin sağlık çıktılarını iyileştirecek bir davranışı, uygulamayı veya siyasaı desteklemek, tanıtmak, benimsetmek ya da sürdürmek söz konusudur.”

Sağlık eğitimi ve iletişim faaliyetlerinin çıktıları sağlık okuryazarlığı bağlamında değerlendirilebilir [11]. Sağlık iletişimi, stratejik planlama ve uygulamanın her etabında okuryazarlık düzeylerini dikkate alarak gerekli kapasiteleri/yetileri artırmaya çalışır. Sağlık iletişimi; sağlık hizmeti sağlayanları, halk sağlığı uzmanlarını, endüstri temsilcilerini ve sağlık hizmeti alanındaki diğer kişileri kendi koşullarını göz önünde bulundurarak hastaların ve genel olarak da kamunun ihtiyaçlarına karşı onları duyarlı hale getirmeye çalışır [10]. Sağlık iletişimi alanı, dikkatlice ve yaratıcılıkla hazırlanmış mesajlar, müdahaleler ve iletişim teknikleri aracılığıyla toplumdaki sağlık okuryazarlığı uçurumlarının kapatılmasında önemli bir rol oynamaktadır [5].

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmetlerindeki gedikleri ve eşitsizlikleri açıklayabilen bir engeldir. Bu soruna yönelmenin sağlık açısından önemli bir önceliği vardır ve tam da bu nedenle sağlık iletişiminin ilgi alanındadır [12]. İletişimin gelişmiş sağlık çıktıları ile ilişkilendirilmesinde; hastanın sağlık konularındaki bilgisinin artırılması ve elde edilen kavrayışların paylaşılması, daha iyi tıbbi kararların alınması gibi çıktılara ulaşılması düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastalarda gerçekleştirilemez [13]. Bu nedenle öncelikle düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan bireylerin sahip oldukları temel yetilerin/kapasitenin artırılması gereklidir.

Sağlık iletişimi kapsamında yer alan risk iletişimi de sağlık okuryazarlığı son derece önem taşımaktadır. Risk iletişimi, özellikle sağlıkla ilgili riskin algılanması ve harekete geçilmesi açısından paniğe neden olmadan gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasında sağlık enformasyonunun dengeli ve doğru bir biçimde aktarılması son derece

önemlidir [14]. Riskin ne ifade ettiğine, riskle ilgili enformasyonun anlaşılmasına, risk ile ilgili kaynak ve alıcı arasındaki iletişimin nasıl olması gerektiğine ve söz konusu riskten korunmanın nasıl mümkün olacağına ilişkin konular risk iletişiminin kapsamında yer almaktadır. Günümüzde ise bu konu, “risk okuryazarlığı” ile doğrudan ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada sağlık okuryazarlığı amaçlarının gerçekleştirilmesi sorumluluğunun da altının çizilmesi gereklidir. Öyle ki sağlık okuryazarlığı sadece bireylere/hastalara ait tek taraflı bir sorumluluk değildir. Hastaların olduğu kadar sağlık hizmetlerini sağlayanların da sorumluluğudur [15]. Yani bu sorumluluk hastalar (ya da sağlık iletişiminde alıcı konumunda olanlar) ve sağlık hizmeti sağlayanlar (ya da sağlık iletişimindeiletici konumunda olanlar) arasında paylaşılmalıdır [16]. Öte yandan sağlık okuryazarlığının “eleştirel boyutu” da bu sorumluluğun sınırlarının genişlemesini beraberinde getirecektir. Aşağıda ilerleyen paragraflarda sağlık okuryazarlığında eleştirel düzey, medya okuryazarlığı ile olan ilişkisine de değinilerek ele alınmaktadır.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri ve Medya Okuryazarlığı

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin “eleştirelilik” kapsamında değerlendirilmesi, bu alanda öncü çalışmaları olan Nutbeam’den [11] yola çıkılarak aşağıda açıklanmıştır.

“*Eleştirel sağlık okuryazarlığı*” bir sağlık okuryazarlığı çeşidi ya da düzeyi olarak ele alınmaktadır. Nutbeam, sağlık okuryazarlığını sınıflandırırken “işlevsel (temel)”, “etkileşimli” ve “eleştirel” olmak üzere üçlü bir ayırım yapmaktadır [11]. Bu sağlık okuryazarlığı düzeyleri, artan oranda otonomi ve bireysel güçlenmeye olanak sağlamaktadır. İşlevsel sağlık okuryazarlığı, günlük yaşamda etkin bir biçimde işlevde bulunabilmek için okuma ve yazma konusunda temel yetilere sahip olmayı kapsamaktadır. Bu yetilerin daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık yetileri haline gelerek sosyal yetilerle birleşmesi ve aktif biçimde gündelik yaşama katılım için kullanılması ise etkileşimli sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca farklı iletişim biçimlerinden anlam elde etmek ve yeni enformasyonu değişen durumlara uygulamak da yine eleştirel sağlık okuryazarlığı kapsamında yer almaktadır. “Eleştirel sağlık okuryazarlığı” ise sosyal yetiler ile birlikte enformasyonu eleştirel olarak analiz etmeyi ve bu enformasyonu

yaşamdaki olaylar ve durumlar karşısında daha geniş bir kontrol uygulamak için kullanılan bilişsel yetileri ifade etmektedir. Bu yetiler formel eğitim ve enformel bireysel deneyimlerle geliştirilebilir. Sağlık okuryazarlığının bu çeşidinde bireyin çıkarının yanı sıra toplumun/topluluğun da çıkarı söz konusudur [17]. Coffey [18] de eleştirel sağlık okuryazarlığını “*İnsanların arasındaki ilişkilerdeki iktidar, eşitsizlik ve adaletsizliği daha iyi anlayabilmek amacıyla metinleri aktif ve düşünsel biçimde okumak*” şeklinde tanımlamaktadır.

Ishikawa ve arkadaşlarının [19] diyabetik hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili araştırmalarından örnek verilmesi, Nutbeam’ın [11,17] sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha somut bir biçimde anlaşılmasına katkıda bulunabilir. Ishikawa ve arkadaşlarının [19] yaptıkları araştırmada işlevsel sağlık okuryazarlığı kapsamında hastaların hastanelerde ve/veya eczanelerde diyabet ile ilgili talimatları/broşürleri okuyabilmeleri ve anlayabilmeleri değerlendirilmektedir. Etkileşimli (iletişimsel) sağlık okuryazarlığında ise bu hastaların kendilerine diyabet teşhisi konulmasından itibaren farklı kaynaklardan, hastalıkları ile ilgili enformasyon elde etmeleri ve bunları anlamaları, hastalıkları ile ilgili düşünceleri hakkında başkaları ile iletişim kurmaları ve elde ettikleri enformasyonları gündelik hayatlarına uygulamaları ele alınmaktadır. Öte yandan kendilerine teşhis konulmasından itibaren bu hastaların elde ettikleri enformasyonun kendi durumlarına uygun olup olmadığını değerlendirmeleri, bu enformasyonların güvenilirliğini ve geçerliğini sorgulamaları ile bu saptamaları karar almak üzere kullanmaları eleştirel sağlık okuryazarlığı kapsamında değerlendirilmektedir [20].

Ayrıca bazı değerlendirmelerde “üçüncü kuşak” olarak da ifade edilen “eleştirel sağlık okuryazarlığı” bireysel ya da grup olarak siyasal sistem veya sosyal hareketler aracılığıyla eylemde bulunmayı da kapsamalıdır [21]. Bu da bize sağlık okuryazarlığında bireylerin/hastaların pasif değil, aktif olmalarının olumlu sağlık çıktıları açısından önemli olduğunu; ancak hedefe ulaşılması için de sahip olmaları gereken sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması gerektiğini göstermektedir.

Eleştirel sağlık okuryazarlığı üç bileşene (alana) ayrılmaktadır: enformasyonun eleştirel açıdan değerlendirilmesi, sağlığın sosyal belirleyicilerinin anlaşılması ve kolektif eyleme katılım. Bunlardan ilk ikisi doğrudan medya okuryazarlığı ile ilgilidir. Kolektif katılım ise “sosyal

kapital” ve “psikolojik güçlendirme” kavramları ile ilgilidir [22]. Aşağıdaki paragraflarda öncelikle ilk iki bileşen ile medya okuryazarlığının ilişkisi ve ardından da “enformasyon arama davranışının” eleştirel sağlık okuryazarlığı açısından önemi ele alınmaktadır.

Enformasyonun Eleştirel Açıdan Değerlendirilmesi ve Medya Okuryazarlığı

Sağlıkla ilgili enformasyonu elde etme yollarımız; kişilerarası iletişim (akraba, akran, arkadaş, sağlık hizmeti sağlayanlar ile iletişim) ve kitle iletişimidir (geleneksel medya ve son zamanlarda da gittikçe artan oranda yeni medya ve sosyal medya). Tarihsel olarak bakıldığında sağlık hizmetleri profesyonellerinin tıp ve sağlıkla ilgili enformasyonlarının birincil kaynak oldukları görülmektedir. Ancak medyada bu konularla ilgili haberlerin artması ve internetin de 1990’lardan itibaren hızlı bir şekilde yaygınlaşması halka daha fazla enformasyon kaynağı sağlamıştır [23].

Yukarıda değinildiği gibi tıp ve sağlıkla ilgili enformasyon kaynaklarının çeşitlenmesi ve artması, bu enformasyonların niceliğinin de doğru oranda artacağı anlamına gelmez. Öyle ki fütürist yazar John Naisbitt’in [24] “Büyük yönelimler (*Megatrends*)” kitabında belirttiği “*Enformasyon içinde boğuluyoruz; ancak bilgiye açız*” ifadesi, aradan geçen 26 yıl sonra daha da anlam kazanmıştır. Bu tespit; dolaşımdaki her tür enformasyon için geçerli olduğu gibi sağlıkla ilgili enformasyon için de geçerlidir. Yoğun bir bombardıman gibi bizi hedefleyen sağlık enformasyonları nicelik olarak bol; ancak nitelik olarak genellikle düşük bir kaliteye işaret etmektedir [25]. Parker ve Ratzan [26] da internet ve kitle iletişim araçları sayesinde sağlık ile ilgili enformasyonların yaygınlaştığını; ancak sağlığımız için ne yapmamız gerektiğinin de genellikle ulaşılmaz olduğunun farkında olduğumuzu ifade etmektedirler. Bu durum, gittikçe karmaşık hale gelen medyadaki sağlık enformasyonlarının eleştirel bir süzgeçten geçirilme ihtiyacına işaret etmektedir.

Bir bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini, bir sağlık sorunu ile karşılaştığında o bireyin mevcut enformasyon alt-yapısı belirler. Bu noktada, sağlık okuryazarlığı düzeyi, enformasyon ihtiyacını ve ne aranması gerektiğini ifade eder. Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda “enformasyon arama” yetilerini de içerir. Bu yetiler, bireyin bilgi düzeyi değişse de aynı kalır. “Enformasyon arama” en basit şekilde “enformasyonun seçilmiş

enformasyon taşıyıcılarından amaçlı olarak elde edilmesi” olarak tanımlanabilir [27]. Sağlık enformasyonu arama davranışı, işlevsel ve etkileşimli sağlık okuryazarlığından sonraki aşama olan ve üçüncü düzey olarak kabul edilen eleştirel sağlık okuryazarlığı yetileri kapsamında değerlendirilir.

Medyanın sağlıkla ilgili inançlar, tutumlar ve davranışlar üzerinde etkileyici ve şekillendirici özelliği bulunmaktadır [28]. Kitle iletişimi düzeyinde sağlık enformasyonunun bireylere/hastalara iletilmesini düşündüğümüzde, hem olumlu sağlık davranışına yöneltebilecek mesajların hem de halk sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek mesajların iletiildiği bir ortam olarak medya göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca halk sağlığının sosyal değişimi sağlama çabalarına karşılık medyanın statükoyu sürdürmeye yönelik tutumu da bir paradoks olarak karşımıza çıkmakta ve sağlık okuryazarlığının yanı sıra medya okuryazarlığının da gerekliliğini kaçınılmaz olarak ortaya koymaktadır [29].

Medya Okuryazarlığı Merkezi (*Centre For Media Literacy*) tarafından yapılan medya okuryazarlığı tanımında şöyle bir kavramsal çerçeve çizilmektedir [30]:

“Medya okuryazarlığı, 21. yüzyılın eğitime olan yaklaşımıdır. Medya okuryazarlığı farklı biçimlerde medyaya ulaşmak, analiz etmek, değerlendirmek, oluşturmak ve mesajlarla katılımında bulunmak için bir çerçeve sağlar. Medya okuryazarlığı, medyanın toplumdaki rolünün anlaşılması için anlayış ve aynı zamanda da bir demokrasinin vatandaşları için gerekli sorgulamaları yapabilmeleri amacıyla temel yetileri ve kendilerini ifade edebilmeleri için gerekli yetileri inşa eder.”

Medya okuryazarlığı kendimizi medya karşısında nasıl konumlandığımıza ve maruz kaldığımız mesajların anlamlarını yorumladığımızı dair bir bakış açısıdır. Yüksek düzeyde medya okuryazarı olanların, medya hakkında güçlü ve geniş bir bakış açıları vardır. Yine bu kişiler medya mesajlarını farklı boyutlarda yorumlayabilme kapasitesine sahiptirler. Düşük düzeyde medya okuryazarı olanların ise güçsüz ve sınırlı bir bakış açısı vardır. Mesajın yorumunu yalnızca yüzeysel bir biçimde yapabilirler [31]. (Eleştirel) medya okuryazarlığı; önyargıları ve bir kaynağın güvenilirliğini teşhis edebilmek, olguyu kanaatten ayırabilmek, mesaj gerçekçi değilse bunun ayırımını yapabilmek, mesajın amacını

anlayabilmek, bir mesajın gerçek olduğunu ve uygulanabilirliğini tespit etmek gibi yetileri gerektirmektedir [30].

Öte yandan sağlık enformasyonu açısından düşündüğümüzde düşük düzeyde medya okuryazarı olanlar doğru olmayan ya da olumsuz sağlık içeriği sunan medya betimlemelerine ve mesajlarına daha az direnç gösterebilirler. Bu durum, bireylerin doğru olmayan enformasyona inanmalarına ve sağlıksız davranışları benimsemelerine neden olur. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olanlara göre düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan hedef kitlelere, farklı sağlık iletişimi mesajlarıyla ulaşılabilir. Kişilerarası iletişim kanalı ve çoklu ortamlar, düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan hedef kitlelere ulaşmada daha etkindir [32].

Biyomedikal araştırmaların mesajlarının altında yatanın aslında tarafsız olduğuna ve iyilik içerdiğine dair bir varsayım ortaya çıkmış olsa da naif ve sofistike olmayan bireyler tarafından kolayca değerlendirilmediğine dair şaşırtıcı alternatifler de bulunmaktadır. Aşırı enformasyon yüklemesi çağında sıradan insanlar, altta yatan mesajların üstesinden gelebilmek için enformasyonun değerine biçebileceği daha fazla yetiye ve eleştirel medya analizi yetilerine ihtiyaç duymaktadırlar [22].

Eleştirel sağlık okuryazarlığı; bireylerin/hastaların sağlık enformasyonunun oluşum sürecini, medya sistemlerinin yapısını, mesajın kaynağı ve alıcısı arasındaki güç-çıkarcı ilişkisini sorgulayabilmelerini gerektirir ki, bunun da medya okuryazarı olmadan yerine getirilebilmesi mümkün değildir.

Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Anlaşılması

Sağlık durumu, bireysel özelliklerden ve davranış biçimlerinden (yaşam biçimleri) etkilenmektedir. Ancak önemli ölçüde de bireylerin ve toplumun/toplulukların farklı sosyal, ekonomik ve çevresel şartları ile biçimlenmeye devam etmektedir. Sigara kullanımı, yaralanmaların önlenmesi ya da yasadışı ilaç/madde kullanımı gibi halk sağlığı sorunlarına yönelik deneyimler ve daha genel olarak da sağlıkta eşitlik sağlanması ile ilgili mücadelede eğitimin tek başına yeterli olmadığı görülmektedir [11]. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının sadece bireylerin yaşam biçimleri bağlamında ele alınması ve sağlık eğitimi ile geliştirilmesi artık yeterli değildir. Bireylerin ve toplulukların sosyal, ekonomik ve siyasi belirleyiciler

ile ilgili eyleme geçebilmeleri için güçlendirilmeleri de söz konusu olmalıdır [33].

Dünya Sağlık Örgütü de sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki enformasyonlara ulaşılması, enformasyonun anlaşılması, değerlendirilmesi ve iletişimin gerçekleşmesi yetisini de içerecek şekilde sağlık okuryazarlığının kapsamının genişletilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu belirleyiciler yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından “*İnsanların içinde doğdukları, büyüdükları, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları şartlar*” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü bu şartların; paranın, iktidarın ve kaynakların, küresel, ulusal ve yerel düzeyde dağıtılması ile biçimlendiğini ifade etmektedir [34].

Wills [35] “*Bir gıdanın üzerindeki etiketi okuyabilmek bir şeydir; ancak McDonalds’ların neden bu kadar ucuz, doyurucu ve her yerde hazır ve nazır olduğunu bilmek başka bir şeydir*” derken işlevsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı arasındaki ayrımı ortaya koymaktadır. Eleştirelilik ve sağlığın sosyal belirleyicilerine olan farkındalık bu cümlede ifadesini bulmaktadır.

Medya okuryazarlığı, enformasyonun eleştirel açıdan ele alınması ve sağlığın sosyal belirleyicilerine farkındalık sağlanmasında yani eleştirel sağlık okuryazarlığının gerçekleştirilmesi sürecinde temel etmen olarak ele alınmalıdır.

SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı sadece sağlıkla ilgili gelişim konusunda değil, sosyal ve ekonomik alanda gelişim için de önemli katkı sağlayabilir. Bir sağlık iletişimi alanı olan sağlık okuryazarlığı, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bağlamında ele alınırken bir yetiler dizisi değil, bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Bu süreç; işlevsel, etkileşimli ve eleştirel olmak üzere üç çeşit sağlık okuryazarlığının kademeli gelişim ile ifade edilebildiği bir süreçtir. Öyle ki bu kademelerin en üst basamağında eleştirel sağlık okuryazarlığı yer almaktadır.

Etkileşimli ve eleştirel sağlık okuryazarlığı, günümüzde gittikçe karmaşık hale gelen sağlık enformasyonunun olumlu sağlık çıktılarına dönüşebilmesi için medya okuryazarlığını da gerekli kılmaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı; sağlık enformasyonunun eleştirel açıdan değerlendirilmesi ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin anlaşılması olmak

üzere iki bileşeni içermektedir. Aynı zamanda bireyi/hastayı güçlendirmeye ve kendi sağlığı ile ilgili kararlara katılmayı teşvik etmeye yönelik üst düzeyde bilişsel ve sosyal yetilere de ihtiyaç göstermektedir. Günümüz enformasyon toplumunda birey/hasta açısından kitle iletişiminden gelen karmaşık mesajları eleştirel olarak analiz etmek oldukça zahmetli bir çabadır. Birey/hasta; verilen enformasyon ile yetinmeyerek “enformasyonu aramak”, elde edilen enformasyonları yorumlamak, bunları kendi sağlık durumuna uyarlamak, sağlık bilgi dağarcığı oluşturmak, kendi sağlığı ile ilgili kararlara katılmak ve eyleme geçmek durumundadır. Bu çaba, hiç şüphesiz ki farklı disiplinlerin olduğu kadar farklı paydaşların da katılımını gerektirir.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı, günümüzde öncelikle sağlık bilinciyle ilgili bireysel kapasitenin artırılmasının çok daha ötesinde genel kamu, sağlık hizmeti sağlayanlar ve medya tarafından paylaşılan bir sorumluluk olmalıdır. Öte yandan henüz Türkiye’de sağlık iletişimi disiplini kapsamında sağlık okuryazarlığı çalışmalarının son derece yetersiz olduğu göz önünde bulundurularak bu alandaki literatürün zenginleştirilmesine de çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Ronson, B., & Rootman, I. (2008). Social determinants of health: An overview of key issues and themes. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (pp.170-188). Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.
- 2- Kellner, D. and Share, J. (2005). Toward critical media literacy: Core concepts, debates, organizations, and policy. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 26(3), 369-386.
- 3- Berkman, N.D., Davis, T.C., McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15, 9-19.
- 4- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., Greer, D.S. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. CA: John Wiley&Sons.
- 5- Cameron, KA., Wolf, MS., Baker, DW., (2011). Integrating health literacy in health communication. In T. L. Thompson, R. Parrott, J. F.Nussbaum (Eds.). *The Routledge handbook of health communication* (2nd ed., pp. 306-319). New York: Routledge.
- 6- Zarcadoolas, C. and Pleasant, A. (2008). Health literacy in the digital world. In J.C. Parker & E. Thorson (Eds.), *Health communication in the new media landscape* (pp. 303-322). New York: Springer Publishing.
- 7- Institute of Medicine (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington D.C: The National Academies Press.
- 8- Kickbush, I. (2004). *Improving health literacy in the European Union: Towards a Europe of informed and active health citizens*. Retrieved May 29, 2014, from <http://old.ilonakickbusch.com/health-literacy/health-literacy-gastein.pdf>.
- 9- Hoffman-Goetz, L., Donelle, L., Ahmed, R. (2014). *Health literacy in Canada: A primer for students*. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- 10- Schiavo, R. (2007). *Health communication: Form theory to practice*. San Fransisco, CA: John Wiley&Sons.
- 11- 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.
- 12- Cho, H. (2012). *Health communication message design: Theory and practice*. CA: Sage Publications.

- 13- Street, R.L., & Epstein, R.M. (2008). Lessons from theory and research on clinician-patient communication. In K. Glanz, K., Rimer, BK., Viswanath, K. (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 237-269). CA: Josey-Bass Publishing.
- 14- Payne, G.J. and Schulte, S.K. (2003). Mass media, public health, and achieving health literacy. *Journal of Health Communication*, 8, 124-125.
- 15- Wright, K.B., Sparks, L., O’Hair, H.D. (2008). *Health communication in the 21st. century*. MA: Blackwell Publishing.
- 16- Osborne, H. (2013). *Health literacy from a to z: Practical ways to communicate your health message* (2nd ed.). United States of America: Publisher Jones&Bartlett.
- 17- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science&Medicine*, 67, 2072-2078.
- 18- Coffey, H. (2008). *Critical literacy*. Retrieved May 12, 2014, from <http://www.learnnc.org/lp/pages/4437>.
- 19- Ishikawa, H., Takeuchi, T., Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- 20- Ishikawa, H. and Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *Biopsychosocial Medicine*, 4(18), 1-5.
- 21- Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy: A concept analysis. *Biomed Central Public Health*, 13(150), 1-10.
- 22- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67.
- 23- Thomas, R.K. (2006). *Health communication*. USA: Springer.
- 24- Naisbitt, J. (1988). *Megatrends: Ten new directions transforming our lives*. New York: Warner Books.
- 25- Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık iletişimi ve medya*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- 26- Parker, R. and Ratzan, S. (2010). Health literacy as second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15, 20-33.
- 27- Johnson, D.J. and Case, D.O. (2012). *Health information seeking*. New York: Peter Lang Publishing.

- 28- Parrott, R. (2006). Emphasizing “communication” in health communication. *Journal of Communication*, 54(4), 751-787.
- 29- Çınarlı, İ. ve Yılmaz, E. (2007). Sağlık bilincinin oluşturulmasında medya okuryazarlığının önemi. N. Türkoğlu ve M. Cinman-Şimşek (Eds.). *Medya Okuryazarlığı* (ss. 266-275), İstanbul: Kalemus Yayınları.
- 30- Centre for Media Literacy. (2011). *Media literacy: A definition and more*. Retrieved May 12, 2014, from <http://www.medialit.org/media-literacy-definition-and-more>.
- 31- Potter, J. W. (1998). *Media literacy*. California: Sage Publications.
- 32- Bernhardt, J.M. and Cameron, K.A. (2003). Accessing, understanding and applying health communication messages: The challenge of health literacy. In T.L Thompson, A. Dorsey, K.I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp.583-605). USA, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- 33- Mogford, E., Gould L., Devoght A. (2011). Teaching health literacy in the U.S as a means to action on the social determinants of health. *Health Promotion International*, 26(1), 4-13.
- 34- World Health Organization, (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health final report. Geneva: World Health Organization. Retrieved April 10, 2014, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1.
- 35- Wills, J. (2008). Health literacy: New packaging for health education or radical movement? *International Journal of Public Health*, 54(1), 3-4.

HASTALARIN GÜÇLENDİRİLMESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Doç.Dr. Elgiz YILMAZ*

ÖZET

21. yüzyılda okuryazar olmak, sadece okuma ve yazma bilmek olarak değil; öğrendiğini yeniden düzenleyebilmek ya da yeniden öğrenebilmek yeteneği ile tanımlanmaktadır. Bireyin aldığı mesajları, aynı konu hakkında daha önce edindiği bilgiler ile karşılaştırabilme ve verilen mesajı kendi fikirleri, deneyimleri doğrultusunda yorumlayabilme becerisi iletişim sürecinin etkili olmasında önemlidir.

Özellikle hastanın sağlık durumu nedeniyle ortaya çıkan tanı ve tedavi sürecine etkin katılımının teşvik edildiği günümüz hasta-doktor iletişim sürecinde bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması ve bu düzeyin artırılması için sağlık eğitimi politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Etkin bir hasta eğitimi; hasta-merkezli, hastanın düşünce, inanç ve algılarını göz önüne alan, hastanın ve bakımını üstlenen yakınlarının ihtiyaçlarına göre hazırlanmış uygun yazılı ve görsel içeriklerle desteklenmiş ve düzenli aralıklarla tekrarlanması gereken süreçler şeklinde planlanmalıdır.

***Anahtar Kelimeler:** Doktor-hasta iletişimi, hasta katılımı, kendini açma, kişilerarası iletişim, sağlık okuryazarlığı*

GİRİŞ

Sağlık iletişimi; kişilerin hastalık ve sağlık hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak, genel sağlık düzeyini artırmak, hastayı tedavi süreci hakkında karar verici olarak konumlandırmak, hastayı ve yakınlarını hastalık

* Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler Anabilim Dalı
e-mail: elyilmaz@gsu.edu.tr

hakkında bilgilendirmek gibi amaçlar doğrultusunda stratejik iletişimin sağlık alanında kullanılması olarak tanımlanabilir. Disiplinlerarası Obir kavram olan sağlık iletişimi, kişilerarası iletişim perspektifinden doktor-hasta ve diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

Kişilerarası iletişim başlığı altında ele alınan doktor-hasta iletişimi, kaynak ve alıcının ortak bir zamanı ve mekânı paylaşarak bu süreçte çeşitli iletişim kanallarını kullanarak karşılıklı etkileşim içinde buldukları bir iletişim sürecidir. Sağlık ve sosyal bilimler yaklaşımlarının birarada değerlendirilmesi gereken bu süreç, sağlık bilgisi ve deneyimi yüksek doktor ile canı yanan ve kaygısı yüksek hasta arasındaki iletişim sorunlarının sıkça görüldüğü bir alan olup, kişilerarası sorunların doğmasına zemin hazırlamaktadır. Tıpta “hastalık” yoktur, “hasta” vardır yaklaşımı doktor ve hasta arasındaki yüz yüze iletişimin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Sağlıkta Doktor-Hasta Etkileşimi

Uluslararası hakemli “İletişim Dergisi”nde (Journal of Communications) yer alan 15 tanımdan yola çıkarak oluşturulan ortak tanıma göre; kişilerarası iletişim sözlü ya da sözsüz mesajların değişmesiyle kişiler tarafından anlamların, duyguların ve bilgilerin paylaşıldığı bir süreçtir [1]. Kişilerarası iletişimin ilk çevresi evdir. Bu çerçeve aile, komşuluk, okul, arkadaş ve iş çevreleri olarak çeşitlenir [2]. Kişinin çevresi değiştikçe iletişimde bulunduğu insan tipleri de değişir. Karşılıklı olarak bilgi alışverişinde bulunan insan, kendi deneyimlerinin yanı sıra başkalarının deneyimlerinden de faydalanır. Bunun yanında iletişim –doğru yönetilmediği takdirde – insanın sadece anlaşmasını sağlayan değil, bazen sorunlar yaratan ve hatta sorunları pekiştiren bir olgu haline gelebilmektedir. Kelimelerin yanlış anlamlandırılması, jest ve mimiklerden çıkarılan yanlış mesajlar ve çeşitli çevresel faktörlerin de etkisiyle iletişim, sağlıksız bir hal alabilmektedir. Kişilerarası iletişimin etkili ve başarılı olması, kaynak ile alıcının ortak referans çevresinin genişliği ile doğru orantılıdır. Bu kişilerin geçmiş yaşantıları, yargıları, tutumları ve iletişim amındaki psikolojik özellikleri birbirine ne kadar benzerse, mesajı anlamlandırmaları da o kadar yüksek olur.

Genel olarak kişi için hastalığın anlamı, fiziksel ve/veya zihinsel bir işlev ve güç kaybıdır. Hastalık “tehlikeli bir durum” olarak algılanır. Bu

süreçte yaşanan duygu durum bozuklukları ve yüksek kaygı düzeyi zamanla hastanın kişiliğinde belirgin değişikliklere neden olur. Bu durum hastanın, doktoru ile iletişimini de verimsiz hale getirebilmektedir. Öte yandan tedavi sürecinde hastadan ve yakınlarından günlük alışkanlıklarını değiştirecek yeni bir davranış biçimi bekleniyorsa, hasta çekingen davranıp katılımcı olmayabilir. Hissettikleri korku ve çekingenlik nedeniyle doktorun söyleyeceklerini duymak istemeyen hastalar, doktorlarıyla iletişime devam etmekte isteksiz davranabilirler [3].

Doktorun tedavi sürecine hastayı dâhil etmemesi, hastanın doktoruna güvenmemesi, hastanın utangaç tutumu, hastalığı kabullen(e)memesi, kendisini yeterli ifade edememesi gibi etkenler doktor ile hastasının sağlıklı ve verimli iletişim kurmasını engeller. Böyle durumlarda doktorun katılımcı duruşu, hastayı cesaretlendirici birkaç sözü ve yaklaşımli beden dili hastanın sessizliğini veya çekingenliğini yönetmede önemlidir. Özellikle Türkiye’de sosyal ve kültürel yapı gereği çocukluk çağları itibariyle “başkası ne der?”, “bunlar söylenmez, ayıp”, “şimdi hakkımda ne düşünür?” vb. gibi baskının etkisinde kaldığımız için bazı hastaların, diğer mesleklere göre daha “kutsal” ve “üstün” algıladıkları doktorlar karşısında kendilerini açmamları sıkça rastlanılan bir durumdur. Senkowska ve Streri’nin [4] ifade ettiği gibi hasta tıp konusunda bilgisinin eksik olduğunun farkında iken, doktor da en azından uzmanlık alanında bilgisinin yeterli olduğunun ve hastasına doğru tanı koymasını sağlayacak soru sorma biçimlerine hakim olduğunun farkındadır.

Doktor-hasta arasında etkili ve çift yönlü iletişim kurulduğu takdirde doktorun hastasını, hastalığı ve tedavi süreci hakkında eğitebilmesi de kolaylaşacaktır. Karşılıklı iletişim sayesinde hastanın okuryazarlığı ve hatta sağlık okuryazarlığı düzeyi hakkında bilgi sahibi olacak doktor, hastasının tıbbi hikâyesini doğru alabilmek, tedaviyi doğru sürdürülebilmesini sağlamak için hastasının sormaktan çekindiği sorulara önceden cevap verebilir. Net ve basit ifadelerle hastalığın seyri ve kullanılacak ilaçlar hakkında hasta bilgilendirilebilir. Zira sağlık okuryazarlığı ilaç kutularında yer alan bilgiyi kavrama, sağlık kuruluşlarında hastalara yönelik olarak hazırlanan tıbbi eğitim broşürlerini, doktorların tedaviye ve tanıya yönelik taleplerini anlama, onay formlarını ilgili yerlere iletme yani bütüncül sağlık hizmetlerinden faydalanma yeteneklerini kapsamaktadır.

Tanı Koyma, Tetkik ve Tedavide Doktor-Hasta İletişiminin Önemi

Hastalık belirti ile gelen nesnel patoloji, rahatsızlık ise semptomla gelen öznel patoloji olarak tanımlanmaktadır [5]. Buna göre hasta belli bir rahatsızlıkla, doktor ise hastalıkla uğraşmak zorundadır. Doktor ve hasta arasındaki ilişki basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirmekten çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır. Dolayısıyla doktor ve hasta arasındaki engeller, bu karmaşık iletişimin pratikteki hatalarından ve/veya eksikliklerinden kaynaklanmaktadır [6].

Hastalığın ilk belirtileri ile tanının konulmasından başlayarak bilinmeyen bir kaygı ve korku yaşanır. Ancak insanların çoğunun hastalarda meydana gelen duygusal değişikliklerle başedecek deneyimleri yoktur. Tıp mesleğinden olmayan kişiler, hastaların sorunlarından söz etmelerine ve duygularını açıkça dile getirmelerine yardımcı olacak iletişim becerilerini bilemezler. Öte yandan hastaların çoğu, doktorlarına bile soru sorma ya da huzursuzluk duydukları konuları konuşma cesaretini bulamadıklarını, hatta doktorlarının kendilerine söylediği her şeyi pek anlamadıklarını belirtiyorlar.

Kişilerarası iletişimin en hassas alanlarından biri olan doktor-hasta iletişiminde doktorun en kısa sürede en doğru tanıyı koyup en etkili tedaviyi önerebilmesi için hastanın mümkün olduğunca duygu, düşünce ve taşıdığı kaygı boyutunda “kendini açması”, tıbbi hikâyesini en net şekilde anlatması çok önemlidir. Çift yönlü iletişim kurabilmenin esas olduğu bu süreçte empatik dinleme, açık uçlu sorular sorma ve etkin beden dili kullanımı etkili olmaktadır. Doktor ve hasta arasındaki bazı diyaloglar hasta ve yakınlarının olumsuz duygularıyla baş etmelerine, sorunlarına çözüm bulmalarına ve kimi durumlarda hastalıkla yaşamlarına devam etmeyi öğrenmelerine yardımcı olabilmektedir. Doktorların kutsallaştırıldığı bizim gibi geleneksel toplumlarda, hastaların yetkili ve güvendikleri bir ağızdan duydukları her olumlu ve umut verici ifade, hastalıklarını iyileştirici etki de gösterebilmektedir.

Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) sağlık aktörlerine, düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan hastalar ile kuracakları iletişimde hangi başlıklara dikkat etmeleri gerektiğine yönelik bir kılavuz hazırlamıştır. Buna göre [7];

- ✓ Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalara, hastalıkları ve tedavi süreçleri ile ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirme yaparken kullanılan dokümanlar mutlaka açıklayıcı görseller ile desteklenmelidir.
- ✓ Hastalara verilecek broşürler, tanıtım kitapçıkları, ilaç kutularının üzerindeki açıklamalar okuyucu dostu ve kolay ulaşılabilir yerlerde olmalıdır.
- ✓ Hastalar kendi veya yakınlarının sağlık durumları riske girdiğinde hastalık, doktor, hastane, tedavi türleri ve süreçleri, ilaç bilgileri, alternatif yöntemler ve aynı hastalığa yakalanan diğer hastaların deneyimleri hakkında farklı kaynaklardan okuma yaparlar. Kendileri ve/veya yakınlarının sağlık durumu hakkında tanı ve tedavi sürecine katılmak için istekli olan bu tür kişilere verilecek okuma ve araştırma kaynaklarında “belirleyici başlıkları” söylemek işlerini kolaylaştırabilir.
- ✓ Kamu sağlığına yönelik enformasyonlar genellikle sayılar ve istatistiklerle ifade edilir. Ancak kamuyu oluşturan bireylerin tamamı bu sayısal ifadeleri anlamayabilir. Toplum sağlığını ilgilendiren önemli konulara ilişkin veriler; markaların tüketicileriyle kurdukları iletişimde yararlandıkları “story telling”; yani “hikâye anlatma” yöntemiyle toplum bireyelerine aktarılabilir. Hastaların kendi sağlık durumlarından bir şeyler bulabileceği gerçek hasta deneyimleri, karmaşık istatistiklerle dikkat çekilmek istenen konuların daha kolay anlaşılmasını ve daha çok akılda kalmasını sağlayacaktır.
- ✓ İnsan beyninin ikna, iletişim ve tüketim başta olmak üzere dış dünya ile ilişkisini araştıran nörobilimciler, beynin en fazla üç enformasyonu anlayarak akılda tutabildiğini, daha fazla sayıda iletilen mesajların boşa gittiğini belirtmektedirler. Buna göre hastanın hastalığı, tetkikleri ve tedavisi hakkında bir anda çok fazla bilgiye boğulmaması gerektiğinin altı çizilmektedir.
- ✓ Kanıta dayalı tıp bilimlerinde risklerin zaman aralığı ve bu riskleri etkileyen faktörler arasında karşılaştırmalar yapılarak sözlü ifadeler yerine sayısal ifadelerle açıklanması tercih edilir. Oysaki risk iletişiminde bilişsel olduğu kadar duygusal süreç de etkilidir. Risk iletişiminde dikkat çekilmek istenen noktalar hakkında farkındalık yaratabilmek için hedef kitlenin neyi nasıl bildiği kadar, nasıl hissettiği de önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”nde [8] yapılan sağlık okuryazarlığı tanımı yukarıda belirtilen maddelerin önemini tekrar altını çizmektedir. Şöyle ki; sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam biçimini ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması anlamına gelir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı, broşürleri okuyabilme ve söylenenleri yapabilmekten daha fazlasıdır. İnsanların sağlık bilgisine erişimini ve bunu etkili bir şekilde kullanma kapasitesini iyileştiren sağlık okuryazarlığı, yetkilendirme için çok önemlidir. Okuryazarlık durumunun yetersiz olması insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığına engel olarak kişilerin sağlığını doğrudan etkileyebilir.

Konvansiyonel ve Dijital Ortamlarda Doktor Hasta İletişiminde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Etkisi

1990’lı yılların sonlarına doğru tartışılmaya başlanan sağlık okuryazarlığı Amerikan Tıp Kurumu tarafından “*Reçeteleri, randevu kâğıtlarını ve sağlığa ilişkin diğer önemli kaynakları okuyup anlayabilme becerisi*” olarak tanımlanmıştır [9]. Kavram, Dünya Sağlık Örgütü [10] tarafından daha detaylı olarak ele alınmış; “*Sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin bilgiye olan erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler*” olarak tanımlanmıştır [11]. Sağlık okuryazarlığı bireyin maddi ve okuryazar olma durumu, algılama ve araştırma yetenekleri, öğrenme ve kendini ifade edebilme becerileri, merak ve bilgi düzeyleri gibi sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler ile ilişkilidir. Bu faktörlerdeki değişkenlik bireyin eriştiği ve/veya erişebildiği her türlü enformasyonu anlama, anlamlandırma becerisini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme düzeyini etkiler. Örneğin, Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2013 yılında, Türkiye’de 6 yaş ve üzeri okuryazar nüfus oranı % 95.8’dir [12]. Bu veriler göz önünde bulundurularak, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’nde dünyaca kabul gören ölçeklerle yapılan kapsamlı sağlık okuryazarlığı haritalarının Türkiye ölçeğine uyarlanarak çıkartılması gerekmektedir. Bu harita bireylerin ve yakınlarının sağlıklı olma hallerinin devamının sağlanmasında, sağlık kaynaklarının doğru ve etkin kullanılmasına yönelik düzenlemelerin ve iletişim odaklı yöntemlerin geliştirilmesinde önemli bir rehber olacaktır.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişimiyle hasta-doktor iletişimindeki klasik görüş olan “doktor karar verir, hasta uygular” yaklaşımı yerini, katılımcı tedavi yöntemlerine bırakmaktadır. Ortak karar alma zamanla hasta-doktor iletişimini destekleyen en önemli unsurlardan biri haline gelmektedir. Bu amaçla günümüzde hastaların, tıp bilgilerine ulaşımının kolaylaşmasıyla pek çok hasta, doktora gelmeden önce hastalığına ilişkin araştırmalar yapmaktadır. Bu tıbbi bilgiler hem resmi hem de resmi olmayan kaynaklardan sağlanabilmektedir. Bu noktada “sağlık okuryazarlığı” önem kazanmaktadır. Hastalar çeşitli kanallardan güvenilir sağlık bilgisinin nasıl edinilmesi gerektiğini öğrenmelidir. İletişim araçlarında yayınlanan her sağlık bilgisinin ya da istatistiğinin her hasta için aynı şekilde uygun olmayabileceğini anlamak ve öğrenmek hastanın da sorumluluğundadır.

Kitle iletişim araçları tarafından iletilen mesajların etkilediği hedef kitlenin büyüklüğü göz önüne alındığında, bu araçlarda yayınlanan sağlık programlarına davet edilen konukların açıklamalarının ve haber içeriklerinin varabileceği noktalar iyi düşünülmelidir. Sağlık okuryazarlığının medyada geliştirilmesi açısından; sağlık editörleri ya da içerik danışmanlarının tıbbi bilgi ve terimlere hakim olmaları, sağlık haberlerinin ve sağlık programlarının içerikleri oluşturulurken kamuoyu yararının gözetilmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda bireylerin;

- ✓ Sağlık risklerinin neler olduğunu öğrenebilmelerine yönelik becerilerini geliştirecek içerikler hazırlanmalıdır.
- ✓ Sağlık kuruluşlarının randevu sistemlerini nasıl kullanacaklarına yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.
- ✓ Sağlık kuruluşlarının kurumsal web sayfalarında yer alan tetkik sonuçlarını takip etme uygulamalarını nasıl kullanacaklarına yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.
- ✓ Temel sağlık eğitim materyallerini okuyabilme yetenekleri geliştirilmelidir [13].
- ✓ Sağlık aktivitelerine katılma bilinçleri artırılmalıdır.
- ✓ Sağlık mesajlarını anlama yeteneklerini geliştirecek eğitim programları hazırlanmalıdır.

- ✓ Değişen koşullarda kendisi ve yakınları için sahip olduğu sağlık bilgisini kullanabilme becerilerini geliştirecek eğitim ve yayınlar planlanmalıdır.
- ✓ Sahip olduğu ve öğrendiği sağlık bilgisini kritik olarak analiz edebilme becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme ve anlayabilme yeteneğini artırma odaklı stratejiler geliştirilmelidir.

Çünkü bir toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyi ne kadar düşük olursa, o toplumun bireylerinin hastalanma riski o kadar artar. Tedavisini ve sağlığını koruma yöntemlerini anlama oranı düşer. Hastaneye yatma oranı, sağlık harcamaları ve sağlık hizmeti maliyetleri yükselir. Weiss'in [14] ifadesine göre "*Bir toplumda yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olan kişiler, sağlığını geliştirme ve sağlık bilgisini aramakta isteklidirler*". Şikâyetlerini anlatırken öğrendikleri tıbbi terminolojiye ait terimleri kullanabilmeleri özgüvenlerini artırmakta, bu sayede kendilerini daha rahat ifade edebilmektedirler. Düşük sosyo-kültürel düzeydeki hastalar ise şikâyet anlatımında eksik sağlık bilgisi nedeniyle utanma ve ayıplanma korkusuyla kendi durumlarını ortaya koyabilecek düzeyde net ifadeler kullanamamaktadırlar. Yine Weiss'in [14] Amerikan Tıp Derneği için hazırladığı "Sağlık okuryazarlığı raporu"ndaki araştırmanın sonuçlarına göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalar (%26) bir sonraki kontrol muayenesi randevusunun hangi tarihe verildiğini anlamamaktadırlar. Hastaların %42'si, doktorlarının kendilerinden istediği aç karına yaptırılması gereken tetkikleri anlamamaktadırlar. Hastaların %86'sı ise sahip oldukları sağlık ve sosyal güvenlik haklarından ne şekilde ve ne zaman faydalanabileceklerini bilmemektedirler.

Sağlık alanında tanı ve tedavi yöntemleri geliştikçe hastaların bu gelişmelerden haberdar edilerek tedavi sürecine etkin katılım sağlamaları da önem kazanmaktadır. Örneğin, geçmiş yıllarda konjestif kalp hastalarına (kalbin vücudun ihtiyaçlarını karşılayabilecek kadar kan pompalayamaması) sadece diüretik (idrar söktürücü) ilaçlar reçete edilirken, günümüzde idrar söktürücülerin yanı sıra beta-bloke ediciler (sempatik sinir sistemini yatıştıran), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (kan basıncı ve sıvı dengesini düzenleyen) de reçete edilebilmektedir [15]. İlaç tedavisinin yanı sıra bu hastalara geçmişte sadece fiziksel aktivitelerine dikkat etmeleri önerilirken, günümüzde uygun tempoda egzersizin yanı sıra düşük yağlı ve

az tuzlu diyet tüketmeleri önerilmektedir. Hatta okuryazarlık düzeylerine göre mobil sağlık uygulamalarını (uygulamalarını) kullanmaları teşvik edilerek hastaların, haftalık olarak vücut ağırlıklarını ölçüp doktorlarına bu durumu rapor etmeleri istenmektedir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık iletişiminin en önemli iki bileşenidir. Kapsamlı ve doğru eğitim ile yeterli sağlık politikaları sayesinde belirli bir yetkinlik düzeyine ulaşması beklenen bireylerin, kendi sağlık durumlarının yanı sıra toplumun sağlığını da koruma ve geliştirme açısından önemli işlevleri ve sorumlulukları vardır. Sağlık sorunlarının önlenmesi, erken tanı, uygun tedavi ve yitirilen yetilerin kazandırılması bakımından önemli etmenlerden biri de bireyin sağlıkla ilgili doğru kaynaklara ulaşabilme, elde ettiği bilgiyi değerlendirebilme ve yaşama geçirebilme yeteneği, yani kısaca sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Bu düzeyin ülkemizde artırılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı ölçek çalışmalarının yanı sıra, Tıp Fakülteleri'nin müfredatına "Sağlık İletişimi" dersi eklenmelidir. Bu sayede sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve sağlığın korunması alanları hem kitlesel hem de kişilerarası düzeyde tüm sağlık sektörü aktörleri tarafından bilinçli olarak değerlendirilebilecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Hargie, O., Saunders, C. & Dickson, D. (1994). *Social skills interpersonal communication* (3rd. Ed.). USA: Routledge.
- 2- Erdoğan, İ. (2008). *İletişimi anlamak*. Ankara: Erk Yayıncılık.
- 3- Thomson, T. (1990). Patient health care: issues in interpersonal communication. In E.B. Roy, & L. Donohew (Eds.), *Communication and health systems and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- 4- Senkowska, E.D. and Streri, A. (2002). La psychologie et le sens commun: croire le savant ou le profane? [Psychology and common sense: believing scientist or profane]. *Education et Société [Education and Society]*, 9, 115-126.
- 5- Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık iletişimi ve medya*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- 6- Yılmaz, E. (2011). *Doktorumun hastasıyım.com*. İstanbul: Giza Kitap, Mavna Yayınları.
- 7- Centers for Disease Control and Prevention. *Science says: Findings you can use*. Retrieved May 26, 2014, from <http://www.cdc.gov/healthliteracy/sciencesays/>.
- 8- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Erişim Tarihi 12 Haziran, 2014, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/439>.
- 9- American Medical Association. (1998). *Health literacy*. Retrieved June 25, 2014, from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page>.
- 10- World Health Organization/Pan American Health Organization. (2009). *Health promotion: Health literacy and health behaviour*. Retrieved June 25, 2014, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.
- 11- Bernhardt, J.M. and Cameron, K. A. (2003). Accessing, understanding and applying health communication messages: The challenge of health literacy. In T.L Thompson, A. Dorsey, K.I. Miller & R. Parrott (Eds.) *Handbook of health communication* (pp.583-605). USA, New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates.
- 12- Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). *Temel istatistikler: Okuma-yazma oranları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- 13- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Pitkin, K., Parikh, N.S., Coates, W., et al. (1996) . The health care experience of patients with low literacy. *Archives Family Medicine*, 5, 329-334.
- 14- Weiss, B.D. (2003). *Health literacy: A manual for clinicians*. America: American Medical Association Foundation.
- 15- Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W., Parikh, N.S., Pitkin, K., Coates, W.C., et al. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of American Medical Association*, 274, 1677-1682.

SAĞLIK VE BESLENME OKURYAZARLIĞI

Dr. Dyt. Alev KESER*
Araş. Gör. Eylül Damla ÇIRACIOĞLU

ÖZET

Son yıllarda obezite, koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, tip 2 diyabet ve bazı kanser türleri gibi dengesiz beslenmeye bağlı olarak gelişen kronik hastalıkların artmasıyla birlikte özellikle uluslararası literatürde sağlık okuryazarlığı konusuna odaklanılmıştır. Çünkü sağlıklı beslenmenin ve iyi sağlık halini sürdürmenin önündeki temel engellerden biri, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasıdır. Zira sağlık okuryazarlığı; bireyin besin seçimini, porsiyon kontrolü yapabildiğini, öz-bakım davranışlarını ve dolayısıyla beslenme durumunu etkileyebilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastalarda beslenme ile ilişkili olarak daha fazla komplikasyon görülebilmektedir. Bu bağlamda, sağlıklı beslenme üzerinde önemli rolü olan beslenme okuryazarlığının sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Ancak ulusal literatürde bu konuda herhangi bir çalışmaya rastlanmaması beslenme okuryazarlığına ve sağlık okuryazarlığına odaklanma gereğini ortaya koymaktadır. Bu bölümün amacı, yeterli ve dengeli beslenmenin belirleyicileri ile beslenme okuryazarlığını tanımlamak, sağlık ve beslenme okuryazarlığının sağlık üzerindeki etkilerini kapsamlı olarak açıklamak, düşük düzeydeki sağlık ve beslenme okuryazarlığının neden olduğu sorunlara yönelik diyetisyenlere farkındalık kazandırmaktır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, beslenme okuryazarlığı, eğitim, sağlık, sağlık okuryazarlığı

GİRİŞ

Toplumların sağlıklı bir yaşam sürdürmesi ve ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlık; bireyin

* Sorumlu yazar; Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
e-mail: alevkeser@gmail.com

biyolojik olarak hasta ya da engelli olmamasını değil, fiziksel, ruhsal, zihinsel, ekolojik, ekonomik, siyasal ve toplumsal açılardan tam bir huzur ve denge halinde bulunmasını ifade eder [1]. Sağlığın temel belirleyicilerinden biri olan beslenme ise vücudun enerji ve besin öğeleri ihtiyacını karşılamak için gerekli türde ve miktarda besinlerin tüketilmesidir [2].

Sağlığın korunmasında ve hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme en önemli faktörlerden biridir. Bu anlamda yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı beslenme olarak da tanımlanmaktadır. Genel olarak yeterli ve dengeli bir diyet; karbonhidrat, yağ ve protein ile birlikte günlük alınması önerilen vitamin, mineral ve sağlığı geliştiren diğer besin öğelerini dengeli oranlarda ve yeterli miktarlarda içermeyi ifade etmektedir. Vücudumuzun gereksinim duyduğu karbonhidratlar ve yağlar temel enerji kaynağı iken, proteinler vücut hücrelerinin yapısal bileşenidir. Aminoasitler, yağ asitleri, vitaminler ve mineraller gibi elzem besin öğeleri ise vücudumuzdaki pek çok metabolik süreçte görevli olduğu için diyetle mutlaka karşılanmalıdır. Diyet posası ve fitokimyasallar gibi elzem olmayan besin öğeleri de kronik hastalık riskini azaltmadaki muhtemel etkileri nedeniyle sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında önemlidir [3].

Her besin, içerdiği besin öğeleri açısından farklılık gösterir. Ancak bazı besinler içerik açısından birbirine benzediği için ülkemizde günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubu kullanılmaktadır. Bu besin gruplarını; (i) süt ve süt ürünleri, (ii) et-yumurta-kurubaklagil, (iii) sebze-meyve, (iv) ekmek ve tahıl grubu oluşturur. Sağlıklı beslenme için her besin grubundaki besinlerden her gün yeterli miktarda tüketilmelidir. Bununla birlikte, farklı diyet örüntülerinin ve besin çeşitliliğinin sağlanması, beslenmenin ve sağlığın iyi olmasına katkıda bulunur. Elzem besin öğelerinin ve sağlığı geliştiren besin bileşenlerinin yeterli miktarda alınması sağlıklı bir diyetin temelini oluşturur [4].

Bireylerin enerji ve besin ögesi gereksinimleri; cinsiyet, vücut ağırlığı, fiziksel aktivite düzeyi, hastalık durumu ile gebelik, laktasyon, bebeklik, çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemleri gibi farklı yaşam dönemlerinden etkilenmektedir. Çocuk ve adölesan beslenmesinde yeterli ve dengeli bir diyetin öncelikli görevi çocukların ve adölesanların sağlıklı büyümesini ve gelişmesini sağlamaktır. Yetişkin bireylerin beslenmesinde ise optimal sağlığa ulaşmaya, sağlığı korumaya ve kronik dejeneratif

hastalıkları önlemeye odaklanılmaktadır. Genel olarak sağlıklı beslenme; bireyin enerji ve besin öğeleri gereksinimlerinin karşılanması, yeni dokuların yapılması, yıpranmış dokuların onarılması ve vücudun iyi çalışır durumda tutulmasını sağlar [3]. Sağlıksız beslenme ise bağışıklık sisteminin zayıflaması, hastalıklara duyarlılığın artması, fiziksel ve mental gelişimin bozulması ve verimliliğin azalması ile ilişkilidir [2]. Bu bağlamda yaşam boyu sağlığın korunması, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için tüm bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi ile birlikte düzenli egzersiz yapmayı içeren sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi gerekmektedir [3].

Son yıllarda tüketilen diyetlerin içeriklerinin belirgin bir şekilde değiştiği görülmektedir [5]. Marketlerde işlenmiş besinlerin artması, ucuz menüler sunan restoranların çoğalması ve ev dışında yemek yeme oranının artması sağlıklı besin seçimini zorlaştırmaktadır. Diğer taraftan özellikle düşük gelirli bireylerin besin seçimini, besinin ulaşılabilirliğinin ve fiyatının etkilediği, besin değerinin ise daha az önemli olduğu belirtilmektedir [6]. Bu noktada bireyin beslenme durumunun; gelir düzeyi, yeme alışkanlıkları, duygusal durum, iklim, kültürel yapı, çeşitli hastalıklar ve iştah gibi pek çok faktör tarafından etkilendiği söylenebilir. Bununla birlikte beslenme durumunu etkileyen en önemli sosyal belirleyicilerden biri de sağlık okuryazarlığı düzeyidir [7,8].

Bugüne kadar yaşın, gelir düzeyinin, eğitim durumunun ve mesleğin sağlık için belirleyici olduğu bilinse de günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması sağlık hizmetlerinin pek çok aşamasını olumsuz etkilemekte ve özellikle önlenemez hastalıkların etkili yönetimini güçleştirmektedir. Çünkü düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan bireyler hastalıkların neden olduğu komplikasyonları ve semptomları azaltmaya yönelik bilgileri yorumlamada zorlanmaktadır [9]. Ancak bu noktada özellikle belirtilmelidir ki, ülkemizde beslenme literatürü kapsamında sağlık okuryazarlığı konusuna yeteri kadar değinilmemiştir. Bu nedenle bu bölümde, sağlık ve beslenme okuryazarlığı konusuna diyetisyenlerin ilgisini artırmak, özellikle düşük düzeyde sağlık ve beslenme okuryazarlığının sağlık üzerine etkilerini tartışmak hedeflenmektedir. Ayrıca beslenme okuryazarlığı düzeyini

artırmaya yönelik geliştirilebilecek eğitim materyalleri konusuna dikkat çekmek bu bölümün hedefleri arasında yer almaktadır.

Beslenme Okuryazarlığı

Obezite, tip 2 diyabet, kalp-damar hastalıkları ve bazı kanser türleri gibi kronik hastalıkların, protein enerji malnütrisyonunun ve vitamin-mineral yetersizlikleri gibi sağlık sorunlarının görülme riskinin azaltılmasında rolü olan etmenlerden biri sağlıklı beslenmedir [3,6]. Ancak araştırmalar sağlıklı beslenmenin ve diyet kalitesinin temel göstergelerinden biri olan “sağlıklı yeme indeksi”ne göre çoğu bireyin sağlıklı beslenmediğine işaret etmektedir [10,11]. Ayrıca beslenme ile ilişkili kronik hastalık prevalansının giderek artması, bireylerin temel sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir [6]. Amerika’da ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada, bireylerin sadece %12’sinin yüksek düzeyde, %22’sinin ise temel düzeyde sağlık okuryazarı olduğu belirlenmiştir [12].

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini aldıkları, anladıkları, uyguladıkları ve böylece sağlıkla ilgili bilinçli kararlar verdikleri aşama olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada sözlü okuryazarlık, basılı okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve sayı okuryazarlığı ile birlikte kültürel ve kavramsal bilgi sahibi olmak da sağlık okuryazarlığı kapsamında yer almaktadır [7]. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olması okuma ve anlama becerisinin yanında sağlığa etki eden davranışları ve bunların sonuçlarını olumlu yönde değiştirebilecek bilgiye ulaşmayı ve bu bilgiyi davranışa dönüştürmeyi kapsamaktadır [13].

Beslenme okuryazarlığı tanımının sağlık okuryazarlığı kavramı ile paralellik gösterdiğini söylemek mümkündür. Buna göre beslenme okuryazarlığı; bireylerin temel beslenme bilgilerini öğrendikleri, uyguladıkları ve beslenme ile ilgili bilinçli kararlar verdikleri aşamadır [6,14]. Temel beslenme ilkeleri ile besin hazırlama ve pişirme teknikleri konusunda bilgili olmak da beslenme okuryazarlığının bir gereğidir. Sağlık okuryazarı olmak ise genel beslenme eğitimi (besin öğeleri ve buna ilişkin sağlık sorunları ile ilgili) almaya kıyasla daha karmaşık bir kavramdır [15].

Günümüzde sağlık okuryazarlığı beslenme literatüründe henüz yeterli ilgiyi görmemiştir. Oysa mevcut hastalığa ilişkin yetersiz bilgi düzeyi ve yönetimi, hastanede yatış süresinin uzaması, koruyucu sağlık hizmetlerinden

yararlanamama ve yüksek orandaki sağlık harcamaları düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmektedir. Bu anlamda sağlık okuryazarlığı düzeyinin diyetisyenler tarafından da dikkate alınması ve buna bağlı olarak beslenme eğitimi içeriğinin belirlenmesi gerekmektedir. Çünkü beslenme eğitiminin etkili olabilmesi için önerilerin öncelikle hedef kitle tarafından anlaşılması şarttır. Bunu gerçekleştirebilmek ise bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin diyetisyenler tarafından ölçülmesini gerektirir. Ancak ülkemizde beslenme eğitimi ve/veya tedavisi verilmeden önce danışanların/hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diyetisyenler tarafından değerlendirildiğine ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır. Uluslararası literatür incelendiğinde ise Gibbs'in [14] Amerika'da bir grup diyetisyen üzerinde yaptığı araştırmanın sonuçları önemlidir. Bu araştırma kapsamındaki diyetisyenlerin %79.2'sinin beslenme eğitiminden önce hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmedikleri saptanmıştır. Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı beslenme üzerindeki etkisi konusunda diyetisyenlere farkındalık kazandırılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Diyetisyenler, danışanın/hastanın eğitim düzeyine uygun eğitim yöntemleri kullanarak beslenme önerilerinde bulunabilmek için sağlık okuryazarlığı ile birlikte beslenme okuryazarlığı düzeyini de belirlemelidirler. Bunun için beslenme okuryazarlığı düzeyini güvenilir olarak ölçen veri toplama aracının olması gerekir. Ancak, sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçen veri toplama araçlarının kullanımındaki sınırlılıkların, beslenme okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesini zorlaştırdığı vurgulanmaktadır [14].

Günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için "Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini" (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM) [16], "Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi" (The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) [17] ve "En Yeni Hayati İşaret" (The Newest Vital Sign-NVS) [18] gibi veri toplama araçları kullanılmaktadır. Ancak bu araçlar bireylerin, sağlık hizmetleri kapsamında kullanılan kelimelerin ve kavramların geçtiği düz yazı okuryazarlığı ve sayı okuryazarlığı düzeyi hakkında bilgi vermekle birlikte beslenme bilgi düzeyini ölçmemektedir [19].

Son zamanlarda yapılan bazı araştırmalarda, beslenme okuryazarlığı düzeyini ölçmek için "En Yeni Hayati İşaret" [20] ve "Beslenme

Okuryazarlığı Ölçeği (Nutrition Literacy Scale-NLS)” [21] gibi veri toplama araçları kullanılmıştır. Ancak, Zoellner ve arkadaşlarının [20] beslenme okuryazarlığı düzeyini ölçmek için kullandığı “En Yeni Hayati İşaret” veri toplama aracı, besin etiketleriyle ilgili maddeler içerse de aslında sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeye odaklanan bir araçtır [18]. Bu ölçme aracındaki besin etiketleriyle ilgili maddeler, sayı okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için konulmuştur. Beslenme bilgisini saptamaya yönelik bu ölçme aracında herhangi bir soru bulunmamaktadır. Besin etiketlerini okumak sağlıklı besin seçimleri yapabilmek için önemli olsa da bu ölçme aracındaki sorular, işlevsel sağlık okuryazarlığına ve sayı okuryazarlığına sahip; ancak beslenme bilgisi olmayan bir kişi tarafından da kolaylıkla cevaplanmaya olanak sağlamaktadır [15,19].

Amerika’da yapılan bir çalışmada sadece beslenme okuryazarlığı düzeyini ölçmek üzere bir veri toplama aracı geliştirmek istenmiştir. Bu nedenle diyetisyenlerden etkili beslenme eğitimi için gerekli olan bilgi ve becerileri belirlemek üzere yardım alınmıştır. Bunun sonucunda beslenme eğitimi için gerekli olan bilgi ve becerinin beslenme tedavisinin türüne göre değiştiği görüşü ortaya çıkmıştır. Örneğin; diyabet tedavisinde makro besin öğeleri ile ilgili kavramsal bilgilerin yanı sıra temel matematik bilgisi ve besinlerin porsiyon ölçülerini tahmin etme becerisi de önemlidir. Ayrıca, beslenme tedavisinde dört temel konu (besin öğeleri ve besin grupları bilgisi, temel matematik becerisi ve porsiyon ölçümlerinde yeterlilik) ile birlikte diyet ve hastalık/sağlık kavramlarının da önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu veriler ışığında araştırmacılar “Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı”nı (Nutrition Literacy Assessment Instrument-NLAI) geliştirmişlerdir. Araştırma kapsamındaki diyetisyenlerin %80’i beslenme okuryazarlığı düzeyini ölçmek için “Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı”nı tercih edebileceklerini belirtirken, araştırmacılar bu veri toplama aracının geçerliğini ve güvenilirliğini değerlendiren çalışmalara gereksinim olduğunu vurgulamışlardır [14].

Sonuç olarak beslenme okuryazarı olmak; besin öğeleri ve besin grupları ile ilgili bilgileri anlamayı, besin etiketi okumak için sayı okuryazarlığına sahip olmayı ve porsiyon kontrolüne dikkat edebilmek için ölçüm yapma becerilerini gerektirir. Zira sağlıklı besin seçimi yapabilmek ve sağlıklı beslenebilmek bu becerilerin varlığıyla mümkündür [14].

Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığının Beslenme Davranışı Üzerine Etkisi

Sağlık okuryazarlığı, daha iyi bir öz yönetimle ve koruyucu bakımla ilişkili olup bireylerin beslenme davranışlarını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler diyetisyenlerin önerdiği besin öğelerini karşılama, besin etiketi okuma ve marketteki seçenekler karşısında bilinçli seçimler yapma konusunda zorlanabilmektedirler [22]. Aynı zamanda bu bireyler, yetersiz miktarda sebze-meyve tüketme [23] ve besin etiketi okumama eğilimindedirler [24,25]. Zira Speirs ve arkadaşlarının [22] sağlık okuryazarlığı ile beslenme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yürüttükleri bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin gelir düzeyinden bağımsız olarak sağlıksız beslendikleri ortaya çıkmıştır. Katılımcıların sadece yarısından azının besin etiketi okudukları, düşük yağlı veya düşük enerjili besinleri tercih ettikleri ve günlük önerilen miktarda sebze ve meyve tükettikleri saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireylerin ise kızartma türü besinleri nadiren tükettikleri, taze meyveleri ise çoğunlukla kabuklu tercih ettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada, beslenme okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin beslenme bilgisi edinme konusunda çekingen davrandıkları da bulunmuştur [22]. Wagner ve arkadaşlarının [23] 18-90 yaş grubundaki bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada yaşlı, eğitim düzeyi düşük, erkek ve düşük gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı ile yeterli miktarda sebze-meyve tüketimi, sigara içmeme ve kendini sağlıklı olarak algılama arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Huizinga ve arkadaşları [26] ise sağlık okuryazarlığı ve sayı okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerin besinlerin porsiyon ölçülerini tahmin etmede daha başarısız olduklarını bulmuşlardır.

Zoellner ve arkadaşları [7] düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin, düşük “sağlıklı yeme indeksi (Healthy Eating Index-HEI)” skoru ve yüksek şekerli içecek tüketimi ile arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe “Sağlıklı yeme indeksi” skorlarının da düştüğü saptanmıştır. Genel olarak daha önce yapılan çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların, hastalıkla ilgili önerileri uygulama konusunda da zorlandıklarını ortaya çıkarmıştır [27,28].

Ne yazık ki sağlık okuryazarlığıyla ilgili bilimsel literatür hızla çoğalmasına rağmen sağlık okuryazarlığı düzeyi ile diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar yetersizdir. Bazı çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığı ve/veya sayı okuryazarlığı ile yüksek beden kütle indeksi, besin etiketi bilgisini anlayamama, beslenme bilgisi edinememe, beslenme bilgilerine az güvenme ve diyabetle ilişkili yetersiz öz-bakım becerileri arasındaki ilişki incelenmiştir [29-31]. Fakat diyet ve içecek kalitesi ile sağlık okuryazarlığının ilişkisine dair daha fazla araştırmaya gereksinim vardır [7].

Sağlık okuryazarı olma ile sağlıklı beslenme davranışı arasındaki ilişkinin anlaşılması, diyetisyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik stratejiler geliştirmelerini sağlayabilir [7]. Amerika'da bireyleri sağlıklı beslenmeye teşvik etmek ve beslenme eğitiminin önemine dikkat çekmek için yapılan iş yeri ve okul odaklı girişimlerin yanı sıra hükümetin fon aktardığı çok sayıda girişimler de vardır. Bu girişimler, diyetteki değişiklikleri belirleyen en önemli etmenlerden biri olan beslenme okuryazarlığı düzeyini artırmaya yöneliktir [6].

Ülkemizde beslenme okuryazarlığı konusuna dikkat çekmek amacı ile beslenme eğitiminin yaygınlaştırılması ve bu eğitimin kalitesini geliştirmeyi amaçlayan teknolojik yeniliklerden faydalanılması gerekmektedir. Ayrıca ailede kadınlar genellikle besin seçimini etkileyen, yiyecek hazırlamadan sorumlu ve beslenme konusunda rol model oldukları için beslenme okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimlerde hedef grup olarak düşünölmeli ve özellikle kadınların beslenme konusunda eğitimlerine daha fazla önem verilmelidir [6].

Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığının Kronik Hastalık Yönetimi Üzerine Etkisi

Kronik hastalıkların hasta tarafından etkili bir biçimde yönetilmesi için bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması önemlidir [13]. Zira sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kronik hastalığa sahip bireyler sağlık bilgilerini anlamada ve öz-bakım görevlerini yerine getirmede zorlanmaktadır [32]. Literatürde diğer kronik hastalıklara kıyasla sağlık okuryazarlığı ile diyabet arasındaki ilişkiyi gösteren bilimsel veri daha fazladır. Çünkü diyabet tedavisi öz-bakım gerektirir. Bu öz-bakımda

beslenme eğitiminin oynadığı potansiyel etki, diyabette sağlık ve beslenme okuryazarlığı araştırmalarının önemini artırmaktadır [14]. Bu nedenle bu bölümde sağlık ve beslenme okuryazarlığının, diyabetin yönetimi üzerindeki etkisi daha kapsamlı olarak tartışılacaktır.

Diyabetli bireyler için iyi glisemik kontrolü (kan glukozunun uygun aralıklarda olması) sürdürmek son derece önemlidir. Ancak bunu sağlayabilmek gün içinde birden fazla kan glukozunun ölçümü, kan glukoz sonucunun doğru yorumlanması ve gerektiğinde insülin ile doğru müdahalenin yapılması ile mümkündür. Bununla birlikte kontrollü karbonhidrat alımı, düşük yağlı diyet tüketimi, düzenli egzersiz yapma ve ayak bakımını içeren bir öz-bakım da gerekmektedir [33].

Öz-bakım; kişisel olarak hastalıkların semptomlarını yönetmek, tedaviye ilişkin tüm sorumlulukları üstlenmek, sağlık ve iyilik hallerini korumak için bireylerin kendilerine düşeni yapmalarını ifade eder. Diyabet öz-bakımı; (i) beslenme yönetimini, (ii) düzenli egzersiz yapmayı, (iii) kan glukozunu izlemeyi ve (iv) ilaç/insülin kullanmayı içeren dört temel alandan oluşur [34]. Bu öz-bakım becerileri, büyük ölçüde karmaşık sağlık bilgisini anlamayı ve uygulamayı gerektirir [32]. Beslenme yönetimi (i); sağlıklı besin seçme, porsiyon kontrolü yapma, besin etiketi bilgisini anlama, karbonhidrat hesaplama ve doğru zamanda yemek yeme ile sağlanır. Bununla birlikte düzenli egzersiz yapma (ii) ve ağırlık yönetimi de kan glukoz kontrolü için önemlidir. Bu nedenle diyabet tedavi ekibi ve hastalar düzenli egzersiz yapmanın önündeki engelleri aşmak ve aktivite düzeyi, besin alımı ve ilaç kullanımı arasında denge sağlamak için uygun bir strateji belirlemelidirler. Düzenli kan glukozu izlemi (iii); besinlerin, fiziksel aktivitenin ve tıbbi tedavinin kan glukozu üzerine etkisini değerlendirmeyi sağlar. Doğru ilaç/insülin kullanımı (iv); ilacın etkisini, yan etkilerini, toksisitesini (zehir etkisi yaratacak dozu), uygun dozun doğru zamanda alınmasını, uygulama sıklığını, ertelendiğinde veya geciktiğinde neler olabileceğini, ilacın depolanmasını, taşınmasını ve güvenliğini bilmeyi gerektirir. Diyabet öz-bakımını optimal düzeyde sağlamak için diyabetli bireyler; birden fazla alanda özel bilgiye karar verme ve uygulama becerisine sahip olmak durumundadırlar. Bu da yeterli sağlık/sayı okuryazarlığı düzeyine sahip olmak ile mümkündür [34,35]. Oysa araştırmalar, diyabetli bireylerin %51-63'ünün düşük düzeyde sağlık okuryazarı olduklarını [28,36,37] ve bu bireyler arasında kötü glisemik

kontrolün yaygın olduğunu göstermektedir [14,36-38]. Bu noktada sağlık personelinin hastalara kronik hastalıklarla ilgili genellikle soyut veya karmaşık bilgi sunduklarına vurgu yapılmaktadır.

Diyabetin önlenmesinde ve tedavisinde önemli rolü olan sağlıklı beslenmeyi kavrayabilmek için sağlık okuryazarlığı ve sayı okuryazarlığı becerileri elzemdir. Çünkü bu beceriler, besin etiketleri ve porsiyon ölçüleriyle ilgili bilgileri kavramayı etkilemektedir [26]. Bununla birlikte sayı okuryazarlığı; diyabette kan glukozunu ölçerek sonuçları yorumlama, insülin ihtiyacını belirleme, karbonhidrat sayımı yapma ve diyabet bakımıyla ilgili diğer günlük aktiviteleri gerçekleştirme gibi öz yönetim becerileri için de gereklidir [35]. Zira Cavanaugh ve arkadaşlarının [35] diyabetli bireyler üzerinde yaptıkları araştırmada, kan glukozuna göre doğru insülin dozu uygulama ve doğru miktarda karbonhidrat tüketme ile yüksek düzeyde sayı okuryazarlığı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sağlık bilgilerine yönelik sayı okuryazarlığının sadece riski değil; aynı zamanda ölçüm, tahmin, zaman, mantık ve çok basamaklı uygulamalar ile aritmetik beceri gerektiren problem çözümlerini de kapsadığına dikkat çekilmektedir. Ancak diyabetli bireylerde genellikle sayı okuryazarlığı düzeyi düşüktür ve bu durum diyabetle ilgili bilgi ve diyabet öz-bakımının yetersiz olması ile ilişkilendirilmektedir. Sonuç olarak bu durum, glisemik kontrolün kötüye gitmesine ve komplikasyon riskinin artmasına neden olabilmektedir. Başarılı bir diyabet öz-bakımının çoğunlukla temel sayısal yeteneklerden fazlasını gerektirdiği öne sürülmektedir. Bu noktada özellikle belirtilmelidir ki hastalık sürecinde sadece okuryazarlığın değerlendirilmesi, kişinin sayı okuryazarlığı düzeyine ilişkin bilgi vermeyebilir [35]. Cavanaugh ve arkadaşları [35] tip 2 diyabetli bireylere kıyasla tip 1 diyabetli bireylerde düşük sayı okuryazarlığı düzeyinin kötü glisemik kontrol ile ilişkisinin daha güçlü olduğunu saptamışlardır. Araştırmacılar tip 1 diyabetli bireylerin tip 2 diyabetli bireylere göre diyabet bakımlarının daha karmaşık olmasını bunun nedeni olarak göstermektedirler. Bu noktada diyabet veya diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin bakımında sayı odaklı girişimlerin rolünü inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Amerika Diyabet Eğitmcileri Birliği, tıbbi beslenme tedavisinin ve öz-bakım eğitiminin kişinin okuryazarlık ve öğrenme kapasitesine göre verilmesini önermektedir. Örneğin sayı okuryazarlığı düzeyinin düşük

olması bireyin enerji ve makro besin ögesi alımını etkileyebilir ve diyet önerilerinin karşılanmasına engel olabilir [26,32]. Bowen ve arkadaşları [32] sayı okuryazarlığı düzeyi düşük olan diyabetli bireylerin diğer bireylere kıyasla, karbonhidrattan sağladıkları enerjinin daha yüksek; yağ ve proteinden sağladıkları enerjinin ise daha az olduğunu saptamışlardır. Besin tüketimi hakkında bilgi vermek, tüketilen besinlerin sıklığı ile porsiyon ölçüsünü değerlendirmek ve yorumlamak aritmetik beceri gerektirir. Sayı okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olanlara göre günlük enerji alımlarını daha yüksek ifade etme eğilimdedirler. Ayrıca bu bireylerin besin etiketlerini yorumlama ve porsiyon ölçülerini tahmin etme konusunda zorlandıkları da belirtilmektedir. Bu nedenle besin tüketimlerini değerlendirirken ve diyet önerilerinde bulunurken diyabetli bireylerin aritmetik becerilerinin dikkate alınması gerektiği de vurgulanmaktadır [32].

Günümüzde yiyeceklerin porsiyonlarının büyük olması, bireylerin normal porsiyon ölçülerinin ne olması gerektiği gerçeğinden uzaklaşmaya, aşırı beslenmeye ve obeziteye neden olmaktadır. Diyabet veya diğer kronik hastalıkların tıbbi beslenme tedavisi genellikle karbonhidrat veya diğer besin ögeleri tüketimini değerlendirmeyi, doğru porsiyon ölçüsünü tahmin etmeyi gerektirir. Diyetisyenler genellikle hastalarının porsiyon ölçülerine güvenirlere. Bu nedenle vücut ağırlığının sağlıklı sınırlar içinde tutulmasında ve diğer kronik hastalıkların yönetiminde yiyeceklerin porsiyon ölçülerinin de doğru tahmin edilmesi önemlidir [26].

Huizinga ve arkadaşları [26] çoğu yetişkin bireyin besinlerin porsiyon miktarını yanlış tahmin ettikleri, düşük sağlık ve sayı okuryazarlığı düzeyi ile yanlış tahmin etme arasında ise bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmacılar, sağlık ve sayı okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin, günlük gereksinimlerini karşılayacak porsiyon ölçüsünü fazla hesapladıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle porsiyon ölçülerini doğru tahmin edemeyen hastaların belirlenmesinin, bir porsiyonun miktarının ve ölçme kaplarının doğru kullanımının anlatılması gibi kişiye özel eğitim müdahalelerinin, hastaların günlük gereksinimlerini doğru karşılamalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir [26].

Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının sağlık üzerine olumsuz etkide bulunduğunu Schillinger ve arkadaşları [27] da desteklemektedir. Araştırmacılar, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz

olan diyabetli bireylerin %30'unun, yeterli olanların ise %20'sinin kötü glisemik kontrollü olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olan diyabetli bireyler çoğunlukla iyi glisemiye sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Kim ve arkadaşları [38] ileri yaş, düşük eğitim-gelir düzeyi ve diyabetle ilişkili komplikasyonlara daha fazla sahip olma ile düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki bulmuşlardır. Araştırmacılar, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve sınırlı olan diyabetli bireylerde, öz-bakımın geliştirilmesi, diyabet bilgi düzeyinin artırılması ve iyi glisemik kontrolün sağlanması için diyabet eğitiminin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylere yönelik eğitim programları geliştirmenin, diyabetli bireylerin okuryazarlık düzeyini artırmasına engel olan eşitsizlikleri de azaltabileceği vurgulanmıştır.

Williams ve arkadaşları [36] hipertansiyon veya diyabet tanısı almış bireylerde işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalık ve yönetimi hakkında bilgi düzeyini ölçmek için bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada, konserve sebzelerin tuz içeriğinin yüksek olduğunu bilenlerin oranı sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olanlarda %63, yüksek olanlarda %80.8 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte egzersiz yapmanın kan basıncını düşürdüğünü bilenlerin oranı sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olanlar arasında %40, yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olanlar arasında ise %68 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan diyabetli bireylerin %72.6'sının, yetersiz olanların ise %38'inin hipoglisemi (normal değer altında kan glukoz düzeyi) tedavisini bildiği saptanmıştır.

Sonuç olarak, düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan bireylerin kronik hastalık yönetiminde daha az başarılı oldukları ve daha fazla komplikasyona sahip oldukları görülmektedir. Bireylerin hastalıkları hakkında daha az bilgiye sahip olmalarının ve öz-bakımları ile ilgili sorumluluklarını yeterince gerçekleştirememelerinin bu duruma neden olduğu vurgulanmaktadır [32,34]. Bununla birlikte yetersiz beslenmenin etkilediği grupların başında gelen bebek ve çocukların beslenmesi ile hipertansiyonun tedavisinde de düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin sorun yaratabileceği belirtilmektedir. Ayrıca henüz yeterli çalışma olmasa da kronik böbrek hastalığına sahip bireylere yönelik bu konudaki ilginin de arttığı söylenebilir [19].

Beslenme Eğitime Yönelik Yaklaşımlar

Sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde eğitimin gerekli olduğu sağlık hizmeti alanlarından biri beslenmedir [19]. Dengesiz beslenmeye bağlı olarak gelişen kronik hastalıklardaki artış, beslenme eğitime olan ihtiyacın temel göstergesidir. Ancak beslenme bilgileri bazı bireyler için karmaşık olabilir ve yüksek düzeyde bilişsel beceri gerektirebilir [15].

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin nedenlerinin başında beslenme bilgisinin yetersizliği bulunmaktadır. Oysa beslenme bilgilerini anlamak, sağlığı etkili bir şekilde geliştirmek için çok önemlidir. Ancak ortalama bir hastanın okuduğunu anlama düzeyi ile pek çok sağlık eğitimi materyalini anlama becerileri arasında uçurum olduğu unutulmamalıdır [39]. Diamond'a [40] göre fazla tartılı ve obez bireylerin beslenme okuryazarlığı düzeyi normal kilolulardan daha düşüktür. Bununla birlikte fazla kilolu/obez bireylerin %68'inin yetersiz bilgi, motivasyon ve/veya imkanlara sahip olduğu belirtilmektedir [19]. Başka bir araştırmada bilginin, beslenme davranışları üzerinde etkili değişimler sağladığı; beslenme bilgisi yüksek olan annelerin çocuklarının diyetlerinin daha dengeli olduğu saptanmıştır [41]. Bettingaus'un [42] ortaya attığı "Bilgi-Tutum-Davranış Modeli" teorisine göre; bireyler beslenme ile ilgili bilgi edindikçe beslenme ve sağlıklarına yönelik davranışları da değişebilmektedir. Bununla birlikte bireylerin beslenme ile ilgili tutumu beslenme okuryazarlığı düzeyini de etkileyebilmektedir.

Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan bireylerin diyetlerinin, eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan bireylere kıyasla daha sağlıksız olduğu bildirilmektedir [6]. Bu bireyler, sağlıklı beslenme ilkelerine uygun besinleri satın alma, hazırlama ve tüketme konusunda sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan gruplara oranla daha başarısızdırlar. Aynı zamanda bu bireyler çocukluk çağında büyüme ve gelişme geriliği, gebelikte ve emzicilikte yetersiz beslenme riski altındadırlar. Örneğin, çocuk sağlığının temel belirleyicilerinden biri ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenme ve zamanında tamamlayıcı besinlere geçmektir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan grupta, ilk altı ay tek başına anne sütü verme oranı daha düşüktür [8]. Bu nedenlerle beslenme okuryazarlığı düzeyini artırmak amacıyla yapılan girişimler özellikle düşük eğitim ve düşük gelirli gruplar için önemlidir [6].

Beslenme eğitimi ile okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin beslenme okuryazarlığı düzeyi ve dolayısıyla diyet kaliteleri artırılabilir.

Ancak bu konuda daha etkili müdahalelerin gerekli olduğu belirtilmektedir [14]. Fries ve arkadaşları [43] okuma yazma düzeyi düşük olan azınlık gruba, birinci, altıncı ve onikinci aylarda yapılan kişiselleştirilmiş telefon danışmanlığı ve postayla gönderilen beş düşük okuma yazma düzeyine uygun kitapçık yoluyla beslenme eğitimi vermişlerdir. Sonuç olarak müdahale grubunun yağ ve posa alımında olumlu gelişmeler kaydedildiğini saptamışlardır. Hartman ve arkadaşları [44] düşük düzeyde okuryazarlığa ve gelir düzeyine sahip katılımcılara, on hafta boyunca on farklı kişi tarafından verilen tek mesaj içeren beslenme eğitimi sonrasında, bireylerin düşük yağlı diyetle daha fazla uyum sağladıklarını belirlemişlerdir. Howard-Pitney ve arkadaşları [45] diyet hedeflerine yönelik üç telefon görüşmesi ve posta yoluyla verdikleri beslenme eğitimi sonucunda düşük düzeyde okuryazar olan bireylerin diyetlerinde olumlu değişiklikler saptamışlardır. Sonuç olarak beslenme eğitimi ile beslenme okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur [14].

Bireylerin sağlıklarına yönelik ciddi tehdit oluşturan bir hastalığa yatkın oldukları ve diyet değişikliğinin bu tehdidi azaltacağını öğrendikleri zaman diyetlerinde daha kolay değişiklik yapabildikleri öne sürülmektedir. Örneğin bir kişi göğüs ağrısı hissedip doktora başvurduğunda ve kalp hastalığı riski olduğunu öğrendiğinde durumu düzeltmek için ne yapacağı konusunda bilgi almakta ve yağ içeriği düşük beslenme planına kolaylıkla geçebilmektedir. Bu sürecin bütün aşamalarında hasta yeteri kadar bilgi sahibi ise önlem alması çok daha kolay olmaktadır. Tıbbi beslenme tedavisinde davranış değişikliğine gidilmeden önce bireylere mevcut hastalığın risklerine ve etkili tedavi yöntemlerine ilişkin detaylı bilgi verilmelidir. Bununla birlikte, sağlığa yönelik tutumun “davranışları şekillendiren yargıların bir özeti” olduğu düşünülmelidir. Bu noktada unutulmamalıdır ki, birey aldığı bilgiler ışığında olumlu veya olumsuz davranabilir. Zira önceki hastalık örneğinde yağ içeriği düşük beslenme planına karşı hastanın olumsuz bir tutum sergileyerek beslenme tedavisine uymama olasılığı da gözardı edilmemelidir [14].

Günümüzde, bireylerin sağlıkla ilgili bilgi almaya istekleri giderek artmaktadır. Macario ve arkadaşlarının [39] çalışmasında katılımcılar başta meme kanseri olmak üzere bazı kanser türleri ve kalp-damar hastalıklarıyla ilgili daha fazla endişeli olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca araştırma kapsamındaki bireyler diyabet, yüksek tansiyon ve obeziteden korunma ile

besin etiketleri, konserve besinlerin güvenliği ve besin hazırlama yöntemleri konusunda bilgi almak istemişlerdir. Katılımcılar taze sebze ve meyvelerin pahalı olmasının, sağlıklı yemek hazırlamanın zaman gerektirmesinin, sağlıklı diyetin daha az lezzetli olmasının ve özellikle ev dışındayken hazır yiyecek seçeneklerinin çok olduğu restoranlar ile satış otomatlarına erişimin kolay olmasının sağlıklı diyet tüketiminin önünde engel olduğunu öne sürmüşlerdir. Araştırmada birkaç katılımcı, çocuklarının sağlıksız seçenekleri tercih etmesini ve diğer birkaçı da yoğun çalışma temposu arasında sağlıklı bir diyet tüketmenin zorluğunu bu duruma neden olarak göstermiştir. Bu bağlamda diyetisyenler sağlıklı diyet tüketimini artırmak üzere sağlıklı yemek pişirme denemeleri, besin modelleri, oyunlar, rol-modeller, ev ziyaretleri, grup yemekleri, süpermarket gezileri ve sağlık fuarları gibi çeşitli stratejileri kullanabilirler. Posterler, şekiller ve grafikler göstermek, bunları basit kelimelerle desteklemek ve kısa cümleler kullanmak da bu konuda faydalı olabilir [39].

Sayı okuryazarlığı, okuma yazma becerisinden daha zor olduğu için diyetisyenler, günlük tüketilmesi gereken besinlerin miktarı konusunda önerilerde bulunurken sayısal hesaplamaların zor olduğunu dikkate almalıdırlar. Örneğin bazı bireyler günlük tükettikleri posa miktarını hesaplayamayabilirler. Bu bireyler için “*günde 25 gram posa tüketmelisiniz*” önerisinde bulunmak yerine, bu bireylere posa içeriği yüksek besinlerin neler olduğu açıklanmalı ve bu yiyecekleri tüketme konusunda bireyler teşvik edilmelidir. Tüm hastaların, özellikle okuryazarlık ve gelir düzeyi düşük olan hastaların sağlık personelinin verdiği önerileri anlayıp anlamadıkları belirlenmelidir. Bu bağlamda sade bir dil kullanılması ve düz yazıların şekillerle desteklenmesinin yanı sıra hastanın kendi kelimeleriyle anlatılanları özetlemesi de öğrenmeyi kolaylaştırabilir [22].

Yetişkin okuryazarlığıyla ilgili iki büyük ölçekli çalışmanın meta analizi, toplumsal anlamda düşük okuryazarlık düzeyi ile düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur [46]. Bu anlamda Schillinger ve arkadaşları [47] eğitim düzeyi ve sağlık sonuçları arasında sağlık okuryazarlığının bir köprü olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca eğitim düzeyinden ziyade sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık personeli tarafından daha fazla dikkate alınması gerektiğini de belirtmişlerdir. Ancak sağlık personeli genel olarak hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini olduğundan daha fazla varsayma eğilimindedir. Bu nedenle hastalara fazla karmaşık

sağlık bilgileri verilmektedir. Böylece okuryazarlık düzeyi veya eğitim düzeyi iyi olan hastalar bile bazen bu karmaşık sağlık bilgilerini anlama konusunda güçlük çekebilmektedirler. Bu anlamda hastaların randevu alma, onay ve sigorta formlarını doldurma, tıbbi hikâyelerini doktora anlatma, operasyon öncesi ve sonrası bakım ve uygulamalarla ilgili bilgileri anlama gibi pek çok görevi yerine getirmelerinde de sağlık okuryazarlığının etkili olduğunu söylemek mümkündür [13].

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının getirdiği zorluklar nedeniyle, bireyler sağlığa ilişkin bilgileri, etkileşimli teknolojik araçlardan edinmeye başlamışlardır. Bu durum “e-sağlık” uygulamalarının artmasına neden olmuştur [13]. Bunun yanı sıra tüketicilerin ve hastaların, çoğu zaman besin etiketleri yeterli bilgi içermediği için dergi ve gazete gibi kaynaklardan da beslenme bilgisi edindiği saptanmıştır [6]. Amerika’da sağlık materyallerinin ve mesajlarının hedef kitlelere ulaşmadığı fark edilmiş ve bu sorunun üstesinden gelmek için pek çok araştırmacı eğlence eğitimi (edutainment) stratejileri kullanmaya başlamıştır. Bu stratejiler ile eğitim materyallerini ve sağlık mesajlarını, eğlenceli materyallere (şarkılar, diziler, oyunlar veya bilgisayar oyunları gibi) dâhil ederek izleyicilerin belirli bir sağlık sorununa (örneğin; AIDS, aşılama, obezite vs) ilişkin farkındalığını veya bilgisini artırmak amaçlanmıştır. Kitaplar, dergiler, gazeteler gibi geleneksel medya araçlarına oranla bu yöntem, tüketicinin ilgisini daha çok çekmiş ve sağlık mesajları daha çok yayılmıştır. Medyanın bilgi edinmede önemli bir rol oynayabileceği göz önüne alındığında, bu alanda beslenme okuryazarlığına daha fazla yer verilmesi gerekmektedir. Çünkü medya, sağlıklı beslenme ilkeleri ile ilgili doğru bilgilerin etkili bir şekilde yayılmasını kolaylaştırmaktadır [6].

Clayton [48], bireylere beslenme eğitimi vermek için uygun materyal seçiminde rol oynayan kriterlerden bahsetmiştir. Clayton’a [48] göre, bilginin kaynağı güncel, doğru ve açık olmalıdır. Ayrıca en önemli bilgiler öncelikle verilmelidir. Okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylere hitap eden materyallerde mümkün olduğunca metinlerin yerine grafiklerin ve resimlerin daha fazla yer almasına özen gösterilmelidir. Metinde satırlar arasındaki boşlukların artırılması da okunabilirliği kolaylaştırır. Ayrıca önemli bilgiler renkli yazılabilir. Okuyucuyu okumaya motive eden bölüm sonu testleri veya oyunları yararlı olabilir. Var olan kaynaklar göz önünde bulundurularak

verilen sağlıklı beslenme önerilerinin uygulanabilirliğine de dikkat etmek gereklidir.

SONUÇ

Dünya genelinde görülme sıklığı giderek artan diyabet, obezite, hipertansiyon gibi hastalıkların etiolojisinde beslenmenin rolü göz önüne alındığında, beslenme okuryazarlığının sağlık durumuna katkısının son derece önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle söz konusu kronik hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde sağlıklı beslenmenin etkisi dikkate alınarak sağlık ve beslenme okuryazarlığı düzeyi artırılmalıdır [19,39]. Hatta bu konu sağlık ve eğitim politikalarının hedefleri arasında yer almalıdır [39]. Özellikle sağlık ve beslenme okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin, hastalık yönetimleri ile ilgili yaşadıkları sorunlarla başa çıkmaları için stratejiler geliştirilmelidir.

Günümüzde özellikle beslenme literatüründe sağlık ve beslenme okuryazarlığı yeni bir alan olduğu için konunun kavranmasına ve ölçülmesine ilişkin tartışmalar hala sürmektedir. Bu noktada hastalara yönelik yapılacak beslenme eğitiminin yönünü ve içeriğini belirlemeden önce özellikle beslenme okuryazarlığını ölçen güvenilir ve geçerli veri toplama araçlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Lewis, G. (2001). Health-an elusive concept. In H. Macbeth & P. Shetty (Eds.), *Health and Ethnicity* (1st ed., pp. 59-67). London: Taylor & Francis.
- 2- World Health Organization. (2014). *Nutrition*. Retrieved March 31, 2014, from <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>.
- 3- Mann, J., & Truswell, A.S. (2007). *Essentials of human nutrition* (3rd ed., pp. 599). Oxford, UK: Oxford University Press.
- 4- Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. (2004). *Türkiye'ye özgü beslenme rehberi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- 5- Jeffery, R.W. and Utter, J. (2003). The changing environment and population obesity in the United States. *Obesity Research*, 11(Suppl), 12-22.
- 6- Silk, K.J., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., Horodynski, MA., Sayir, A. (2008). Increasing nutrition literacy: Testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 40, 3-10.
- 7- Zoellner, J., You, W., Connell, C., Smith-Ray, R.L., Allen, K., Tucker, K.L., et al. (2011). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: Findings from the rural lower Mississippi Delta. *Journal of the American Dietetic Association*, 111, 1012-1020.
- 8- Queensland Public Health Forum. (2002). *Eat well Queensland 2002-2012: Smart eating for a healthier state*. Retrieved April 12, 2014, from <http://www.health.qld.gov.au/healthyeating/eatwellqld/>.
- 9- Carbone, E.T. and Zoellner, J.M. (2012). Nutrition and health literacy: A systematic review to inform nutrition research and practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112, 254-265.
- 10- Barut-Uyar, B. ve Yücecan, S. (2012). Yetişkin bireylerin sağlıklı yeme indeksleri ve biyokimyasal göstergeleri arasındaki ilişki. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(3), 218-225.
- 11- Çelebioğlu, F.M. (2010). *Girne bölgesinde yaşayan 19 – 65 yaş arası yetişkin bireylerin sağlıklı yeme indekslerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, KKTC.
- 12- U.S. Department of Education. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy*. Retrieved September 6, 2006, from <http://nces.ed.gov/naal/>.

- 13- Collins, S.A., Currie, L.M., Bakken, S., Vawdrey, D.K., Stone, P.W. (2012). Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, 45, 598-607.
- 14- Gibbs, H. (2012). *Nutrition literacy: Foundations and development of an instrument for assessment*. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois at Urbana, Illinois, USA.
- 15- Gibbs, H. and Chapman-Novakofski, K. (2013). Establishing content validity for the nutrition literacy assessment instrument. *Preventing Chronic Disease*, 10, 120-129.
- 16- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W., et al. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 391-395.
- 17- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General International Medicine*, 10, 537-541.
- 18- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., De-Walt, D.A., Pignone, M.P., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3, 514-522.
- 19- Gibbs, H. and Chapman-Novakofski, K. (2012). Exploring nutrition literacy: Attention to assessment and the skills clients need. *Health*, 4, 120-124.
- 20- Zoellner, J., Connell, C., Bounds, W., Crook, L., Yadrick, K. (2009). Nutrition literacy status and preferred nutrition communication channels among adults in the lower Mississippi Delta. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy*, 6(4), 1-11.
- 21- Patel, P., Panaich, S., Steinberg, J., Zalawadiya, S., Kumar, A., Aranha, A., et al. (2013). Use of nutrition literacy scale in elderly minority population. *Journal of Nutrition and Healthy Aging*, 17(10), 894-897.
- 22- Speirs, K.E., Messina, L.A., Munger, A.L., Grutzmacher, S.K. (2012). Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23, 1082-1091.
- 23- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 1086-1090.
- 24- Sanders, L.M, Shaw, J.S., Guez, G., Baur, C., Rudd, R. (2009). Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*, 124 (Suppl 3), 306-314.

- 25- Yin, H.S., Johnson, M., Mendelsohn, A.L., Abrams, M.A., Sanders, L.M., Dreyer, B.P. (2009). The health literacy of parents in the United States: A nationally representative study. *Pediatrics*, 124 (Suppl 3), 289–298.
- 26- Huizinga, M.M., Carlisle, A.J., Cavanaugh, K.L., Davis, D.L., Gregory, R.P., Schlundt, D.G., et al. (2009). Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324-328.
- 27- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 475-482.
- 28- Von-Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M.S., Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36, 860-877.
- 29- Rothman, R.L., Housam, R., Weiss, H., Davis, D., Gregory, R., Gebretsadik, T., et al. (2006). Patient understanding of food labels. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(5), 391-398.
- 30- Huizinga, M.M., Beech, B.M., Cavanaugh, K.L., Elasy, T.A., Rothman, R.L. (2008). Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity (Silver Spring)*, 16, 1966-1968.
- 31- Rothman, R.L., DeWalt, D.A., Malone, R., Bryant, B., Shintani, A., Crigler, B., et al. (2004). Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *The Journal of the American Medical Association*, 292, 1711–1716.
- 32- Bowen, M.E., Cavanaugh, K.L., Wolff, K., Davis, D., Gregory, B., Rothman, R.L. (2013). Numeracy and dietary intake in patients with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 39(2), 240-247.
- 33- American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 34, 11-61.
- 34- Fransen, M.P., Wagner, C., Essink-Bot, M. (2012). Diabetes self-management in patients with low health literacy: Ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Education and Counseling*, 88, 44-53.
- 35- Cavanaugh, K., Huizinga, M.M., Wallston, K.A., Gebretsadik, T., Shintani, A., Davis, D., et al. (2008). Association of numeracy and diabetes control. *Annals of Internal Medicine*, 148, 737-746.
- 36- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M., Nurss, J.D. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Archives of Internal Medicine*, 158, 166-172.

- 37- Rothman, R., Pignone, M., Malone, R., Bryant, B., Horlen, C., Padgett, P. (2002). The relationship between health literacy and diabetes related measures for patients with type 2 diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 17(suppl 1), 167.
- 38- Kim, S., Love, F., Quistberg, D.A., Shea, J.A. (2004). Association of health literacy with self-management behaviour in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 27(12), 2980-2982.
- 39- Macario, E., Emmons, K.M., Sorensen, G., Hunt, M.K., Rudd, R.E. (1998). Factors influencing nutrition education for patients with low literacy skills. *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 559-564.
- 40- Diamond, J.J. (2007). Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutritional Journal*, 6(5), 1-4.
- 41- Blaylock, J. (1999). *Maternal nutrition knowledge and children's diet quality and nutrient intakes (Food Assistance and Nutrition Research Report)*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service: U.S.
- 42- Bettinghaus, E.P. (1986). Health promotion and the knowledge behavior attitude continuum. *Preventive Medicine*, 15(5), 475-491.
- 43- Fries, E., Edinboro, P., McClish, D., Manion, L., Bowen, D., Beresford, S.A.A., et al. (2005). Randomized trial of a low-intensity dietary intervention in rural residents: The rural physician cancer prevention project. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 162-168.
- 44- Hartman, T.J., McCarthy, P.R., Park, R.J., Schuster, E., Kushi, L.H. (1997). Results of a community based low-literacy nutrition education program. *Journal of Community Health*, 22, 325-341.
- 45- Howard-Pitney, B., Winkleby, M.A., Albright, C.L., Bruce, B., Fortmann, S.P. (1997). The Stanford nutrition action program: A dietary fat intervention for low-literacy adults. *American Journal of Public Health*, 87, 1971-1976.
- 46- Rudd, R., Kirsch, I., Yamamoto, K. (2004). *Literacy and health in America. Policy information report*. Retrieved May 13, 2014, from <http://www.ets.org/Media/Research/pdf/PICHEATH.pdf>.
- 47- Schillinger, D., Barton, L.R., Karter, A.J., Wang, F., Adler, N. (2006). Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Reports*, 3, 245-254.
- 48- Clayton, L. (2010). Strategies for selecting effective patient nutrition education materials. *Nutrition in Clinical Practice*, 25, 436-442.

KADIN SAĞLIĞI AÇISINDAN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Yrd. Doç. Dr. İlkur Münevver GÖNENÇ*

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı kadın sağlığını doğrudan etkileyen faktörler arasındadır. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almalarını artıracak, aile ve toplum sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Kadınlar sağlıklarının bozulduğu durumları erken dönemde farkederek, sağlık kuruluşuna başvurabileceklerdir. Ayrıca kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artması; sağlık sorunlarını doğru tanımlamalarını, sağlıkla ilgili dokümanları doğru anlayıp uygulamalarını ve böylece tedavilerini etkin olarak almalarını sağlayacaktır. Bu nedenle kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve artırılması önemlidir. Bu bölümde sağlık okuryazarlığının kadın sağlığı açısından önemi tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kadın, kadın sağlığı, sağlık okuryazarlığı

GİRİŞ

Kadın sağlığı kadının ruhsal, sosyal ve fiziksel yönden iyiliğini içermekte; hayatın sosyal, politik ve ekonomik boyutundan etkilenmektedir [1].

Kadın sağlığı denilince akla ilk olarak üreme çağı dönemindeki kadın sağlığı sorunları gelmekteyken, bu yaklaşım günümüzde geçerliliğini kaybetmiştir. Artık kadının sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kadın sağlığı kavramının, anne karnından ölüme kadarki evrede ele alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle kadın sağlığı hizmetleri planlanırken

*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
e-mail: imgonenc@gmail.com

kadının fiziksel, sosyal, spritüel ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak kadının yaşam boyu bütünsel yaklaşımla ele alınması önemlidir [2].

Kadın sağlığı, hem kadının hem de aile ve toplum sağlığının üzerine olan etkileri açısından önemlidir. Kadın sağlığının bozulması aile yapısında bozulmalara, aile sağlığının bozulması da toplumun genel sağlık düzeyinde bozulmalara neden olmaktadır [3].

Erişkin dönemde bireylerin sağlıklı olması, anne karnındaki dönemden itibaren yaşama sağlıklı başlamasına ve büyüme-gelişme sürecini sağlıklı geçirmesine bağlıdır. Kadının fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden iyi olması, gebeliğin sağlıklı geçmesine ve bireylerin yaşama sağlıklı adım atmasına olanak vermekte; emzirme ile birlikte büyüme ve gelişme sürecinin sağlıklı başlamasına katkıda bulunmaktadır [3]. Literatürde, adölesan ve ileri yaş gebeliklerin, iki yıldan daha kısa aralıklı ya da dört ve üzeri sayıda doğumların, kadınların sağlık durumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bu annelerin, bebeklerinin ve çocuklarının daha yüksek ölüm risklerine sahip olduğu ifade edilmektedir [3-6]. Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin önemli amaçlarından birisi bebek ve çocuk ölümlerinin 2015 yılına kadar üçte iki oranında azaltılmasıdır [7]. Bu amacın gerçekleştirilmesi için gerekli şartlardan birisi de kadının eğitim durumunun ve statüsünün yükseltilmesidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı bünyesinde hizmete giren "Bebek Ölümleri İzleme Sistemi" kayıtları incelenerek bir yıllık dönemde bebek ölüm nedenleri araştırılmıştır. Bu çalışmada, ölen bebeklerin annelerinin %16.4'ünün hiç eğitim almadığı, %44.8'inin ilkokul mezunu olduğu, yüksekokul veya üniversite mezunu annelerin oranının ise sadece %3.8 olduğu belirtilmiştir [6]. Bu çalışma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi kadının eğitimi bebek sağlığına doğrudan etki etmektedir.

Erken doğum eylemi ve doğumda yaşanan olumsuz olaylar neonatal¹ ölümlerinin en sık görülen nedenleri arasındadır [8,9]. Sosyo-ekonomik düzeyi kötü olan kadınlar daha sık beslenme problemleri ve sağlık sorunları (hipertansiyon, diyabet vb) yaşamakta, daha çok strese maruz kalmaktadırlar. Bu kadınlarda depresyon görülme oranları daha yüksek, sigara ve reçetesiz ilaç kullanımı da daha yaygın olmaktadır. Tüm bu özellikler ile kötü gebelik ve erken doğum eylemi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır [10,11]. Bu nedenle annenin sağlığının korunması ve

¹ Neonatal dönem, doğumda başlar ve doğumdan sonra 28 gün tamamlandığında sonlanır.

yükseltilmesi, bu annelerin yetiştireceği çocukların da sağlıklı olması açısından önemlidir. Çünkü sağlıklı çocuklar sağlıklı bireyleri, sağlıklı bireyler ise sağlıklı toplumları oluşturur [3].

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini belirleyen verilerden birisi anne ölüm oranlarıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre gebeliğe bağlı nedenlerden ölen kadınların yarısından fazlası, 15-49 yaş arasında ölen kadınların ise yaklaşık üçte biri kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Çalışmaya göre ölümlerin büyük bir çoğunluğu az eğitilmiş kadınlar arasında gerçekleşmektedir. Aynı çalışmada, anne ölümlerinin azaltılması için sadece gebelikte ve doğum sonrası bakımla sınırlanılmaksızın herkes için kapsamlı ve nitelikli bir bakım konusuna önem verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır [12]. Kadının yaşam boyu sağlıklı olması anne ölümlerinin azaltılmasında öncelikli faktörler arasındadır.

Kadın ailenin, aile ise toplumun önemli bir parçası olduğu için kadın sağlığı ve aile sağlığı toplumun sosyal yapısından, değerlerinden ve kurallarından etkilenir. Kadın sağlığını etkileyen diğer faktörler kadının yaşı, eğitim durumu, ailesi, kültürü, dini ve sosyal değerleri, sağlıkla ilgili inançları ve sağlık sistemine ulaşma durumudur [2,3]. Kadının ve ailesinin sorunu fark etmemesi ve tedavi için başvuruda gecikilmesi anne ölümlerine yol açan en sık sorunlar arasında yer almaktadır [12]. Bu nedenle kadının sağlık sistemine ulaşmasını sağlayan ve engelleyen faktörlerin birlikte ele alınması gerekmektedir.

Sağlık sistemine ulaşmada son dönemlerde önemli olarak ele alınan konulardan birisi de sağlık okuryazarlığıdır. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve artırılması sağlık sorunlarının olduğu durumlarda doğru yere doğru zamanda, doğru şekilde ulaşmayı sağlar. Bu nedenle “sağlık okuryazarlığı” kadın sağlığı açısından ele alınması gereken önemli bir konudur. Bu bölümde sağlık okuryazarlığının kadın sağlığına etkisi, kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ve geliştirilmesi konuları tartışılacaktır.

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Kadın Sağlığına Etkisi

Kadınlarda sağlık okuryazarlığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan genel sağlık okuryazarlığı tanımı dikkate alınarak, kadınların iyi sağlık halinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi için gerekli bilgilerin anlaşılmasında ve kullanılmasında bireysel motivasyon ve yeteneği belirleyen kognitif ve sosyal davranışlar olarak tanımlanabilir [13].

Kadınlarda sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için önemli bir etkidir. Bir kadının sağlık bakımı konusundaki bilgileri yetersiz ise kendisinin ve ailesinin sağlık bakım davranışları konusunda bilinçli karar vermesi de zordur [14]. Ayrıca sağlık okuryazarlığı kadınları, erkeklerden daha çok etkilemektedir. Çünkü kadınlar sağlık sistemini erkeklerden daha fazla kullanmaktadırlar [15].

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, kadın sağlığını etkileyen faktörlerden biridir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi, kadının sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını etkilemektedir. Kadının, sağlığı konusunda gerekli bilgileri anlama ve kullanma oranı artıkça hastalıkları önleme ve hastalıklarda erken tanıya sağlama davranışları da artmaktadır. Literatürde, kadının sağlık okuryazarlığı düzeyinin kanserden korunma davranışlarını etkilediği belirtilmektedir [14]. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişiler, sağlıkları hakkındaki önemli bilgileri anlamayabilirler. Ayrıca tarama testlerinin kanserin önlenmesi ve hastalığın erken tanısındaki rolünün farkında olmayabilirler [16]. Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kadınların daha az mamografi² yaptırdıkları belirlenmiştir [17]. Başka bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kadınların serviks (rahim ağzı) kanseri taramasının amacını, önemini ve tarama için kullanılan metotları anlama oranının düşük olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının, serviks kanseri tarama bilgisi için eğitim ve etnik kökenden daha belirleyici bir faktör olduğu tespit edilmiştir [18]. Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan gebelerin, yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olanlara göre gebelikteki tarama testlerini daha az anladıkları saptanmıştır [19].

Hastalıkların önlenmesinde etkili faktörlerden birisi bağışıklama programlarıdır. Düşük düzeyde sağlık okuryazarı olan kişiler, aşılardan amaç ve önemini tam olarak anlayamayabilirler. Bu durum onların bağışıklanma oranlarını da etkileyebilir. Scott ve arkadaşları [20] tarafından yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet, ırk, eğitim ve gelir düzeyi açısından benzer özellik gösteren düşük ve yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olan gruplar karşılaştırılmıştır. Bu araştırmaya göre influenza ve pnömoni aşısı yaptırmama oranının düşük düzeyde sağlık okuryazarı olanlar arasında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Kadınlar hem kendi sağlıkları için hem de

² Mammografi, düşük doz radyasyon kullanarak meme dokusunun incelenmesine olanak sağlayan görüntüleme yöntemidir.

çocuklarının sağlıkları için bağışıklık programlarını takip etmelidirler ve bu programlara uyum sağlamalıdır. Bir kadın, amacını bildiği ve etkisine inandığı zaman o aşıyı çocuğuna yaptırabilir. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması hem kendilerinin hem de çocuklarının aşılarını tam ve zamanında yaptırmalarını sağlayacağı için bu konunun önemle ele alınması gerektiği düşünölmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin etki ettiği faktörlerden bir diğeri, kişinin sağlık sorunlarını fark edebilme, doğru zamanda sağlık kurumuna başvurma, tedavi ve takiplere uyma durumudur. Anne ölümlerine yol açan önemli sorunlardan biri, kadının ve ailesinin sağlık sorununu fark edememesi ve tedavi için başvuruda gecikmesidir [12]. Bu nedenle kadın sağlığının yükseltilmesinde erken tanı ve etkin tedavi çok önemlidir. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıka sağlık sorunlarını erken dönemde fark etmeleri ve sağlık kuruluşuna başvurmaları sağlanabilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kadınlar başvurdukları sağlık kuruluşunda sorunlarını doğru bir şekilde tanımlayabilir, sağlık personelinin önerilerini anlayarak uygulayabilirler. Yapılan bir çalışmada, anormal PAP smear testi³ sonucunda kadının, sağlık personelinin tavsiyelerine uyması ve hastalığını anlaması ile kadının sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilişkili olduğu belirtilmiştir [18]. Meme kanseri tedavisini başarıyla tamamlayan kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve tekrarlayan meme kanseri riskini algılama konusunda yapılan diğer bir çalışmada ise, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kadınlar, yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olan kadınlara göre meme kanserinin tekrarlama riskini algılama oranının daha az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada meme kanserinin tekrarlama riskine karşı bu kadınların daha az hassasiyet gösterdikleri bulunmuştur [21].

İyi sağlık halinin korunması için sağlığın bozulması durumunda kişinin doğru zamanda doğru sağlık kuruluşuna başvurmasının yanı sıra tedavi ve takiplere uyum sağlaması da önemlidir. Bu noktada etkili bir tedavi için tedavinin amacını, dozunu ve kullanım şeklini öğrenmek gerekli olmaktadır. Bazı durumlarda hastaların günlük almaları gereken ilaç dozunu hesaplamaları, ilacın yararlı ve yan etkilerini izlemeleri, bir ilaç dozunu unuttuklarında ne yapacaklarını bilmeleri beklenebilir [22]. Literatürde, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerin ilaç tedavilerinin amacını daha az bildikleri, ilaç dozlarına ve kullanım şekillerine daha az uyum

³ PAP smear testi, serviks kanserinin başlangıcı olabilecek herhangi bir hücresel değişikliği belirleyen testtir.

gösterdikleri belirtilmektedir [23,24]. Kadının sağlık okuryazarlığı düzeyi sadece kendi tedavisi için değil, çocuğunun tedavisini doğru bir şekilde uygulayabilmesi için de önemlidir. Leyva ve arkadaşları [25] tarafından yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi iyi olan annelerin, çocuklarının tedavi dozlarını daha doğru miktarlarda verdikleri belirtilmiştir. Bu nedenle kadınların ve çocuklarının tedavi ve takiplerine uyum sağlamalarında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin önemli olduğu ve taburculuk eğitimlerinde kadının sağlık okuryazarlığı düzeyine göre eğitim planı hazırlanması gerektiği düşünülmektedir.

Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi sadece kendi sağlık bakımlarını değil, aynı zamanda gebelik, fetüs, yenidoğan ve çocuk sağlığını da etkilemektedir [14,26]. Literatürde, doğum oranlarının ve yenidoğan mortalitesinin belirlenmesinde maternal sağlık okuryazarlığının önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir [27]. Kadınların gebelik ve doğum hakkında bilgi sahibi olması, bu süreçte alınan kararları yönetebilmeleri açısından önemlidir. Fakat birçok kadın bu süreçte doktorlar tarafından verilen tıbbi talimatları ya da yazılan reçeteleri anlamamaktadır. Bu durum onların sağlıksız bir gebelik geçirmesine, gebeliklerinin sağlıksız sonuçlanmasına ve erken yaşta istenmeyen bir ebeveynlik deneyimi yaşamasına neden olmaktadır [28].

Kadınların maternal sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile doğum öncesi bakım almaları ve sağlıklı bir gebelik geçirmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu nedenle gebelerin ve annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek üzere sağlık çalışanları tarafından eğitim programları düzenlenmelidir. Bu programlarda, tehlike belirtilerini algıladıkları zaman ne yapacakları konusunda gebelere eğitim verilmesi önerilmektedir [28]. Literatürde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kadınların doğum öncesi bakıma başlama zamanı ve takip sıklığı, gebelikte kazanılan ağırlık, doğumun gerçekleştiği gebelik haftası, doğumun şekli, folik asit ve demir tableti kullanma durumu ve yenidoğanın doğum ağırlıklarında olumlu farklılıkların olduğu bildirilmektedir [26]. Yapılan bir çalışmada, doğumu olumsuz etkileyebilecek çeşitli faktörlerin düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir [29].

Sağlık okuryazarlığı düzeyi emzirmeye başlama ve sürdürme kararını da etkilemekte ve sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kadınların emzirme oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir [14,30]. Ayrıca literatürde sağlık

okuryazarlığı düzeyinin, kadının kontrasepsiyon ve aile planlaması hakkındaki bilgisini de etkilediği bildirilmektedir [14]. Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kadınların doğum kontrol yöntemleri ve aylık döngüde gebelik riskinin olabileceği günler hakkındaki bilgilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [31]. Yapılan başka bir çalışmada ise plansız gebeliklerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir [29].

Bu veriler sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınların sağlığını doğrudan etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasının ve geliştirilmesinin, kadın sağlığının iyileştirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Artırılması ve Geliştirilmesi

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, alınan sağlık hizmetlerinin sonuçlarını etkilediği için bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli bir faktördür. Uluslararası Birleşik Komisyon Akreditasyon (JCI) standartlarında hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ile ilgili politikaların hazırlanması istenmektedir [14].

Kadınlar dünyanın her yerinde temel sağlığın geliştirilmesinde etkili olan bireylerdir [32]. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması tüm toplumun sağlık düzeyini etkileyecektir. Bu nedenle sağlıkla ilgili dokümanların kadınların anlayacağı bir dilde hazırlanması önemlidir. Bu durum hem kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyini artıracak hem de kadının, sağlığı (gerekli hallerde çocuğunun sağlığı) için sorumluluk almasında ve karar verebilmesinde etkili olacaktır. Literatürde insanların sağlığını, kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini düşük okuryazarlık düzeyinin sınırladığı ve sağlık okuryazarlığının gelişimine de doğrudan engel olabileceği bildirilmektedir [33]. Bu nedenle sağlık kurumlarında kullanılan materyallerin herkesin anlayacağı bir dille yazılması kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasını sağlayacaktır.

Kadınların sağlık bilgisinin artırılması ve geliştirilmesi için poster, broşür veya kitapçık gibi yazılı veya basılı sağlık eğitim materyalleri kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Ancak bu materyaller kişilerin

anlayabileceği şekilde açık ve anlaşılır bir dille yazılmamaktadır. Literatürde hasta eğitim materyallerinin altıncı ve sekizinci sınıf okuma düzeyine göre hazırlanması önerilmektedir [34]. Hazırlanan çoğu eğitim materyalleri bu düzeylerin çok üzerinde olabilmektedir. Örneğin Birleşmiş Milletler'de kanser taramasını artırmak için yapılan halk sağlığı kampanyalarında kullanılan birçok yazılı materyalin, lise veya daha üst düzeyde olduğu belirtilmektedir [35]. Kaynak, yüksek eğitim düzeyine göre hazırlandığında kişilerin bu kaynakları anlama ve dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeyi düşmektedir. Yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerin, onbirinci ve onikinci sınıf okuma düzeyindeki materyalleri nadiren okudukları belirtilmektedir [36]. Hazırlanan yazılı kaynaklara görsel, öğrenmeyi uyarıcı ve motive edici materyallerin eklenmesi ve kültürel değerlerin dikkate alınması önemlidir [34]. Yapılan başka bir çalışmada ise hasta bilgilendirme materyaline eklenen resimlerin hastaların dikkatini ve ilgisini artırdığı belirtilmektedir [37]. Kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada da serviks kanserini önlemeye yönelik hazırlanan broşürlerde davranış değiştirecek ve motive edecek stratejileri içeren broşürlerin, bu stratejileri içermeyenlere göre kanser taraması için daha teşvik edici olduğu belirtilmektedir [38].

Birçok kadın için uygun olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi çok düşük olan kadınlarda yazılı sağlık materyalleri etkisiz olabilmektedir [18]. Bu nedenle bu kadınlarda farklı metotların kullanılması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için bu kadınlarla açık ve anlaşılır iletişim kurulması önerilmektedir [39]. Shieh ve Halstead'ın [14] Roter'den aktardığına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kadınlarla iletişim kurulurken üç faktör göz önüne alınmalıdır. Bu faktörlerden birincisi; bu kadınlar hastalık öyküsünü açık bir şekilde anlatmakta zorlandıkları gibi fikirlerini organize etmekte sınırlı beceriye sahip olabilirler. İkincisi; bu kadınların bilgiyi yeterli derecede değerlendirme becerileri yoktur ve uzmanlara daha az soru sorabilirler. Sonuncusu ise kendilerinin, ailelerinin ya da toplumun sağlık durumu ile ilgili değişikliklerde ve sağlıkla ilgili karar vermesi gereken durumlarda kendilerini daha az güçlü hissederler [14]. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kadınlardan öykü alınması, danışmanlık, sağlık eğitimi, onam süreci gibi aşamalarda bu noktaların göz önüne alınmaması iletişim sorunlarına neden olabilmektedir [14]. Sağlık personeli kadınlarla iletişime

geçerken bunlara dikkat etmelidir. Ayrıca yetersiz ve/veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerde algıyı ve uyumu artırmak için sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmeli, tıbbi terminoloji kullanmak yerine günlük konuşma dili tercih edilmelidir. Algılamayı artırmak ve sonrasında hatırlamayı kolaylaştırmak için resimler kullanılabilir ya da çizilebilir. Bu noktada sınırlı bilgi aktarılması ve verilen önerilerin tekrarlanması da önemlidir [40].

Sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmeye yönelik stratejilerden bir tanesi de kitle iletişim araçlarının kullanılmasıdır. Kadınların faydalı bilgilere ulaşmalarında, bu bilgileri uygulamalarında ve sağlığın geliştirilmesinde medya etkili olmaktadır. Kadın sağlığının geliştirilmesinde çok etkili olabilecek medyanın, doğru şekilde kullanımın desteklenmesi, sağlık haberlerinin kalitesinin ve çeşitliliğinin artırılması önemlidir [41]. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesine yönelik programlar yapılmalı ve bu programlar herkesin anlayacağı bir dilde, uygun sağlık danışmanlığı hizmeti alınarak hazırlanmalıdır.

Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için belediyeler, sivil toplum kuruluşları gibi tüm paydaşlar ile iş birliği yapılmalıdır. Bu kuruluşlarla iş birliği içinde hazırlanan halk eğitimlerinin kadınların sağlık okuryazarlığına ilişkin farkındalığın artırılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde sağlık personelinin, sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik sağlık eğitim programları hazırlaması önerilmektedir [42]. Hazırlanan eğitim programlarında sağlık okuryazarlığı düzeyini iyileştirmeye odaklanılmalıdır. Çünkü kadının hem kendi sağlığı hem de ailesinin sağlığı için bilgiye, öz-yeterlilik ve öz-savunma becerilerine de ihtiyacı vardır [14].

SONUÇ

Sonuç olarak, kadın sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenip olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması, olumlu faktörlerin ise geliştirilmesi gerekmektedir. Kadın sağlığını etkileyen faktörlerden birisi sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Bu nedenle kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve geliştirilmesi toplumun sağlık politikaları arasında yer almalıdır. Kadınlara yönelik sağlık hizmetleri planlanırken sağlık okuryazarlığı düzeyleri göz önünde bulundurulmalı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Beijing Declaration and Platform for Action The Fourth (1995). Retrieved July 10, 2014, from http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Beijing_Declaration_and_Platform_for_Action.pdf.
- 2- Yanikkerem, E. (2008) Kadın ve sağlık bakım sistemi, politikalar, yasalar. İçinde A. Şirin, O. Kavlak (Edt.), Kadın sağlığı (ss. 1-32). İstanbul: Bedray.
- 3- Taşkın, L., Kukulcu, K. (2011). Kadın sağlığına giriş, kadın sağlığı hemşireliği kitabı. L. Taşkın (Ed.), Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği kadın sağlığı hemşireliği (10.basım, ss.1-10). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- 4- Gibbs, C.M., Wendt, A., Peters, S., Hogue, C.J. (2012). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Pediatric Perinatal Epidemiology*, 26 (Suppl), 259-284.
- 5- Balasch, J. and Gratacós, E. (2012). Delayed childbearing: Effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 24 (3), 187-193.
- 6- Korkmaz, A., Aydın, Ş., Duyan-Çamurdan, A., Okumuş, N., Onat, F.N., Özbaş, S., et al. (2013). Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56(3), 105-121.
- 7- Devlet Planlama Teşkilatı (2010). *Binyıl kalkınma hedefleri raporu*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- 8- Lawn, J.E., Cousens, S., Zupan, J. (2005). Lancet neonatal survival steering team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*, 365(9462), 891-900.
- 9- Arslan, S., Bülbül, A., Aslan Ş.A., Kıray-Baş, E., Dursun, M., Uslu, S., et al. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beş yıllık sürede (2007-2011) neonatal ölüm nedenleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47 (1), 16-20.
- 10- Nagahawatte, N.T. and Goldenberg, R.L. (2008). Poverty, maternal health, and adverse pregnancy outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136 (1), 80-85.
- 11- Aftab, S., Ara, J., Kazi, S., Deeba, F. (2012). Effects of poverty on pregnant women. *Pakistan Journal of Medical Research*, 51(1), 5-9.
- 12- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. (2006). Ulusal anne ölümleri çalışması,

2005. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu.

- 13- World Health Organization/Pan American Health Organization. (2009). *Health promotion: Health literacy and health behaviour*. Retrieved June 25, 2014, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.
- 14- Shieh, C. and Halstead J.A. (2009). Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38, 601-612.
- 15- Gordon, D.L. (2004). Women & health literacy. *National Women's Health Report*, 26(5), 1-8.
- 16- Davis, T.C., Nolan, N.C., Ferreira, M.R., Tomori, C., Green, K.W., Sipler, A., et al. (2001). The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer Investigation*, 19(2), 193-200.
- 17- Guerra, C.E., Krumholz, M., Shea, J.A. (2005). Literacy and knowledge, attitudes and behavior about mammography in Latinas. *Journal Health Care Poor Underserved*, 16(1), 152-166.
- 18- Lindau, S.T., Basu, A., Leitsch, S.A. (2006). Health literacy as a predictor of follow-up after an abnormal Pap smear: A prospective study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 829-834.
- 19- Cho, R.N., Plunkett, B.A., Wolf, M.S., Simon, C.E., Grobman, W.A. (2007). Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenatal Diagnosis*, 27(5), 463-467.
- 20- Scott, T.L., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Baker, D.W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.
- 21- Brewer, N.T., Tzeng, J.P., Lillie, S.E., Edwards, A.S., Peppercorn, J.M., Rimer, B.K. (2009). Health literacy and cancer risk perception: Implications for genomic risk communication. *Medical Decision Making*, 29(2), 157-166.
- 22- Youmans, S.L. and Schillinger, D. (2003). Functional health literacy and medication use: The pharmacist's role. *Annals of Pharmacotherapy*, 37, 1726-1729.
- 23- Mosher, H.J., Lund, B.C., Kripalani, S., Kaboli, P.J. (2012). Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *Journal of Health Communication*, 17 (Suppl 3), 241-251.

- 24- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan S., Lohr K.L., Pignone, M.P. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-1239.
- 25- Leyva, M., Sharif, I., Ozuah, P.O. (2005). Health literacy among Spanish-speaking Latino parents with limited English proficiency. *Ambulatory Pediatrics*, 5(1), 56-59.
- 26- Kohan, S., Ghasemi, S., Dodangeh, M. (2007). Associations between maternal health literacy prenatal care and pregnancy outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn*, 12(4), 146-152.
- 27- Weiss, B.D., Hart, G., Pust, R.E. (1991). The relationship between literacy and health. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1(4), 351-363.
- 28- Mojinyinola, J.K. (2011). Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *An International Multi-Disciplinary Journal, Ethiopia*, 5 (3), 28-39.
- 29- Endres, L.K., Sharp, L.K., Haney, E., Dooley, S.L. (2004). Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 331-334.
- 30- Kaufman, H., Skipper, B., Small, L., Terry, T., McGrew, M. (2001). Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *South Medical Journal*, 94(3), 293-296.
- 31- Gazmararian, J.A., Parker, R.M., Baker, D.W. (1999). Reading skills and family planning knowledge and practices in a low-income managed-care population. *Obstetrics and Gynecology*, 93(2), 239-244.
- 32- Who Health Organization. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları global konferanslardan bildiriler* (Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- 33- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 467-477.
- 34- Doak, C.C., Doak, L.G., Root, J.H. (1996). *Teaching patients with low literacy skills* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- 35- Davis, T.C., Crouch, M.A., Wills, G., Miller, S., Abdehou, D.M. (1990). The gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials. *The Journal of Family Practice*, 31(5), 533-538.
- 36- Wolf, M.S., Davis T.C., Shrank, W.H., Neuberger, M., Parker, R.M. (2006). A critical review of FDA-approved medication guides. *Patient Education and Counseling*, 62 (3), 316-322.

- 37- Houts, P.S., Doak, C.C., Doak, L.G., Loscalzo, M.J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 173-190.
- 38- Paul, C.L., Redman, S., Sanson-Fisher, R.W. (2004). A cost-effective approach to the development of printed materials: A randomized controlled trial of three strategies. *Health Education Research*, 19(6), 698-706.
- 39- Corrarino, J.E. (2013). Health literacy and women's health: Challenges and opportunities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(3), 257-264.
- 40- Safeer, R.S., Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients, American family physician. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.
- 41- Özbaş, S. and Özkan, S. (2010). Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımını ve etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(5), 541-546.
- 42- 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.

AKTİF YAŞLANMA İÇİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Araş. Gör. Burcu ÖZDEMİR
Yrd.Doç.Dr. Filiz YILDIRIM*
Prof.Dr. Şengül HABLEMİTOĞLU

ÖZET

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artması ile birlikte yaş alan bireylerin temel sağlık bilgilerine ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri, bu bilgileri doğru değerlendirebilmeleri, kavrama yetisi kazanmaları, yani sağlık okuryazarı olmaları önemli hale gelmiştir. Ulusal literatürde bu konuda yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmaması yaşlıların sağlık okuryazarlığının daha bütünlükçü bir bakış açısından tartışılmasını gerektirmektedir. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı "Dünya Sağlık Örgütü'nün aktif yaşlanma yaklaşımı" temel alınarak tartışılmaktadır. Böylece sağlık okuryazarlığının, yaşlıların sadece sağlık durumu açısından değil; sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşulları ile bağlantılı olarak tartışılmasına da olanak sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aktif yaşlanma, sağlık, sağlık okuryazarlığı, yaşlı

GİRİŞ

Değişen demografik yapı, çocuk ölümlerinin azalması, tıp alanında gerçekleşen teknolojik ve bilimsel gelişmeler ortalama yaşam süresinin uzamasına ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artmasına neden olmuştur [1]. Böylece son yıllarda yaşlı nüfusun bağımlı nüfus içindeki oranının hızla artması ile birlikte yaşlıların sağlığını iyileştirme, refah düzeyini yükseltme ve sağlık eşitsizliklerini azaltma yaşlı refahı açısından tartışılan önemli bir konu haline gelmiştir.

* Sorumlu yazar; Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
e- mail: filizyildirim06@hotmail.com

Birleşmiş Milletler'in [1] verilerine göre, 60 yaş grubu ve üzerindeki nüfusun tüm dünya nüfusu içindeki oranı 1950 yılında %8 iken bu oran 2013 yılında %12'ye yükselmiştir. Yine Birleşmiş Milletler [1] tarafından yapılan tahminlere göre 2050 yılında dünyadaki yaşlı nüfusun dünya nüfusuna oranının %21 olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu [2] verilerine göre ise Türkiye'deki yaşlı nüfus 6 milyon civarında olup, toplam nüfusun %7.7'sini oluşturmaktadır. Yapılan tahminlere göre bu oranın 2050 yılında %20.8'e ulaşacağı ifade edilmektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki bu hızlı artışı yaşlılar ve dolayısıyla toplumsal refah için sağlık okuryazarlığının önemini daha da artırmaktadır [3]. Çünkü özellikle kronik hastalıkların artması, bilişsel ve fiziksel yetilerin gerilemesi, sosyal ve ekonomik desteğin azalması gibi nedenlerle yaşlılar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer yaş gruplarına oranla daha düşük düzeyde olduğu öne sürülmektedir [3,4]. Bu noktada yaşlanmanın, sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu söylenebilir [3-5]. Zira yapılan bir çalışmada da düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı açısından en riskli grup arasında 65 yaş üzerindeki bireylerin olduğu öne sürülmektedir [6]. Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı düzeyi yaşlılıkla birlikte düşüş göstermektedir [7,8]. Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre her yıl artan bir yaş için işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bir puan azalma görüldüğü öne sürülmektedir [9]. Bu bağlamda, yaşam dönemi de göz önünde bulundurularak kırılgan bir grup olduğu öne sürülen yaşlı bireylerin doğru sağlık bilgisine ulaşabilmeleri, bu bilgileri yorumlayabilmeleri, günlük yaşamlarında uygulayabilmeleri ve gerekli hizmetleri alabilmeleri yani sağlık okuryazarı olabilmeleri öncelikle yaşlıların sağlığı ve yaşam kalitesi açısından önemlidir. Ancak bu durumu, aktif yaşlanmaya katkısı açısından da değerlendirmek gerekmektedir. Çünkü sağlık okuryazarlığı her ne kadar doğrudan yaşlı sağlığını etkiliyor gibi düşünülse de özellikle kırılgan bir yaş grubu olarak yaşlı bireylerin topluma katılımlarını ve güvenliğini de etkilemektedir [3]. Bu noktada aktif yaşlanmak Dünya Sağlık Örgütü'nün [4,5] de belirttiği gibi yaşam kalitesini artırmak için yaş alan bireylerin sağlık, güvenlik ve topluma katılım gibi fırsatlardan yeterli düzeyde yararlanabilmeleri yaşlıların sağlık okuryazarı olabilmeleri ile ilişkilidir. Bu noktadan hareketle bu çalışmanın amacı, Dünya Sağlık Örgütü'nün aktif yaşlanma yaklaşımı temel alınarak sağlık okuryazarlığını; yaşlı sağlığı, sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar ile ilişkili olarak tartışmaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Aktif Yaşlanma Yaklaşımı

Uzayan yaşam süresi her ne kadar insanlık için olumlu bir gelişme olsa da bu durum bazı ekonomik, sosyal ve psikolojik zorlukları da beraberinde getirmektedir. Yaşlılıkla ortaya çıkan bazı kronik ve akut hastalıkların yaygınlaşarak yaşlıların yaşam kalitesini düşürmesi, psikolojik açıdan ortaya çıkan hastalıklar için gereken bakım ve tedavi masrafları, emeklilik döneminin uzamasıyla birlikte ortaya çıkan ekonomik sorunlar ve artan sosyal güvenlik önlemleri bu zorluklara örnek olarak gösterilebilir. Bu zorluklara rağmen yaşlılık dönemini verimli bir biçimde geçirebilmek için sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanabilmek, sosyal güvenceye sahip olmak ve toplumsal hayata katılabiliyor olmak aktif yaşlanma açısından büyük önem taşımaktadır. Zira Dünya Sağlık Örgütü [5] de "*İnsanlar yaşlandıkça yaşam kalitesini artırmak için sağlık, güvenlik ve katılım gibi konulardaki fırsatlardan yaşlıların en iyi şekilde yararlanma süreci*"ni aktif yaşlanma olarak tanımlamıştır. Aktif yaşlanmayı etkileyen faktörler üzerinde yapılan araştırmalarda [10-12] nedensellik ilişkisinden ziyade risk faktörleri üzerinde durulmaktadır. Bu çalışmada Dünya Sağlık Örgütü'nün [5] aktif yaşlanma yaklaşımı temel alındığı için aktif yaşlanmayı belirleyen/etkileyen faktörler Dünya Sağlık Örgütü'nün bakış açısından aşağıda açıklanmaktadır.

Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri

Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanmanın belirleyicilerini (i) davranışsal belirleyiciler, (ii) fiziksel çevre belirleyicileri, (iii) sosyal çevre belirleyicileri, (iv) ekonomik belirleyiciler, (v) bireysel belirleyiciler ile (vi) sosyal hizmetlere ve sağlığa ilişkin belirleyiciler olmak üzere 6 başlık altında açıklamaktadır [5].

Davranışsal belirleyiciler

Bu belirleyiciler kişinin yaşam tarzıyla ilgili olup, sağlıklı yaşam için gerekli önlemleri almak, sağlığı korumaya çalışmak ve kendi tedavi sürecinde aktif rol oynamak olarak tanımlanabilir. Örneğin yaşlılıkta tütün ve alkol kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenme alışkanlığının edinilmesi, düzenli egzersiz yapılması, fiziksel aktivite düzeyinin artırılması, ilaçlara erişim ve düzenli ilaç kullanımı, polifarmasi (yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı) sonucu oluşan ilaç etkileşiminin en aza indirilmesi gibi

davranışsal değişiklikler yaşlılık döneminin daha sağlıklı ve daha aktif olarak geçirilmesini sağlar [5].

Fiziksel çevre belirleyicileri

Aktif yaşlanmanın diğer bir belirleyicisi de fiziksel çevre öğeleridir. Yaşlı bireyin yaşadığı şehir, ilçe, köy ya da semt yaşlıların hareket alanını sınırlayabilmektedir. Örneğin kırsal kesimde oturan ya da şehir merkezine uzak banliyölerde oturan yaşlılar için alış-veriş, ulaşım ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi günlük yaşam aktiviteleri sorun olabilmektedir [5,13,14].

Yaşanılan çevre kadar ikamet edilen konutun özellikleri de aktif yaşlanma için önemli bir faktördür. Yaşlıların ev içinde rahat hareket edebilmeleri için evin tasarımı, mobilyaların niteliği ve ergonomisi çok önemlidir. Sivri objeler, dik merdivenler, güvenliksiz balkonlar yaşlıların sağlığı için tehlike arz edebilmektedir. Düşmeler, düşmelere bağlı kırıklar ve hatta ölümler yaşlılık döneminde sıkça görülebilmektedir. Bu tür kazaları önlemek için gereksiz ve sivri eşyaların elden çıkarılması, gereken yerlerde yaşlılar için rampa, asansör, trabzan, parmaklık ve destek üniteleri gerekli olmaktadır. Ayrıca evde bulunan tuvalet, banyo, mutfak, elektrik, su, gaz gibi zorunlu ihtiyaçların eksikliği ve yetersizliği yaşlıların yaşam kalitesini düşürebilmekte, sağlıklarını tehdit edebilmektedir [5].

Sosyal çevre belirleyicileri

Aktif yaşlanmaya etki eden faktörlerden biri de sosyal çevre unsurlarıdır. Ailenin, akrabaların, komşuların ve arkadaşların sosyal desteği yaşlı bireylerin duygusal ve psikolojik refahı için önemlidir. İzolasyon ve yalnızlık, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini azalttığı gibi ölümlere de neden olabilmektedir [5]. Zira Japonya'da yapılan bir araştırmaya göre sosyal açıdan eksiklik hissettiğini belirten yaşlıların üç sene içerisinde ölme olasılığının, sosyal çevresinin yeterli olduğunu belirten yaşlılara göre 1,5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır [15].

Sosyal çevrenin niceliği kadar niteliği de çok önemlidir. Örneğin yaşlı bireye şiddet uygulayan, yaşlı bireyi ihmal edip zorunlu ihtiyaçlarını karşılamayan ya da fiziksel, ruhsal, cinsel, ekonomik ve duygusal olarak suistimal eden bir aile bireyi ya da arkadaş aktif yaşlanmanın önünde büyük bir engeldir [5].

Aktif yaşlanmaya etki eden sosyal belirleyicilerden biri de eğitim ve yaşam boyu öğrenme hizmetlerine ve olanaklarına sahip olma durumudur. Ülkemizde eğitim düzeyinin en düşük olduğu grup, yaşlılardır. Türkiye İstatistik Kurumu [2] verilerine göre ülkemizde 2.654.643 kişi okuma yazma bilmemektedir. Bu sayının yarısını 65 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Özellikle okuryazarlık oranının düşük olması, yaşlıların aktif bir yaşam sürdürmelerine engeldir. Kitap, dergi, gazete gibi yayınları takip etmek, televizyon, bilgisayar, internet gibi medya araçlarını ve toplu taşıt araçlarını etkin bir biçimde kullanmak, alış-veriş yapabilmek, resmi kurumlarda ve sağlık kurumlarında işlem yaptırmak gibi günlük yaşam aktiviteleri yaşlılar için zor olabilmektedir [5].

Günlük yaşamın yanı sıra düşük eğitim düzeyi, iş yaşamında da yaşlı bireyleri zor durumda bırakabilmektedir. İşsizlik her yaş grubundan bireyi etkileyeceği gibi, yaşlı bireyleri daha çok etkilemektedir. Zamanla güncelliğini kaybeden bilgiler, yaşlı bireylerin iş piyasasındaki rekabet gücünü azalttığı gibi zorunlu emeklilik yaşı düzenlemeleri de ekonomik açıdan yaşlı bireyleri korunmasız hale getirebilmektedir [5].

Ekonomik belirleyiciler

Aktif yaşlanmaya etki eden diğer bir faktör de ekonomik olanakların varlığıdır. Sağlıklı beslenme, barınma ve sağlık hizmetlerine ulaşmak için yaşlı bireyin belirli bir düzeyde gelire sahip olması gerekmektedir. Bu gelir emeklilik maaşı, önceden yapılan birikimler, gayrimenkul yatırımlarından elde edilen gelirler biçiminde olabilir. Çocuklardan ve diğer aile bireylerinin finansal desteği de yaşlı bireyler için önemlidir. Emekli maaşlarının yetersizliği, sosyal sigortadan faydalanamama gibi nedenlerle yaşlılar, yoksullukla karşı karşıya kalabilmektedirler. Böylece tedavi hizmetlerinden yararlanamayan yaşlı bireyin yaşam kalitesi düşebilmekte, bu durum yaşlılık döneminin aktif bir biçimde geçirilmesine engel olabilmektedir. Gelir ve sosyal sigorta eksikliğine ek olarak erken yaşta emekli olma durumu, hem maddi açıdan hem de sosyal açıdan yaşlıların yaşamlarını aktif bir biçimde sürdürmelerine engel olabilmektedir [16,17].

Bireysel belirleyiciler

Aktif yaşlanmayı etkileyen faktörlerden biri de genetik ve psikolojik faktörleri içeren bireysel belirleyicilerdir. Hastalıklar ve yaşlanma

konusunda çevresel faktörler büyük rol oynasa da biyolojik ve genetik faktörler bireyin yaşlanma sürecini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Örneğin diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi kronik rahatsızlıklar veya Alzheimer gibi yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan hastalıklar kalıtsal olarak bireye miras kalabilir. Ayrıca bu hastalıklar bireyin aktif yaşlanma sürecini de engelleyebilir [5].

Diğer yandan, psikolojik faktörler kapsamında değerlendirilen zekâ, hafıza ve bilişsel yetenekler de aktif yaşlanmayı etkilemektedir. Her ne kadar yaşlılık, sağlık problemlerini beraberinde getirirse de yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan ruhsal ve zihinsel sorunlar da gözardı edilemez. Zira depresyon ve intihar girişimlerine yaşlı bireyler arasında sıkça rastlanmaktadır. Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların belirtileri genellikle yaşlılıkla ortaya çıkan Alzheimer, demans gibi hastalıkların belirtileriyle karıştırılmaktadır. Bu noktada yaşlı bireyin aktif olarak geçireceği yılların sayısını artırarak yaşam kalitesini yükseltmek için erken tanı ve müdahalenin önemli olduğu söylenebilir. Daha önce de belirtildiği gibi bu tür fiziksel ve bilişsel sorunlar yaşlı bireylerin bilgiyi anlamasına, işlemesine ve uygulamasına engel olabilmektedir [18-20].

Sosyal hizmetlere ve sağlığa ilişkin belirleyiciler

Bireylere sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler aktif yaşlanmayı etkileyen diğer faktörler arasında yer almaktadır. Sadece yaşlılık döneminde değil, her yaştaki bireyler arasında ayırım yapılmaksızın bu hizmetlerin sağlanması önemlidir [5]. Öngörülen bu hizmetlerin başında koruyucu sağlık hizmetleri gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri arasında yer alan birincil sağlık hizmetleri sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesini teşvik eden sağlık politikalarını kapsamaktadır.

Aynı şekilde yaşlıların ikincil (hastalık belirtilerinin ortaya çıkmadan veya ortaya çıktıktan hemen sonra tanı konularak gereken önlemlerin alınması ve tedavi hizmetlerinin sunulması) ve üçüncül (hastalıkların yol açtığı olumsuz sonuçları en aza indirmek için gerekli sağlık hizmetlerinin sunulması) koruma hizmetlerinden etkili bir biçimde yararlanabilmeleri de akut ve kronik sağlık problemlerini engellemek için yarar sağlayabilir. Koruyucu hizmetlerin yanı sıra, küratif yani iyileştirici ve tedavi edici hizmetlerin de yaşlılara en iyi şekilde sunulması, yaşlıların yaşam kalitesini asgari şekilde etkilemesine ve daha aktif bir yaşlılık süreci geçirmelerine katkıda bulunabilir [21, 22].

Aktif Yaşlanma ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Yukarıdaki bölümde açıklanan aktif yaşlanmanın belirleyicilerinden de anlaşıldığı gibi yaşlıların yaşam kalitesi sadece bireysel düzeyde değerlendirilemez. Yaşlı birey, içinde var olduğu sosyo-ekonomik, kültürel ve toplumsal yapının bir parçasıdır. Bu noktada aktif yaşlanmak yaşlıların sadece bireysel düzeydeki koşullarının (yaşlı sağlığı gibi) değil; sosyo-ekonomik, kültürel ve toplumsal düzeydeki koşullarının da irdelenmesini gerektirir. Ancak yaşlılık dönemine özgü biyolojik, psikolojik, fizyolojik, sosyal ve ekonomik değişimler nedeni ile yaşlı bireyler bu dönemde sağlık konusunda problemlerle daha sık karşılaşabilmektedirler [23]. Bu nedenle yaşlıların sağlık konusundaki ihtiyaçları artabilmekte, sağlıklarına ilişkin doğru karar verebilmeleri için temel sağlık bilgilerine ve verilen sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri önemli hale gelmektedir. Bunun yanı sıra bu bilgileri doğru değerlendirerek kendi yaşamlarında uygulayabilmeleri de aktif yaşlanabilmeleri için önemli bir gereklilik olmaktadır. Yani bir anlamda aktif yaşlanmaları için sağlık okuryazarı olmaları önem kazanmaktadır [24].

Nutbeam [3] tarafından öne sürülen sağlık okuryazarlığı;

- ✓ *işlevsel* (sağlık bilgisini okuyabilme ve yazabilme, sağlık risklerini anlama ya da sağlık sisteminden yararlanabilme),
- ✓ *etkileşimli* (sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sağlık bilgisini uygulama) ve
- ✓ *eleştirel* (sağlıkla ilişkili kişisel ve toplumsal kapasite geliştirebilme, sağlığın sosyal, politik, ekonomik anlamını görebilme ve anlayabilme) olmak üzere üç kademede ve düzeyde ele alınmaktadır.

Nutbeam'in [3] sağlık okuryazarlığı yaklaşımını açıklamak için kullandığı bu kademeler göz önünde bulundurulduğunda yaşlılıkla birlikte farklı nedenlere bağlı olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü belirtilmektedir [7,8].

Yaşlılık döneminde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşmesinin fiziksel, kültürel, sosyo-ekonomik ve çevreye özgü pek çok nedeni sıralanmaktadır [25]. Bu nedenlerin ise aynı zamanda aktif yaşlanmanın önündeki engeller oldukları da anlaşılmaktadır. Zira aktif yaşlanmanın bireysel belirleyicileri kapsamında değerlendirilebilecek özellikler olarak bilgiyi işleme

kapasitesinin azalması, demans ve bilişsel bozukluklar, kronik hastalıklarda artış, kötüleşen fiziksel ve ruhsal sağlık, görsel ve işitsel duyularda zayıflama sağlık okuryazarlığının düşmesinin fiziksel nedenleri arasında sıralanmaktadır [9,18-20]. Bu nedenle yaşlı bireylerin karşılaştıkları akut ve kronik hastalık sayısı arttığı için zamanında alınan doğru önlemlerin ve müdahalelerin yaşlı bireylerin yaşamı açısından önemi artmaktadır [5]. Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin aşı ve tarama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları bulunmuştur [9]. Ayrıca düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının, korku ve şaşkınlık yaratarak bireyleri tedavi aramaktan alıkoyduğu saptanmıştır [26]. Düşük düzeydeki işlevsel sağlık okuryazarlığının 65 yaş üzerindeki bireylerin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranları üzerinde de etkili olduğu görülmüştür [27]. Bu nedenle yaşlıların akut ve kronik hastalıklarının belirtilerinin farkında olmaları; ilgili sağlık kuruluşu, hastane ve klinikleri belirleyebilmelerini ve bu kuruluşlara ulaşabilmelerini kolaylaştırmaktadır. Böylece yaşlıların, tedavi yöntemlerini anlayabilmeleri ve ilaçları etkin/doğru bir biçimde kullanabilmeleri sağlık okuryazarı olmaları ile mümkün olmaktadır [24].

Aktif yaşlanma temelinde yaşlılık dönemindeki fiziksel kayıpların yanı sıra, sosyal kayıpların da yaşlıların sağlık okuryazarlığı açısından değerlendirilmesi gerekir. Zira emeklilik, evden ayrılan çocuklar ve aile bireylerinden birinin ölümü gibi pek çok faktör yaşlı bireylerin sosyal etkileşimini azaltmakta, sosyal destek ağlarını sınırlandırmaktadır [28,29]. Bu noktada özellikle belirtilmelidir ki yaşlılıkla birlikte kronik hastalıkların artması, kas ve iskelet sistemindeki kayıplarla fiziksel engellerin yaygınlaşması, demans ve Alzheimer gibi bilişsel bozuklukların artması yaşlılıkta uzun süreli bakım hizmetlerini de önemli hale getirmektedir. Ülkemizde uzun süreli bakım hizmetleri genellikle aile bireyleri tarafından sağlansa da değişen demografik yapı nedeniyle sağlık profesyoneli tarafından sağlanan bakımın önemi giderek artmaktadır. Kurumsal bakım, evde bakım, palyatif bakım gibi profesyonel kurum ve kuruluşlar tarafından sağlanan bu hizmetler aktif yaşlanmaya katkıda bulunarak yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmaktadır [21,22]. Ancak özellikle aile bireylerinden ayrı, hatta yalnız yaşayan ve aile bireyleri ile sıklıkla iletişim kur(a)mayan yaşlıların bakım konusunda da sorunlar yaşamaları söz konusu olabilmektedir. Çünkü basılı, görsel ve sanal medyada da sıklıkla rastlandığı gibi kurum bakımından yararlanan ya da evde yalnız yaşayan yaşlıların,

bakıcılar tarafından ihmal ve istismara maruz kalmaları söz konusu olabilmektedir [5,30]. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı yaşlı bireyin maruz kaldığı şiddet, taciz ve suistimalin farkına varılması, gerekli önlemlerin alınması, bireysel ve hukuksal yollara başvuru yapılması için gerekli olmaktadır. Çünkü şiddet ve suistimal sadece yaşlı bireyler tarafından değil, toplumun hemen her kesimi ve yaş grubu tarafından normalleştirilebilmekte, yaşlı bireye verilen zararların sonuçları gözardı edilebilmektedir. Böyle durumlarda yaşlıların ailelerinin/bakıcıların hak ihlali durumunda gerekli kurumlara ve kuruluşlara başvurularını yaşlıların aktif yaşlanabilmeleri için de önemlidir [5,30,31].

Diğer yandan bilgi teknolojisinin en üst düzeyde olduğu günümüzde televizyon, radyo, internet ve sosyal medya araçlarının kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır. Her ne kadar yaşlı bireyler arasında internet kullanımı oldukça düşük düzeyde olsa da ülkemizdeki sağlıkla ilgili televizyon programları yaşlı bireyler tarafından sıklıkla takip edilebilmektedir. Ancak farklı programlarda verilen bilgiler birbirleriyle çelişebilmekte veya yaşlı sağlığını tehdit edici olabilmektedir [32]. Bu durumlarda yaşlı bireyin, her bilgiyi doğru olarak kabul etmemesi, kendi sağlık koşuluna uyan bilgileri değerlendirerek doktor ya da uzman sağlık çalışanı kontrolünde uygulaması önemlidir. Zira sağlık konusunda yapılan yanlış haberler, yaşlı bireyleri iyileştirmek yerine yaşlıların sağlık durumlarının kötüleşmesine ve hatta ölmelerine yol açabilir. Yapılan pek çok çalışma da sağlık durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir [9,33,34]. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olmasının, hastanede kalma süresini ve acil durum vakalarını artırdığı öne sürülmektedir [9,35,36]. Bu noktada özellikle belirtilmelidir ki sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasında yaşlıların sosyo-ekonomik durumu da önemli bir belirleyici olmaktadır [16,17]. Zira aktif yaşlanmanın ekonomik belirleyicilerinde de açıklandığı gibi özellikle emeklilikle birlikte azalan gelire bağlı olarak yaşlıların yoksullaşmaları söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin toplumsal yaşamdan uzaklaşmaları sağlıkla ilgili bilgi ağlarına da kapalı olmaları anlamına gelebilmektedir [37]. Özellikle kırsal alanda yaşayan yaşlılar için sağlık hizmetlerine zamanında ulaşamamak sağlıklı yaşam yıllarını artırmada büyük bir engeldir. Zira yapılan araştırmalarda kır nüfusunun kent nüfusuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır [13,14].

Türkiye’de ise yaşlı bireylerin bazıları köy ve beldelerde ikamet etmeye devam etmektedirler [2]. Ayrıca büyük şehirlere yapılan yoğun göç sonucunda şehir merkezi çevreye doğru genişlemiş, merkeze ulaşım zorlaşmıştır. Aile fertlerine, akrabalara ve arkadaşlara uzak kalmak, sosyal çevreden mahrum olmak yaşlıların izole olmasına, depresyon gibi psikolojik sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir [28]. Bu noktada sağlık hizmetlerine erişimi sağlayacak fırsatların (ulaşım vb.) olmaması da aktif yaşlanmanın önündeki büyük bir engeldir [29].

Yaşlıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Artırılması

Yaşlanmakta olan nüfusun dinamizminin korunabilmesi için aktif yaşlanma ilkelerinin hem mikro hem de makro düzeyde benimsenmesi, aktif yaşlanmayı etkileyen olumsuz faktörlerin en aza indirilmesini ve mümkünse ortadan kaldırılmasını gerektirmektedir [38]. Ancak aktif yaşlanmanın ve dolayısıyla sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinden de anlaşıldığı gibi yaşlılar için sağlık okuryazarlığı, sadece bireysel kapasiteye bağlı bir beceri olarak değerlendirilemez. Çünkü yaşlıların bireysel özelliklerinin yanı sıra çevresel faktörleri (fiziksel ve sosyal çevre belirleyicileri gibi) de sağlık okuryazarı olmalarında etkili olmaktadır [25]. Bu nedenle yerel yönetimler, sağlık kurumları ve sağlık çalışanları yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve buna ilişkin sahip oldukları fırsatları ve kaynakları göz önünde bulundurarak gereken önlemleri almalıdırlar. Şüphe yok ki, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek bu konuda atılması gereken önemli bir adımdır. Böylece yaşlı refahı ve dolayısıyla toplumsal refah açısından yaşlıların düşük düzeydeki işlevsel, etkileşimli ve eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek önemli bir sosyal politika hedefi olmalıdır. Çünkü işlevsel sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimler bireylerin hastalıkları hakkındaki bilgilerini artırmayı ve o konu hakkında bilgiye erişebilme becerilerini geliştirmeyi amaçlar. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı ise işlevsel sağlık okuryazarlığına ek olarak bireyin kendisine uygun sağlık seçimleri yapmasını ve bu amaçla sosyal becerilerini kullanmasını amaçlar. Yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını işlevsel ve etkileşimli düzeyde artırmaya yönelik olarak Amerika’da ve Avrupa’da bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçerek konuya ilişkin eğitimin etkinliğini ölçmek amaçlanmıştır. Genellikle internet ve sosyal medyayı kullanma becerilerini artırmaya yönelik yapılan bu çalışmalarda yaşlılara yönelik özel eğitim programlarının sağlık okuryazarlığı düzeyini artırdığı saptanmıştır [39,40].

Sağlık okuryazarlığını artırmayı hedefleyen eğitim programlarının yanı sıra farkındalığı artırıcı kampanyalar, yaşlıların sağlık okuryazarlığı konusunda bilinçlenmeleri için faydalı olabilir. Örneğin yapılan çalışmalarda sigara kullanımının azaltılmasını teşvik edici politikaların sigara bırakma oranını artırdığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyini yükselttiği gözlemlenmiştir [41,42].

Yukarıda bahsedilen eğitim programlarının ve bilinçlendirme kampanyalarının çoğu işlevsel ve etkileşimli sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmeye yönelik olarak planlanmıştır. Eleştirel sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programları bulunmamaktadır. Çünkü ilk adım olarak işlevsel ve etkileşimli sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması hedeflenmiştir. Bu nedenle yaşlılar için bir sonraki adım olarak bireylerin sağlık bilgilerini anlayıp yorumlayabilmelerine, kendileri için uygun sağlık kararlarını vererek uygulayabilmelerine, çevrelerindeki bireyleri ve toplumları da harekete geçirerek sağlıklı yaşam biçimini benimsemelerine yardımcı olacak eleştirel sağlık okuryazarlığına yönelik programlar geliştirilmelidir.

Avrupa Komisyonu'nun [31] yaşlı bireyler için hazırladığı sağlık okuryazarlığı eğitim programının hedefleri arasında da yaşlıların aktif ya da pasif olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları, hasta haklarını ve sorumluluklarını öğrenmeleri, şikâyet mekanizmalarının farkında olmaları ve bilgilendirilmiş onam hakkında bilgi sahibi olmaları yer almaktadır. Komisyon'un yaşlılara yönelik eğitim modülleri arasında yer alan etkili iletişim becerileri de yaşlıların özellikle etkileşimli sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak açısından önem taşımaktadır. Çünkü bu eğitimin amacı hem yaşlı bireyler hem de sağlık çalışanları için iletişim engellerini karşılıklı olarak ortadan kaldırmak, iletişim becerilerini geliştirmek, dijital ortam da dahil olmak üzere yazılı ve görsel materyalleri, logo, levha ve tabelaları yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına göre düzenlemek olarak belirlenmiştir [31]. Bu noktada özellikle belirtilmelidir ki hasta yaşlıların sağlık çalışanları tarafından saygı görmemesi, ayrımcılığa maruz kalması, hastalıkla ilgili endişelerin ve soruların geçiştirilmesi, hastalığın ve tedavi yöntemlerinin sağlık çalışanları tarafından gerektiği kadar açıklanmaması gibi daha pek çok faktör, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak yaşlı bireylerin sağlık okuryazarı olmalarında sağlık çalışanlarının ve yaşlı bireylerin doğru iletişim kurmalarının da çok önemli olduğu söylenebilir [43].

Diğer yandan sosyal destek ağları güçlü olmayan yaşlılar için yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin, sağlık çalışanlarının, özel sektörde ve kamu kurumlarında çalışanların sosyal sorumluluk projeleri kapsamında sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik yaşlılara destek olmaları gerekmektedir [34]. Sözü edilen sosyal sorumluluk projelerini Türkiye'de yaşlı bireylere uygulamak için Amerika'daki ve Avrupa'daki eğitim programlarının [44] benzerleri incelenebilir. Bu programlarda sağlık okuryazarlığı kapasitesini artırma, sağlık hizmetlerinin sosyal ve yasal yönlerini tanıma, bilgiye dayalı karar verebilme yetisini geliştirme, fiziksel, ruhsal ve sosyal katılımı teşvik etme ve aktif yaşlanma için kapasite geliştirme gibi faaliyetler gerçekleştirilebilir.

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün aktif yaşlanma belirleyicileri olarak sıraladığı faktörlerden de anlaşıldığı gibi yaşlıların refahı, sağlık okuryazarlığının artırılması ve geliştirilmesi ile mümkündür. Bu anlamda aktif yaşlanmak yaşlı bireylerin sağlık okuryazarı olmalarını gerektirir. Ancak bir toplumda yaşlıların sağlık okuryazarı olmaları yaşlıların sadece bireysel düzeydeki çabaları ile mümkün olamaz. Zira yaşlıların; biyolojik, psikolojik ve pek çok açıdan yaşadıkları sorunlar da göz önünde bulundurulduğunda aktif yaşlanmaları ve dolayısıyla sağlık okuryazarı olmalarının önündeki engeller daha fazla olmaktadır. Bu nedenle yaşlıların sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik girişimler için sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm paydaşların sorumluluk almaları gerekmektedir. Böylece yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini artırarak onların daha katılımcı, sağlıklı ve dolayısıyla da aktif yaşlanmaları sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. United Nations. (2013). *World population ageing 2013*. Retrieved July 5, 2014, from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.
2. Turkish Statistical Institute. (2014). *Main statistics*. Retrieved July 5, 2014, from <http://www.turkstat.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.
3. 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, 259-267.
4. World Health Organization. (2014). *Health literacy: The solid facts*. Retrieved July 8, 2014, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
5. World Health Organization. (2014). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved July 8, 2014, from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf.
6. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, J. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy (NCES 2006-483)*. Retrieved July 5, 2014, from <http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
7. Mottus, R., Johnson, W., Murray, C., Wolf, M.S., Starr, J.M., Deary, I.J. (2014). Towards understanding the links between health literacy and physical health. *Health Psychology*, 33(2), 164-173.
8. Zamora, H. and Clingerman, E. (2011). Health literacy among older adults: A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*, 37, 41-51.
9. Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Sudano, J., Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 55 (6), S368-S374.
10. Britton, A., Shipley, M., Singh-Mannoux, A., Marmot, M. G. (2008). Successful aging: The contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1098-1105.
11. Broese-van Groenou, M. I. and van Tilburg, T. (2003). Network size and support in old age differentials by socio-economic status in childhood and adulthood. *Ageing and Society*, 23(5), 625-645.
12. Paul, C., Ribeiro, O., Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10.

13. Bourne, P.A. Morris, C., Charles, C.A., Eldemire-Shearer, D., Kerr-Campbell, M.D., Crawford, T.V. (2010). Health literacy and health seeking behavior among older men in a middle income nation. *Patient Related Outcome Measures*, 1, 39-49.
14. Li, X., Ning, N., Hao, Y., Sun, H., Gao, L., Jiao M., et al. (2013). Health literacy in rural areas of China: Hypertension knowledge study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 1125-1138.
15. Sugiswawa, S., Liang, J., Liu, X. (1994). Social networks, social support and mortality among older people in Japan. *Journals of Gerontology*, 49(1), S3-S13.
16. Canadian Council on Learning. (2007). *Health literacy in Canada: Initial results from the international adult literacy and skills survey Ottawa*. Canada: Canadian Council on Learning.
17. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y. & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy*. (NCES 2006-483). Washington, D.C: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
18. DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239.
19. Williams, M.V., Baker, D.W., Honig, E.G., Lee, T.M., Nowlan, A. (1998). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest Journal*, 114, 1008-1015.
20. Wolf, M.S., Gazmararian, J.A., Baker, D.W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946-1952.
21. Mendenhall, A.N. and Fraunholtz, S. (2013). Mental health literacy: Social work's role in improving public mental health. *Social Work*, 58(4), 365-368.
22. Pignone, M., DeWalt, D.A., Sheridan, S., Berkman, N., Lohr, K.N. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 185-192.
23. Abukan, B. (2014). *Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramına göre kendini gerçekleştirme ve bilgelik ilişkisi*. Basılmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
24. Renehan, E., Dow, B., Lin, X., Blackberry, I., Haapala, I., Gaffy, E., et al. (2012). *Healthy ageing literature review*. Australia: Victorian Department of Health.

25. Cutilli, C.C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedi Nursing*, 26(1), 43-48.
26. Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., et al. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 215-220.
27. Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.
28. Lee, S.D., Gazmararian, J.A., Arozullah, A.M. (2006). Health literacy and social support among elderly medicare enrollees in a managed care plan. *Journal of Applied Gerontology*, 25 (4), 324-337.
29. Paasche-Orlow, M.K. and Wolf, M.S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31, 19-26.
30. Tareque, I., Ahmed, M., Tiedt, A.D., Hoque, N. (2014). Can an active ageing index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58 (3), 399-407.
31. Xerri, R. (2013). *Council of Europe training programme: Health literacy for elderly people*. Malta: Council of Europe, Directorate General of Democracy.
32. Tappe, M. and Galer-Unti, R. (2001). Health educators' role in promoting health literacy and advocacy for the 21st century. *The Journal of School Health*, 71, 477-482.
33. Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott T., Parker, R.M., Green, D., Ren, J., et al. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, 1278-1283.
34. Sudore, R.L., Mehta, K.M., Simonsick, E.M., Harris, T.B., Newman, A.B., Satterfield, S., et al. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of American Geriatric Society*, 54, 770-776.
35. Cho, Y.I., Lee, S.Y., 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.

36. Howard, D.H., Gazmararian, J., Parker R.M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *American Journal of Medicine*, 118, 371-377.
37. Holmes, W.R. and Joseph, J. (2011). Social participation and healthy ageing: Neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions. *Globalization and Health*, 7(43), 1-8.
38. Saha, S. (2006). Improving literacy as a means to reducing health disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 893-895.
39. Gross, V., Famiglio, L., Babish, J. (2007). Senior citizen access to trusted stroke information: A blended approach. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 11, 1-11.
40. Susic, J. (2009). NIH senior health classes for senior citizens at a public library in Louisiana. *Journal of Consumer Health on Internet*, 13, 417-419.
41. Stewart, D.W., Adams, C.E., Cano, M.A., Correa-Fernández, V., Li, Y., Waters, A.J., et al. (2013). Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 103(7), 43-49.
42. Weiss, S.M. and Smith-Simone, S.Y. (2010). Consumer and health literacy: The need to better design tobacco-cessation product packaging, labels, and inserts. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 403-413.
43. Smith, K.H. and Nolan, M.E. (2014). Aging and health literacy. *Journal of Consumer Health On the Internet*, 18(1), 94-100.
44. Manafó, E. and Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: A systematic literature review. *Health Education Research*, 27(6), 947-960.

SAĞLIK HABERCİSİNİN GÖZÜNDEN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Esra Öz*

ÖZET

Sağlık okuryazarlığının gelişmesi için öncelikle sağlık haberciliğinde uzmanlaşmanın desteklenmesi gerekmektedir. Gazetecilik yapmamış insanların insafsızca eleştirilerinin bazen çok yersiz olduğunu bu mesleğin içinden gelen bir medya çalışanı olarak söyleyebilirim. Sağlık haberciliğinde uzmanlaşarak bu alanda yapılan haberlerin doğru, tarafsız ve etik çerçevede ele alınması sağlanmalıdır. Doğru habercilik bilinciyle okurun ve sağlık çalışanlarının daha bilinçli hareket etmesi gerekmektedir. Özellikle uzman sağlık habercileri ve bilinçli sağlık profesyonelleri bu alanın gelişmesinde büyük önem taşımaktadır. Böylece sağlık okuryazarlığı bilincinin oluşması sağlanabilir.

***Anahtar Kelimeler:** İletişim, medya, sağlık haberciliği, sağlık muhabiri*

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı konusu birçok açıdan ele alınırken gazetecilerin bu alanda neler yaptığı üzerinde durulmamaktadır. Gazeteciler genellikle korkulan, uzak durulan ve güvenilmeyen insanlar olarak algılanmaktadır. Peki, aslında gazetecilerin gerçek dünyası nasıldır? Onlar haber kaynaklarına nasıl bakarlar? Haberlerini yaparken nelere dikkat ederler? Sağlık muhabiri, sağlık konusunu nasıl ele almalıdır? Sağlık okuryazarlığının sağlık haberciliği ile ilişkisi nasıl kurulabilir? Bu çalışmada bu sorular bilimsel literatürden ziyade deneyimlere bağlı olarak tartışılmıştır.

Sağlık haberciliği denildiğinde akla hastalıklar, doktorlar, ilaçlar, tıbbi cihazlar gibi pek çok şey gelmektedir. Bu alanda araştırma yaparken

* Sağlık Muhabiri, e-mail: fesraoz@gmail.com

anlaşılması zor pek çok Latince kelime ve tıbbi terminoloji ile karşılaşmak ve bununla ilgili güçlükler yaşamak söz konusu olabilmektedir. Bu alanda yeni çalışmaya başlayan bir sağlık muhabiri, yıllardır uygulanan bir tedavi yöntemini yeni bulunmuş gibi anlatabilmektedir. Bu durumda yapılan haberi okuyanlar sorgulamadan ve şüphelenmeden uygulanan yöntemin yeni olduğuna inanabilirler. Oysa bir sağlık muhabiri bu alanla ilgili yeni bilgileri öğrenerek çevresini genişletirken aynı zamanda bireyler için önemli olan sağlıkla ilgili doğru bilgileri vermek ve yenilikleri aktarmakla yükümlüdür. Bu bağlamda sağlık okuryazarı olmak, sağlığa ilişkin temel bilgileri bilmeyi, anlamayı ve uygulamayı gerektirir. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olan sağlık muhabiri bu bilgiler aracılığı ile sağlığa ilişkin yenilikleri araştırarak ve sorgulayarak ortaya çıkarma, doğru bilgileri medya ve toplumla paylaşma ile yenilikleri aktarma konusunda sorumluluk üstlenmektedir.

Sağlık Muhabiri Nasıl Olmalıdır?

Bir sağlık muhabiri olarak kendi yaşamıma ilişkin paylaşımlarda bulunarak bu soruyu yanıtlamaya çalışacağım:

“Sağlık haberciliği alanında, sürekli farklı ne yapabilirim” diye araştırma yaparak geçen 7 yılı geride bıraktım. Gazeteciliğe ilk başladığım günlerde, rehber olacak tüm kitapları aldım, inceledim, okudum, sorguladım ve haberlerimde kullanmaya başladım. Muhabirlerle tanıştım, onları gözlemledim. Ne yapıyorlar, nasıl soru soruyorlar, haberleri hangi açıdan ele alıyorlar, irdeledim. Bu süreçte notlar aldım. Habere gitmeden önce de hazırlık yaptım. Ayrıca neler sormam gerektiğini belirledim ve röportaj yapacağım uzman hakkında önceden araştırma yaptım. Özellikle bu kişiyle, daha önce hangi konularda haberler yapılmış ve ne sorulmamış buna çok dikkat ettim. Çünkü hedefim hep yapılmamış olanı yapmaktı...

Bu örnekten hareketle özellikle belirtilmelidir ki **iyi bir sağlık muhabiri** öncelikle merak etmeli, araştırmalı, soru sormalı, cevaplarını kuşku ve mantık süzgecinden geçirerek öğrenmelidir. Habere ilişkin konuyu net ve kısa cümlelerle anlatmalı, bunun için konuyu öncelikle kendisi anlamalıdır. Bu bağlamda sormak, sorgulamak ve akıl yürütmek bir sağlık muhabirinin en önemli *mottosu* olarak ifade edilebilir. Bu da sağlık muhabirinin alanını sevmesi ve sahip çıkması ile ilişkilidir. Çünkü bu alanda çalışan kişi, yaptığını sadece iş olarak görmemeli, bunu yaşam tarzı olarak da benimsemelidir.

Gazetecilik, her haber yaptığınızda farklı geri bildirim alınan merak duygusunu öğrenme ve paylaşmayla beslenen bir yaşam biçimidir. Bilimsel kanıtlar dışında, sadece kişisel hırslara kurban edilemeyecek objektif ve etik duruştur! Sınırlarını iyi belirleyip onların aşılmasına izin verilmemesi gereken önemli bir iştir. Bu bağlamda Türkoğlu [1] “Gazeteci oluyorum” adlı kitabında, İngiliz gazeteci-yazar Randall [2] ’ın şu ifadelerine yer vermektedir:

“Gazeteciliğin kahramanları muhabirlerdir. Onlar her yere en önce gider, olayın karmaşası içinde kapalı kapıları zorlarlar, bazen risk alarak gerçeğin başlangıcını ele geçirmeye çalışırlar” [2].

Ancak ülkemizde sağlık haberciliğinin önemi hala anlaşılammıştır. Çünkü sağlık haberciliği, işe ilk başlayan muhabirlerin görev aldığı, gazeteye haberin girmesi için çarpıcı başlıkların atılmaya çalışıldığı bir alan olarak görülebilmektedir. Bu nedenle okuyucu okuduğuna inansa da konunun uzmanları tarafından habere olan güven azalabilmektedir. Zira “Check up sağlık iletişimi” adlı kitapta sağlık profesyonellerinin %21’inin, medya profesyonellerinin ise %12’sinin medyada yer alan sağlık konusundaki haberleri ve yazıları kesinlikle *güvenilmez* bulunduğu belirtilmiştir [3]. Ayrıca sağlık profesyonellerinin %62’si sağlık muhabirlerinin, halka sağlık konusunda doğru ve güvenilir bilgiler vermediğine inanmaktadır. Aktaş [4] ise “Benim güzel medya” adlı kitabında bu durumu, zamanla yarışırken gazetecilerin haberi nasıl ele alacağı konusunda yaptıkları hataların farkında olmamalarına bağlamaktadır. Editör ile muhabirin bağlantısı olmadığına ise Aktaş [4] durumun daha da trajikomik hale dönüştüğünü haber örnekleri ile irdelemektedir. Ayrıca hatalı haberlerin nasıl ele alındığını anlatmakta ve yanlışlar üzerinde de durmaktadır. Bu tür trajikomik bir durumu “*Nazar etme ne olur dua et senin de olur!*” başlıklı bir haber ile örneklemek yerinde olabilir:

“Meksikalı ünlü sinema oyuncusu Salma Hayek, göğüslerinin sırrını açıkladı. Ses verdiği animasyon filmi “Puss in boots”un tanıtımı için The Graham Norton Show’a çıkan Hayek, göğüslerinin sırrını şöyle anlattı: “Sınıfımın en küçük kızyıdım. Diğer kızların göğüsleri çıkarken bende hiçbir şey yoktu. Benimle “sıska, erkek Fatma” diye alay ediyorlardı. Ben de bir gün kiliseye gittim ve elimi kutsal suya daldırıp “Lütfen Tanrım bana biraz göğüs ver” diye dua ettim”. 45 yaşına rağmen hem ince vücut formu hem de dolgun göğüsleriyle dikkat çeken ünlü yıldız, bu son filminde yine,

“Desperado” ve “Bir zamanlar Meksika’da” da birlikte çalıştığı Antonio Banderas ile rol aldı.” [5].

Bu haberi sorgulamadan okuyanların, dua ile göğüslerinin büyüyebileceğini düşünebilmesi pekâlâ mümkündür.

Diğer yandan özellikle yeniliklerin insanları ürküttüğü söylenebilir. Sağlık haberciliğinde de benzer durum söz konusudur. O nedenle sağlık haberciliği sadece eğitimle değil, “Sağlık, bilim ve teknoloji haberciliği” ile ilişkili olarak anılmalıdır. Çünkü bu habercilikte sağlık, bilim ve teknoloji ile iç içe geçmiş durumdadır. Dolayısıyla bu alanın isminin ve sınırlarının belirlenmesi için nitelikli daha çok çalışma ve girişimlere ihtiyaç vardır.

İyi bir sağlık muhabiri, okuyucu kitlesini göz önünde bulundurmalıdır. Çünkü halka ve özellikle bilim insanlarına yönelik haber yapmak birbirinden farklıdır. Halkın bilmediği konuda kolaylıkla haber yapılabilir. Ancak bilim insanlarına haber yaparken onlar için yeni, farklı ve onların bilmedikleri bir konuda haber yapmak, o haberin bilim insanları tarafından okunmasını ve takip edilmesini sağlar. Burada önemli olan halkın okuduğu sağlık haberine genellikle inanma eğiliminin daha fazla olması, bilim insanlarının ise habere sorgulayarak yaklaşmasıdır. Zira detayını öğrenmek isteyen bilinçli okuyucu kitlesinin varlığı sağlık muhabirinin sorgulayarak, irdeleyerek daha dikkatli ve özenli haber yapmasını da sağlar. Bu nedenle gazeteci aldığı her bilgiyi bir kaynağa dayandırarak okuyucu kitlesini inandırmak durumundadır.

İyi bir sağlık muhabiri, haberini magazinleştirmekten kaçınmalıdır. Çünkü “Bilimsel olan bilgi sıkıcıdır” kanısı nedeniyle gazetecilerde, genellikle bilimsel haberi magazine dönüştürme telaşı vardır. Okuyucu kitlesinin bilgi düzeyinin düşük olabileceği göz önünde bulundurularak bilimsel haberlerde ünlü isimlere yer verilir. Böylece magazinsel hale gelen haberin okunma oranının yüksek olacağına inanılır. Ancak hem okunan hem de ilgi gören haber yapmak mümkündür. Bunun için sağlık muhabirinin konuyu anlaması, okuyucunun aklına takılabilecek her türlü sorunun yanıtını öğrenmesi ve anlaşılır bir dille o konuyu yazması gereklidir.

İyi bir sağlık muhabiri, tüm haber türleri için geçerli olan hususlara dikkat etmelidir. Haberde aşığılayıcı, rencide edici ifadeleri kullanmamak, haberi doğrulamak, kaynak ile olan ilişkilere özen göstermek, incitici yayınlardan kaçınmak ve *reklam haber* yapmamak bu hususlardan sadece bazılarıdır.

Sağlık muhabirlerinin “iyi sağlık haberi” yazabilmesi için dikkat etmesi gereken hususların yer aldığı belgeler ve düzenlemeler de bulunmaktadır. Bunlar arasında Dünya Sağlık Örgütü’nün 1998’de Moskova’da düzenlediği “Sağlık için iletişim” başlıklı bir toplantı sonucunda yayınlamış olduğu bildirme [6] önemlidir.

Bu bildirmede vurgulanan hususlar:

1. Zarar verme,
2. Araştır, doğruyu bul,
3. Umut verme (özellikle mucizevi tedavilerden bahsetme),
4. Kendine bu haberden kim yararlanır sorusunu sor,
5. Haber kaynağının gizliliği ilkesini unutma,
6. Vereceğiniz haberler hasta, engelli ve çocuklar hakkında ise bir kez daha düşün,
7. Özel hayatı ve acıları haber yapma,
8. Acıyı duygu sömürüsü için asla kullanma,
9. Kararsız kalırsan haberden vazgeç biçiminde sıralanmaktadır.

Ayrıca sağlık haberinin yazılabilmesi için Amerika’daki Sağlık Muhabirleri Derneği’nin “Sağlık Habercileri Birliği Etik İlkeler Beyanname” [7], Amerikan Tıp Yazarları Birliği’nin Etik İlkeleri [8], “Bilim ve Sağlık İletişimi Kılavuzu [9] ile diyabet haberlerinin [10] ve AIDS haberlerinin [11] hazırlanmasında dikkat edilmesi gerekenleri anlatan kılavuzlar da incelenmelidir.

Sağlık Muhabiri ve Sağlık Çalışanlarının İletişimi

Annette Simmons’un [12] “Hikâyenin gücü” adlı kitabında, birbirlerinin yanında rahat eden insanlar arasında gerçek etkileşimin olduğu belirtilmiş ve aşağıdaki ifadeler yer verilmiştir:

“Hikâye aracılığı ile bağ kurduğunuzda, insanlar bir anlamda tıpkı onlar gibi olduğunuza karar verirler. Onlar gibi düşündüğünüz, onlarla aynı şeye değer verdiğiniz ya da aynı şeyleri hissettiğiniz için olabilir. Benzerlik, güven kazanmak için yeterlidir. Bu bağı kurarak kazandığımız güven, etkileme ve ikna kabiliyetinizi fazlasıyla arttıracaktır.” [12].

Ülkemizde bağ kurmak için genellikle nereli oldukları sorulur. Böylece bir şekilde ortak nokta bulunmaya çalışılır ve konuşulan kişinin hemşehri olup olmadığı sorgulanır. Bu noktada nereli olduğunuzun, ne olduğunuzdan daha mı önemli olduğu düşünülebilir. Bir sağlık muhabirinin haber yazmak ya da röportaj yapmak için sağlık çalışanı ile görüşmeye “Nerelisiniz?” sorusuyla başlaması hoş bir davranış değildir. Görüşmenin daha sağlıklı geçmesi için sağlık muhabirinin farklı bir iletişim tarzını benimsemesi, her şeyden önce görüşmeye hazırlıklı gitmesi gereklidir.

Sağlık çalışanları ile iletişimde sağlık muhabirinin dikkat etmesi gereken noktalar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- ✓ Sağlık çalışanlarının akademik çalışmaları okunmalı, resmi web adresleri ve diğer yazıları da incelenmelidir.
- ✓ Özellikle yurt dışındaki sağlık çalışanları ile röportaj yaparken bu konuda çok dikkatli olunmalıdır. Çünkü her ülkede sistem farklı olduğu için farkında olmadan yanlış bilgi aktarmak söz konusu olabilmektedir. Bunu önlemek için gerekirse uzman görüşü alınabilir.

Sağlık çalışanının da muhabir ile görüşmeden önce veya görüşme sırasında dikkat etmesi gereken hususlar vardır. Kiminle görüşüleceği, görüşmenin kapsamının ne olacağı, konuyu açıklarken kullanılacak ifadeler, konunun anlaşılır bir biçimde aktarılması bu hususlardan sadece birkaçıdır.

Muhabir, almış olduğu bilgileri okuyucuya aktarmakla yükümlü olan kişidir. Bu durumda kaynağa bağlı olarak yazılan haberin, okuyucuyu nasıl etkileyeceğini de kaynak konumundaki sağlık çalışanının göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Daha detaylı olarak ele almak gerekirse sağlık çalışanı, öncelikle görüşeceği muhabiri biraz araştırmalıdır. Sağlık çalışanı, o muhabirin daha önceki sağlık haberlerinde nasıl başlıklar kullandığını, spotlarının nasıl olduğunu ve muhabirin kendi alanı ile ilgili daha önce haber yapıp yapmadığını incelemelidir. Diğer yandan o muhabirin haber dilinin saldırgan mı yoksa objektif mi olduğuna ve ayrıca çarpıcı haber yapmak adına spekülasyon olup olmadığına dikkat etmelidir.

Ayrıca sağlık çalışanı röportaj öncesinde hangi konu hakkında konuşacağı ile ilgili muhabirden bilgi almalıdır. Sağlık çalışanı hazırlık yapmalı ve kayıt dışı olarak ifade edilen kelimeleri kullanmamalıdır. Çünkü

daha sonra sağlık çalışanının o kelimeleri, haberin başlığı ya da manşeti olarak karşısına çıkabilir.

Muhabirler genellikle haberi nasıl çarpıcı yapabileceklerini dűřünürler. Bu noktada emek verdikleri yazının yayınlanmasını ve ilgi görmesini isterler. O nedenle sűylenen her sűz onlar için çok önemlidir. Ancak muhabir, etik kuralların geređi olarak haber dıřındaki konuřmaları yazmamalıdır.

Sağlık Haberciliği ve Sağlık Okuryazarlığı

Sađlık ile ilgili haber yapılırken okuyucunun aklından geçenleri sorgulamak ve bűylece o konuda bazen basit bile gelse okuyucunun konuya iliřkin ne dűřündűđűnű öğrenmek çok önemlidir. Bu nedenle haber yaparken nasıl bir kitleye hitap edildiđinin ve bunun çerçevesinin iyi bir biçimde çizilmesi gerekmektedir.

Diđer yandan bir sađlık haberini hazırlarken sađlık muhabirleri genellikle bilimsel çalıřmalara dayalı olan haberlerden eviri yapmaktadırlar. Bu tűr haberlerde sađlık bilgisine sahip olmayan çevirmenlerin kendi yorumlarını eviri yapılan içeriđe yanlıř bir biçimde eklemeleri yanlıř sađlık bilgisinin kulaktan kulađa yayılmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle sađlık okuryazarlıđının geliřtirilmesi için öncelikle gűvenilir kaynaklardan yararlanmak řarttır. Yazılı ve gűrsel basında bu kaynaklar duyurulmalı ve bu alanda medyanın desteđiyle sađlık okuryazarlıđı bilinci oluřturulmalıdır. Bunu sađlamak için öncelikle medya çalıřanlarının uzmanlařması önemlidir. Sađlık okuryazarlıđı dűzeyini artırmak muhabirlerin sorumluluđu olarak dűř nűlmelidir. Bu açıdan muhabirlerin gűrevi; etik, dođru ve gűvenilir haber yapmaktır. Zira medyada *mucize* adı altında çok fazla sađlık haberine rastlanır. Genellikle her sene kansere are bulunur ve beynin sırrı ozűlűr. Her hastalıđın geni teřhis edilir, alakasız bir bitki her derde derman olur. Bu noktada özellikle belirtilmelidir ki, okuyucu her “mucize, buluř” gibi ifadelerin yer aldıđı haberleri bir kez daha dűř nűmelidir. Yalgın [13] da bunu desteklemekte “*Bilimsel diye anlatılan ve asılsız olan haberlerin yalan olduđunu anlamak her zaman kolay deđil; ancak bazı ipuçları var.*” ifadesi ile řeyle devam etmektedir:

“Meselâ özellikle sağlık haberlerindeki “Her derde deva” ya da “Mucizevi” tedavi önerilerine dikkatle yaklaşmak gerekiyor. Tıp bilimi giderek daha zor hastalıkların tedavileri üzerinde çalışıyor ve bunların

tedavileri için genelde farklı hasta gruplarına farklı tedaviler veya tedavi kombinasyonları öneriliyor. Meselâ kanser adı altında toplanan birçok hastalığın altında yatan sebep ve süreçler birbiriyle aynı olmadığından bunların tedavileri farklı. Durum böyleyken bir haberde veya reklâmda “kanser tedavisi” yani her kansere etki eden bir tedavi öneriliyorsa ona şüpheyle yaklaşmak gerekir. Bu, tepeden tırnağa her şeyi tedavi ettiği ileri sürülen yöntemler için daha da geçerli.” [13].

Buna ek olarak bilimsel makalelerin araştırmacıların önyargılarından etkilenmemesi de önemlidir. Bu noktada Bolat [14]’ın ifadeleri değerlidir:

“Güvenilirlik için ilk adım, makaleye bakılmalı. Bilimsel denilen araştırma, yanlış tasarlanmış olabilir. “Et yiyenler yüzde 20 daha erken ölüyor” diye bir araştırma yapıldı; ancak başka bir grup çıktı dedi ki; “Bu araştırmayı yapanlar vejetaryen, kendi önyargılarına göre araştırma sonuçlarını etkilemişlerdir.” Okuyucu bunu yapmaz, araştırmacılar bunu yapmak durumunda. Akademisyenler, basın ilgisini çekecek makaleleri yayınlamaya başladı. Kendi sonuçlarına güvenmeseler bile en azından isim yapmak ve tartışma başlatmak için yayımlıyorlar” [14].

Bu bağlamda okuyucuların bilimin gerçek sınırları ve temel yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması da önemlidir. Canan [15] bu konuda şunları ifade etmektedir:

“Günümüzde bilimin birçok alanında, özellikle fizikte yaşanan gelişmeler hakkında daha önce hiç bilgimiz olmayan bazı gerçekliklerle bizi karşı karşıya getirdi. Kuantum teorisi, kaos ve karmaşıklık kuramı, saçaklı (fuzzy) mantık gibi alanlar, günlük hayatımızda hiç de aşına olmadığımız başka bir gerçeklikten bahsediyorlar. Bazı uyanık tipler de fizik biliminin bu yeni ve havalı bulgularını, bağlamından tamamen kopartarak bir başka büyük gizem olan “insan ruhu” sorununa eklemeyip, bundan ciddi manada çıkar sağlıyorlar. Bilimin gerçek sınırlarını ve temel yöntemlerini bilen insanlar, böyle “bilimsellik kisvesi altına saklanmış” iddiaları, adeta fosforluymuşçasına kolayca fark edebilirler” [15]. Bu noktada Çenetoğlu [16] da sağlık ile ilgili haberlerin okuyucular tarafından doğru okunması gerektiğini vurgulamaktadır.

Arıcan [17] ise Michael Shermer’in özetlediği “Safsata tespit kiti”ndeki (Baloney Detection Kit) 10 soruyu dikkate alarak özellikle bilimsel içerikli haberlerin nasıl okunması gerektiği ve bir anlamda sağlık okuryazarı olmaya dair önemli ipuçları vermektedir:

- ✓ Haberin kaynağı ne kadar güvenilir?
- ✓ İddianın sahibi daha önce benzer başka iddialarda da bulunmuş mu?
- ✓ İddia/haber başka bilimsel kaynaklar tarafından teyit edilmiş mi?
- ✓ İddianın/haberin dayanak noktası yaşadığımız dünya ile uyumlu mu?
- ✓ Herhangi birisi, öne sürülen iddianın yanlış olduğunu göstermek için herhangi bir girişimde bulunmuş mu?
- ✓ Diğer bilimsel verileri iddia sahibinin öne sürdüğü iddiayı destekliyor mu, yoksa aksini mi gösteriyor?
- ✓ İddia sahibi bilinen, kabul görmüş bilimsel yöntemleri mi kullanıyor, yoksa kendi iddiasını destekleyecek şekilde yöntemleri çarpıtıyor mu?
- ✓ İddianın sahibi, yeni bir iddiada bulunurken kendi görüşünü destekleyecek veriler mi sunuyor, yoksa sadece kendi görüşünün karşıtı olan verileri mi karalıyor?
- ✓ İddia sahibinin öne sürdüğü şey, eski ve kabul gören açıklamadan daha kapsamlı bir açıklama sunuyor mu?
- ✓ İddia sahibinin ideolojik bakış açısı veya bireysel kazancı iddia ile ne kadar ilintilidir?

Bu ipuçlarından da anlaşıldığı gibi sağlık veya hastalıklarla ilgili bilgilerin okuyucuya doğru bir biçimde aktarılması toplumu oluşturan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak açısından önem taşımaktadır.

Ayrıca muhabire sağlık çalışanının bilgiyi doğru aktarması da gereklidir. Bilinçli okuyucu kitlesinin oluşması için okuduğunu sorgulamanın, şüphe etmenin ve haberin doğruluğunu araştırmanın önemli olduğu bilinen bir gerçektir. Her iki tarafın (sağlık muhabiri ve sağlık çalışanı) da yapılan haberi okuyucu kitlesinin sorgulayarak okuyabileceğinin bilincinde olmalıdır. Bu noktada doğru bilginin paylaşılmasının ne kadar değerli olduğu ortaya çıkmaktadır. Zira sağlığa yönelik doğru bilgiyi paylaşan sağlık muhabirlerinin, bir toplumun yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olmasında ve dolayısıyla sağlıklı kuşakların geleceğinde önemli rolü olduğunu söylemek mümkündür.

KAYNAKLAR

- 1- Türkoğlu, F. (2014). *Gazeteci oluyorum*. İstanbul: Optimist Yayınları.
- 2- Randall, D. (2000). *The universal journalist* (4th ed.). London: Pluto Press.
- 3- Yüksel, E., Kaya, A.Y., Koçak, A., Aydın, S. (2014). *Check up Sağlık iletişimi: Kaynak, ileti ve hedef kitle bağlamında sağlık konulu yayınların analizi*. Konya: LiteraTürk Academia.
- 4- Aktaş, A. (2013). *Benim güzel medya*. Ankara: Alter Yayınları.
- 5- *Nazar etme ne olur dua et senin de olur!* Erişim Tarihi 10 Aralık, 2011, <http://www.hurriyet.com.tr/planet/19432198.asp>.
- 6- *Guidelines for reporting on health issues*. Retrieved August 23, 2014, from <http://www.mediawise.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/Guidelines-for-reporting-on-health-issues.pdf>.
- 7- *Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği etik ilkeleri*. <http://www.esamder.org.tr/etik.asp>.
- 8- *Code of Ethics of the American Medical Writers Association*. Retrieved August 24, 2014, from <http://www.media wise. org.uk/usa-34/>.
- 9- *Guidelines on science and health communication*. Retrieved September 20, 2014, from http://www.sirc.org/publik/ revised_guidelines.pdf.
- 10- Diabetes UK. Care, Connect, Campaign. (2012). *Diabetes in the news. A guide for journalists on reporting on diabetes*. [Brochure]. Diabetes UK: Author.
- 11- Glaser, E. (2012). *A journalist's guide. To reporting on pediatric HIV and AIDS*. Washington, D.C: Pediatric AIDS Foundation.
- 12- Simmons, A. (2008). *Hikâyenin gücü*. İstanbul: MediaCat Yayıncılık.
- 13- Yalçın, Ç. (2012). *Bilimsel masallar*. Erişim Tarihi 20 Haziran, 2014, <http://fesraoz.blogspot.com/2012/06/ bilimsel-masallar.html>.
- 14- Bolat, Ö. (2012). *İşi uzmanından öğrenin*. Erişim Tarihi 30 Temmuz, 2014, <http://fesraoz.blogspot.com/2012/07 /isi-uzmanindan-ogrenin.html>.
- 15- Canan, S. (2012). *İşi uzmanından öğrenin*. Erişim Tarihi 18 Temmuz, 2014, <http://fesraoz.blogspot.com/2012 /07/isi-uzmanindan-ogrenin.html>.
- 16- Çenetoğlu, S. (2012). *Bilim ve düzmece bilim*. Erişim Tarihi 17 Temmuz, 2014, <http://fesraoz.blogspot.com /2012/07/bilim-ve-duzmece-bilim.html>.
- 17- Arıcan, I. (2012). *Bilimsel masallar*. Erişim Tarihi 8 Haziran, 2014, <http://fesraoz.blogspot.com/2012/06/ bilimsel-masallar.html>.

MOBİL SAĞLIK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Seray Öney DOĞANYİĞİT*

ÖZET

Mobil araçların yaygınlaşmasıyla birlikte mobil sağlık (mSağlık) uygulama yazılımları, sağlığın geliştirilmesi ve iyi sağlık halinin korunması ile ilgili birçok fırsatı da beraberinde getirmiştir. Bireyin farkındalığını artırmak ve oluşabilecek risk faktörlerine karşı bireyi güçlendirmek amacı ile kullanılan mobil sağlık uygulamaları, günümüzde sağlık okuryazarlığının artırılmasından davranış değişikliğine kadar pek çok alanda kullanılmaktadır.

Bu makalede mobil sağlık uygulamalarının sağlığı iyileştirme, bireyi güçlendirme ve sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmadaki rolü dünyadaki ve Türkiye'deki mobil sağlık uygulama örnekleri üzerinden tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Davranış değişikliği, mobil sağlık, sağlık okuryazarlığı

GİRİŞ

Gelişen ve yaygınlaşan bilgi ve iletişim teknolojileri, bireyleri sağlığa yönelik dijital davranış modelleri öğrenmeye teşvik etmektedir. Yeni dijital davranış modeli kazanan birey hastalık aşamasına geçmeden önce internette sağlık bilgisi aramakta, doktora gitmeden önce bilinçlenme ihtiyacı hissetmektedir. Ayrıca bu bireyler web tabanlı hastalık grupları ile sosyal destek ve enformasyon paylaşımı yapmakta, mobil telefonların yaygınlaşmasıyla sağlık uygulamaları (aplikasyonları) kullanmaktadırlar. Sağlık enformasyonu sunan bu uygulamalar, hızlı erişim teknolojileri (3G¹,

* İstanbul Bilgi Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler Programı Öğretim Görevlisi
e-mail: seray.doganyigit@bilgi.edu.tr

¹ 3. nesil, Uluslararası Telekomünikasyon Birliği tarafından tanımlanan; GSM EDGE, UMTS, CDMA2000, DECT ve WiMAX teknolojilerini kapsayan bir standartlar ailesidir.

4G-LTE² vb.) sayesinde internet, sosyal medya (Facebook, Twitter, Flickr vb.) ve mobil cihazları (tabletler, mobil telefonlar vb.) her an her yerde kullanabilme avantajı sağlamaktadır. Böylece önceden geleneksel medya araçlarıyla sağlık enformasyonuna ulaşan bireyin, yeni medya araçlarını kullanacak ve anlayacak biçimde dijital okuryazarlık düzeyine sahip olması önemli hale gelmiştir. Dolayısıyla bu yeni dijital dünyada mobil telefonlar aracılığı ile sunulan sağlık enformasyonunun niteliğini ve verimliliğini değerlendirebilmek, bu enformasyona ulaşan bireylerin ve toplumların (dijital) sağlık okuryazarı olmaları ile yakından ilişkilidir.

Bu çalışmada öncelikle mobil sağlık uygulamaları açısından önemli kavramlara dikkat çekilmekte; sağlığı iyileştirme, bireyi güçlendirme ve dolayısıyla sağlık okuryazarlığını artırmada bu uygulamaların rolü açıklanmaktadır. Ayrıca dünyadaki ve Türkiye'deki örnekler üzerinden mobil sağlık uygulamalarının tartışılmasına da olanak sağlanmaktadır.

Dijital Okuryazarlık

Jones-Kavalier ve arkadaşları [1] dijital okuryazarlığın dijital bir çevrede yaşayabilme yeteneği olduğunu belirtmektedir. Bu beceri, dijital enformasyonu okumaktan ve yorumlamaktan daha öte bir şeydir. Dijital okuryazarlık, veriyi ve görseli yeniden üretebilme yeteneğinin yanı sıra onu değerlendirebilmeyi ve uygulayabilmeyi içerir.

Bir bireyin dijital okuryazar olabilmesi için aşağıdaki dört beceriye sahip olması gerektiği belirtilmektedir [2]:

- ✓ **İçeriğin temsilini anlama:** Dijital içerik, hali hazırda varolan içeriğin yeniden üretiminden ziyade, bilginin yeni bir temsil biçimi olduğunu kavrayabilme becerisidir. Yani kullanıcı, eriştiği içeriği oluşturan kişilerin motivasyonlarını değerlendirme, o içeriği diğerleri ile karşılaştırma, o içeriğin ne kadar yaygın olup olmadığını düşünme, yetkinliğini sorgulama ve değerlendirme ihtiyacını hissetmelidir.
- ✓ **İçeriğin dilini anlama:** Dijital içeriğin çevrimiçi alanda nasıl yapıldığını, diğer çevrimiçi ağlarla nasıl bağlantı kurduğunu ve etkileşim kurallarının nasıl belirlendiğini anlama becerisidir.

² LTE, mevcut olarak kullanılan kablosuz erişim sistemlerinin geleceği olarak görülmektedir. LTE, 3G ve HSPA teknolojilerinin bir sonraki adımı olan 4G teknolojisini kullanmaktadır.

- ✓ **Üretim mantığını anlama:** İlgili içeriği sunan mecranın hedef kitlesini ve hedef kitlesinin ihtiyaçlarını anlama becerisidir.
- ✓ **Hedef kitleyi anlama:** Kullanıcıların nasıl yönlendirildiğini, enformasyonun nasıl kullanıldığını ve enformasyona nasıl cevap verildiğini anlama becerisidir.

Bu bağlamda bireyin dijital enformasyona erişebilmesi, bu enformasyonu anlayabilmesi, uygulayabilmesi, paylaşabilmesi, yeniden üretebilmesi ve yayabilmesi dijital okuryazarlık olarak tanımlanabilir.

Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Diğer alanlarda olduğu gibi dijital sağlık terminolojisi de her geçen gün gelişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü [3] sağlık ve sağlıkla ilgili alanlarda sağlık hizmetini, sağlık okuryazarlığını, sağlık eğitimini ve sağlık gözetimini destekleyerek düşük maliyet ve güvenlik sağlamak amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasını elektronik sağlık (e-Sağlık) olarak tanımlamıştır.

Sağlık iletişimi perspektifinden eSağlık uygulamaları; web siteleri, mobil telefonlar, teknolojik evde bakım ve tele sağlık uygulamaları sayesinde sağlık profesyoneli ile hasta arasında iletişimi desteklemektedir. Böylece hastayı güçlendiren, kendi sağlığını yönetmesine teşvik eden hasta odaklı yaklaşımlar dijital sağlık okuryazarlığına da katkı sağlamaktadır.

Dijital sağlık okuryazarlığı, basit cep telefonları ve her yerden internete erişim sağlayabilen akıllı cep telefonları ile sağlık enformasyonuna ulaşabilmeyi, enformasyonu anlamayı ve değerlendirmeyi gerektirir. Aynı zamanda bu okuryazarlık için enformasyonu sunan mobil araçları kullanabilme yetisine de sahip olunmalıdır.

Dijital sağlık okuryazarlığı, teknoloji aracılığıyla sunulan enformasyonun artması ile birlikte daha da önem kazanmaya başlamıştır. Özellikle mobil cihazlar içerisinde basit cep telefonları ve her yerden internete erişim sağlayabilen akıllı cep telefonları aracılığı ile gerçekleştirilen mobil sağlık projeleri, bugün sağlığın geliştirilmesi ve kronik hastalıkların yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlığını gerektirmektedir. Çünkü bir birey çevrimiçi enformasyona ulaştığında, enformasyonu anlamada ve değerlendirmede sağlık okuryazarlığı düzeyi

belirleyici olmaktadır [4]. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler mobil sağlık uygulamaları gibi ek bir kullanıcı yetisine (içerik gösteren daha küçük ekranları okuyabilme) sahip olmayı gerektiren cihazları kullanma sürecinde zorlanmaktadır [5,6]. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olması ise sağlığa yönelik enformasyonu doğru anlamayı, enformasyona eleştirel bakarak onu değerlendirmeyi ve uygulamayı sağlamaktadır.

Broderick ve arkadaşları [7] çevrimiçi alanda sağlık okuryazarlığının gelişebilmesi için altı strateji belirlemişlerdir. “Çevrimiçi sağlık okuryazarlığı” kapsamında belirttikleri bu stratejiler web sitelerinin tasarlanmasına, kullanılabilirliğine ve sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik bilgiler vermektedir. Bu stratejilerin aynı zamanda çevrimiçi sağlık okuryazarlığı uygulamalarını yaratmaya da olanak sağladığı belirtilmektedir. Tablo 1’de çevrimiçi sağlık okuryazarlığını geliştirmede her bir aksiyon için uygulanabilecek stratejiler listelenmiştir [8]. Bu stratejilerden de anlaşıldığı gibi çevrimiçi sağlık okuryazarlığı, mobil sağlık okuryazarlığına da rehberlik etmektedir.

Mobil Sağlık (mSağlık) Kavramsal Çerçevesi ve Önemi

Mobil sağlık, eSağlığın bir bileşeni olarak mobil teknolojilerin sağlık alanında kullanılmasıdır. Bugüne kadar mobil sağlığın standart bir tanımı yapılmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü “mSağlık 2011” raporunda, tıbbi ve kamu sağlığı uygulamalarının; mobil telefonlar, hasta izleme cihazları ve diğer kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından desteklenmesini mobil sağlık olarak tanımlamaktadır. Mobil sağlık, mobil telefonlarda sesli ve yazılı kısa mesaj servislerinden (SMS) daha gelişmiş mobil uygulamalara; bluetooth teknolojilerinden, 3. ve 4. kuşak (3G-4G) mobil iletişim teknolojilerinin kullanılmasına kadar her türlü dijital teknoloji aracılığıyla sunulabilmektedir [9].

Uluslararası İletişim Birliği’ne (International Communication Union) [10] göre şu anda dünyada 5 milyar cep telefonu abonesi bulunmakta ve bu abonelerin %70’ten fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. İnsanların özellikle günlük hayatlarına her geçen gün büyük bir hızla giren ve kullanımı artan akıllı telefon pazarı şimdilerde bir yıl öncesine göre %47 üzerinde bir artışla 1 milyar abone sayısını geçmiştir.

Tablo 1: Çevrimiçi sağlık okuryazarlığı için kullanılabilir stratejiler [8]

Çevrimiçi Sağlık Okuryazarlığı Stratejileri	Alınacak Aksiyonlar
1. Kullanıcılarınızı tanıyın	<ul style="list-style-type: none">✓ Kullanıcılarınızın kim olduğunu anlayın✓ Ne için ve neden uğraştıklarını bilmeye çalışın✓ Kullanıcılarla tasarım sürecinde iletişim halinde olun! (ortak-tasarım)
2. Etkileşim yaratabilecek içerikler oluşturun	<ul style="list-style-type: none">✓ En başa en önemli bilgiyi koyun✓ Temel kurullarla sağlık davranışını tanımlayın✓ Pozitif ve gerçekçi olun, bu işin faydalarını açıklayın✓ Açık bir ifade biçimi tercih edin✓ Her gün kullanılan sözcükleri kullanın✓ Şahıs zamirleri kullanın (örneğin “sen”)✓ Tanımlanmamış teknik ve tıbbi terimleri kullanmaktan kaçının✓ Geniş zaman kullanın✓ Dinamik bir dil kullanın✓ Kısa cümleler (15-20 sözcük) kurun
3. İçeriği açık bir dille ifade edin	<ul style="list-style-type: none">✓ Kısa paragraflar, madde imleri veya kısa listeler kullanın✓ Anlamlı başlıklar tercih edin✓ Aşına olduğunuz yazı boyutlarını kullanın (en az 12 punto)✓ Beyaz arka fon kullanın ve gereksiz karmaşıklıktan uzak durun✓ İçeriği ekranın merkezinde tutun✓ Linkleri açık şekilde tanımlayın✓ Öğrenmeyi kolaylaştıran resimler kullanın✓ Kendi içerisinde zıtlıkları olan renkler kullanın✓ Web sitenizi veya mobil uygulamanızı engellilerin kullanabilecekleri şekilde tasarlayın
4. Organize olun ve basitleştirin	<ul style="list-style-type: none">✓ Basit ve dikkat çekici bir ana sayfa oluşturun✓ Kullanıcılarınızın bildiği sözcükleri yansıtan anahtar sözcükler (etiketler) kullanın✓ “Back” düğmesinin çalıştığından emin olun✓ Birbirini takip eden bilgi akışı olmasına özen gösterin✓ Basit bir arama motoru ve gözden geçirme bölümü oluşturun✓ Geri bildirim alabilecek şekilde diğer uygulamalara (e-mail, takvim, GP harita) dâhil olun
5. Kullanıcılarınızla etkileşime girin	<ul style="list-style-type: none">✓ Yazıcı dostu araçlar ve kaynaklar kullanın✓ Ekran bazlı kontrolleri basitleştirin ve düğmeleri genişletin✓ Kullanıcıların kişiselleştirebilecekleri interaktif içerikler oluşturun; ancak bu içeriklerin çok fazla olmamasına özen gösterin✓ Görsel ve işitsel içerikler oluşturun✓ Twitter ve Facebook gibi yeni sosyal alanlara dâhil olun
6. Sitenizi değerlendirin ve revize edin	<ul style="list-style-type: none">✓ Yetersiz düzeyde okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı yetisine sahip olan kullanıcıları üye edin✓ Deneyimli moderatörler seçin✓ Çoğtan seçmeli testler uygulayın✓ Kullanıcı uyumunu ve kişisel yeterliliği dikkate alın✓ Dokümanları test ederken açık bir ifade kullanın

Nielsen'in raporuna göre Amerika, İngiltere, Güney Kore gibi gelişmiş ülkelerdeki akıllı telefona (Smartphone) sahip olma oranı %50'lerin üzerindedir. Türkiye, Hindistan, Brezilya gibi ülkelerde ise bu oran %50'nin altındadır. Akıllı telefon özelliği taşımayan; ancak temel özelliklerdeki cep telefonuna (Feature Phone) sahip olma oranı Hindistan'da %80, Rusya'da %51, Türkiye'de ise %61 olarak açıklanmıştır. Akıllı telefon olarak kabul edilmeyen; ancak multimedya özelliklerine sahip telefon (Multimedia Phone) kullanma oranı on ülkenin sekizinde %10 düzeylerinde iken bu oran Türkiye'de %20, Brezilya'da ise %21'dir. 2013 yılında %72'lik oran ile en çok akıllı telefon, %24 ile telefon olmayan mobil cihaz, %4 ile temel fonksiyonlu cep telefonu satışı yapıldığı ortaya çıkmıştır [11]. Dünyadaki cep telefonu sayısının ise insan nüfusunu geçeceği belirtilmektedir [12].

Akıllı mobil telefon sayısındaki artışa paralel olarak mobil sağlık uygulamaları, gelişmiş ülkelerde artan oranda kullanılmaya başlanmıştır [13].

Amerika'da mobil sağlık uygulaması kullanımı hakkında yapılan bir araştırmada; yetişkinlerin %85'inin kendi cep telefonuna sahip olduğu, %53'ünün ise akıllı telefon kullandığı saptanmıştır. Aynı araştırmada özellikle ciddi sağlık sorunları olan, kronik hastalık geçiren ve son zamanlarda sağlığı konusunda belirli bir değişim yaşayanların bu mobil aktiviteleri kullanmaya daha fazla eğilimli oldukları belirlenmiştir [6].

Istepanian [14] mobil sağlığın özel bir teknoloji olmadığını, mobil iletişim ve network teknolojilerinin sağlık hizmetleri için kullanıldığını belirtmektedir. Bugün dünyada mobil telefon kullanımının artması ile sağlık hizmeti alan ve veren birçok kişi ve kurum, mobil telefonların sağlıkta kullanımının faydalarını görmeye başlamıştır. Bu anlamda sağlık hizmetleri içerisinde düzenli veri sağlamadaki rolü ile mobil iletişim, sağlık hizmetleri içerisinde destekleyici bir rol oynamaktadır [14]. Aynı zamanda hastalıkların tedavi edilmesi, sağlık okuryazarlığının artırılması ve davranış değişikliği sağlamak üzere yürütülen programlarda teşhis, tedavi, izleme gibi süreçleri kolaylaştırıcı fırsatlar da sunulmaktadır [15].

Günümüzde cep telefonları sağlık okuryazarlığı düzeyini artırarak davranış değişikliği yaratmada ideal araçlar haline gelmeye başlamıştır. Çünkü cep telefonları yer ve zaman sınırı olmaksızın destek ve enformasyon sunabilmektedir. Aynı zamanda mobil sağlık uygulamaları sosyal desteği ve

sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmasının yanı sıra kişisel motivasyon, pozitif destek, hedeflerin hatırlatılması gibi pek çok avantaj da sağlamaktadır.

Dünyada Mobil Sağlık Uygulamaları

Gelişmiş ülkelerde akıllı telefon kullanan bireyler arasında kronik hastalıkları yönetmek ve sağlığı geliştirmek (fitness, hatırlatmalar, diyet, egzersiz vs.) için mobil sağlık uygulamaları kullanılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bulaşıcı hastalıkların ve anne-çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla yazılı ve sesli mesaj göndererek sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak ve davranış değişikliği oluşturmak üzere mobil sağlık uygulamaları daha fazla tercih edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü [16] sağlık sistemlerini güçlendirmek ve orta-düşük gelirli ülkelerde sağlık odaklı hedefleri gerçekleştirmek amacı ile 112 üye ülkenin katıldığı “Mobil Sağlık 2010” adlı bir araştırma raporu yayınlamıştır. Bu raporda anne bebek ölümleri, tüberküloz, sıtma, HIV/AIDS gibi hastalıklar ile mücadele etme, sağlık bilgisini artırma, hastayı uzaktan izleme, klinik teşhis ve tedaviyi geliştirme, ilaca erişim ve uyum sağlama gibi konulardaki programlar değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün araştırma yaptığı ülkeler arasında %75’inin mobil sağlık konusundaki girişimlerinin en az olduğu belirlenmiştir. Bu ülkeler arasında Afrika bölgesinin en az, Kuzey Asya bölgesinin ise mobil sağlık konusunda en fazla girişimde bulunan bölgeler olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca mobil sağlık girişimi oranının yüksek gelirli ülkelerde %87, düşük gelirli ülkelerde %77 oranında olduğu da belirlenmiştir [16].

Sabadosh [17] yazılı/sesli mesaj kampanyalarında eğitim ve farkındalık yaratmak, hatırlatma yapmak, bireylerin günlük tutmasını sağlamak, uzaktan veri biriktirmek, hastayı uzaktan izlemek, sağlık profesyonellerinin iletişimini ve eğitimini sağlamak, salgın hastalıkları ve afetleri takip etmek, teşhis ve tedavi desteği sağlamak gibi nedenlerle mobil sağlık uygulamalarının kullanıldığını ifade etmektedir. Bu da mobil sağlık uygulamalarının sağlık okuryazarlığını artırmada önemli rolü olduğunu göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün bölgesel ofisleri de sağlık okuryazarlığı, mobil sağlık ve eSağlık çalışmalarına çok önemli katkı sağlamaktadır. Örneğin, Avrupa bölgesi “güçlendirme” konusunda birçok program

başlatmıştır. Bunlar arasında bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme programları, bu hastalıkları önlemek ve yönetmek için enformasyon ve araç sağlamaktadır. Diğerleri ise zihinsel sağlık okuryazarlığını artırmaya, hastane enfeksiyonlarını önlenmeye, güvenli kan nakline ve hasta haklarını desteklemeye odaklanmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar arasında, mobil sağlık sigara bırakma projesi ile Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Telekomünikasyon Birliği arasında yapılmış projeler yeni teknolojilerin kullanımını için başarılı örnekler olarak gösterilebilir [16].

Diğer yandan Kısa Mesaj Servisi (SMS) kullanarak sigara bırakma programı, düşük maliyetli, kişiselleştirilmiş ve interaktif çözümler sunarak tedaviyi destekleyici ve güçlendirici enformasyon sağlamaktadır. Bu tür başarılı programlar İngiltere, Amerika ve Yeni Zelanda'da uygulanmaktadır [18].

Gebe ve anne adaylarına gebelik konusunda destek olan sağlık uygulamaları da bulunmaktadır. Bunlardan en bilineni Hispanik Amerikan anne adaylarına gebelik sürecinde destek olan "Text4 Baby"³ uygulamasıdır. Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) [19] raporu, bilgiyi artırmada ve davranış değişikliği yaratmada bu uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir.

Thirumurthy ve Lester'in [20] Kenya'da HIV enfeksiyonunu önlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, mobil sağlık uygulamalarının etkisi sınanmıştır. Bu araştırmada bireylerin tedaviye katılımını artırmak için kısa mesaj gönderilmiş ve ilgili sağlık profesyoneli tarafından hastaların ilaçlarını almaları hatırlatılmıştır. Araştırma sonucunda hatırlatıcı mesaj alanların almayanlara göre tedaviye katılımının arttığı belirlenmiştir. Bu mesajların hastayı cesaretlendirdiği ve ileride oluşabilecek hastalık maliyetlerini azaltabileceği ifade edilmiştir.

Türkiye'de Mobil Sağlık Uygulamaları

Türkiye'de akıllı telefon pazarının yeni gelişmesi, mobil sağlık uygulama kullanımının henüz artmaya başlamış olduğunu göstermektedir.

³ Text4Baby gebe ve yeni anneler için ücretsiz kısa mesaj servisi sağlayan bir projedir. Anne ve anne adaylarına haftada 3 defa mesaj göndererek sağlıklı bir hamileliğe ve bebeğe nasıl sahip olabilecekleri hakkında bilgiler vermektedir. Yazılı mesajlar, gebelik zamanına ya da bebeğin doğum tarihine göre programlanmaktadır.

Türkiye’de kullanıcıların %15’i mobil sağlık uygulamalarını akıllı telefona, %9’u tablet bilgisayara indirmektedir [21]. Öz-bakım, sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma gibi özellikleri sayesinde mobil sağlık uygulamaları sağlıklı yaşam biçimine teşvik etmektedir.

Mobil sağlık alanındaki literatür incelediğinde çoğunlukla yurtdışı verileri karışımıza çıkmaktadır [15-20]. Türkiye’de ise SMS ya da akıllı mobil uygulamalar ile sağlık okuryazarlığı düzeyini artırma ve sağlık davranışını olumlu yönde değiştirme konusunda bilimsel yayına rastlanmamıştır. Ulusal literatürde sadece mobil sağlık kullanıcı eğilimlerini belirlemeye yönelik Öney-Doğanyığıt ve Yılmaz [21] tarafından yapılmış bir araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmada, katılımcıların %95’inin sağlığa yönelik bilgi için interneti kullandığı, akıllı telefon kullanan katılımcıların %15’inin ise telefonundan internete bağlanarak veya mobil sağlık uygulaması (aplikasyonu) indirerek tıbbi enformasyona ulaştığı belirlenmiştir. Aynı araştırmada mobil sağlık uygulaması kullanıcı eğilimleri cinsiyete göre de incelenmiştir. Buna göre 35 yaş altındaki kadınların daha çok kişisel sağlık, iyi olma hali (wellness), annelik ve bebek bakımı hakkında arama yaptıkları, 45 yaş üstü kadınların ise kadın sağlığı, menopoz ve kronik hastalıklar konusunda mobil sağlık uygulamalarını daha çok kullandıkları bulunmuştur. Erkekler arasında ise 35 yaş altındaki bireylerin kişisel sağlık, iyi olma hali, kas çalıştırma ve fitness hakkında arama yaptıkları belirlenmiştir. Aynı araştırmada 45 yaş üstü erkeklerin ise erkek sağlığı, prostat ve kronik hastalıklar konusunda mobil sağlık uygulamalarını daha fazla tercih ettikleri saptanmıştır. Buna ek olarak yaşın ilerlemesi ile birlikte bireylerin sağlıklarını korumaya yönelik spor, egzersiz ve sağlıklı beslenme eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur [21].

SONUÇ

Günümüzde geleneksel medya ile birlikte yeni nesil teknolojilerin kullanılması ve buna bağlı olarak ortaya çıkan enformasyon, bireye yeni dijital davranışlar kazandırmıştır. Çünkü gündelik hayatın büyük bir bölümünde mobil cihazlar kullanılmaktadır. Bu cihazlar, düşük ve orta gelirli ülkelerde SMS ve MMS özelliklere sahip basit cep telefonları ile bulaşıcı hastalıkları yönetme konusunda, zamandan ve mekândan tasarruf edebilme avantajı sağlamaktadır. Kronik hastalıklarla mücadele eden gelişmiş ülkelerde ise akıllı telefona indirilen sağlık uygulamalarını

kullanmaya yönelik bir eğilim söz konusudur. Bu anlamda sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için basit cep telefonları ya da akıllı telefonlar aracılığı ile her ülkenin kendi kültürü temel alınarak bu uygulamaların doğru kullanılması teşvik edilmelidir. Bu konuda, kamu sağlığı kampanyalarında sağlık okuryazarlığı düzeyini artırma çalışmaları, enformasyonun sunulduğu araç temel alınarak sağlanmalı ve bu konuda eğitimler verilmelidir. Özellikle sağlık hizmetinin ve sağlık profesyoneline ulaşımın güç olduğu yerlerde basit cep telefonları aracılığı ile mobil sağlık uygulamaları, herkesin aynı düzeyde enformasyona sahip olmasında kullanılabilir ideal araçlardır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, Sivil Toplum Kuruluşları, GSM operatörleri ve sağlık iletişimcileri olmak üzere pek çok paydaş tarafından bu uygulamaların kullanılmasına yönelik girişimlerin desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Jones-Kavalier, B.R. and Flannigan, S.L. (2006). Connecting the digital dot: literacy of the 21st century. *Educause Quarterly*, 29(2), 8-10.
- 2- Buckingham, D. (2006). Defining digital literacy: What do young people need to know about digital media? *Nordic Journal of Digital Literacy*, 4(1), 263-276.
- 3- World Health Organization. *E-health*. Retrieved April 15, 2014, from <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/>.
- 4- Nilsen, W., Kumar, S., Shar, A., Varoquiers, C., Wiley, T., Riley, W.T., et al. (2012). Advancing the science of mHealth. *Journal of Health Communication*, 17(Suppl 1), 5-10.
- 5- Harrison, R., Flood, D., Duce, D. (2013). Usability of mobile applications: Literature review and rationale for a new usability model. *Journal of Interaction Science*, 1(1), 1-16.
- 6- *Mobile Health 2012*. Retrieved May 9, 2014, from http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2012/PIP_MobileHealth2012_FINAL.pdf.
- 7- Broderick, J., Devine, T., Langhans, E., Lemerise, A.J., Lier, S., Harris, L. *Designing health literate mobile apps*. Retrieved August 26, 2014, from <http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2014/Discussion-Papers/BPH-HealthLiterateApps.pdf>.
- 8- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *Health literacy online: A guide to writing and designing easy-to-use health Web sites*. Washington, DC: Author.
- 9- World Health Organization. (2011). *mHealth: New horizons for health through mobile technologies. Global observatory for eHealth series-Volume 3*. Switzerland: WHO.
- 10- Global smartphone installed base forecast by operating system for 88 countries: 2007 to 2017. Retrieved October 12, 2014, from <https://www.strategyanalytics.com/default.aspx?mod=reportabstractviewer&a0=7834>.
- 11- Nielsen. (2013). *How the mobile consumer connects around the globe*. Retrieved 2 June, 2014, from <http://www.nielsen.com/us/en/newswire/2013/how-the-mobile-consumer-connects-around-the-globe.html>.

- 12- Business Intelligence. *Rakamlarla mobil dünya 2013*. Erişim Tarihi 12 Temmuz, 2014, <http://www.connectedvivaki.com/rakamlarla-mobil-dunya-2013-infografik/>.
- 13- Öney-Doğanyigit, S. (2014). *Sağlık hizmetleri iletişimde mobil sağlık: Adımsayar uygulama örneği*. Basılmamış yüksek lisans tezi, Galatasaray Üniversitesi, İstanbul.
- 14- Istepanian, R.S.H, Laxminarayan, S., & Pattichis, C.S. (Eds.). (2006). *M-health emerging mobile health systems*. New York, NY: Springer.
- 15- Whittaker, R. and Smith, M. (2008). M-health-using mobile phones for healthy behaviour change. *International Journal of Mobile Marketing*, 3(2), 80-85.
- 16- World Health Organization (2010). *Telemedicine opportunities and developments: Report on the second global survey on eHealth*. Switzerland: World Health Organization.
- 17- Sabadosh, N. (2009). Usability testing for texting messages. In B.J. Fogg & R. Adler (Eds.), *Texting 4 health: A simple, powerful way to improve lives* (pp. 128-137). Stanford, CA: Captology Media Stanford University.
- 18- Kwan, A., Mecheal, P., Kaonga, N.N. (2013). State of behaviour change initiatives and how mobile phones are transforming it. In J. Donner & P. Mechael (Eds.), *Mhealth in practice: Mobile technology for health promotion in the developing world*. USA: Bloomsbury Academic.
- 19- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Become a Text4baby partner*. Retrieved 12 April, 2014, from <http://www.cdc.gov/Women/text4baby/index.htm>.
- 20- Thirumurthy, H. and Lester, R.T. (2012). M-health for health behaviour change in resource-limited settings: Applications to HIV care and beyond. *Bulletin World Health Organization*, 90(5), 390-392.
- 21- Öney-Doğanyigit, S. (2013). En fazla kullanılan mobil sağlık uygulamaları neler? Erişim Tarihi 10 Eylül, 2014, <http://fesraoz.blogspot.com.tr/2013/09/en-fazla-kullanilan-mobil-saglik.html>.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç.Dr. Yasemin AKBULUT*

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı, sağlığı etkileyen tüm faktörlerle ilişkisi nedeni ile sağlık hizmetleri kullanımında ve toplumun sağlık statüsünde önemli bir rol oynamaktadır. Bu bölümde sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık harcamaları üzerindeki etkisi uluslararası literatüre dayalı olarak ortaya konulmaktadır. Çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığının; koruyucu sağlık hizmetlerinin az kullanılmasına, hastane ve acil sağlık hizmetlerinin fazla kullanılmasına neden olduğu açıklanmaktadır. Bununla birlikte yetersiz sağlık okuryazarlığının, kötü sağlık sonuçlarına ve sağlık harcamalarında artışa neden olduğuna dair kanıtlar sunulmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı önemli bir politika konusu olarak değerlendirilmekte; politikacılar, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları yöneticileri, sağlık hizmetini finanse eden kurumlar ve hastalar açısından önemi vurgulanmaktadır. Sağlığa ayrılan kaynakların verimli ve etkili kullanımında, kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında dikkatlerin "sağlık okuryazarlığı" üzerinde olması beklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hastane kullanımı, sağlığı geliştirme, sağlık harcamaları, sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası

GİRİŞ

Sağlık hakkının evrensel olarak tanınmasında, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen "sağlık" tanımının önemli yeri bulunmaktadır. Sağlık hakkı, en temel insan hakları arasında sayılmakta ve ülkeler tarafından bu hakkın kullanımı konusunda yasal

* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü
e-mail: akbulut@health.ankara.edu.tr

güvenceler sunulmaktadır. Türkiye’de Anayasa’nın 56. maddesi ile “herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama” yükümlülüğü devlete verilmiştir. Bu yükümlülüğün yerine getirilmesinde devletin sorumluluğu kaçınılmaz olarak devam etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü; sağlık alanında birçok konuda yayınladığı raporlar, araştırmalar ve ortaya koyduğu hedefler ile üye ülkelere yol göstermekte, danışmanlık etmektedir. Örgüt, son on yılda sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması ile ilgili olarak “sağlık okuryazarlığı” kavramına dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu tarafından yayımlanan bildirisinde, hem yoksul hem de zengin ülkelerde sağlıktaki eşitsizliklerin en önemli belirleyicisinin “okuryazarlık” olduğu ifade edilmektedir [1,2]. Okuryazarlık ve sağlık arasında doğrusal bir ilişki olduğu, bu ilişkinin sağlık okuryazarlığı kapsamında ele alındığı gözlenmektedir. Sağlık okuryazarlığı kapsamında, sağlığı geliştirmek ve sağlıklı olma halini devam ettirebilmek için bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanmayı etkileyen bireysel, sosyal ve bilişsel beceriler yer almaktadır [3]. Bu becerilerin geliştirilmesi sağlık hakkının kullanımı açısından son derece önemlidir.

Sağlık okuryazarlığı önemli bir politika konusu olarak değerlendirilmektedir. Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda [4] sağlık okuryazarlığı ve sağlığı geliştirmeye vurgu yapılmakta, küresel sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığı ile birlikte toplumun güçlendirilmesi, sağlığı geliştiren sağlık sistemleri, sağlıkta hakkaniyet için harekete geçme ve sağlığı geliştirme için kapasite oluşturma konularına vurgu yapılmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının sağlığı etkileyen tüm faktörlerle ilişkisi nedeni ile sağlık hizmetleri kullanımı ve toplumun sağlık statüsünde önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin toplumun sağlığı için neden önemli olduğunu ortaya koyan altı temadan söz edilmektedir. Bunlar; toplumun önemli bir bölümünü etkilemesi, kötü sağlık sonuçları, kronik hastalık oranında artış, sağlık maliyetleri, sağlık bilgisine olan talep ve hakkaniyet olarak belirtilmektedir [5]. Ayrıca son yıllarda sağlık okuryazarlığının, sağlık harcamaları ve sağlık sonuçları üzerindeki etkisi de tartışılmaktadır [6].

Bu bölümün amacı sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık harcamaları üzerindeki etkisini uluslararası literatüre dayalı olarak ortaya koymaktır. Bu amaçla öncelikle sağlık okuryazarlığı düzeyinin;

koruyucu, tedavi edici ve acil sağlık hizmetleri kullanımı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkisi açıklanmakta, daha sonra bu durumun sağlık harcamaları üzerindeki etkisi değerlendirilmektedir. Çalışmanın son bölümünde ise sağlık kurumlarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili çalışmalara yer verilmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Bireyin sağlığı, genel anlamda, yaşadığı çevrenin koşullarından, yaşam biçiminden, genetik yapısından ve sağlık hizmetleri sisteminden etkilenmektedir. Böyle bir kapsam içinde sağlık okuryazarlığının sözü edilen tüm bileşenlerle ilgili olduğu açıktır. Ancak bu bölümde sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili boyutu üzerinde durulacaktır. Sağlık hizmetleri “*Belirli sağlık kuruluşlarındaki farklı sağlık personelinden yararlanılarak toplumun gereksinim ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştiren ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alan kalıcı bir sistem*” olarak tanımlanmaktadır [7]. Sağlık hizmetlerinin, hizmeti alması gereken kişiler tarafından anlaşılabilir, kabul edilebilir ve ulaşılabilir olması beklenmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine geliştirilen modellerde, toplumun hizmet kullanımını etkileyen faktörler farklı teorik temellere dayalı olarak açıklanmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kullanımını bireysel tıbbi bakım alma kararına dayalı olarak açıklayan model; sağlık inancı modeli ve davranışı model sağlık okuryazarlığı bağlamında aşağıda incelenmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Modeller

Bireylerin sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin birçok model geliştirilmiştir. Bunlardan birinde Aday’ın [8] Suchman’dan aktardığına göre, sağlık hizmetleri kullanımının bir boyutu olan tıbbi bakım almada karar verme beş aşamalı bir sırayı takip etmektedir. Bunlar;

1. Hastalık belirtilerinin görülmesi,
2. Hasta rolü oynama,
3. Tıbbi bakım,
4. Bağımsız hasta rolü,
5. İyileşme ve rehabilitasyon.

İlk aşamada, fiziksel acı ya da rahatsızlık hissi yüzünden bir şeylerin ters gittiği düşünülür. Daha sonra hasta; belirtilerin önemini, hareketleri üzerindeki etkileri ile anlar ve korku ya da endişe şeklinde duygusal reaksiyonlar gösterir. Bu aşama boyunca hasta, belirtilerden kurtulmak için reçetesiz ilaçlar kullanabilir. Hasta daha sonra teorik olarak diğer tepki aşamasına geçer ve hasta rolünü oynar. Bu aşamada da hasta, yatakta yatmak ya da işe gitmemek gibi rolünün gerektirdiği davranışları göstermeyebilir. Ailesinden ve arkadaşlarından hasta rolü için geçici bir onay ister. Bir sonraki aşamada hasta rolünü meşrulaştırmak ve durum için uygun tedaviyi görüşmek üzere profesyonel bir sağlık görevlisinden yardım ister. Bağımsız hasta rolü aşamasında hasta, profesyonel kararları kabul eder ve önerilen tedaviye uyar. Bu aşamada hastanın sağlığına kavuşturulması gerekir. Ancak hasta doktor ilişkisinin niteliği de dâhil olmak üzere birçok faktör hastanın önerilen tedaviye uymasını etkilemektedir. Bu model, bireylerin hastalık aşamaları boyunca gösterdikleri davranışlara sosyolojik ya da sosyal yapısal açıklamalar getirmektedir. Bu noktada toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin, bireyin tıbbi bakım alma kararındaki aşamaları etkileyeceği kuşkusuzdur [8]. Buna göre, toplumun kültürel yapısı kadınların “kadınlara özgü hastalıklar” için sadece kadın doktora başvurmaları konusunda belirleyici olabilir.

Sağlık inancı modeli ise sağlık hizmetleri kullanımını anlamak için bireyin sahip olduğu duygusal inançların anlaşılması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu modelin temel bileşenlerine göre birey hastalığa yakalandığına inanıyorsa, bunun kendisi ve ailesi üzerinde ciddi etkileri olduğunu düşünüyorsa ve sağlık hizmetlerine başvurduğunda bunun önlenebileceğine inanıyorsa sağlık hizmetlerini kullanacaktır. Buna göre sağlık hizmeti kullanımını için faaliyette bulunma, hastalığın kendisinden daha sorunlu olmamalıdır. Sağlık hizmetini kullanmak için psikolojik olarak hazırlık sağlandığında çevresinden ya da doktorlar tarafından gelen küçük bir ipucu, uygun sağlık davranışlarını başlatabilir. Bu model, bakım almak için psikolojik hazırlık sağlansa bile uzaklığın önemli bir caydırıcı etken olduğunu öne süren ilk modeldir [9]. Bu modele göre bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının, hizmeti nereden, nasıl ve hangi koşullarda alacağını bilmesinin sağlık hizmetlerini doğru kullanmasını sağlayacağı belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili incelenecek son model, davranışçı modeldir. Buna göre sağlık hizmetleri kullanımı, nüfusun ya da

alt grupların tıbbi bakıma ulaşmalarını gösterdiği için genellikle politik bağlamda değerlendirilmelidir. Sağlık politikası üretenler ve yöneticiler, tıbbi bakımın kullanımını ve giriş koşullarını değiştirmede sağlık politikalarının ne kadar etkili olacağını sıklıkla değerlendirmek isterler. Bu nedenle sağlık hizmetlerini kullanma davranışının önemini gösteren başlangıç noktası olarak sağlık politikasını irdelemek uygundur [8]. Ulusal sağlık bakımı politikalarının yönlendirdiği sağlık bakım sisteminin ve risk altındaki nüfusun özellikleri bu modelin girdileridir. Sistemin çıktıları ise sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bununla birarada düşünülmesi gereken tüketici tatminidir [9].

Risk altındaki nüfusun özellikleri, sağlık hizmetleri kullanımının bireysel belirleyicileridir. Bunlar kişisel (predisposing), kolaylaştırıcı (enabling) ve ihtiyaç (need) etmenleridir. Kişisel etmenler, kişilerin hizmetleri kullanma eğilimini gösteren değişkenleri içerir. Bu eğilim belirli bir hastalığın başlangıcından önce varolan bireysel özelliklere göre belirlenir. Kişisel etmenler yaş, cinsiyet ve aile büyüklüğü gibi demografik özellikleri; ırk, eğitim, iş statüsü ve din gibi sosyal yapıyla ilgili özellikleri; sağlık hizmetlerine ve doktorların hastalık bilgilerine inanma gibi inançlarla ilgili özellikleri içerir [8]. Kolaylaştırıcı etmenler, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bireylerin mevcut yollarını açıklar. Bunlar bireyin ailesinin kaynaklarını (gelir, sigorta kapsamı) ve bireyin yaşadığı toplumun ve bölgenin niteliklerini (kırsal-kentsel özellikler, sağlık personeli ve kurumsal kapasitenin nüfusa oranı) içerir. Bu özellikler, kişinin sağlık hizmetleri kullanımını ile doğrudan bağlantılıdır. Son etmen olan ihtiyaç, hastalığın şiddetine bağlı olarak sağlık hizmetlerini doğrudan kullanım nedenidir. İhtiyaç, sağlık hizmetleri kullanımının uyarıcısıdır. İhtiyaç, algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olarak düşünülebilir. Algılanan ihtiyaç, kişinin iş göremezlik günlerinin sayısını içerir. Bunun yanında algılanan ihtiyaç, belli bir zaman aralığında kişinin gördüğü belirtileri (semptomları) ve genel sağlık durumu hakkındaki değerlendirmesini (mükemmel, iyi, orta, kötü) de içerir. Değerlendirilen ihtiyaç, şiddeti klinik olarak onaylanacak şekilde kişinin gerçek sağlık sorununu belirleme çabalarını kapsamaktadır. Klinik değerlendirme, sağlık meslek mensuplarının yargılarını içeren teknik bir süreçtir [10,11]. Davranışçı modele göre sağlık hizmetlerinin kullanımında birey tarafından algılanan ihtiyaç, önemli bir role sahiptir. Sağlık ihtiyacının farkına varılması ve ihtiyacın giderilmesi için uygun hizmet başvurularının yapılması, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile doğrudan ilgilidir. Acil olmayan şikâyetler için acil servise başvurulması, ihtiyacın doğru

tanımlanmaması konusunda verilebilecek bir örnektir. Sağlık sigortasına sahip olmak ve sigortanın sunduğu faydaları kullanmak da sağlık okuryazarlığı düzeyine olumlu katkı sunan bir nitelik taşımaktadır.

Hastane ve Acil Servislerin Kullanımı

Bireyin kendisi ya da ailesi için ne tür sağlık sorunlarında, hangi sıklıkta, hangi sağlık kurumuna ve hangi uzmanlık alanına başvuracağı, bu başvuru sonucunda verilen tedavileri nasıl uygulayacağı, başvurunun ekonomik yükü ve sağlığı üzerindeki sonuçlarını nasıl değerlendireceği gibi konular sağlık okuryazarlığı ve hizmet kullanımı açısından önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetleri, hastane ve acil servis kullanımı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları; tarama programları, aşılama, egzersiz ve rutin sağlık kontrollerini yeterince önemsemedikleri öne sürülmektedir. Erkeklerin 50 yaşından sonra kalın bağırsak taraması, kadınların meme kanseri için 40 yaşından sonra mamografi çektirmesi gerekliliğinin toplum tarafından bilinmemesi ya da ihmal edilmesi bu duruma örnek olarak verilebilir. Sağlık Bakanlığı tarafından yedi coğrafik bölgeden seçilen yedi ilde 30 yaş üstü 15.468 birey üzerinde yapılan "Sağlıklı beslenelim, kalbimizi koruyalım" çalışmasında fiziksel aktivite alışkanlığı da sorgulanmış ve bireylerin sadece %3.5'inin düzenli olarak (haftada en az 3 gün, 30 dakika orta şiddette) fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Hanehalkı araştırmasına göre (beş bölge 18 yaş üstü 11.481 bireyde) Türkiye'de bireylerin %20.3'ünün hareketsiz yaşadığı, %15.9'unun ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır [12].

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine başvurmada geç kaldıkları, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları, dolayısı ile hastaneye yatış oranlarının arttığı saptanmıştır. Benzer biçimde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını engellemektedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından koruyucu ve hastalıkları tedavi etmek üzere verilen talimatları yerine getirmede zorlandıkları, sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşadıkları gösterilmiştir [13]. Amerika'da yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığı sonuçlarının incelenmesi, bu durumun hastalar ve doktorlar üzerindeki etkisinin tespit edilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için izlenmesi gereken yöntem ve araştırma konularının tanımlanması için bir çalışma yürütülmüştür. Bu

çalışmaya göre, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların, hastalığını olumsuz etkileyecek iletişim sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Söz konusu hastaların, sağlık durumlarını ifade etmekte başarısız olmalarının yanı sıra tıbbi durumlarını ve tedavilerini de yeterince anlamadıkları belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı, hastaneye yatış riskini de artırmaktadır [14]. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer bulgular elde edilmiştir. Zira Nielson-Bohlman ve arkadaşları [15] tarafından yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerin, sağlık okuryazarlığı yüksek olanlara göre sağlık durumlarının daha kötü olduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları bulunmuştur. Baker ve arkadaşları [16,17] tarafından yapılan çalışmalarda, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin daha fazla hastaneye yatırıldıkları ve hastalık sonuçlarının kötü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan hastaların, ölüm oranlarının daha yüksek olduğuna dair kanıtlar ortaya konulmuştur.

Hastane kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan hastaların hastanelere daha fazla başvurdukları, hastaneye yatış risklerinin daha yüksek olduğu ve hastanede kalma sürelerinin uzadığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir. Hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyi, hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklarda tedaviyi anlama ve tedaviye uyma kapasitesi konusunda belirleyici olmaktadır. Türkiye’de 2012 yılında kişi başına doktora müracaat sayısı ortalama 8.2 olarak gerçekleşmiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı’na üye olan ülkelerin ortalamasının 6.6 olduğu [18] dikkate alındığında sağlık hizmetine başvurunun yoğun olduğu Türkiye’de, hizmet taleplerinin ne kadar yerinde olduğunun ve doğru kullanıldığıının belirlenmesi, sistemin yönetilmesi açısından da önemlidir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastaların hastaneleri ve acil servisleri de uygun kullanmadıkları yönünde kanıtlar bulunmaktadır [19]. Acil servislere başvuran hastaların önemli bir bölümünün gerçekten acil sağlık hizmeti almalarının gerekmediği, bu hastaların yarattığı kalabalık nedeni ile acil hizmet verilmesi gereken hastaların aldıkları hizmetlerin kalitesinin de düşük olduğu sürekli tartışılan bir konudur [20-22].

Kaza, travma ve hayati tehlike içeren hastalıklardan mağdur olan kişilere anında tıbbi ve cerrahi müdahale ile bu hastaların izlenmesi amacı ile acil servisler düzenlenmiştir. Kritik sağlık hizmetleri için oluşturulan bu ortamlar, kronik ve psiko-sosyal problemleri olan kişiler için uygun yerler

değildir [20]. Bu durum hem hizmeti verenler hem de hizmetten yararlananlar açısından giderek büyüyen bir sorundur. Ancak acil servislerde hayati tehlikeye sahip hastalar ve yaralılar için ayrılan kaynakların, gerçekten acil bakıma ihtiyacı olmayan hastalar tarafından kullanılmasının, kritik durumdaki hastaların zamanında bakım almalarını engelleyeceği öne sürülmektedir. Bunun yanı sıra acil olmayan hasta ziyaretleri acil servis toplam ziyaretlerini artırmaktadır. Bu durum doktor ve hemşire sayısının yetersiz kalmasına neden olmaktadır [23]. Türkiye’de 2008 yılında acil servislere toplam başvuru sayısı 80 milyon olarak gerçekleşmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu, acil servislerin acil olmayan hastalar tarafından kullanılması durumunda katkı payı ödeme uygulamasını başlatmıştır [24]. Diğer faktörlerin yanı sıra hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, acil servislerin uygun kullanılmaması sonucunu da beraberinde getirmektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi nedeni ile sağlık hizmetleri kullanımında en fazla sorun yaşayan gruplar arasında yaşlılar, göçmenler, etnik kökeni farklı olanlar, işsizler, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların olduğu bilinmektedir [19]. Özellikle birden fazla kronik hastalığa sahip olan yaşlıların durumu sağlık hizmetleri kullanımı açısından kritik öneme sahiptir. Amerika’da medicare kapsamında sigortalı (Nüfusun yaklaşık %15’ini -yaşlılar ve engelliler- kapsayan sosyal sigorta programı) olan 3260 yaşlının, hastaneye yatış riski incelenmiş ve yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığının hastaneye yatışta bağımsız bir risk faktörü olduğu saptanmıştır [17]. Nüfusu yaşlanan toplumların sağlık sistemlerinin en önemli problemi, bu yaş döneminde görülme sıklığı artan ve etkisi genç nüfusa oranla daha yıkıcı olan, tedavisi güç, uzun dönemli ve pahalı kronik hastalıklardır. Bunlar arasında bireyi çoğu zaman orta yaşlı olduğu dönemde etkilemeye başlayan; ancak olumsuz etkileri ilerleyen ve yaşla birlikte ortaya çıkan diyabet gibi hastalıklar ya da kanser gibi sağlık sistemi üzerine önemli etkisi olan hastalıklar sayılabilir. Sağlık kurumlarının daha sık ve daha uzun süreli kullanımı, yaşlılara yönelik sağlık politikalarında dikkate alınması gereken unsurlardandır. İlerleyen yaş ile birlikte ortaya çıkan hastalıklar ve bunların tedavi yöntemleri, yaşlıların sağlık sisteminin çeşitli düzeylerini daha sık kullanmalarına ve özellikle yatarak tedavi almaları gerektiğinde genç nüfusa göre sağlık kurumlarında daha uzun süre kalmalarına neden olmaktadır [25]. Bu nedenle yaşlıların kronik hastalıklarının yönetimi, düzenli bakım alabilecekleri sağlık kurumları konusunda bilgi düzeylerinin artırılması hizmetlerin doğru kullanımı ve sağlık sonuçları açısından son

derece önemlidir. Zira diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelendiği bir araştırmada, ileri yaşla birlikte bilgi puanlarının düştüğü belirlenmiştir [26]. İleri yaş gurubundaki katılımcıların bilgi puanlarının düşük olmasında yaşlılığın getirdiği doğal süreçteki etkilenmeler, ilgi düzeyinin farklılaşması, çevresel uyaranlarla etkileşim, başkalarına bağımlılığın olması, algılamada yetersizlik, dikkat eksikliği, fonksiyonel azalmalar gibi nedenler gösterilmektedir. Yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşmak için bir başka kişiye bağımlı olmalarının da sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği öne sürülmektedir [26]. Türkiye’de 2025 yılında nüfusun %10’unun 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir [27]. Bu nedenle Türkiye’de yaşlılara yönelik sağlık eğitimi programlarının ve onlara özgü bakım merkezlerinin kurulması konusunda planlama yapılmasına da ihtiyaç bulunmaktadır.

Dünyanın farklı ülkelerinde, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu yönünde tartışmalar sürmektedir. Buna karşın birçok ülkede son otuz yılda uygulanan sağlık politikaları; sağlık hizmetleri sunumunu, hizmet kullanıcılarına odaklanacak biçimde değiştirmiştir. Sağlık hizmeti kullanıcılarının kamu ve özel hastaneler ile sağlık hizmeti sunan diğer kurumlar hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu varsayılmaktadır. Bu nedenle hastaların, sağlık hizmeti almak için kurumlar arasında bilgilendirilmiş seçimler yaptıkları kabul edilmektedir. Amerika, Almanya, Büyük Britanya, Norveç, Hollanda ve İsveç gibi birçok ülkede hasta tercihi önemli bir tema haline gelmiştir. Bu yolla hasta tarafından seçilen hizmet sunucuları arasında rekabet ortamı yaratılarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hastanın özerkliği ve kendini yönetmesi hedeflenmiştir. Bu politika, sağlık hizmetlerinin yeterli miktarda kullanıldığı ve hastaların, doktorlarını seçme hakkına sahip oldukları diğer ülkelerde de uygulama alanı bulmuştur. Türkiye’de de hastaların doktor ve hastane seçme, aile hekimine gitmeden hastaneye gitme hakları bulunmaktadır. Ancak bu seçimlerin ne kadar doğru ve yerinde olduğu toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yakından ilgilidir. Hollanda gibi toplumun okuryazarlık oranının çok yüksek olduğu bir ülkede 2000 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada, katılımcıların çoğunluğunun (%59.6) seçebilecekleri en iyi hastane ya da hizmet sunucusu ile ilgili bilgi toplamadıkları bulunmuştur. Katılımcıların çoğunun doktor ve hastane tercihlerinde genel pratisyenlerin önerilerini dikkate aldıkları saptanmıştır. Yetersiz sağlık okuryazarı olan katılımcılar hangi hastaneye ya da uzman doktora gideceğini daha az sıklıkta bilmektedirler [28]. Bu sonuç sağlık politikalarının

bilgilendirilmiş sağlık hizmeti tercihi hedefine uzak olduğunu da göstermektedir. Tüketicinin bilgi eksikliği, belirsizlik ve arzın talep yaratması gibi sağlık hizmetlerine ilişkin özellikler, hastaların bilgilendirilmiş seçim yapma kararlarını da etkilemektedir.

Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, hastaların bir sonraki randevu tarihini ve tetkik sonuçlarını anlamaması, ilacı aç karnına alması gerektiğini bilmemesi gibi durumları beraberinde getirmektedir. Kronik hastalıklar ile ilgili bilgi eksikliği, tedaviye uymama, eğitimleri anlamama ve tedavinin unutulması bakım kalitesini ve sürekliliğini olumsuz etkilemektedir [19]. Oysa tedavinin sürekliliği sağlık sisteminin, çeşitli kuruluşlarda hastaya verilen farklı hizmetleri birbiriyle ilişkilendirme ve bütünleştirme derecesinin bir ölçüsüdür. İyi bir tıbbi bakımın temel öğelerinden biri sürekliliktir [29]. Tedavinin sürekli olmaması, kişinin koruyucu sağlık davranışlarına dikkat etmemesine yol açmaktadır [22]. Hastanın aynı sağlık sorunu için birden fazla sağlık kurumuna tekrar başvurması, tedavi seçeneklerinin farklılaşmasına neden olmakta, bu durum bakımın kalitesini ve sürekliliğini olumsuz etkilemektedir.

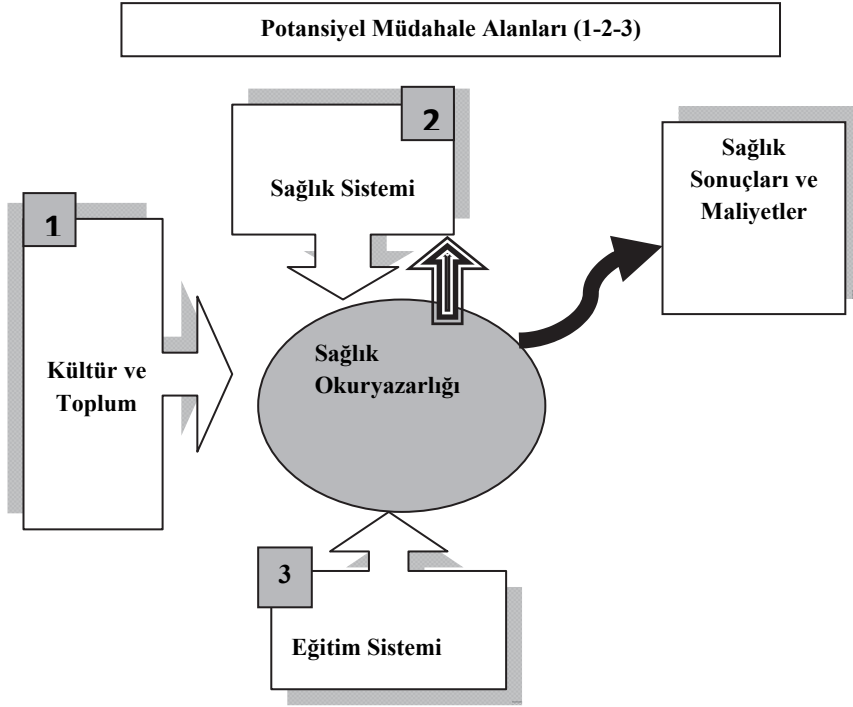
Hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması tıbbi hataların oluşmasına da neden olabilmektedir. Hastalığın ciddiyeti, hastanın iletişim sorunları, kişilik yapısı ve sosyal faktörler tıbbi hatalara yol açabilmektedir [30]. Weiss [19] sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan yetişkinlerin tedavi reçetelerine daha az uyduklarını ve öz-bakımlarını idare edemediklerini ortaya koymuştur. Bu konuda yaşanmış bir örnek şöyledir:

“İki yaşındaki bir hastaya kulak enfeksiyonu tanısı konulmuş ve antibiyotik reçete edilmiştir. Annesi, çocuğunun kulak enfeksiyonu olduğunu anlamakta ve reçete edilen ilacı günde iki kere alması gerektiğini bilmektedir. Anne şişenin üzerindeki etiketi incelemiş ve ilacın nasıl alınacağını etiketin söylemediğine karar vermiştir. Daha sonra şurubu bir çay kaşığına doldurup kızının kulağının içine dökmüştür” [31].

Böyle bir olayda kulak enfeksiyonunun iyileşmemesi yanında yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkması da kuşkusuzdur. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, ilaç kullanımı konusunda sorunlara neden olmaktadır. Yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi, yanlış inanışlar ve beklentiler, kendi kendine tedavi etme gibi davranışların hastalığın tedavisini olumsuz etkileyeceği açıktır [32]. Türkiye’de başkalarına verilen ilaçların kullanımı,

viral enfeksiyonlarda antibiyotik kullanımı, başlanan antibiyotiğin yarım bırakılması, antibiyotik reçete etmesi konusunda doktora ısrar edilmesi gibi davranışlar ilaç kullanımı konusunda yetersiz sağlık okuryazarlığına örnek davranışlardır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin potansiyel müdahale alanları, sağlık sonuçları ve maliyeti ile ilgili gösterimi Şekil 1’de verilmektedir. Buna göre sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde kültür ve toplum, sağlık ve eğitim sistemleri olmak üzere üç müdahale alanı bulunmaktadır. Bu üç bileşen etrafında gerçekleştirilen çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin iyileşmesini sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi toplumun sağlık sonuçlarını ve ortaya çıkan maliyetleri doğrudan etkilemektedir [15]. Bu açıdan sağlık okuryazarlığı önemli bir sağlık politikası alanı olarak değerlendirilmektedir.



Şekil 1. Sağlık okuryazarlığına potansiyel müdahale alanları [15]

Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamaları

Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde sağlık harcamalarının kontrol edilmesi ve sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanması sağlık politikalarının ortak çabaları arasında yer almaktadır. Sağlık harcamalarının kontrol edilmesine yönelik önlemler tüm ülkelerde tartışılmakta ve bu önlemler geri ödeme kurumları ve hükümetler tarafından uygulanmaktadır. Sunulan hizmetlerden ve ilaçlardan hasta katılım payı alınmakta, sağlık hizmetlerine belirli kullanım sınırlamaları getirilmektedir. Sağlık harcamalarının kontrolünde toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkileri son on yılda tartışılmaya başlanmıştır. Buna rağmen konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık harcamalarına etkisi üzerine yapılan araştırmalarda, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık harcamalarını artırdığı kanıtlanmıştır [6,19,33-36]. Ayrıca bu harcamaların karşılığında toplumun sağlık sonuçlarının kötü olduğu ortaya çıkmıştır. Howard [33] sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanlarda, yatan hastaların sağlık harcamalarının yaklaşık 993 dolar artış gösterdiğini bulmuştur. Ulusal Yaşlılık Topluluğu Akademisi [34] tarafından Amerika'da gerçekleştirilen çalışmada düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının sağlık sistemine maliyeti 1998 yılı rakamları ile 30 ile 73 milyon dolar arasında hesaplanmıştır. Ayrıca düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının kamu sigortalarına %63 ilave maliyet yüklediği ileri sürülmüştür. Bu hesaplamada tıbbi hatalar, artan hastane yatışları ve yatış süresi, acil servislerin daha fazla kullanımı ve ağır seyreden hastalıklar dikkate alınarak bir kombinasyon oluşturulmuştur [34]. Okuryazar olmayanların da dâhil edildiği benzer bir çalışma sonucunda, yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığının Amerika'ya maliyetinin yıllık 106 ile 236 milyar dolar arasında olduğu hesaplanmıştır [6]. Medicaid sigortalıları (Amerika'da nüfusun %19'unu kapsayan düşük gelirli çocuklu aileleri, yaşlıları ve engellileri kapsayan sosyal sigorta planı) üzerinde yapılan diğer bir çalışmada, tüm sigortalıların ortalama yıllık maliyeti kişi başına 3 bin dolar iken, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların yıllık ortalama kişi başına maliyeti 13 bin dolar olarak hesaplanmıştır [35]. Friendland Amerika'da düşük düzeyde sağlık okuryazarlığının toplam maliyetini tahmin etmek için öncü bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığına ait ulusal veri bulunmadığı için sağlık okuryazarlığının ölçümünde yetişkinler arasında okuma yazma bilmeyenlerin sayısı kullanılmıştır. Çalışma sonucunda düşük düzeydeki

işlevsel sağlık okuryazarlığı nedeni ile sağlık harcamalarına 2001 yılında 32 ile 58 milyon dolar arasında harcama eklendiği bulunmuştur. Bu harcamaların önemli bir bölümü, Medicaid ve Medicare sağlık sigortaları tarafından finanse edilmektedir. Yapılan bu çalışmanın yayınlanması ile ilk defa Amerika 2003 yılında “ulusal yetişkin okuryazarlığı değerlendirmesi” araştırmasına sağlık okuryazarlığına ait sorular eklemiştir. Araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyleri mükemmel, orta, temel ve temel düzeyin altında olmak üzere dört grupta değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda toplumun sadece %12’sinin mükemmel, %52’sinin orta, %22’sinin temel ve %14’ünün temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlık sigortası olmayanların büyük olasılıkla temel ve temel düzeyin altında sağlık okuryazarları oldukları bulunmuştur. Araştırma bulguları Amerika’daki yetişkin nüfusun %36’sının sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük (temel ve temel düzeyin altı) olduğunu, bunun 242 milyon yetişkin arasından, yaklaşık 87 milyona karşılık geldiğini göstermektedir [6]. Vernon ve arkadaşları [6] güncel verileri ve Friedland’ın modelleme varsayımlarını kullanarak araştırmayı tekrar yapmışlardır. Araştırmada “ulusal yetişkin okuryazarlığı değerlendirmesi”nden elde edilen sağlık okuryazarlığı verileri ile “tıbbi harcamalar panel araştırmasından” alınan sağlık harcamaları verileri kullanılmıştır. Yıllık ve bugünkü değer maliyet tahminlerine göre düşük düzeyde sağlık okuryazarlığının Amerika’ya yıllık maliyetinin 106 milyon dolar (alt sınır) ile 238 milyon dolar (üst sınır) aralığında olduğu hesaplanmıştır [6]. Mevcut durumun devam etmesi halinde, bugünkü rakamlarla gelecekte düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının maliyetinin 1.6 trilyon ile 3.6 trilyon arasında olacağı tahmin edilmiştir. Konu ile ilgili İsviçre’de yapılan bir araştırmada ulusal sağlık okuryazarlığı araştırma sonuçları ve Friedland [34]’in ortaya koyduğu metodoloji kullanılmış, yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık sistemine maliyeti hesaplanmıştır. Buna göre 2005 yılında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin İsviçre’ye maliyeti 1.5 milyon franktır. Yapılan bu çalışmaların temel amacı konu ile ilgili farkındalığı artırmak ve ekonomik maliyetler içerisinde sağlık okuryazarlığının önemini ve yerini görebilmektir. Maliyetler, bir çalışanın yıl içinde paylaştığı sağlık sigorta maliyetleri ve gelirine bağlı olarak hesaplanabilir. Ancak sağlık hizmeti almak için harcanan ilave zamanın, çabının ve tıbbi hataların sonuçlarının maliyetini hesaplamak zordur. Bu noktada düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının maliyetinin tüm toplum tarafından ödendiğini söylemek mümkündür.

Sağlık Kurumlarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Geliştirme Çalışmaları

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusu sadece sağlık profesyonellerinin ve sağlık kurumlarının sorumluluğu çerçevesinde değerlendirilmemektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sektörlerarası bir yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir. Bu sektörler toplum, eğitimciler, sağlık iletişimcileri, yazılı ve görsel medya, devlet kurumları, yetişkin eğitimcileri ve okuryazarlık eğitimi verenler, sivil toplum kuruluşları, akademik çevreler, iş dünyası, sağlık hizmeti sunan kurumlar ve sağlık profesyonelleridir [37]. Toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini sağlayacak alanlardan birinin sağlık sistemi olduğu daha önce vurgulanmıştır (Şekil 1). Sağlık sistemi içerisinde hastalara en kolay ulaşılabilecek yerler sağlık kurumlarıdır. Sağlık kurumuna gelen ya da yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi eğitim programları, broşürler, kapalı devre televizyon yayınları, sağlık profesyonellerinin davranışları ve iletişim biçimleri ile teknolojik araçlar kullanılarak artırılabilir. Ancak başlangıç noktası, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi olmalıdır. Farklı sosyo-demografik ve kültürel özelliklere sahip hastaların hangi tür bilgilere ihtiyaç duyduklarının belirlenmesinden sonra konu ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır. Örneğin 112 acil servisinin günde binlerce defa gereksiz arandığı bir ilde ambulans hizmetleri ile ilgili bilgilendirmeye ihtiyaç olduğu kuşkusuzdur. Hastalar sağlık bakım kuruluşlarını, sistemi kuranların beklentilerinden ziyade kendi ihtiyaçlarına göre kullanmaktadırlar. Burada önemli olan, hastalarda davranış değişikliği sağlanmasıdır [38]. Bu nedenle sağlık kurumunda konu ile ilgili örgütsel yapı yeniden tasarlanmalı, kurumsal politika ve protokoller hazırlanmalıdır. Hastane okulları oluşturularak özellikle kronik hasta ve yakınları için hastalık yönetimi programları düzenlenmelidir. Basit şekilde yazılmış bir kitapçık veya rıza onam formu kendi başına bir hastayı yeterli şekilde bilgilendirmemektedir. Çizgi ve sözlü açıklamalı resimler ile videolar gibi okumaya dayalı olmayan çözümler kavrayışı artırabilmektedir. Bu açıdan eğitim materyali oluşturulurken bu yöntemlerin de dikkate alınması önerilmektedir [39].

Hastalara olduğu kadar sağlık profesyonellerine de sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik eğitim programları ve duyurular yapılmalıdır. Amerika'da konu ile ilgili yapılan araştırmaların

sayısının artması ile sağlık profesyonellerine yönelik broşür, el kitapları ve rehberler hazırlanmıştır. Amerikan Tıp Birliği tarafından tüm sağlık çalışanlarının yakasına takabileceği “Bana sor sana yardım edebilirim” rozeti geliştirilmiştir [19]. Sağlık kurumlarında sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların yönlendirilebileceği birimlerin bulunması; yaşlı, işitme ve görme engelli hastalar için görevlendirilebilecek çalışanların olması önemlidir. Hasta yoğunluğu nedeni ile çok kısa muayene süreleri hasta-doktor ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Sağlık profesyonellerine hastaları ile sağlıklı iletişim kuracakları fiziksel olanaklar ve muayene süreleri sağlanmalıdır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde öncelikle yöneticilerin, politikacıların ve sistemi tasarlayanların sorumlu oldukları unutulmamalıdır.

Türkiye’de konu ile ilgili ihtiyacın farkına varılması ile birlikte çeşitli faaliyetler gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın [40] 2013-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Planı’nda “*Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek*” hedefi yer almaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmek için “halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme, izleme ve artırma” ile “toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirme” gibi uygulamaların hayata geçirilebileceği bildirilmektedir [40]. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [41] 2011 yılında “sağlık okuryazarlığı” konusunda aile eğitimine yönelik resimli bir kitap bastırılmıştır. Türkiye’de 2014 yılı, sağlık okuryazarlığı kavramının ülke çapında ele alınması açısından önemli bir yıl olmuştur. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eğitim Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı [42] tarafından “sağlık okuryazarlığı e-öğrenim sertifika programı” uygulanmaya başlanmıştır. Hastanelerde hasta ve yakınlarına yönelik “sağlık okuryazarlığı eğitim programları” [43], sağlık çalışanları tarafından bazı ilköğretim okullarında “sağlık okuryazarlığı semineri” düzenlenmiştir [44]. Ayrıca Avrupa sağlık okuryazarlığı projesi kapsamında, Sivil Toplum Geliştirme Merkezi tarafından “sağlık okuryazarlığı ve sağlık hakları projesi” ile Ankara, İstanbul, Muş ve Mardin’de 100 kişiye “sağlık ve kanser okuryazarlığı” eğitimi verilmiştir [45]. Sağlık Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi [46] tarafından 23 ilde 5 bin kişiye anket uygulanarak Türkiye’nin “sağlık okuryazarlığı haritası”nın çıkarılması hedeflenmiştir. Ankara Üniversitesi, Uzaktan Eğitim Merkezi [47] tarafından ise “sağlık okuryazarlığı e-öğrenme sertifika programı” düzenlemiştir.

SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması yoluyla toplumun, doğru sağlık hizmetlerini doğru zamanda ve doğru kurumdan almasının sağlanması, hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları için ulaşılmaması arzu edilen bir hedeftir. Sağlık hizmetlerinin gereksiz, aşırı, az ya da yanlış kullanımı hastaların kaliteli sağlık hizmeti alımını önlemektedir. Bu durum ise uzun bekleme süresine ve gereksiz tetkiklere maruz kalınmasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar israf edilmekte, sağlık göstergelerinde beklenen gelişme sağlanamamakta, hizmet sunucularının motivasyonları azalmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi konusunda yegâne sorumluluk sağlık sisteminin değildir; ancak sağlık okuryazarlığı düzeyinden en çok etkilenen sağlık sistemidir. Bu nedenle politikacılar, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları yöneticileri, sağlık hizmetini finanse eden kurumlar ve hastalar tarafından sağlık okuryazarlığının önemi anlaşılmalıdır. Sağlığa ayrılan kaynakların verimli ve etkili kullanımının sağlanmasında kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında dikkatlerin “sağlık okuryazarlığı” üzerinde odaklanması toplumsal bir uzlaşma olmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization. (2007). *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*. Retrieved March 17, 2012, from http://www.who.int/social-determinants/resources/interim_statement/en/.
- 2- World Health Organization. (2008). *Social determinants of health in countries in conflict a perspective from the Eastern Mediterranean Region*. Retrieved March 17, 2012, from <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa955.pdf>.
- 3- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- 4- World Health Organization. (2010). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Retrieved July 7, 2012, from www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf.
- 5- Kanj, M., Mitic, W. (2009). Promoting health and development: Closing the implementation gap. *7th Global Conference on Health Promotion*, 26-30 October, 2009, Nairobi, Kenya.
- 6- Vernon, J.A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., DeBuono, B. (2007). *Report on the Low Health Literacy: Implications for National Health Policy*. Retrieved April 10, 2014, from http://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/CHPR/downloads/LowHealthLiteracyReport10_4_07.pdf.
- 7- Pala, K. (1994). Sağlık ocaklarından beklenen sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunumunu etkileyen etmenler. *Toplum ve Hekim*, 63(9), 32-38.
- 8- Aday, L.A. (1993). Indicators and predictors of health services utilization. In S. J. William & P.R. Torrens (Eds.), *Introduction to health services* (pp. 6-64). USA: Delmar Publisher Inc.
- 9- Tatar, M. (1995). *Sağlık planlaması ders notları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu.
- 10- Dinçer, T., Kavuncubaşı, Ş., Aloğlu, E. (1994). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımı. *Toplum ve Hekim*, 62(9), 115-121.
- 11- Kaya, S. (1992). *Ankara metropolitan alanda sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 12- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye hastalık yükü çalışması, 2004*. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Erişim Tarihi 12 Mart, 2014, http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf.

- 13-Davis, T.C., Michielutte, R., Askov, E.N., Williams, M.V., Weiss, B.D. (1998). Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Education and Behavior*, 25, 613-624.
- 14- Kickbusch, I. (2011). Health literacy: An essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, 2 (108), 101-104.
- 15- Nielsen-Bohlman, L. Panzer, A.M., Kindig, D.A. (2003). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Retrieved April 29, 2014, from <http://www.nap.edu/catalog/10883.html>.
- 16- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Clark, W.S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13 (12), 791-798.
- 17- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., Green, D., et al. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278-1283.
- 18-Sağlık Bakanlığı. (2013). *Sağlık istatistikleri yılı 2012*. Erişim Tarihi 10 Ekim, 2013, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>.
- 19-Weiss, B.D. (2003). *Health literacy: A manual for clinicians*. America: American Medical Association Foundation.
- 20-Orr, S.T., Charney, E., Straus, J., Bloom, B. (1991). Emergency room use by low income children with a regular source of health care. *Medical Care*, 29 (3), 283-286.
- 21-Shah, M.S., Shah, M.A., Behbehani, J. (1996). Predictors of nonurgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Social Science and Medicine*, 42 (9), 1313-1323.
- 22-Young, G. and Sklar, D. (1995). Health care and emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 25 (5), 666-674.
- 23- Derlet, W.R., Kinser, D., Ray, L., Hamilton, B., Mckenzie, J. (1995). Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Annals of Emergency Medicine*, 25 (2), 215-223.
- 24-Sosyal Güvenlik Kurumu. (2012). *Sağlık uygulama tebliği*. Erişim Tarihi 10 Nisan, 2014, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler.
- 25- Tatar, M. (2010). *Yaşlılara yönelik sağlık politikaları*. Erişim Tarihi 10 Aralık, 2012, www.gebam.hacettepe.edu.tr.

- 26- Aslantekin, F. (2011). *Yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumları ve etkileyen faktörler: Tip II diyabetli hasta örneği*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- 27- Tezcan, S. ve Seçkiner, P. (2012). *Türkiye'de demografik değişim; yaşlılık perspektifi*. Erişim Tarihi 12 Mart, 2014, www.halksagligiokulu.org.
- 28- Rademakers, J., Nijman, J., Brabers, A.E.M., Jong, J.D., Hendriks, M. (2014). The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy*, 114, 200-206.
- 29- Kaya, S. (1996). Ankara metropolitan alanda sağlık ve bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim*, 11 (71), 2-14.
- 30- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1051-1056.
- 31- Parker, R.M., Ratzan, S.C., Lurien, N. (2003). Health literacy: A policy challenge for advancing high quality health care. *Health Affairs*, 4 (22), 147-53.
- 32- Mollahaliloğlu, S. ve Aşkın, E. (2004). Akılcı ilaç kullanımı nedir? *Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 7(8), 16-18.
- 33- Howard D., Gazmararian J. A., Parker R. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118 (4), 371-377.
- 34- Friedland, R.B. (1998). *Understanding health literacy: New estimates of the costs of inadequate health literacy*. Washington, D.C: National Academy on an Aging Society.
- 35- Weiss, B.D., Blanchard, J.S., McGee, D.L., Hart, G., Warren, B, Burgoon, M., et al. (1994). Literacy among Medicaid recipients and its relationship to health care costs. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5, 99-111.
- 36- Wieser, S., Moschetti, K., Eichler, K., Holly, A., Brügger, U. (2008). *Health literacy—An economic perspective and data for Switzerland*. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.citeulike.org/user/ctl/article/9453320>.
- 37- World Health Organization. (2013). *Health literacy solid facts*. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe UN City.
- 38- Baker, D.W, Stevens, C.D., Brook, H.R. (1995). Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban public hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 25 (3), 311-316.

- 39- Stiles, E. (2011). Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing Standard*, 26 (8), 35-40.
- 40- Sağlık Bakanlığı. (2012). *2013-2017 Stratejik plan*. Erişim Tarihi 29 Nisan, 2014, <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html>.
- 41- Çetin, M. (2012). *Sağlık okuryazarlığı* (2. baskı). İstanbul: Nakış Ofset.
- 42- *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu*. Erişim Tarihi 1 Nisan, 2014, http://burdur.khb.saglik.gov.tr/userfiles/files/4204_saglik-okuryazarligi.PDF.
- 43- *Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi*. Erişim Tarihi 1 Haziran, 2014, www.onkoloji.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=3761:hastanemizde-sagl-k-okuryazarl-g-egitimi&catid=174:duyurular.
- 44- *Milli Eğitim Bakanlığı*. Erişim Tarihi 2 Haziran, 2014, http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/77/03/715736/icerikler/okulumuz-da-saglik-okur-yazarligi-seminer_1007151_gorme_engelli.html.
- 45- *Toplum Geliştirme Merkezi*. Erişim Tarihi 8 Nisan, 2014, <http://www.stgm.org.tr/tr/icerik/detay/saglik-okuryazarligi-ve-saglik-haklari-projesi-devam-ediyor>.
- 46- *Sağlık Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi*. Erişim Tarihi 1 Haziran, 2014, <http://www.memursen.org.tr/haber/turkiyenin-saglik-okur-yazarligi-haritasi-cikariliyor/>.
- 47- *Ankara Üniversitesi*. Erişim Tarihi 5 Mayıs, 2014, http://uzem.ankara.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=377&Itemid=108&lang=tr.