

Bakus

editörden

Sendikacılığı üye-sendika-işveren üçgenine hapsedmeden vizyoner ve akademik bir anlayışa taşımak ve bu doğrultuda çalışmak Sağlık-Sen'in öncelikli hedeflerinden birisidir. Daha geniş bir yelpazede hareket etmek, sorunlara çözüm üretmek ve sorundan beslenmek yerine sorunlara çözüm üretmek önceliklerimiz arasında yer alıyor.

BAKIŞ dergimiz de bu doğrultuda hazırlanıyor. Bir önceki sayımızda, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının rahatsız olduğu Performans Sistemini ayrıntılı bir şekilde ele almıştık. Bu sayımızda ise Türkiye'de bir ilk, dünyada ise sayılı araştırmalar arasında yer alan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (SOYA) araştırmamız ve konuya genel bakışı sayfalarımıza taşıdık.

Konunun uzmanları ve tarafları sağlık okuryazarlığını, kendi uzmanlık alanları ve bakış açıları doğrultusunda değerlendirdi. Sağlık hizmetinin daha verimli sunulması ve vatandaşın bu hizmetten en kaliteli şekilde faydalanması, sağlık okuryazarlığının seviyesiyle doğru orantılı olarak değişiyor.

Yaptığımız araştırma, ülkemizdeki sağlık okuryazarlığının çok gerilerde olduğunu ortaya koydu. Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulundu. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6'sının yetersiz veya sorunlu (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptandı. Türkiye'de 18 yaş ve üstünde 53.827.088 kişi olduğu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyonluk bir erişkin nüfusun 'yetersiz ve

sorunlu' sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilebilir.

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılmasına yönelik önerilerin yer aldığı makalelerde, konu sadece sağlık hizmeti alanlar açısından değil, hizmet verenler açısından da ele alındı. Toplum oluşturulan bireylerin 'kendi hak ve sınırları' konusunda bilgilendirilmelerinin kamu organlarının sorumluluğunda olduğuna da dikkat çekilen makalelerde, bireyin sağlık konusunda kendisine sunulan hizmetleri doğru algılaması ve kendi sağlık düzeyi/ortamı konusunda farkındalığının sağlanmasının ona sunulması gereken bir hak olduğu da ifade ediliyor.

Bunun yanı sıra, Himaye-i Etfal'den Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na giden yol, İnce Hastalığın Emektar Şifahanesi: Heybeliada Sanatoryumu, 13. yüzyılda bilim adına önemli gelişmelere damgasını vurmuş olan Müslüman tıp bilgini İbnu'n Nefis, Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Okuryazarlığı Bağlamında Medya, Madde Bağımlılığı Sorunsalı ve Medya İlişkisi, Sağlık Çalışanları Medya Araştırması ele aldığımız diğer konu başlıkları arasında yer alıyor.

Dergimizin bu sayısında yayımlanan makaleler ve yaptığımız "Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Araştırmasının" ülkemizin önemli bir sorununun çözümüne katkı sunacağına olan inancımı belirtirken, çalışmalarıyla bu sayımızda yer alan akademisyen, bürokrat ve iletişim uzmanlarımıza teşekkür ediyorum.



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-SEN
Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları
Genel Yetkili Sendikası
Aralık 2014

SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 1995
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.sagliksen.org.tr

Yayına Hazırlık
Hakan YILDIZ- Emrah ÇANKAYA
Grafik Tasarım
Sedat ALTUĞ
Baskı



SAĞLIK-SEN ADINA

İMTİYAZ SAHİBİ

Metin MEMİŞ

Genel Başkan

GENEL YAYIN YÖNETMENİ
SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Mutlu KAYA

Genel Başkan Yardımcısı (Basın ve İletişim)

YAYIN KURULU

Semih DURMUŞ

Kemal ÇIRAK

Mustafa ÖRNEK

Ekrem YAVUZ

Abdülaziz ASLAN

EDİTÖR

Mutlu KAYA

BU SAYIDA

Prof. Dr. Haydar SUR

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi

Doç. Dr. İnci ÇINARLI

Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi,
Halkla İlişkiler Anabilim Dalı Başkanı

Dr. Muhammed ÖRNEK

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü

Dr. Muhammed ÖRNEK

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Ankara 2. Bölge Genel Sekreteri

Yrd. Doç. Dr. Hacı Ömer TONTUŞ

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı

Yard. Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Mine DURUSU TANRIÖVER

Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi
ve ABSAM Sağlık Araştırmaları Merkezi Genel Müdürü

Prof. Dr. Banu ÇAKIR

Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi

Prof. Dr. H. Erdal AKALIN

Hacettepe Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi

Murat KALEM

Sağlık Bakanlığı Müşaviri
Sağlık İletişimi Uzmanı

Av. Özlem TİTREK

Sağlık-Sen Hukuk Müşaviri

F. Nihan DEMİRAY

Sağlık-Sen, AR-GE Uzmanı

Emrah ÇANKAYA

Sağlık-Sen Basın Danışmanı

Fatih KOCUR

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Ankara İl Müdür Yardımcısı

Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.

Yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.

4 ayda bir ücretsiz dağıtılır.

15.000 adet basılmıştır.

4' Başıandan

• **Metin MEMİŞ / Sağlık-Sen Genel Başkanı**

12' Gündem

• **Yeni Döner Sermaye Yönetmeliği de Sorunları Çözmedi**

• **Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Bütçesi**

18' Dosya

• **Kalite mi İstiyorsunuz?**

Alın Size Kullanıcı Odaklılık ve Sağlık Okuryazarlığı

• **Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Okuryazarlığı**

• **Sağlık Okuryazarlığı**

• **Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının**

Sağlığa ve Sağlık Hizmet Kullanımına Etkileri

• **Sağlık Okuryazarlığı**

• **Sağlık Okuryazarlığı: Genel Bakış**

• **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Özet Bulgular)**

• **Sağlık Enformasyonu ve**

Sağlık Okuryazarlığı Bağlamında Medya

Araştırma- İnceleme '62

•Sağlık Çalışanlarının
Kitle İletişim Araçları Algısı

Sağlık İletişimi '66

• Madde Bağımlılığı ve Medya İlişkisi

Sosyal Hizmetler '70

• Himaye-i Etfal'den
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na

Portre '74

• İbnü'n Nefis

Sağlık Tarihi '76

• İnce Hastalığın Emektar Şifhanesi:
"Heybeliada Sanatoryumu"



Akademik Sendikacılık Faaliyetlerimiz Ülke Sınırlarını Aştı



Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı

Türkiye'de ilk, dünyada en kapsamlı sağlık okuryazarlığı araştırması hem uluslararası düzeyde bilimsel geçerliliğe sahip olması, hem de Türkiye'ye özgü sorunları ortaya koyması itibariyle, ulusal ve küresel sağlık hedeflerine, eylem planlarına ışık tutacak öneme sahiptir.

Sağlık-Sen olarak, sorumlu sendikacılık anlayışıyla çalışma hayatına, sendikal harekete ve ülke insanının geleceğine değer katmaya devam ediyoruz. Sağlık ve sosyal hizmet politikalarında insan merkezli, emek merkezli politikalar geliştirmeyi, yönetim ve karar süreçlerinin etkin paydaşı olmayı demokratik hakkımız ve sorumluluğumuz olarak görüyoruz.

Bu çerçevede Sağlık-Sen olarak; sağlık, sosyal hizmet ve emek eksenli politikalara yön vermek hedefiyle çok sayıda bilimsel araştırma gerçekleştirdik. Son olarak gerçekleştirdiğimiz Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (SOYA) etki alanı ve niteliği itibarıyla Sağlık Sen'in akademik hizmet sendikacılığı adına ortaya koyduğu en önemli çalışmalarından birisi olmuştur.

Eylül 2014 tarihi itibarıyla tamamladığımız Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (SOYA) hem sağlık çalışanlarımızı sağlıklı çalışma koşullarına ulaştıracak, hem de milletimizde sağlık bilincini geliştirecek doğru politikaları ve stratejileri geliştirmede temel alınacak uluslararası çapta değere sahip bir çalışma olmuştur.

Sağlık Okuryazarlığı Araştırmamızı ülkemiz ve dünya nazarında değerli kılan pek çok özellik bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi, akademik sendikacılık, sorumlu sendikacılık gibi temel ilkelerimiz ışığında yapmış olduğumuz faaliyetlerimizin, Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasıyla Türkiye'nin sınırlarını aşmış olmasıdır.

Küresel veya bölgesel düzeyde, bu çapta bir araştırmayı ilk

kez Sağlık-Sen'in gerçekleştirmiş olması, araştırmayı önemli kılan bir diğer husustur. Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçeğini kullanarak Türkiye toplumunun sağlık okuryazarlık düzeyini tespit ettik. Araştırma kapsamında ikinci bir ölçek de kullanarak, Türkiye'ye özgü sağlık okuryazarlığı sorunlarını ortaya koymaya çalıştık.

Araştırma, hem uluslararası düzeyde bilimsel geçerliliğe sahip olması, hem de Türkiye'ye özgü sorunları ortaya koyması itibarıyla, ulusal ve küresel sağlık hedeflerine, eylem planlarına ışık tutacak öneme sahiptir.

Sağlık okuryazarlığı araştırmamızın temel amacı; Türkiye'de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemektir. Bu amaçla saha araştırmamızı; Türkiye'yi temsilen 12 bölgede 23 ilde yaklaşık 5 bin vatandaşımızın katılımı ile gerçekleştirdik.

Araştırma sonucunda Türkiye'nin yaklaşık 53 milyon erişkin nüfusu içinde, yaklaşık 35 milyon kişinin "yetersiz" ve "sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulgusuna ulaştık.

Araştırma, ülke insanımızın kendisine sunulan tedavi edici ve önleyici sağlık hizmetlerini, uygulanan sağlık politikalarını, kitle iletişim kanalları aracılığıyla yayılan sağlık enformasyonunu, tanıma, anlama, karar verme ve uygulama süreçlerinde yaşadığı zorluklara ilişkin önemli tespitler ortaya koydu.

Yine eğitim eksikliği ve sosyo-ekonomik yetersizlik sorunlu

sağlık okuryazarlığının öncelikli nedenleri olarak ön plana çıktığını gördük.

Sağlık çalışanlarımızın sağlıklı çalışma ortamlarına kavuşmalarının ve nitelikli hizmet üretmelerinin önündeki en büyük sorunlardan birisinin yetersiz sağlık okuryazarlığı olduğu muhakkaktır. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna ulaşabilmek için, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin iyileştirilmesi için gerekli ciddi adımların en kısa zamanda atılması gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme sürecine ve dinamiğine gereksinim olduğu açıktır.

Türkiye'de ilk, dünyada en kapsamlı sağlık okuryazarlığı araştırmasını gerçekleştiren bir sendika olarak, sağlık sistemimizin geleceğini, sağlık çalışanlarımızın çalışma sağlığı ve güvenliğini ve sağlıklı toplum hedeflerimizi tehdit eden bu önemli sorunun çözümü noktasında sorumlu sendikacılık anlayışıyla hizmet üretmeye devam edeceğiz.

Bu düşüncelerle, ulusal ve küresel sağlık okuryazarlığı mücadelesine ciddi katkılar sunacak Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmamızın hayırlı olmasını diliyor, bu çalışmaya emek veren akademisyenlerimize ve uzmanlara, saha çalışmasını titizlikle yürüten sağlık profesyonellerini kutluyor, sağlık çalışanları ve milletimiz adına teşekkür ediyoruz.



Yeni Döner Sermaye Yönetmeliği de Sorunları Çözmedi

Av. Özlem TİTREK

Sağlık-Sen Genel Merkezi Hukuk Müşaviri

Sağlık Bakanlığı'na bağlı İl Sağlık Müdürlükleri ve bağlı birimleri ile Halk Sağlığı Müdürlükleri ve bağlı birimlerini kapsayan Döner Sermaye Yönetmeliği 28.11.2014 tarih ve 29189 sayılı Resmi Gazete'de yayımlandı.

Sağlık-Sen olarak yönetmeliği incelediğimizde;

1. Önceki uygulamalarda İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı 112 istasyonlarında çalışanlara % 40 ek puan veriliyorken, Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı B tipi 112 istasyonlarında çalışanlar için bu ek puan verilmemekte idi. 2014-2015 yıllarını kapsayan II. Dönem Toplu Sözleşmesi'nde B Tipi 112'lerin de % 40 ek puan almasını sağladık. Yeni yönetmelikte bu konuyla ilgili bir düzenleme yapılarak sorunu kökten çözmek mümkün iken, bu yapılmamıştır. B Tipi 112'ler, % 40 ek puanlarını toplu sözleşme kazanımı olarak almaya devam edecek.

2. Bir diğer toplu sözleşme kazanımımız Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı entegre hastanelerin 209 sayılı Kanununun 5. maddesinin ikinci fıkrasının ikinci cümlesinde sayılan birimlerinde görev yapanlara da özellik arz eden birimler için öngörülen

katsayılar üzerinden ek ödeme yapılmasıdır. Ancak tavan ek ödeme alamayanların da bu maddeden yararlanabilmesi için hizmet alanı kadro-unvan katsayıları da değişmelidir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nda özellik arz eden birimlerde görev yapanların hizmet alanı kadro unvan katsayısı 0,50'dir. Ancak Halk Sağlığı Kurumu'nun döner sermaye yönetmeliğinde sağlık çalışanları için yalnızca 0,40 katsayısı vardır. Bu katsayının entegre hastanelerin özellik arz eden birimleri için de 0,50 olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Buna rağmen yönetmelikte katsayılarla ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3. I. Dönem Toplu Sözleşme kazanımlarımızdan biri de şartlara uygun olarak her hangi bir görevi vekaleten yürüten personele yapılacak ek ödemede, ek ödeme matrahı olarak vekalet edilen kadroya

ilişkin ek ödeme matrahının esas alınmasıdır. Ancak yeni yönetmelikte hala eski düzenlemeye yer verildiği için bu durumda olanlar toplu sözleşme kazanımı olarak bu haktan yararlanmaya devam edecektir.

4. Yönetmelikte il ve ilçelerde müdürlüklere bağlı birimlerde görev yapanlarla, komisyonlarda görev alanlara ek ödeme verilmesi hükmü bulunuyor. Ancak, il ve ilçelerde bağlı birimde görevli iken, komisyonda görev alanların ek puanlardan birisini alabileceği kısıtlamasına gidilmiş. Daha önceki yönetmeliğe yönelik eleştirimizde de bu konuya dikkat çekmiş ve düzeltilmesini talep etmiştik. Yeni yönetmelikte aynı hatanın yapılması, iki farklı görevi aynı anda üstlenen sağlık çalışanlarını ek ödemede mahrum bırakmaktadır. Bu konuda acilen yeni bir düzenleme yapılarak, mağduriyet giderilmelidir.



Yönetmelikte yapılan değişiklikler ise şu şekilde;

Sağlık Bakanlığına bağlı İl Sağlık Müdürlükleri ve bağlı birimleri ile Halk Sağlığı Müdürlükleri ve bağlı birimlerini kapsayan Döner Sermaye Yönetmeliği 28.11.2014 tarih ve 29189 sayılı Resmi Gazetede yayımlandı. 01/12/2014 tarihinden geçerli olacak yönetmelik ile neler değişti;

1. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Analiz ve Kontrol Laboratuvarlarında görev yapan sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri ile teknik hizmetler sınıfı personeli de yönetmelik kapsamına alınmıştır. Ek-4 sayılı cetvelde Analiz ve Kontrol Laboratuvarlarında Görevli Personelin Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayıları düzenlenmiş, Ek-7 sayılı cetvelde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Analiz ve Kontrol Laboratuvarları

Birim Performans Kriterleri düzenlenmiştir. Buna ilişkin hükümler 18/1/2014 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Analiz ve Kontrol Laboratuvarlarında sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri ile teknik hizmetler sınıfı kadrolarına atanmış olup fiilen görev yapan personele yapılacak ek ödeme Bakanlık döner sermaye hesabına aktarılan tutardan karşılanacaktır.

Görevlendirme, ödüllendirme ve cezalandırmaya ilişkin hükümler Analiz ve Kontrol Laboratuvarlarında çalışanlar için de geçerlidir.

2. Halk Sağlığı Müdürlüğü ve bağlı birimlerine ek ödeme esas-

larını düzenleyen 5. maddenin (ç) bendine; ‘Bakanlık merkez teşkilatı ile bağlı kuruluşlarının merkez teşkilatı kadrolarında bulunan personelden merkez laboratuvarları ile Halk Sağlığı Müdürlüğü ve bağlı birimlerine en az bir ay süreyle geçici görevle görevlendirilen personele, geçici olarak görev yaptığı müdürlüğün/merkez laboratuvarının döner sermayesinden ek ödeme yapılacağına’ dair hüküm eklenmiştir.

3. 5. Maddedeki, “Kendi isteği ile Bakanlık ve bağlı kuruluşlar haricindeki diğer kamu kurum veya kuruluşlarında geçici görevlendirilen personele, bu yönetmelik uyarınca ek ödeme yapılmaz.” hükmü, “ Kendi isteği ile Bakanlık ve bağlı kuruluşlar dışındaki kurumlara geçici görevlendirilen perso-



nele, bu Yönetmelik kapsamında kadrosunun bulunduğu yerden yalnızca 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Ek 9 uncu maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibariyle belirlenmiş olan ek ödeme net tutarından az olmamak üzere ek ödeme yapılır.” olarak değiştirilmiştir.

4. Halk Sağlığı Müdürlüğü ve bağlı birimlerine ek ödeme esaslarını düzenleyen 5. maddede ve İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde ek ödeme esaslarını düzenleyen 13. maddede; Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik ve olağanüstü hallerde görevlendirilen personele verilen ek puanı düzenleyen hükme “Bakanlık tarafından belirlenen olağan dışı durumlarda” ibaresi eklenerek sınır illerinde görev yapan ancak olağanüstü hal ilan edilmediğinden ek puandan yararlanamayan personelin de yararlanabileceği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

Ayrıca madde kapsamında görevlendirilen personele verilen % 20’lik ek puan da, ilk ay için % 20, görevlendirmenin bir aydan fazla sürmesi halinde devam eden aylarda % 30 olarak düzenlenmiştir.

5. Döner sermayede %20 ek puan ile ödüllendirme/cezalandırma sürelerinde de düzenleme yapılmıştır. Bir yıl içinde 6 ayı geçmemek üzere ek puan verilebileceğine dair düzenleme, verilecek ek puan ile yapılacak kesinti bir yıl içinde üç ayı geçmemek üzere uygulanır şeklinde değiştirilmiştir.

6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlı merkez laboratuvarlarının

da görevli personele verilen % 10 ek puan, % 15’e çıkarılmıştır.

7. Kurumca oluşturulan ortak sağlık ve güvenlik birimlerinde Halk Sağlığı Kurumu adına işyeri hekimi ile işsağlığı ve güvenliği uzmanı olarak görevlendirilen personel için Halk Sağlığı Müdürlüklerince on işyeri ile anlaşma imzalanması durumunda kadro unvan katsayıları % 5, on bir ile otuz arasındaki işyeri ile anlaşma imzalanması durumunda % 10, otuz bir ile elli işyeri ile anlaşma imzalanması durumunda % 15, elli bir ile yetmiş arasındaki işyeri ile anlaşma imzalanması durumunda % 20, yetmiş bir ile doksan işyeri ile anlaşma imzalanması durumunda % 25, doksan bir ve üzeri işyeri ile anlaşma imzalanması durumunda ise % 30 oranında artırılabacaktır.

8. Halk sağlığı müdürü, halk sağlığı müdür yardımcısı, şube müdürü kadrolarından boş olanlara vekaleten görevlendirilen personele, görevine başladığı tarihten itibaren yürüttüğü görev için öngörülen “Tavan Ek Ödeme Katsayısı” ile “Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayısı” esas alınmak suretiyle ek ödeme yapılacağına dair hükme entegre ilçe hastanesi başhekimisi ile hastane müdürü kadrolarına görevlendirilen personel de eklenmiştir.

9. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarından bu yönetmelik kapsamında yer alan birimlere görevlendirilenlere ilişkin düzenlemeye, haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilen sağlık personeli için de hüküm eklenmiştir. Bu personelin aktif çalışılan gün

katsayısı, o dönem personelin görevlendirme süresince çalıştığı saatlerin toplamının, o dönem mesai saatleri toplamına bölünmesi suretiyle bulunacaktır.

10. Merkez laboratuvarları döner sermaye komisyonunun teşkiline ilişkin 8. maddede laboratuvar temsilcisinin yanı sıra bir tabip temsilcisi de komisyonda sayılmakta idi, tabip dışı sağlık personelinin sayısı ise bir idi. Yeni Yönetmelikte tabip temsilcisi komisyondan çıkarılmış, tabip dışı temsilci sayısı ise ikiye yükseltilmiştir.

11. İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde ek ödeme esaslarını düzenleyen 13. maddede “Bakanlık tarafından hizmet kalite standartları değerlendiricisi olarak görevlendirilen personel ile bu Yönetmelik kapsamında fiilen ek ödeme hesaplamalarını yapan personele il sağlık müdürlüğü il birim performans puan ortalamasının %20’si oranında ek puan verilir.” hükmüne yer verilmekte idi. Yeni Yönetmelikte “Bakanlık tarafından hizmet kalite standartları değerlendiricisi olarak görevlendirilen personel” madde metninden çıkarılmıştır.

12. Ek-5 sayılı cetveldeki Bilimsel Çalışmalar ve Puanları değiştirilmiştir.

13. Analiz ve Kontrol Laboratuvarlarında Görevli Personelinin Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayılarını gösteren Ek-4 sayılı cetvel ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Birim Performans Kriterlerini gösterir Ek-7 sayılı cetvel Yönetmeliğe eklenmiştir.



Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Bütçesi

SASAM | Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi

Sağlıkta finansal sürdürülebilirlik açısından hayati öneme haiz olan sağlık harcamaları ile sağlık çıktıları ve sonuçları arasında doğrusal bir ilişki bulunmasa da sağlık mal ve hizmetlerinin üretilmesi için gerekli olan temel unsurlardan ve girdilerden birisini teşkil etmektedir. Sağlık harcamaları da bir plan ve program dahilinde gerçekleştirilmeye çalışılır ki bu da bütçe olarak adlandırılır. Bu çalışmada 2015 Yılı Bütçesi ışığında Türkiye’nin sağlık harcamaları kısaca analiz edilmeye çalışılmıştır.

2015 Yılı Bütçesi ve Sağlık

Türkiye'nin 2015 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu Tasarısı 22 Kasım 2014 tarihinde TBMM'de kabul edilerek yasalaşmıştır. 2015 bütçesinde 520,4 milyar lira gider, 499,5 milyar lira gelir ve 21 milyar lira da açık öngörülmüştür.

2015 Yılı bütçe çalışmaları kapsamında 20 Kasım 2014 tari-

hinde Sağlık Bakanı sayın Mehmet Müezzinoğlu tarafından TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda SB'nin 2015 yılı bütçesi sunulmuştur. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına hizmet sunumu için ayrılan finansman 2014 yılına göre %7,5'lik bir artışla 2015 yılı için toplam olarak 43,1 milyar lira olarak öngörülmüştür. Bu da SB'yi genel bütçe içerisinde MEB'den sonra en yüksek payı

alan kurum haline getirmiştir. Bu olumlu bir gelişme olmakla birlikte genel bütçeden sağlığa daha fazla kaynak ayrılması gereğini ortadan kaldırmamaktadır. Ayrıca SB'ye ayrılan bu kaynakların da kurum içinde tahsisatı yapılırken ağırlıklı olarak koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi gerektiği de unutulmamalıdır (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Hizmet Sunumu için Ayrılan Finansman, (Milyon TL)

	2014	2015	Değişim (%)
Merkezi Yönetim Bütçesi	18.647	20.378	9,3
Döner Sermaye Bütçesi	21.443	22.732	6
Toplam	40.090	43.110	7,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2014)

Merkezi yönetim bütçesi ödenek karşılaştırması açısından bakıldığında en fazla personel

ödeneklerinin sağlık harcamalarında yer tuttuğunu görmekteyiz. Personel sayısı ve maaş artışının

kaynaklık ettiği artış oranı ise bir önceki yıla göre %9,3 olarak kaydedilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Merkezi Yönetim Bütçesi Ödenek Karşılaştırması, (Milyon TL)

	2014	2015	Değişim (%)	Değişim Oranı Sebebi
Personel Ödenekleri	11.296	12.342	9,3	Personel sayısı ve maaş artışı
Mal ve Hizmet Alım Giderleri (elektrik, su, yakacak vb.)	5.646	6.200	9,8	Hizmet birimlerinin ihtiyaçları
Yatırım Ödenekleri	1.705	1.836	7,7	Yatırım ödeneğindeki artış

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2014)

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının 2015 yılı merkezi yönetim bütçesi içerisinde en fazla payı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu almaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2015 Yılı Merkezi Yönetim Bütçesi, (Milyon TL)

	Personel Odenekleri	Diğer Cari Odenekler	Yatırım Odenekleri	Toplam
Sağlık Bakanlığı	1.325	304	1.134	2.763
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	9.090	288	495	9.873
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	1.860	5.549	80	7.489
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	26	11	93	130
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	41	48	34	123
Toplam	12.342	6.200	1.836	20.378

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2014)

Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının GSYİH’deki oranı yıllar itibariyle artış eğilimi göstermiştir. Bu oran 2002 yılında %3,8 iken 2013 yılında %4,2 olmuştur. Buna karşın kişi başına yapılan doğrudan cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise 2002 yılında %20’den 2013 yılında %17’ye bir düşüş eğilimi göstermiştir. Kişi başı sağlık harcaması ise 2002 yılında 330 dolar iken bu rakam 2013 yılında ise 793 dolar olmuştur (Sağlık Ba-

kanlığı 2014). Sosyal devlet anlayışına sahip ülkemizde kamusal sağlık harcamalarının artış eğilimi göstermesi olumlu olarak değerlendirilebilecek bir gelişmedir.

Genel olarak belirtmek gerekirse istisnalar hariç sağlık harcamaları genellikle artış eğilimi gösterirler ve bu artış sürdürülebilirlik açısından güçlük olarak değerlendirilir. Özellikle de sağlık harcamalarının artışı milli gelir artışından veya genel kamu har-

camalarından daha fazla artış eğilimi gösterirse bu tehdidin şiddeti daha fazla hissedilir. Türkiye’nin kamu sağlık harcamalarının 2003-2014 reel artışı %70 olarak görülmektedir. Buna karşın genel kamu harcamalarındaki artış ise aynı dönem için %116 olarak verilmiştir. 2010 yılına kadar kamu sağlık harcamalarının artış oranı genel kamu harcamalarının üzerinde iken bu oran 2010 yılından itibaren göreceli olarak azalmıştır (Grafik 1).



Türkiye’nin kamu sağlık harcamalarının 2003-2014 reel artışı %70 olarak görülmektedir. Buna karşın genel kamu harcamalarındaki artış ise aynı dönem için %116 olarak verilmiştir. 2010 yılına kadar kamu sağlık harcamalarının artış oranı genel kamu harcamalarının üzerinde iken bu oran 2010 yılından itibaren göreceli olarak azalmıştır.

Grafik 1. Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri, (2014 Fiyatlarıyla - Milyon TL)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2014)

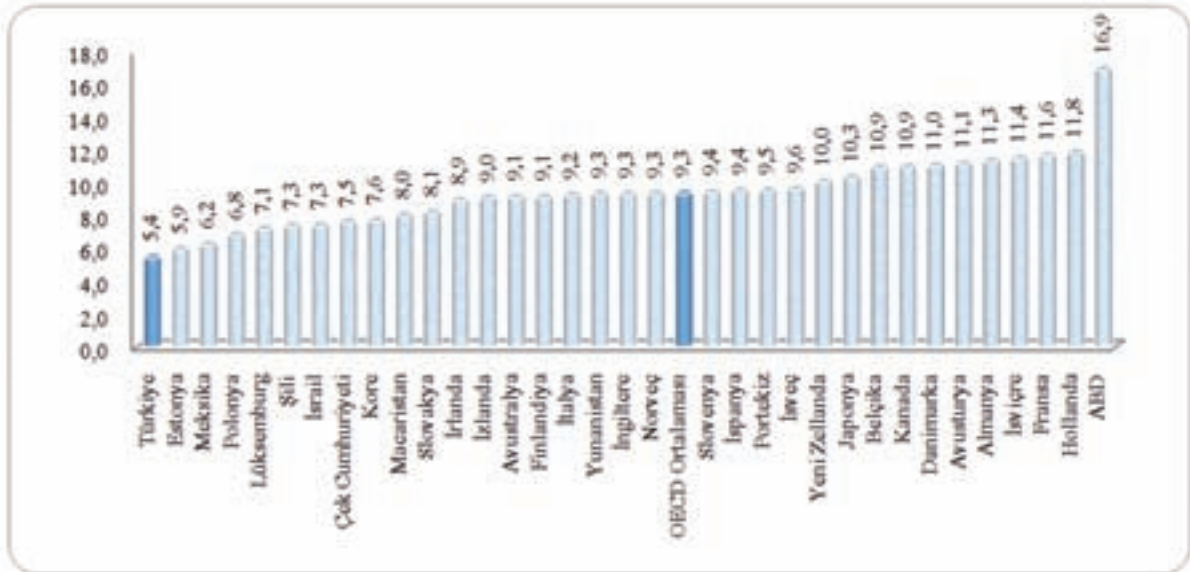
Ülkeler Sağlıkları İçin Ne Kadar Harcamaktadırlar?

OECD ülkelerinin sağlıkla- rını için GSYİH'lerinden ne kadar harcama yaptıkları incelendiğin-

de; ABD'nin sağlığa %16,9 ile en fazla kaynak ayıran ülke olduğu ve OECD ülkelerinin ortalamasının ise %9,3' olduğu tespit edilmiştir. Türkiye ise GSYİH'den sağlığı

için %5,4 ile en OECD ülkeleri arasında az kaynak ayıran ülkelerden birisidir. (Grafik 2)

Grafik 2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (2012 veya en yakın yıl)



Kaynak: OECD (2014)

SGK'nın Gelirleri-Giderleri ve Açıkları: Günah Keçisi GSS'nin Rolü

Grafik 3 SGK'nın toplam ge-

lirlerini (prim gelirleri, yeniden yapılandırma, devlet katkısı, ek ödeme, faturalı ödemeler ve diğer gelirler) ve giderlerini (emekli

aylıkları, sigorta ödemeleri, ek ödeme, sağlık harcamaları, faturalı ödemeler, yönetim, yatırım ve diğer giderler) ve açıklarını göster-

mektedir. Buna göre yıllar itibariyle SGK'nın toplam gelirlerinde ve giderlerinde paralel bir artış gözlenmektedir.

2012 yılı verileri bağlamında değerlendirildiğinde SGK'nın 143 milyar TL toplam gelirinin çoğunluğu, yani %67,4'ü (96 milyar TL) prim gelirlerinden oluşmaktadır.

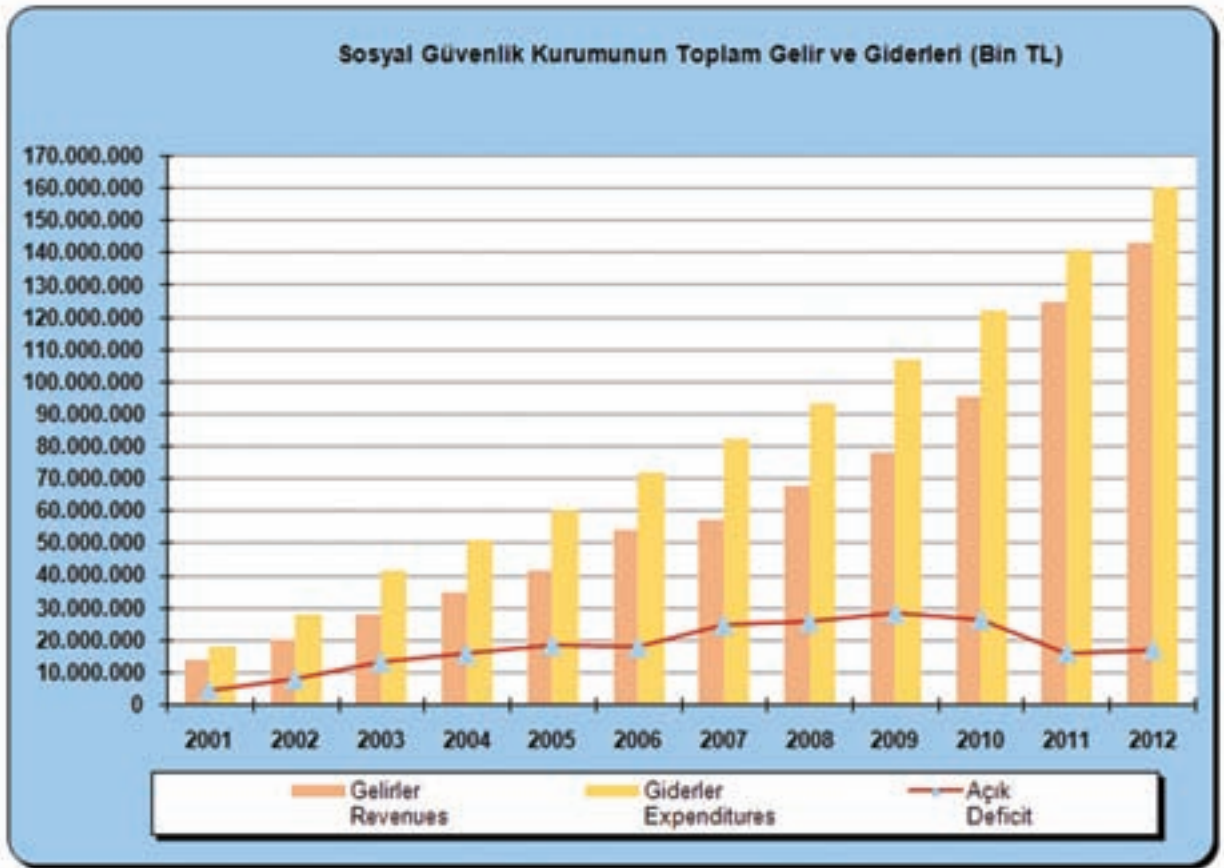
Toplam prim gelirlerinin 34 milyar TL'si ise GSS prim gelirlerinden oluşmaktadır.

Yine 2012 verilerine göre SGK'nın 160 milyar TL toplam giderlerinin çoğunluğu, yani %65,7'si (105 milyar TL) emekli aylıklarına gitmektedir. Sağlık harcamalarının SGK bütçesi içerisinde

deki payı ise 2012 yılında %27,5 olmuştur (44 milyar TL).

Diğer taraftan 2009 yılından itibaren SGK'nın açığının azalma eğilimine girdiği görülmektedir. 2009 yılında SGK açığı 28 milyar TL civarında iken, bu açık 2012 yılında 17 milyar TL'ye gerilemiştir.

Grafik 3. Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Gelir ve Giderleri



Kaynak: SGK; Yıldırım (2013)

Grafik 4'de ise GSS'nin gelir ve giderleri yıllar itibariyle yer almaktadır. GSS'nin gelir ve giderleri de paralel olarak artış eğilimi göstermektedir. 2006 yılında 5 milyar TL ile en düşük düzeyde açık veren GSS, 2008 ve 2009 yıllarında yaklaşık 8 milyar TL ile en fazla açığı vermiştir. Ancak 2009'dan sonra açık giderek da-

ralmaya başlamış ve 2012'nin sonlarına doğru GSS kâra geçmiştir. 2013 yılı itibariyle GSS'nin açığı bulunmadığı gibi, yılsonunda 1 milyar TL'nin üstünde de bir kâr oluşması beklenmektedir. Hem SGK'nın global verilerini hem de GSS'nin müstakil verilerini birlikte değerlendirdiğimizde aslında Türkiye'de dile getirildiği gibi sağ-

lık harcamalarının SGK'nın kara deliği olmadığı anlaşılmaktadır.

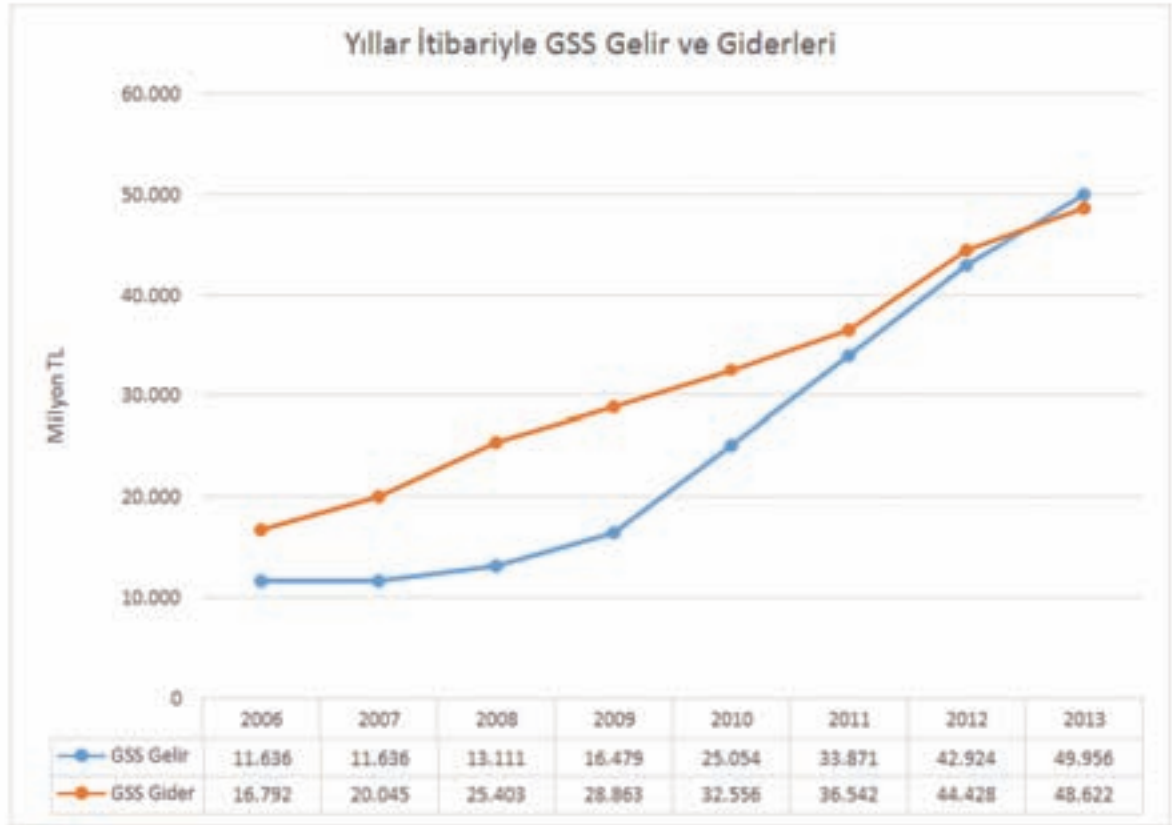
SGK açıklarının temelinde emekli aylıkları gelmektedir. Bu da Türkiye'de zamanında uygulanan politikaların sonucu olarak yaşanan erken emekliliklerin ve halen sürmekte olan işsizliğin ve kayıt dışı ekonominin bir sonu-

cu olmaktadır. Mevcut durumda Türkiye’de yaklaşık 2 çalışan 1 emekliyi finanse etmektedir. Oysaki olması gereken durum 4 çalışanın 1 emekliyi finanse etmesi.

GSS’nin mali sürdürülebilirliğinin tehlikede olduğuna atf yapılarak GSS’nin temel teminat paketinin daraltılması ve vatandaşın özel tamamlayıcı sağlık sigor-

alarına yönlendirilmesi gerektiği tartışmaları, en azından SGK’nın resmi verileri ışığında doğru ve mantıklı bir yaklaşım değildir. (Yıldırım 2013)

Grafik 4. Yıllar İtibariyle GSS Gelir ve Gider Düzeyleri



Kaynak: SGK; Yıldırım (2013)

Son Söz Yerine...

Bir hususun altını çizmekte yarar vardır. Literatürde ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcamaları gerektiğine dair bir standart yoktur. Ülkelerin refah düzeyleri, sağlığa attıkları değer, tarihsel arka plan, demografik yapı, sağlık ihtiyaçları, teknolojik gelişmeler gibi birçok fak-

tör sağlık harcamaları düzeyini belirlemektedir. Önemli olan sağlık için ayrılacak kaynakların rasyonel bir şekilde belirlenmesi, bunların koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri öncelikli olmak üzere tahsis edilmesi ve hakkaniyetli, verimli ve maliyet-etkili bir şekilde harcanmasıdır.

Kaynakça

- OECD. (2014). OECD Health Data.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-94368/h/butesunumu.pdf>, erişim: 20.12.2014).
- Yıldırım HH. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık-Sen, Ankara.

Kalite mi İstiyorsunuz? Alın Size Kullanıcı Odaklılık ve Sağlık Okuryazarlığı

Prof. Dr. Haydar SUR

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi

ABD’de 2001 yılında Institute of Medicine bütün dünyayı etkileyen çok önemli bir rapor yayımladı. Crossing the Quality Chasm adlı bu raporda 21. Yüzyılın sağlık hizmetlerinin 6 vazgeçilmez hedefi olarak hizmetin güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve hakkaniyetli verilmesi ileri sürülmektedir. Bu yazının konusu teknik açıdan özellikle hasta odaklılık ile bağlantılı bir kavramdır. Çünkü sağlık profesyonellerinin hizmeti sunarken bir yandan da teşhis, tedavi seçenekleri ve prognoz ile ilgili geçerli ve anlaşılır bilgiyi ve hizmeti alana iletmesi mesleki bir zorunluluktur.

Hasta Odaklılık

Hasta Odaklı Yaklaşım; (aslında kullanıcı odaklı yaklaşım demeye başlasak ne iyi olur)

1. Hastaların değerlerine, inançlarına ve tercihlerine saygı duymak
2. Hizmeti bireylere göre ayarlamak

ve kültürel yetkinliği olan bir şekilde sokmak

3. Hastaların tercihlerinin zaman içinde değişebileceğini anlamak ve bunlara göre klinik ve işletme hizmetlerinde gerekli düzeltmelerde bulunmak olarak genel anlamda

ifade edilse bile bu konu tam netleşmiş değildir ve herkes kendine göre bir yol tutmuş gibi görünmektedir. Şekil 1'deki grafik hasta odaklı yaklaşımla ilgili aşağı yukarı uzlaşılabilir bir kapsamı özetlemektedir.

Şekil 1: Hasta Odaklılığın Esasları.



Kendilerini etkileyecek kararları verirken hastaların değişik tercihlerini farkederek bunlara uyum sağlayabilen ve hastaları karar vermede paydaş olmaya teş-

vik eden yaklaşıma hasta odaklı yaklaşım denir. Yine ABD'de Institute of Medicine'nin 2003 yılında yayımladığı "Health Professionals Education, A Bridge to Quality"

isimli raporda aşağıdaki 5 maddede anlatılanlar, 21. Yüzyılın sağlık profesyonellerinin 5 temel yetkinliği olarak ortaya konulmaktadır.

Kutu 1: Sağlık Profesyonellerinin 5 Temel Yetkinliği

- # Hasta odaklı hizmet sunma
- # Disiplinlerarası takım halinde çalışma
- # Kanıta dayalı tıp uygulama
- # Kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlama
- # Bilişim olanaklarından azami yararlanma



İlk bakışta ne var yani, bunları hepimiz biliyoruz ve yıllardır uyguluyoruz diye düşünenler olursa onlar bilsinler ki büyük bir yanlışlı içindeler. Bütün dünyada yakla-

şık 65 milyon sağlık profesyonelinin en az yarısının bunlara hiç mi hiç aldırmadığı ifade ediliyor (En az yarısı derken büyük bir iyimserlik içinde olduğumuzun

farkındayım). Bu sözlerle maksadımız, hasta odaklılığımın önünde birçok engel bulunduğunu ortaya koymaktır. Bunu ana hatlarıyla 3 grupta ele alabiliriz.

Kutu 2: Hasta Odaklılığın Önündeki Engeller

Sağlık görevlilerinin özellikle hekimlerin bu yönde eğitim eksikliği

Koordinasyon bozukluğu

- sevkleri ayarlamada
- diğer kuruluşlardan bilgi almada

#Ödeme kuruluşlarından kaynaklanan sorunlar

- hasta eğitimine..
- telefonla iletişime..
- hasta vizitlerine.. zaman bırakmama

Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı bireylerin uygun sağlık kararları verebilmesi için gereken temel sağlık ve hizmet elde etme, sürecini izleme ve anlama kapasitesi derecesidir (Healthy People 2010, the U.S. Department of Health and Human Services).

Hastalar ilaç şişelerinin üzerinde yazan bilgileri, randevu kağıtlarını, tıbbi eğitim broşürlerini,

hekimin talimatlarını ve onam formlarını anlamakta istenen düzeyde olmayabiliyor. Karmaşık sağlık bakım hizmeti sürecinde müzakere yeteneği basitçe bir okuyabilme yeteneği anlamından çok daha fazlasını içeriyor ve karmaşık bir grup olarak okuma, dinleme, analitik düşünme ve karar verme becerileri ile bu becerilerin sağlık durumlarına uyarlanması aslında tartışmasız bir beceri gerektiriyor. Şaşırtıcı bir şekilde

evde veya işyerinde tam uyumlu, kültürlü birisi, sağlık hizmeti ortamında marjinal veya uyumsuz davranabilmekte; bu karmaşa içinde sonuç birebir öğrenim süresiyle veya genel anlamda okuma yeteneğiyle uyumlu çıkmamış olabilmektedir.

Bireylerin sağlıkla ilgili işlemler üzerindeki karar rolleri giderek arttığından, yazının ilk kısmında bahsedilen “kullanıcı-odaklı”

sağlık hizmetini sunabilmek için bireylerden bu anlamda istenilen katkıyı alabilmek için onların iyice bilgilendirilmesi gerekiyor. Sağlık hizmeti kullanıcıları karmaşık bilgilerle yüzyüze bırakılınca ve tedavi seçenekleriyle ilgili kararlar alınırken onamları istenince yetersiz kalabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı basite alınacak bir entelektüel birikim değildir ve bunu yükseltmek de az bir çaba ile mümkün değildir. Bütün ülkede vatandaşların grafik ve tabloları anlayabilecek bir görsel anlama yetkinliğine kavuşturulması, bilgisayar okuryazarı olması, sayısal okuryazarı olması sağlanmadan sağlık okuryazarlığında istenen düzeye gelmekten bahsedilemez. Bunun ne kadar emek ve süre gerektirdiği takdirini size bırakıyoruz. Özellikle 65 yaş üzerinde kişiler (hastalar genellikle yaşlılar olmaz mı?), dil bilmeyenler ve göçmenler (ülkemizde şu anda 2 milyona yakın göçmen bulunuyor), düşük gelirli (en azından 8.5 milyon yeşil kartlı kişimiz var) ve mental/fiziksel kronik sağlık sorunu taşıyanlar (bu sayıyı tam olarak bir türlü elde edemedik) sorun yaşamaları en muhtemel kişilerdir. Bırakınız ülkemiz gibi toplumun eğitim ihtiyaçlarının ye-

terince karşılanamadığı ülkeleri, ABD, Kanada, İngiltere gibi genel anlamda okuryazarlık oranının % 97 ve üzerinde olduğu ülkelerde bile nüfusun neredeyse yarısının söylenenleri tam anlamda sorunlu olduğu ve uygulamayı istendiği gibi gerçekleştiremediği bulunmuştur. Hastalar kendi sağlık durumlarını ve sorunlarını, gözlemlerini, belirtilerini güzelce tanımlayabilmekten ve zihinlerinde resmi bütünleyebilmek için uygun soruları sorabilmekten, açıklamaları ve tıbbi önerileri anlayabilmekten büyük sapışlar yaşanmaktadır. Sözümleri “aç karnına” sözünü herkes değişik anlıyor, ilaçları yanlış zamanlarda ve yanlış şekillerde alıyorlar.

Sağlık Düzeyi Açısından Öneri

Toplum düzeyinde yapılacak büyük politika hamleleriyle kişileri kendisine verilen malumatın inandırıcılığını ve geçerliliğini değerlendirebilecek, risk ve yararları analiz edebilecek, dozajları hesaplayabilecek, test sonuçlarını yorumlayabilecek düzeye getirmemiz gerekmektedir. Bunların nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin tartışma ve öneriler başka bir yazının konusuna girer. Ancak bu yazının

son bölümünde genel bir yaklaşım rotası çizilmeye çalışılmıştır (Kutu 3).

Tezat

Kronik hastalıkların en yüksek prevalansa eriştiği ve hizmete en çok ihtiyaç duyacak gruplardaki kişiler genellikle okuma yeteneği en düşük ve uygun bir hasta davranışı göstermeye gereken bilgiyi almada en başarısız kişilerdir. Okuryazarlık sağlık bilgi düzeyini, gelir düzeyini, işi, eğitimi, barınmayı sağlık hizmetine erişim yeteneğini etkilemektedir ve yoksullar ile okuryazar olmayanlar genellikle zararlı maddelerin bulunduğu işlerde çalıştırılanlardır. Başka bir deyişle, en çok ihtiyacı olanlarda en çok sorun yaşamaktayız.

Düşük sağlık okuryazarlığının iflah olmaz 2 önemli çıktısı vardır ve bu iki sonuç sağlık hizmetlerinde bizim en çok korktuğumuz iki sonuçtur:

- 1.** Hastaneye yatırılma oranlarının daha yüksek olması
- 2.** Pahalı acil hizmetleri daha çok kullanıyor olması (Literacy and Health Outcomes, Agency for Health Care Research and Quality Report, 2004).

Sonsöz Yerine:

Kutu 3: Ülke çapında sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için 5 adım

- 1.** Hizmetlerde misyon, planlama ve değerlendirme faaliyetleri arasında sağlık okuryazarlığına yer vermek
- 2.** Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmaları, eğitimleri-yetiştirme ve uygulamaları desteklemek
- 3.** Malzemeleri, mesajları ve kaynakları değerlendirmek üzere resmi olarak süreç ve akıbet değerlendirmesi yaptırmak
- 4.** Sağlık profesyonellerine ve halka düzenli şekilde geçerli ve uygun sağlık bilgisi yaymak
- 5.** Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak sağlık okuryazarlığı geliştirme programları tasarlamak ve bunu halk sağlığı uygulamalarına yerleştirmek



Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Okuryazarlığı

Doç. Dr. İnci ÇINARLI

Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler Anabilim Dalı Başkanı

Sağlık okuryazarlığı açısından sağlık enformasyonun öneminin yanı sıra günümüzde iyi bir sağlık okuryazarı olmanın kriterleri arasında neden iyi bir medya okuryazarı olmanın da yer alması gerektiğinin ele alınacağı bu yazıda; sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkışı, kapsamı, düzeyleri ve ölçülmesi ile ilgili yöntemler ile ilgili literatürden yararlanılarak genel bir kuramsal çerçeve çizilmektedir.

Giriş

Bireyler/hastalar sağlık enformasyonunu kişilerarası iletişim (eş, dost, akraba, arkadaş, sağlık hizmeti sağlayanlar ile iletişim) ve kitle iletişimi yoluyla elde ederler. Sağlık enformasyonunun sağlığın geliştirilmesi amacı ile elde edilmesi için sahip olunması gereken yetiler, bu yetilerin geliştirilmesi, ayrıca bu enformasyonların üretimine katılma sağlık okuryazarlığının konusudur.

Sağlık enformasyonunun sağlık okuryazarlığı açısından önemi tartışılmadan önce 'veri', 'enformasyon' ve 'bilgi' kavramlarının arasındaki hiyerarşiye (ve de aralarındaki ayırma) dikkat çekmek yerinde olacaktır. Veri-enformasyon-bilgi arasındaki hiyerarşide ilk basamağı oluşturan veri; "olgu, kavram ya da komutların iletişim, yorum ve işlem için elverişli, biçimsel ve uzlaşım bir gösterim" olarak tanımlanmaktadır. Enformasyon ise Bell'in ifade ettiği gibi veri-işlemdir. "Herhangi bir işlemde geçen, bir dökümün, bir dizinin vb. içine yerleşen veri" olarak tanımlanmakta ve bu hiyerarşide ikinci basamağı oluşturmaktadır. Yani en basit ifade ile belirtecek olursak; verilerin işleme tabi tutulması ile enformasyon elde edilmektedir. Bu hiyerarşinin son basamağında ise bilgi vardır.

Günlük dilde enformasyon ve bilgi ayırımını yapmasak da aslında bilgi, enformasyonun işlenmesi ile elde edilmektedir (Uğur, 2002: 71-73). Özellikle de enformasyon ve bilgi arasındaki ayırma dikkat çektiikten sonra; medyanın bize bilgi değil, enformasyon ilettiğini de hatırlatalım.

Sağlık okuryazarlığı açısından sağlık enformasyonunun önemini yanı sıra günümüzde iyi bir sağlık okuryazarı olmanın kriterleri arasında neden iyi bir medya okuryazarı olmanın da yer alması gerektiğinin ele alınacağı bu yazıda; sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkışı, kapsamı, düzeyleri ve ölçülmesi ile ilgili yöntemler ile ilgili literatürden yararlanılarak genel bir kuramsal çerçeveye çizilmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Tanımlanması ve Kapsamı

Sağlık okuryazarlığı kavramının kökeni genel okuryazarlık alanına dayanmaktadır (Kickbusch, 2006: 102). '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 (Beckman, Davis ve McCormack, 2010:

9). Sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel, medeni ve kültürel okuryazarlık alanlarının ve bu alanlara ilişkin yetilerin karşılıklı etkileşimini ifade etmektedir (Zarcadoolas ve Pleasant, 2008: 305). Bu noktada, sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi disiplini dâhilinde ele alınan bir alan olduğu da belirtilmelidir.

Düşük sağlık okuryazarlığı ile düşük sağlık çıktıları arasında doğrudan bir ilişki vardır. Düşük sağlık okuryazarlığı verileri yani yeterli düzeyde konuşma, dinleme ve anlama yetisine sahip olmama, düşük sosyo-ekonomik statü, dil engeli, sağlık sistemine ulaşma konusunda yetersizlik gibi nedenler örneğin kanser gibi hastalıkların önleyici taramalarının ve semptomlarının anlaşılmasını sınırlandırır ki bu durum da tedaviyi etkiler. Yani iletişimin etkinliğini kısıtlayan bu bariyer, tedavi seçeneklerinin riskleri ve yararları ile ilgili iletişimi ve aynı zamanda da rutin prosedürler ve klinik deneyler için bilgilendirilmiş onam konusunun da hastalarca anlaşılmasını zayıflatır. Alzheimer, kanser gibi hastalık teşhisleri ile karşılaşan hastalar ve aileleri, genellikle hazır olmadıkları kararları verme durumuyla karşılaşmaktadırlar. Sağlık hizmeti sağlayanlar ve tıbbi kuruluşlar da çoğunlukla onların





Sağlık okuryazarlığı dâhilinde; sağlık hakkının, hasta haklarının bilincinde olmak, ilaç prospektüslerinin, kamu sağlığı duyurularının (örn. kamu spotlarının), sağlık haberlerinin, sağlık eğitimi materyallerinin vb. anlaşılması, aynı zamanda da bireylerin kendi hastalık ya da rahatsızlıkları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayan kişi ve kurumlara ulaşma becerileri de değerlendirilir.

doğru kararı vermelerine yardımcı olma konusunda pek hazırlıklı değildirler. Tedavi seçimleri genellikle belirsizlik, mezenformasyon (kasıtlı olmayan eksik ya da hatalı enformasyon), yüksek oranda duygusallık ve endişe ortamında yapılır (Wright, Sparks ve O’Hair, 2008: 287-288). Bu gibi örneklerden de anlaşılacağı üzere sağlık enformasyonunun doğru, anlaşılır, kullanılabilir ve bilgilendirici olma özellikleri ile bireyin karar alma süreci etkin hale gelecektir.

Sağlık okuryazarlığı (health literacy) terimi ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından “Health Education as Social Policy” (“Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi”) isimli makalede kullanılmıştır. Sağlık eğitiminin; sağlık hizmetleri sistemini, eğitim sistemini ve kitle iletişimini etkileyen bir politika olduğunun tartışıldığı bu eserde sağlık okuryazarlığının, okul eğitiminin her düzeyinde ele alınması gerektiği ifade edilmiştir (Ratzan, 2001: 210). 1999 yılında ise Amerikan Tıp Derneğine (American Medical Association) bağlı ‘Sağlık Okuryazarlığı Amacına Yönelik Komite’ (Ad Hoc Committee on Health Literacy) sağlık okuryazarlığını “bir hasta olarak başarılı şekilde işlevde bulunmak için gerekli prospektüsleri ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama yeteneği” olarak tanımlamıştır (Cameron, Wolf ve Baker, 2011: 306). Hasta odaklı ve oldukça dar kapsamlı bu tanımlamanın yanı sıra ABD’nin Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Dairesi (Office of Disease Prevention and Health Promotion) tarafından 2010 yılı hedef alınarak hazırlanan “Sağlıklı İnsanlar

2010” (“Healthy People 2010”) raporunda ise sağlık okuryazarlığı “bireylerin doğru sağlık kararları verebilmek için basit sağlık enformasyonlarını ve sağlık hizmetlerini elde etme, sürdürme ve anlama kapasitesinin derecesi” olarak ele alındığını görülmektedir. Öte yandan günümüzde en kapsayıcı tanımlardan birini yapan Amerikan Sağlık ve İnsani Hizmetler Birimi (DHHS) sağlık okuryazarlığını “sağlıkla ilgili uygun kararları almak için gerekli olan sağlıkla ilgili temel enformasyonları ve hizmetleri elde etme, üretme ve anlama kapasitesi” olarak tanımlamaktadır (Wright, Sparks ve O’Hair, 2008: 287). Yine benzer bir tanımda da DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) “iyi sağlığı geliştirecek ve koruyacak enformasyona ulaşma, anlama ve kullanma güdüsü ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal yetiler” ifadesini kullanmaktadır (Cameron, Wolf ve Baker, 2011: 307).

Sağlık okuryazarlığı dâhilinde; sağlık hakkının, hasta haklarının bilincinde olmak, ilaç prospektüslerinin, kamu sağlığı duyurularının (örn. kamu spotlarının), sağlık haberlerinin, sağlık eğitimi materyallerinin vb. anlaşılması, aynı zamanda da bireylerin kendi hastalık ya da rahatsızlıkları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayan kişi ve kurumlara ulaşma becerileri de değerlendirilir. Ancak aşağıda da görüleceği gibi, günümüzde sağlık okuryazarlığı yetilerinin teknolojiye ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesi sonucunda daha da karmaşık hale gelen sağlık enformasyonunun gerektirdiği yetiler karşısında yetersiz kalması sonucunda kapsamda genişleme

görülmektedir. Öte yandan bireylerin/hastaların sağlık okuryazarlığının yanı sıra sağlık personelinin sağlık okuryazarlığının da söz konusu edilmesi gerektiği bu noktada belirtilmelidir. Dolayısıyla da sağlık okuryazarlığı tek yönlü değildir.

Kitle iletişimi araçları, sağlık enformasyonlarının en yoğun şekilde elde edildiği araçlardır. Batı'da televizyon bireylerin sağlıkla ilgili enformasyonu en fazla oranda elde ettikleri mecra olma özelliğine sahiptir. İnternet kullanıcılarının oranındaki artış ile birlikte sağlık enformasyonuna bu mecradan ulaşma oranı da hızla artmaktadır. Öte yandan günümüzde gerek geleneksel medyadaki, gerekse yeni medyadaki sağlık enformasyonları nicelik olarak son derece bol ama nitelik olarak düşük olma özelliği ile fütürist yazar John Naisbitt'in "enformasyon içinde boğuluyoruz ama bilgiye açız" (Naisbitt, 1982: 10) ifadesini doğrulamaktadır.

Medyanın bilgilendirme işlevi gereği kamunun sağlığı ile ilgili doğru, bilgilendirici ve kullanılabilir sağlık enformasyonu iletmesi ideal olmalıdır. Ancak medya bunun yerine daha yoğun olarak sansasyonel, bireyselleştirilmiş ve işlevsizleştirilmiş sağlık enformasyonu iletir ki bu durum da beraberinde yeni 'sağlıksızlık' çıktıları getirir. Sonuç olarak bu ortamın sağlığın giderek metalaşmasına ve dolayısıyla da ticarileşmesine katkısı kaçınılmazdır. Öte yandan halk sağlığı mesajlarının sosyal değişim çabası, medyanın status quo'cu tutumu ile karşılaşır (Çınarlı, 2008:111). Bu paradoks

ve önceliklerin çatışması durumu da, sağlık okuryazarlığı açısından sağlık enformasyonunun tasarımında ve iletiminde göz önünde bulundurulması gereken önemli bir noktadır. Buraya kadar ifade edildiği gibi, sağlık okuryazarlığı kapsamında hem kişilerarası iletişim, hem de kitle iletişimi düzeyinde sağlık enformasyonu açısından göz önünde bulundurulması gereken pek çok kıstas vardır.

Sağlık Okuryazarlığı Çeşitleri ya da Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığının üç çeşidi ya da düzeyi bulunmaktadır. Nutbeam; günlük yaşamda etkili bir şekilde işlevde bulunmak için yeterli temel okuma ve

yazma yetilerini 'temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı' içinde ele almaktadır ki bu tanım; sağlık okuryazarlığının en dar kapsamlı tanımını oluşturmaktadır. İkinci düzey olan 'iletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı' ise daha ileri düzeyde bilişsel ve okuryazarlık yetileri, kendine güven gibi kişisel ve sosyal yetilerin geliştirilmesi ele almaktadır. Yine bu düzeyde bireylerin medyada sağlık enformasyonu aramaları, çeşitli iletişim biçimlerinden anlam elde edilmesi ve değişen şartlara yeni enformasyonların uygulanması için gerekli yetiler söz konusudur. 'Eleştirel sağlık okuryazarlığı' ile de medyadan yansıyan haberlerin doğru yorumlanması ve değerlendirilme-



Medyanın bilgilendirme işlevi gereği kamunun sağlığı ile ilgili doğru, bilgilendirici ve kullanılabilir sağlık enformasyonu iletmesi ideal olmalıdır. Ancak medya bunun yerine daha yoğun olarak sansasyonel, bireyselleştirilmiş ve işlevsizleştirilmiş sağlık enformasyonu iletir ki bu durum da beraberinde yeni 'sağlıksızlık' çıktıları getirir. Sonuç olarak bu ortamın sağlığın giderek metalaşmasına ve dolayısıyla da ticarileşmesine katkısı kaçınılmazdır.

si, sağlık enformasyonunun doğru yorumlanması ve kullanılması gibi daha üst düzey bilişsel ve iletişim- sel yetiler tanımlanmıştır (2000: 263-264). 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 (Sykes vd., 2003: 1-2). Sağlık okuryazarlığının bu çeşidinde bireyin çıkarımın yanı sıra toplumun/topluluğun da çıkarı söz konusudur (Nutbeam, 2008: 2075). ‘Eleştirel sağlık okuryazarlığı’, enformasyonun eleştirel analizini de içerir ve medya okuryazarlığı ile de doğrudan ilgilidir.

(Eleştirel) medya okuryazarlığı; önyargıları ve bir kaynağın güvenilirliğini teşhis edebilmek, olguyu kanaatten ayırabilmek, mesaj gerçekçi değilse bunun ayırımını yapabilmek, mesajın amacını anlamak, bir mesajın gerçek olduğunu ve uygulanabilirliğini tespit etmek gibi yetileri gerektirmektedir (Centre for Media Literacy, n.d.). Sonuç olarak günümüzde iyi bir sağlık okuryazarı olabilmek için

iyi bir medya okuryazarı olmak şart hale gelmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ölçülmesi

Her ne kadar sağlık okuryazarlığını ölçümlemenin en uygun yolu üzerinde bir görüş birliği sağlanamadıysa da; şu dört kıstasın değerlendirilmesi temel olarak alınabilir (Wright, Sparks ve O’Hair, 2008: 288):

- Kültürel ve kavramsal bilgi,
- Dinleme ve konuşma,
- Yazma ve okuma,
- Sayısal beceri (istatistik bilgisi ve sağlık hizmetlerinde kullanılan diğer sayısal veriler).

Her ne kadar bu kıstaslar sağlık okuryazarlığının ölçülmesinde bir temel teşkil etse de, belirli bir araştırmanın amacına göre farklı yöntemler kullanılabilir.

Sağlık okuryazarlığı ölçümlerinde en fazla kullanılan yöntemler REALM (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: Tıpta Yetişkin Okur-

yazarlığının Hızlı Ölçümü) ve TOFHLA’dır (Test of Functional Health Literacy in Adults: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi). REALM, 66 adet kelimeden oluşan, kelimeleri tanıma ve telaffuz etmeyi kapsayan testtir ve sağlık ile ilgili sözcük dağarcığını ölçümlemek amacıyla yapılır. TOFHLA ise 67 kelimedenden oluşur ve okuma akıcılığını ölçümler. Bu testte düzyazıyı okuyup anlamayı ve hastane belgeleri, reçete üzerinden matematik beceriyi ölçen iki bölüm yer almaktadır (Cameron, Wolf ve Baker, 2011: 309). Her iki testin kısaltılmış sürümleri de bulunmaktadır: REALM-R (Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine-Revisited: Tıpta Hızlı Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve SAHLSA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adults: İspanyolca Konuşan Yetişkinler İçin Kısa Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirmesi).

Öte yandan sadece dış sağlığı ile ilgili sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmeye yarayan REALD (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry: Diş Sağlığında Hızlı Yetişkin Okuryazarlığı Tahmini) ya da LAD (Literacy Assessment for Diabetes: Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirmesi) gibi özel olarak belli bir tıp/sağlık alanına ya da hastalığa odaklanan testler de vardır (NC Program on Health Literacy, n.d.). Ancak birey/hastaya uygulanabilen bu testler kimi zaman hastalarda utanma, çekinme gibi duygulara da neden olabilmektedir. Bu gibi sınırlılıklar nedeniyle hastadan kendi durumları ile ilgili doğrudan bir değerlendirme isteyen ölçümler de vardır (Cameron, Wolf ve Baker, 2011: 309).



Bu yöntemler, sağlık okuryazarlığı alanının ortaya çıktığı ABD’de geliştirilmiştir ve Türkiye’de de bu yöntemlerin bazıları kullanılarak araştırmalar yapılmaktadır. Ancak, bu yöntemlerin bizim ülkemiz ihtiyaçlarına, standartlarına, sağlık sistemine ve hatta kültürel verilerine uyumlu olup olmadığı yeterince araştırılmadan bire bir Türkçeye tercüme edilerek kullanılmaması, validasyonlarının mutlaka titizlikle yapılması gereklidir.

Sonuç

Olumlu sağlık çıktılarının artması doğrudan yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgilidir. Sağlık geliştirilmesi çabaları açısından sağlık okuryazarlığı sadece bireyler/hastalar açısından değil, aynı zamanda da sağlık hizmeti sağlayanlar açısından değerlendirilmesi gereken bir konu ve sorundur. Öyle ki sağlık okuryazarlığı günümüzde sağlık bilinciyle ilgili bireysel kapasitenin artırılmasının çok daha ötesinde genel kamu, sağlık hizmeti sağlayanlar ve hatta medya tarafından paylaşılan bir sorumluluk olmalıdır.

Günümüz enformasyon toplumunda birey/hasta açısından

özellikle de kitle iletişiminden gelen karmaşık mesajları eleştirel olarak analiz etmek oldukça zahmetli bir çaba haline gelmiştir. Henüz sağlık okuryazarlığının ilk düzeyini tamamlayan (ya da tamamlamaya çalışan) pek çok gelişmekte olan ülke, son derece hızlı bir şekilde ikinci ve üçüncü sağlık okuryazarlığı düzeylerinin gerektirdiği yetilerin hızlı ve yoğun talebi ile karşı karşıya kalmaktadır. Şüphesiz ki bu durum, sağlık okuryazarlığı kavramının kapsamının da güncellenme ihtiyacını doğurmaktadır.

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, farklı paydaşların ve disiplinlerin katılımını gerektirir. Sağlık iletişimi, çok disiplinli ve disiplinlerarası olma özelliği ile sağlık okuryazarlığı araştırmaları için en uygun alandır.

Olumlu sağlık çıktılarının artması doğrudan yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgilidir. Sağlık geliştirilmesi çabaları açısından sağlık okuryazarlığı sadece bireyler/hastalar açısından değil, aynı zamanda da sağlık hizmeti sağlayanlar açısından değerlendirilmesi gereken bir konu ve sorundur. Öyle ki sağlık okuryazarlığı günümüzde sağlık bilinciyle ilgili bireysel kapasitenin artırılmasının çok daha ötesinde genel kamu, sağlık hizmeti sağlayanlar ve hatta medya tarafından paylaşılan bir sorumluluk olmalıdır.

Kaynakça

- Aydın Uğur (2002). Kültür Kitası Atlası: Kültür, İletişim, Demokrasi, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Centre for Media Literacy. Media Literacy: A Definition and More (n.d.), <http://www.medialit.org/media-literacy-definition-and-more>, (12.05.2014).
- Christina Zarcadoolas ve Andrew Pleasant (2008). "Health Literacy in the Digital World", içinde Health Communication in the New Media Landscape, Jerry C. Parker ve Esther Thorson (ed.), NY: Springer Publishing, ss. 303-322.
- Don Nutbeam (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), ss.259-267.
- Don Nutbeam (2008). "The Evolving Concept of Health Literacy", Social Science&Medicine, 67, ss. 2072-2078.
- Ilona Kickbush (2006). "Health Literacy: An Essential Skill for the Twenty-first Century" (Editorial), Health Education, 108(2), ss.101-104.
- İnci Çınarlı (2008). Sağlık İletişimi ve Medya, Ankara: Nobel Yayınevi.
- Jay M. Bernhardt ve Kenzie A. Cameron (2003). "Accessing, Understanding and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy", içinde The Routledge Handbook of Health Communication, Teresa L. Thompson, Roxanne Parrott, Jon F. Nussbaum (ed.), NJ: Lawrence Erlbaum, ss. 583-605.
- John Naisbitt (1982). Megatrends: Ten New Directions Transforming Our Lives, NY: Warner Books.
- Kenzie A. Cameron, Michael S. Wolf, David W. Baker (2011). "Integrating Health Literacy in Health Communication", içinde The Routledge Handbook of Health Communication, 2.Baskı, T. L. Thompson, R. Parrott, J. F.Nussbaum (ed.), NY: Routledge, ss.306-319.
- Kevin B. Wright, Lisa Sparks ve H.Dan O'Hair (2008). Health Communication in the 21st Century, MA: Blackwell Publishing, 2008.
- Nancy D. Berkman, Terry C. Davis ve Lauren McCormack (2010). "Health Literacy: What is it?", Journal of Health Communication, 15, ss.9-19.
- NC Program on Health Literacy (n.d.), "Literacy Assessment Instruments", <http://www.nchealthliteracy.org/instruments.html>, (01.09.2014).
- Scott C. Ratzan (2001). "Health Literacy: Communication for Public Good", Health Promotion International, 16(2), ss.207-210.
- Susie Sykes vd. (2013). "Understanding Critical Health Literacy: A Concept Analysis", BMC Public Health, 13(150), ss.1-10.

Sağlık Okuryazarlığı

Dr. Muhammed ÖRNEK

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Ankara 2. Bölge Genel Sekreteri

Bireyler hasta olmamak ya da sağlığına tekrar kavuşmak için ne yapması gerektiği, kendisini nelerin hasta edeceği, sağlığını nasıl geliştireceği, hastalığını nelerin körükleyeceği, hasta olduğunda sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağı, sağlık hizmet sunucuları ile nasıl iletişim kuracağı, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini nasıl değerlendireceği, hastalıktan kurtulmak için ne yapacağı, aile ya da toplum sağlığını olumlu ve olumsuz yönde nelerin etkilediği, sağlık hakkında yazılı ve görsel medyayı nasıl kullanacağı gibi geniş bir yelpazede yer alan temel sağlık bilgisine ihtiyaç duymaktadır. Bu tür bilgilere bireyin sahip olma düzeyi kendisinin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemektedir.

Sağlık, bireyin var olması ile ilgili olduğundan önemi ve değeri ölçülemez. Bireyin sağlıklı olması sadece kendisini değil, sosyal ve ekonomik hayatı da olumsuz etkiler. Sağlığın bu dışsallık yönü, önemini daha da artırmaktadır.

İnsanlar böylesine önemli bir konuda, farkında olarak ya da olmayarak günlük hayat içerisinde sürekli kararlar almaktadırlar. Bu kararların uygunluk ve doğruluk düzeyi kişiden kişiye değişmektedir. Bunun nedeni insanların sağlık bilgi düzeylerindeki farklılıktır.

Sağlık bilgisi doğası gereği kapsamlı, karmaşık ve üst düzeyde uzmanlık gerektirmektedir ve herhangi bir birey tarafından kolayca ulaşılabilecek türden bir bilgi değildir. Yanlış sağlık bilgisi hayati sonuçlar doğurabileceğinden sağlıkla ilgili konuşma, yorum yapma hakkı ve yeterliliği belirli bir grubun, Sağlık Profesyonellerinin elindedir.

Bu elit ve ayrıcalıklı bilgiye, hastaların sahip olamaması kendi sağlıkları ya da hastalıkları hakkında kendilerinin karar verebilmelerini zorlaştırmaktadır. Bu zorluğa rağmen insanların sağlıkla ilgili te-

mel konular hakkında bilgi sahibi olmaları mümkün ve gereklidir.

Sağlıkla ilgili bilgi sahibinin önemi ve sağlık bilgisinin bu öznel niteliği, 'sağlık okuryazarlığı' kavramını ortaya çıkarmış ve sağlıkla ilgili kişi, kurum ve kuruluşların uğraş alanı olmuştur.

Sağlık okuryazarlığı (Health literacy), bireyin, sağlık konusunda, doğru ve uygun kararlar alması ve uygulaması için; temel sağlık bilgisine sahip olma seviyesi ve sağlık hizmetlerine ulaşım, hizmetten faydalanma konusundaki süreç ile sağlık sisteminin paydaşları arasındaki iletişim ve işleyişi anlama düzeyi olarak tanımlanmaktadır.

Bireyler hasta olmamak ya da sağlığına tekrar kavuşmak için ne yapması gerektiği, kendisini nelerin hasta edeceği, sağlığını nasıl geliştireceği, hastalığını nelerin körükleyeceği, hasta olduğunda sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağı, sağlık hizmet sunucuları ile nasıl iletişim kuracağı, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini nasıl değerlendireceği, hastalıktan kurtulmak için ne yapacağı, aile ya da toplum sağlığını olumlu ve olumsuz yönde nelerin etkilediği, sağlık hakkında

yazılı ve görsel medyayı nasıl kullanacağı gibi geniş bir yelpazede yer alan temel sağlık bilgisine ihtiyaç duymaktadır. Bu tür bilgilere bireyin sahip olma düzeyi kendisinin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemektedir.

Sağlık okuryazarlığının ne olduğu, önemi ve faydalarına geçmeden önce Sağlık okuryazarlığının ne olmadığı konusunda önemli bir hususu burada belirtmek faydalı olacaktır. Sağlık okuryazarlığı, öncelikle sağlık profesyonelleri dışındaki tüm bireyler için söz konusudur. İkincisi, hekim olmayan bir kişinin kendisini hekim yerine koyabilme düzeyi değildir. Tıp bilgisine erişebilme ya da yaklaşabilme çabası hiç değildir. Hekim olmayan kişiler, ne kadar yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olsa da, hastalığını teşhis edemez, belirli tetkik sonuçlarına bakarak yorumda bulunamaz ve kendisi için tedavi planlayamaz. Esasen sağlık okuryazarlığını artırma çabaları, sağlık profesyoneli olmayan kişilerin, tanımda belirtilen temel sağlık bilgisine sahip olması ve bu bilgi düzeyini sürekli artırma yönünde yapılan çabalardır.

Sağlık okuryazarlığı nedir?	Sağlık okuryazarlığı ne değildir?
<ul style="list-style-type: none">• Hasta olmamak için ne yapmam gerektiğini öğrenmeliyim.• Beni nelerin hasta edebileceğini, hastalığımı nelerin körükleyeceğini öğrenmeliyim.• Sağlığıma yeniden nasıl kavuşabilirim?• Sağlığımı nasıl geliştirebilirim?• Sağlık hizmetlerine nasıl ulaşabilirim?• Sağlık profesyonelleri ile nasıl iletişim kurmalıyım?• Sunulan hizmetin kalitesini nasıl değerlendirebilirim?• Sağlık ile ilgili yazılı görsel medyayı nasıl kullanmalıyım?	<ul style="list-style-type: none">• Sağlığım için sağlık profesyoneli olmaliyim.• Bir hekim veya sağlık profesyoneli kadar bilgiye sahip olmaliyim.• Tıbbi eğitim almaliyim.• Hastalığımı teşhis edebilmeliyim.• Kendi tedavimi planlayabilmeliyim.

Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler

Sağlık okuryazarlığı her şeyden önce kültürel bir olgudur. Bireylerin sağlık okuryazarı olmaları ya da bunun düzeyi; hayata dair yorum ve algıları, değer yargıları, etik düşünceleri, inançları, yetiştirilme tarzları gibi kültürel faktörlerin etkisi altındadır. Toplumsal sorumluluk duygusu olan, sağlığa ve bilgiye gerçekten önem veren, kendilerinin ve diğer insanların sağlığına olumsuz etki etmekten inanç ve etik açıdan kaygı duyan kişiler sağlık okuryazarı olma yönünden bilinçli bir çaba içerisinde olurlar ve bunu başarırlar.

Genel Eğitim Düzeyi: Genel eğitim düzeyi yüksek bireylerin entelektüel kapasiteleri ve buna bağlı olarak sağlık okuryazarlık seviyesi de yüksek olmaktadır. Doğru bilgi nedir, nasıl ulaşılır ve nasıl kullanılır türünden bilgilere sahip olan kişiler sağlık konusunda daha duyarlıdırlar. İyi bir eğitim, okuma - dinleme alışkanlığı, olaylara

farklı açılardan bakabilme ve önyargısız olabilme yeteneği sağlık okuryazarlığına olumlu yönde katkı sağlamaktadır.

Grafik incelendiğinde yıllar içerisinde ülkemizde genel eğitim düzeyinin artması ile anne ölümlerinin düştüğü görülmektedir. Bu cihetten bakıldığında eğitim düzeyi ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu akla gelebilmektedir.

Dil: Kullanılan dile hakimiyet düzeyi de kişilerin sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Bu açıdan yabancıların yada farklı dil konuşan hastaların sağlık hizmetlerini etkin kullanmaları zorlaşmaktadır.

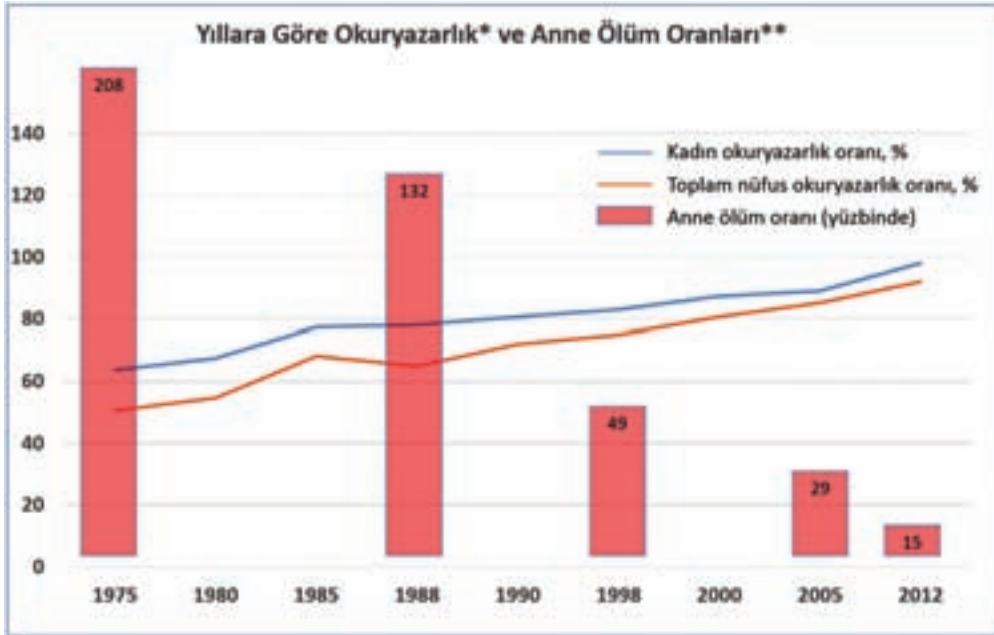
Yaş: Bireyin yaşı sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemektedir. Örneğin 65 yaş üzeri hastaların, sağlıkla ilgili dokümanları okuma, form ve grafikleri yorumlama, hesaplama yapabilme konularında daha genç yaşta olanlara göre dezavantajlı oldukları bilinmektedir. Buna karşılık daha genç yaşta

olanların sağlık konusunda daha duyarısız davranabildikleri gözlemlenmektedir.

Medya Okuryazarlığı: Sağlık konusunda internet ortamında yer alan bilgilerin değerlendirilebilmesi de medya okuryazarlığı kavramı içerisinde sağlık okuryazarlığını etkilemektedir.

Gelir Düzeyi: Gelir sağlık okuryazarlığını etkileyen bir diğer faktördür. Geliri yüksek olan kimseler sağlık bilgisine daha kolay ulaşabilmektedir. Bilgiye ulaşabilme kapasitesi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır.

İletişim: Yukarıda belirtilen sağlık bilgisinin öznel niteliği, özellikle hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerinin belirli bir jargon, tıp jargonu kullanmalarını zorunlu kılmaktadır. Kullanılan Tıp jargonu, hastaların sağlıkla ilgili konuları okumalarını, dinlemelerini ve anlamalarını zorlaştırmaktadır. Yapılan bazı araştırmalar, hasta-



* DİE-TÜİK verileri,- ** 1974-1978, 1988 verileri DİE "Türkiye Nüfus araştırması", 1998 verisi Sağlık Bakanlığı "Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması", 2005 verisi: Hacettepe Üniversitesi "Ulusal Anne Ölümleri Çalışması", 2012 verisi: Sağlık Bakanlığı

nın hekimden aldığı bilginin % 40 – 80 kadarını kısa sürede unuttuğunu göstermektedir. Bu ciddi bir rakamdır ve ayrıntılı olarak ele alınmalıdır. Sağlıkta, ‘Bilgi Asimetrisi’ (information asymmetry) olarak adlandırılan bu durum, hekim – hasta ilişkisinde, etkili iletişim kurulmasına ve ‘Hasta Merkezli Bakım’ (patient – centered healthcare) anlayışının gelişimine sekte vurmaktadır. Bu durum ayrıca hekimin işini de zorlaştırmaktadır. Bu bilgi eşitsizliğinin derinliği, hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlık düzeyi ile doğru orantılıdır. Yani hasta, sağlıkla ya da hastalıkla ilgili ne kadar fazla bilgiye sahip olursa, hekim ile iletişimi o kadar güçlü ve etkin olmaktadır.

Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Düşük Olması Neleri Etkiler?

Sağlık okuryazarlığı daha çok; hekim – hasta ilişkisi, verilen reçete ve diğer talimatlara hastanın riayet etmesi, sağlık konusundaki yayınları ve diğer kaynakları doğru değerlendirebilmesi, onam konusunda bilinçli davranabilmesi, hikayesini doğru anlatabilmesi gibi ana çerçeve etrafında kavramsallaştırılmaktadır. Araştırmalar, hastaların hekimle görüşmelerinin ardından konuşulanların büyük çoğunluğunu çabucak unuttuğunu, reçeteleri ve diğer hekim talimatlarını doğru biçimde uygulamadıklarını, sağlık konusunda yetkin ve yeterli olmayan kaynaklardan yanlış bilgiler edindiklerini, onam formlarını okuyup anlamadan imzaladıklarını, anamnez alınması esnasında hikayelerini net biçimde ortaya koyamadıklarını göstermektedir.

Bu olumsuz tablonun nedeni bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasıdır. Bu durumun bireysel ve toplumsal açıdan önemli problemlere yol açtığı gözlemlenmektedir.



Araştırmalar, hastaların hekimle görüşmelerinin ardından konuşulanların büyük çoğunluğunu çabucak unuttuğunu, reçeteleri ve diğer hekim talimatlarını doğru biçimde uygulayamadıklarını, sağlık konusunda yetkin ve yeterli olmayan kaynaklardan yanlış bilgiler edindiklerini, onam formlarını okuyup anlamadan imzaladıklarını, anamnez alınması esnasında hikayelerini net biçimde ortaya koyamadıklarını göstermektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının öncelikle kişinin kendi sağlığına olumsuz etkileri vardır. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olanlar, kısıtlı sağlık bilgileri ya da herhangi başka bir kişinin tavsiyeleri ile sağlık konusunda nihai hüküm verebilmektedirler. Kuktan dolma ve eksik ya da yanlış bilgi ile sağlık konusunda yorumda bulunabilmekte ve kendisinden bu konuda yardım isteyenlere karşı subjektif değerlendirmeler ve tavsiyelerde bulunabilmektedir. Ciddi sağlık problemlerine yol açan bu duruma, maalesef sağlık

kurumlarında görevli olan ve/ fakat sağlık profesyoneli olmayan kişilerde sıkça rastlanmaktadır.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, hekim – hasta ilişkisinde etkili bir iletişim gerçekleşmesine, hekimin talimatlarının yerine getirilmesine ve verilen tedavi planına uygun davranılmasında engel teşkil etmektedir.

Sağlık konusunda yeterli düzeyde bilgi ve bilinçle sahip olmayanlar ilaç tüketimi konusunda hassas davranmamakta, çoğun-

lukla tedavisini yarım bırakmakta ya da zorunlu olmadığı halde ilaç kullanabilmektedir. Toplumumuzda oldukça yaygın fakat bir o kadar da tehlikeli olan, evde kalan ilaçları komşuya verme alışkanlığı bu bilinç düzeyinin yetersizliğinin bir göstergesidir.

Sağlık kurumlarının yapı ve işleyişini bilmeyenler, özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ya hizmete erişmekte sorun yaşamakta ya da doğru yerde ve doğru zamanda bulunmakta geç kalmaktadırlar.

Toplumların genel bir sorunu olan ve dolaşım sistemi hastalıkları başta olmak üzere pek çok hastalığın ana nedenlerinden olan obezite problemi yine sağlıksız gıdaların tüketimi ve yanlış beslenme nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Temel sağlık bilgisine ve bilincine sahip olanlar ise gıda alışverişlerinde bilinçli bir tüketici olarak davranırlar. Gıdaların son kullanım tarihi, içeriği, saklama koşulları ve tüketim şekli gibi bilgileri okur ve değerlendirirler. Sağlıksız gıdalar tüketmezler.

Sağlık konusunda yetkin kişilerle hastaların iletişim kurma süresi azdır. Hastalar zamanlarının büyük bölümünü hastalıkları ile baş başa kalarak geçirmektedir. Sürekli ve yüz yüze profesyonel yardım alınmaması gerçeği özellikle kronik hastalığı olanlar da

örneğin kanser hastaları açısından sağlık okuryazarlığını daha önemli hale getirmektedir. Kronik hastalığı ile yaşamak zorunda kalan hastaların, yaşam tarzlarını hastalığı ile uyumlaştırabilmesi belirli bir sağlık bilgi düzeyini, en azından kendi hastalığı ile ilgili azami bilgi düzeyini gerektirmektedir.

Joint Commission International (JCI) sağlık okuryazarlığının hasta güvenliği açısından önemine dikkat çekmekte ve özellikle yatan hastalarda önlenabilir risklerin sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek hastalarda daha az gerçekleştiğini vurgulamaktadır.

Sağlık okuryazarlığı sağlıklı çevre oluşumuna da etki eder. Daha sağlıklı bir çevre ise daha az hastalık demektir. Çevre kirliliğinin oluşumuna engel olmak ve çevrenin sağlığa olumsuz etkilerinden arındırılması yine belli bir düzeyde sağlık okuryazarlığını gerektirmektedir.

Sağlık okuryazarlığının bireyin kendisine ve çevresine olan etkisi yanında sağlık sektörüne, sağlık ve genel ekonomiye de etkileri vardır. Örneğin; tedavi edici sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetlerinden çok daha büyük maliyetlere neden olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda insanların hasta olmamaları diğer çevresel faktörler yanında, sağlık konusunda kendi bilgi ve hassasi-

yetleri ile doğrudan ilgilidir. Bu iki realite birlikte düşünüldüğünde; sağlık okuryazarlık düzeyinin başta hastane maliyetleri olmak üzere genel sağlık harcamalarını artırıcı bir etken ve bütçeden sağlığa ayrılan payın giderek artmasının önemli bir nedeni olduğu sonucuna varılabilir.

Sağlık okuryazarlığının düşük olması, benzer biçimde acil servislerin ya da yoğun bakımların daha fazla kullanılmasına neden olabilmektedir. Bu durum özellikle sağlık çalışanlarını ve diğer hastaları olumsuz etkilemektedir. Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Sigorta sistemi de bu durumdan zarar görmektedir. Sağlık hizmetlerinin ya da ilaçların bilinçsiz kullanımı gibi sistemi olumsuz etkileyen unsurların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgisi vardır.

Bütün bu olumsuz etkiler göz önüne alındığında sağlık okuryazarlık düzeyinin doğrudan ya da dolaylı olarak, morbidite ve mortalite oranları gibi temel sağlık göstergelerini de etkilediği söylenebilir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireyler hastalık yapıcı etkenlere, özellikle meslek hastalıklarına ve iş kazalarına daha fazla maruz kalabilirler. Hastalık belirtilerini daha geç fark edebilirler. Pek çok hastalığın erken teşhisi, örneğin meme kanserinin erken teşhisi, iyileşme oranını artırıcı bir unsurdur. Sağlık okuryazarlık



düzeyi yüksek olanlar hastalığın erken teşhisinde önemli rol oynayabilirler. Benzer şekilde hekim başvurmakta geç davranma, hekim tarafından verilen tedavi talimatlarını anlamakta güçlük çekme ve verilen tedavinin doğru biçimde uygulanmasında başarısızlık sağlık okuryazarlığı düşük bireyler için daha sık rastlanılan olgulardır. Tüm bu unsurlar daha fazla hastalık ve daha geç iyileşme süreleri anlamına gelmektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerden oluşan toplumlarda bulaşıcı hastalıklar daha sık görülmektedir. Kişisel hijyen, hastalığın bulaşma yolları, basit hastalık belirtileri gibi temel bilgiden yoksun olanlar doğal olarak hem kendilerini hastalıktan koruyamaz hem de diğerlerine daha çabuk bulaştırabilirler. Böylece salgın hastalıklar daha sık görülebilir.

Sonuç olarak; sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının birey, aile ve toplum sağlığına büyük çapta olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Bu durumda yapılması gereken sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması için ne yapılması gerektiğinin belirlenmesi ve uygulamaya geçilmesidir. Sağlık okuryazarlığı bir düzey - seviye olarak ifade edildiğinden, bu düzeyin sürekli artırılması hem insanların kendilerinin hem de bu konudaki kamu otoritelerinin sorumluluğundadır.

Burada ilk akla gelen çözüm eğitim enstrümanının kullanılmasıdır. Sağlık korunması ve geliştirilmesi kapsamında başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere tüm kurum ve kuruluşlar belirli faaliyetler yürütmektedir. Bu faaliyetlere ek olarak sağlık profesyonellerinin yapabilecekleri vardır. Hastalar ile doğrudan temas kuran ve onlara hastalıkları ile bilgiler sunan grup olarak hekimler, bu karşılıklı etkileşimi daha verimli değerlendirip,

Hastalar ile doğrudan temas kuran ve onlara hastalıkları ile bilgiler sunan grup olarak hekimler, bu karşılıklı etkileşimi daha verimli değerlendirip, bu süreci iyi değerlendirebilirler. Hasta ve yakınları ile yüz yüze temas halinde olan ve onlarla belirli bir ritüel içerisinde iletişim kuran sağlık profesyonelleri hastalara karşı üst düzey bir jargon kullanmak yerine daha sık kullanılan ve anlaşılabilir terimler tercih edebilirler.

bu süreci iyi değerlendirebilirler. Hasta ve yakınları ile yüz yüze temas halinde olan ve onlarla belirli bir ritüel içerisinde iletişim kuran sağlık profesyonelleri hastalara karşı üst düzey bir jargon kullanmak yerine daha sık kullanılan ve anlaşılabilir terimler tercih edebilirler.

Hekim tarafından hastaya aktarılan bilginin, hastanın anladığı şekli ile hekime tekrar anlatılması ve böylece hastanın ihtiyacı olan bilgiyi doğru biçimde elde ettiğini teyit etmenin bir yolu olarak tariflenen ve 'geri öğretim' (teach - back) metodu olarak anılan yöntem burada faydalı olabilir. Sağlık okuryazarlığını artırmanın bir aracı olan bu yöntem, hekimin hastayı konuşturması esasına dayanmaktadır. Örneğin; hekim burada hastaya şunu söylemektedir; 'Bu ilaçları nasıl kullanacağınızı size doğru biçimde aktarabildiğimi teyit etmek istiyorum. Bu ilaçları nasıl alacağınızı bana anlatabilir misiniz?'

Sağlık okuryazarlığını artırma yönünde başka araçlar da kullanılabilir. Örneğin belirli kronik hastalığı olanlar düzenli olarak hastalıkları ile ilgili eğitime tabi tutulabilir. Hastane yataklı servislerinde hastalar için video gösterimleri yapılabilir. Yapılan bir araştırmada prostat kanseri hastalarının idrarını tutamama, Üriner fonksiyon gibi kavramları anlama

oranının % 14 iken basit video gösterimi sonrasında bu oranın % 50 düzeyine çıktığını göstermiştir. Benzer bir model girişimsel işlemler öncesi hastalara işlem hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi ve böylece doğru bilgiyle onam vermelerinin sağlanması olabilir.

Sağlık profesyoneli olmayanların, sağlık gibi hassas bir konuda özellikle hastanelerde ayakta ve yatarak tedavi görenlere, hastalıkları ya da o anki sağlık durumları hakkında bilgi vermemeleri gerekmektedir.

İnsanımızın yüksek okuryazarlık düzeyine ulaşması ve sağlık konusunda daha bilinçli olması için, sağlık okuryazarlığına etki eden faktörler ışığında, sağlık profesyonellerinin planlı ve sistematik biçimde hareket etmesi gerekmektedir. Sağlık konusunda söz söyleme ve karar verme yetkinliğine sahip olanların, görev alanı ile ilgili olarak somut çabalar göstermesi gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasında sektörlerarası eşgüdüm ve işbirliği şarttır. Sağlık Bakanlığı ile birlikte Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Yazılı ve Görsel medya kuruluşları, Yerel Yönetimler gibi birçok disiplin konuyu öncelermelidir.



Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Sağlığa ve Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri

Yrd. Doç. Dr. Hacı Ömer TONTUŞ

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü

Toplum oluşturulan bireylerin "kendi hak ve sınırları" konusunda bilgilendirilmeleri kamu organlarının sorumluluğundadır. Yani bireyin sağlık konusunda kendisine sunulan hizmetleri doğru algılaması ve kendi sağlık düzeyi/ortamı konusunda farkındalığının sağlanması ona sunulması gereken bir haktır.

Katkı: Bu yazı Dr. H. Ömer Tontuş, Dr. Kağan Karakaya ve Dr. Hakan Tüzün'ün katkıları ile hazırlanmıştır. Kaynak olarak kullanımında atıfta zikredilmeleri gereklidir.

Yeni yüzyılla birlikte yaşanan ekonomik kriz ikinci dünya savaşı öncesi dönemden daha derin bir şekilde tüm dünya da sosyal yaşamı etkilemiştir. Yaşanan krizlerden çıkış modeli olarak daha önce kullanılan yeni üretim yollarının keşfi, üretim desteklenmesi ve büyüyerek krizden kurtulma çabasının bu kez çözüm olamayacağı ön görüşü hemen hemen bütün gelişmiş ülkelerde hakim olmuştur.

Başta ABD olmak üzere tüketim ağırlıklı ekonomilerde geçiş sürecinin en az hasarla atlatılabilmesi için kaynakların israfının engellenmesi ve kontrollü tüketim yolu tercih edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda güdülen çabaların erken dönemde beklenen başarı ile sonuçlanmaması üzerine; öncelikle sorun hakkında farkındalık oluşturma yani bir başka anlamda “ekonomi okuryazarlığı” konusunda toplumu bilinçlendirme çalışmalarının yapılmasının değeri anlaşılmuştur.

Aynı şekilde en büyük kamu harcamasının tüm ülkelerde sağlık harcamalarından kaynaklandığını bilerek davrandığımızda “toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi” arttıkça kamunun sağlık harcamalarında oluşan gereksiz maliyetten kurtulma ihtimali de doğal sonuç olarak beklenmelidir.

Bir diğer önemli sosyal gereklilik “bireysel hak” kavramıdır. Toplumun oluşturan bireylerin “kendi hak ve sınırları” konusunda bilgilendirilmeleri kamu organlarının sorumluluğundadır. Yani bireyin sağlık konusunda kendisine sunulan hizmetleri doğru algılaması ve kendi sağlık düzeyi/ortamı konusunda farkındalığının sağlanması ona sunulması gereken bir haktır.

Toplumdaki mümkünse her bir bireyin yaşadığı sağlık sorunu ile ilgili olarak aşağıdaki soruları sorabilmesi ve sağlık çalışanlarının bunu onun anlayacağı şekilde açıklaması gerekliliktir. Sonuçta sağlık okuryazarlığı aşağıdaki soruları özgün bir durum için bireyin sorabilme ve yanıtını algılayabilme düzeyini kazandırmayı amaçlamaktadır.

- Benim/çocuğumun/yakımdan hastalığım nedir?
- Bu hastalıktan ben ve sosyal çevrem nasıl etkilenir/korunur?
- Bu hastalıkla ilgili ne yapmam/yapmamız gerekiyor?
- Yapmam/Yapmamız gereken şey (kullanmam gereken ilaç, olmam gereken ameliyat) benim için ya da tedavi süreci için neden önemli?

Gelişen teknoloji sonucunda yeni bir boyuta taşınan modern sağlık sistemi, hizmeti sunanlar, hizmetten yararlananlar ve yararlanacak olanlar için geçen yüzyıla göre son derecede kompleks bir yapıdadır. Artık kişilerin hem bireysel, hem bölgesel, hem de küresel boyutta sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak

bilgilenmeleri, sorumlulukları ve haklarını bilmeleri ve sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri gibi yeni rolleri vardır. Örneğin Batı Afrika kaynaklı Ebola Virüs Salgınından Türkiye’de yaşayan bir birey olarak bilgilenmesi ve o bölgeye ziyarette bulunan yakınları ve arkadaşları ile ilgili konularda fikir sahibi olması gerekmektedir.

Aşağıdaki kısa bir liste halinde verilmiş olan gruplarda sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu dünya genelinde kabul edilmektedir:

Orta öğretimi tamamlamamış bireyler: Değerlendirme ve analiz kavramının temellerinin olduğu orta öğretim düzeyi (ülkemiz için 9-12. Sınıflar) eğitimi almamış olanlarda genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde genel eğitim düzeyinin yeri ve önemi her zaman akılda tutulmalıdır.

65 yaş üzerindeki yetişkinler: Mevcut gelişen teknoloji ile ilişkileri her ne kadar bireysel tercihler ile alakalı olsa da görece olarak geri kalmaktadır. Doğal olarak sağlık okuryazarlığı ile ilgili

Gelişen teknoloji sonucunda yeni bir boyuta taşınan modern sağlık sistemi, hizmeti sunanlar, hizmetten yararlananlar ve yararlanacak olanlar için geçen yüzyıla göre son derecede kompleks bir yapıdadır. Artık kişilerin hem bireysel, hem bölgesel, hem de küresel boyutta sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilenmeleri, sorumlulukları ve haklarını bilmeleri ve sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri gibi yeni rolleri vardır.



faaliyetler daha genç kitleye odaklandığından zaman içerisinde ileri yaşlarda oran düşük olmaktadır.

Farklı etnik gruplara ait bireyler: Belirli bir coğrafi bölgede farklı kültür temellerine dayalı etnik yaşam felsefesi farklılıkları olan bireylerde doğal olarak sağlık okuryazarlığı düşüktür.

Mülteci ve göçmenler: Hangi ülkede olursa olsun bu grup için yani bir sağlık hizmet sunum sistemi ile ilgili bölgeye geçiş yaptıklarından okuryazarlık düzeyi düşecektir. Kendi doğal yaşam ortamlarından farklı bir ortam ve eğer gidilen bölgede dil farklılığı da varsa sorun daha belirgin olacaktır.

Eğitim dili ile anadili farklı olanlar: Eğer ülkenin resmi eğitim dilinden farklı bir anadil konuşan grup var ise ve özel bir program uygulanmıyorsa bu grubun sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olacağı beklenmelidir.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda (2013-2017) stratejik amaç 1 başlığı altında (sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu

korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek) yer alan stratejik hedef 1.3'te "bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek" ifadesi yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığını, "sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan temel motivasyonu tanımlayan bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlamaktadır.

Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaygınlığı

ABD'de ve AB'de yapılan ulusal düzeydeki çalışma sonuçları sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaygınlığını göstermektedir.

ABD'de okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı konulu mevcut nüfus verileri, 2003 Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesinden gelmektedir. Bu çalışmaya dahil edilen 19.000'den fazla erişkinden sadece yüzde 12'si yeterli sağlık okuryazarlığı ortaya

koymuştur (%53 orta düzeyde, %22 temel düzeyde, %14 temel düzeyin altında). Bu veriler, sınırlı sağlık okuryazarlığının ABD'de İngilizce konuşan her 10 erişkinden neredeyse 9'unu etkileyen çok büyük bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (1).

2011'de AB'de 8 ülkede HLS-EU (The European Health Literacy Survey) adlı çalışma gerçekleştirilmiştir (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya). Çalışmada skorları 4 kategoriye bölen kesme değerleri hesaplanmıştır (Yetersiz/kuşkulu/yeterli/ mükemmel). Çalışmada % 12 yetersiz, % 35 kuşkulu sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanması, incelenenlerin yaklaşık yarısının sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir(2).

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlığa Etkileri

Sağlık bilgi eksiklikleri: Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip hastalar sağlık durumlarıyla ve kendi bakımlarıyla ilgili daha az şey bilmektedirler. ABD'de yapılan çalışmalarda sınırlı sağlık okuryazarlığı olanların yaygın görülen

hastalıkların temel bileşenlerini anlamadıklarını ya da farkında olmadıklarını göstermiştir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan:

- Diyabet hastalarının yarısından azı hipogliseminin semptomlarını bilmektedir.
- Astım hastalarının çoğu astım inhalerlerinin kullanımını doğru bir şekilde gösterememektedir.
- Hipertansiyon hastaları kilo verme ile egzersiz yapmanın kan basıncını düşüreceğini daha az bilmektedir.
- Anneler termometreyi okumayı daha az bilmektedir.
- Kişiler televizyon reklamlarını daha az anlamaktadır (3)
- Sınırlı sağlık okuryazarlığı besin ögesi etiketlerinin anlaşılması ile ilişkilendirilmiştir (1).

Daha az sağlıklı davranışlar:

Yapılan çalışmalara göre sınırlı sağlık okuryazarlığı olanların %26'sı belirtilen bir sonraki randevusunun zamanını anlamamakta, %42'si "ilacımı boş mideyle al" açıklamasını anlamamakta, %78'i ilaç kutularındaki uyarıları yanlış yorumlamaktadır (3). Çalışmalar; sınırlı sağlık okuryazarlığını, reçete edilen ilaçlar hakkında talimatların yanlış anlaşılması, ilaç hataları ve mortalite ile ilişkilendirmiştir (1).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi tespit edilmiş diğer örnekler:

- Hamilelik süreci de dahil olmak üzere daha çok sigara içmek,
- Daha fazla şiddet göstermek
- Daha az emzirmek

- Rutin çocuk kontrollerini daha az yaptırmak (3)

Kötü sağlık düzeyi: Sınırlı sağlık okuryazarlığı olanların sağlık durumu toplumun diğer kesiminden daha kötüdür. Gerçekte birçok değişik şekilde yapılmış çalışmalar göstermektedir ki, sosyoekonomik değişkenler kontrol altına alındıktan sonra sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi kötü sağlık sonuçları ile ilişkilidir (3).

Sınırlı sağlık okuryazarlığının psikolojik maliyetleri de vardır. Sağlık okuryazarlığı becerileri sınırlı olan erişkinler, beceri düzeyleri hakkında utanç hissettiklerini bildirmiştir. Bu kişiler, okuma veya kelime dağarcığıyla ilgili olarak yaşadıkları zorlukları gizleyebilir. Bunun sonucu olarak sınırlı sağlık okuryazarlığı, sağlık sunucuları ve sağlık çalışanları için genellikle görünmezdir (1).

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri

- Sınırlı sağlık okuryazarlığının, koruyucu hizmetlerin kullanımı (mamografi, pap smear testi, grip aşısı gibi) ile olumsuz ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır (1).
- Sınırlı sağlık okuryazarlığının kronik sağlık sorunlarının yönetimi (diyabet, yüksek tansiyon, astım gibi) ile olumsuz ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır (1).
- Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile önlenebilir ayaktan hastane başvuruları ve hastane yatışlarında artış arasında bir ilişki tespit edilmiştir(1).
- Sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlarda acil sağlık hizmetleri kullanımını daha yaygındır (4).

• Sağlık okuryazarlığının karmaşıklığı yüzünden sağlık hizmetlerinin maliyeti üzerindeki tam etkisine dair güvenilir ve geçerli çalışma yoktur. Mevcut ekonomik çalışmalar, sağlık okuryazarlığı becerileri sınırlı insanların tıbbi maliyetlerinin daha yüksek olduğunu ve hizmetleri verimsiz kullandığını göstermektedir. Bir çalışma, sınırlı sağlık okuryazarlığının ABD için ulusal ekonomiye maliyetinin yılda 106 ile 236 milyar dolar (ABD doları) arasında olduğunu tahmin etmektedir. Mevcut eylemlerden (veya eylem olmamasından) kaynaklanan gelecek maliyetler de hesaba katıldığında sınırlı sağlık okuryazarlığının reel maliyeti, 1.6-3.6 trilyon dolara yakın olabilir. Buna ilaveten daha fazla kronik hastalık ve engellilik, ücret kaybı ve düşük yaşam kalitesi gibi büyük dolaylı maliyetler de sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilebilir. (1)

Sağlık okuryazarlığı kavramı, bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda daha fazla uygulama alanı bulmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için, bu hastalıkların oluşumunda rolü olan faktörlerden değiştirilebilir olanlara yönelik müdahaleler yapılır. Bu müdahaleler de çoğu kez kişilerin sağlık davranışlarında değişiklik yapması gereğini ortaya çıkarır. Örneğin düzenli olarak egzersiz yapmayan veya sigara, alkol gibi sağlığa zararlı alışkanlıkları olanların bu davranışlarını değiştirmesi beklenir. Bunu sağlamak için çeşitli eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılır, ancak bu eğitim ve bilgilendirme müdahalelerinin etkisi bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre farklı ölçülerde etki yaratmaktadır.

Kaynaklar

- 1- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC
- 2- The European Health Literacy Survey (HLS-EU)
- 3- Barry D. Weiss Health literacy and patient safety: Help patients understand Manual for clinicians American Medical Association Foundation
- 4- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/factsliteracy.htm>



Sağlık Okuryazarlığı

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak; Amerikan Tıp Enstitüsü ise "bireyin sağlığı ile ilgili uygun karar vermesi için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi" olarak tanımlamıştır.

Sağlık okuryazarlığı (Health Literacy), sağlığın geliştirilmesi kavramı çerçevesinde 1980'lerin sonlarına doğru tanımlanmış bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak; Amerikan Tıp Enstitüsü ise "bireyin sağlığı ile ilgili uygun karar vermesi için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi" olarak tanımlamıştır.

Bu tanımlar sağlık okuryazarlığını kişinin yeni bilgiyi elde etmesine ve kullanmasına olanak veren bireysel kapasiteler bütünü olarak sunar. Amerikan Hekimler Vakfı Koleji yakın zamanda doktorların hastaların "sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak" için onlara verebileceği bir dizi bilgi kartının tanıtımını yapmıştır. Bu bakış açısına göre sağlık okuryazarlığı bireyin kapasitesine (ve öğrenme motivasyonuna) ve sağlık hizmeti sistemi tarafından sunulan kaynaklara bağlı olan erişilebilir bir bilgi veya yeterlik düzeyidir. Özetle sağlık okuryazarlığı; bireylerin, kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve nesilden nesile aktarmaları olarak tanımlanabilir. Sağlık okuryazarlığı kişilerin okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme yetenekleri ile bunların hayata uyarlanması kapsar.

Sağlık okuryazarlığı sağlığın korunması ve sürdürülmesi için

bir kültür oluşturma aracı, özgüven gibi kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde ise destekleyici bir araçtır. Bireyin hayat tarzını ve yaşama şartlarını değiştirerek onun hem birey, hem de toplum sağlığını iyileştirici davranışa sevk edecek olan bilgi, bireysel beceri ve özgüven düzeyini elde etmesini, doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, sağlık hizmetleri talimatlarını doğru okuma ve anlamasını geliştirir ve destekler. Kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını, sağlıklı yaşam yılı ve kalitesinin artmasını, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini sağlar.

Sağlık okuryazarlığı hem sağlık hizmeti sağlayanların, hem de bireylerin sorumluluğudur. Hastalar, farklı hizmet sağlayıcılardan nasıl güvenilir sağlık enformasyonu edinileceğini bilmelidirler. Tabii ki her hasta bireyin kendine özgü karakteri olduğunu ve önemli sağlık çıktılarına (örn. genel fiziksel durum, genetik yatkınlık, bazı ilaçlara ve tedavilere tolerans) neden olduğunu belirtmek gereklidir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde, kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetme ve sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik, sağlık bakım maliyetlerinde, tıbbi ve ilaç hatalarında ve mortalite oranlarında artma ve sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, bu bireylerin semptomatik dönemde



Sağlık okuryazarlığı hem sağlık hizmeti sağlayanların, hem de bireylerin sorumluluğudur. Hastalar, farklı hizmet sağlayıcılardan nasıl güvenilir sağlık enformasyonu edinileceğini bilmelidirler. Tabii ki her hasta bireyin kendine özgü karakteri olduğunu ve önemli sağlık çıktılarına (örn. genel fiziksel durum, genetik yatkınlık, bazı ilaçlara ve tedavilere tolerans) neden olduğunu belirtmek gereklidir.



Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanan, yaşam kalitesinin ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurlar. “2003 Amerikan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığını Değerlendirme” araştırmasında yetişkinlerin sadece %12’sinin yeterli sağlık okuryazarı olduğu gösterilmiştir.

sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikme ve tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersizlik yaşadıkları, hastanede yatma yönünden daha büyük risk taşıdıkları ve acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarının arttığı belirtilmektedir. Fiziksel hastalık veya yetersizliğin algılanması olarak tanımlanan düşük sağlık okuryazarlığı durumunun, yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

Düşük sağlık okuryazarlık seviyesinin; sağlık personeli tarafından söylenenleri anlayabilmede zayıflığa, önerilen ve söylenenleri

yerine getirmede zorluklara, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, kronik hastalıkların ortaya çıkışında artış, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması, acil servis başvurularının artması gibi ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bir ilaç şişesinin üstündeki etiketi okumadan, ilaç alım çizelgesini yorumlamaya, randevu kartlarını, eğitim kitapçıklarını ya da bilgilendirilmiş hasta rıza formlarını anlamlandırmaya kadar uzanan güçlüklerle karşı karşıya kalırlar.

Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden et-

kin yararlanan, yaşam kalitesinin ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurlar. “2003 Amerikan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığını Değerlendirme” araştırmasında yetişkinlerin sadece %12’sinin yeterli sağlık okuryazarı olduğu gösterilmiştir.

Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgilerini artırmak, davranış değişikliği yaratmak, bakım ve tedaviye katılımlarını sağlamak amacıyla geliştirilen sağlıkla ilgili yazılı materyallerin okunabilirlik, anlaşılabilirlik ve uygunluk yönünden değerlendirilmesinin önemi oldukça yüksektir.

Toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesinde kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri çok büyük bir öneme sahiptir.

Sağlık okuryazarlığında belki de en önemli noktalardan biri; iletişim hangi yönde olursa olsun, iletişim mesajının “karşı tarafın anlayabileceği şekilde kodlanması”dır. İletiler hedef kitlenin anlayabileceği şekilde, onların bilgi gereksinimlerini karşılayacak içerik ve biçimde kodlanırsa ancak istendik etki sağlanabilecektir. Bunun ilk koşulu da hedef kitlenin mevcut durumunun iyi analiz edilmesindedir. Bu yüzden özellikle sağlık iletişimi kampanyalarında öne çıkan unsurlardan biri de hedef kitlenin analizidir.

Sağlık okuryazarlığı üç basamağa ayrılır:

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini gösterir; sağlık riskleri veya sağlık sistemini nasıl kullanacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuyabilme yeteneği gibi. Kişi bu basamakta pasiftir.

İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

Gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir; sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık bilgisini uygulama gibi. Kişi bu basamakta aktiftir.

Kişisel becerilerin destekleyici bir çevrede geliştirilmesine odaklanır; motivasyon ve öz güveni geliştirmede kişisel kapasiteyi arttırmaya yöneliktir.

Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Bir üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir; sağlık bilgisini kritik olarak analiz edebilme, kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme, sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme, sağlığın

politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilme gibi. Kişi bu basamakta proaktiftir.

Bireysel hareketten çok etkin sosyal ve politik hareketi desteklemeye yönelik bilişsel sonuçları ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtır. Bu yaklaşım çerçevesinde sağlık eğitimi; sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini ele almak için çeşitli hareket biçimlerinin siyasi geçerliği ve örgütsel olanaklarını soruşturan becerilerin geliştirilmesini ve bilgilerin iletişimini içine alabilir. Bu durumda eğitim programları sağlığın söz konusu sosyal ve ekonomik belirleyicilerini etkilemek amacıyla bireysel ve toplumsal kapasiteyi arttırmaya yönelik olacaktır.



KAYNAKLAR

- Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15:259-267.
- Kalaça S. Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsünde Sağlık Okur-Yazarlığı hakkında bir araştırma. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2012, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
- Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67:2072–2078
- “Healthy People 2010: Understanding and improving health. 2010; 11-20.
- Dündar PE, Dede B. Manisa’da seçilen kentsel ve gecekondu bölgelerinde yetişkinlerde sağlık okur-yazarlığı ve etkili faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2012, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
- Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu 13 - 14 Kasım 2008, Ankara;1
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Published by Oxford University Press, 2010;25(3):464-477.
- Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu. 11-13 Nisan 2011 İstanbul, Türkiye. Sağlık İletişiminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi;51
- Christmann S. Health Literacy and Internet; Recommendations to promote Health Literacy by the means of the Internet. EuroHealthNet, April 2005;4
- Smith S, MC Kirsten. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. Health Literacy Brief March 2010;1-30
- Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region/Individual Empowerment Conference Working Document, 2009;16:1-46.
- Baur C. National action plan to improve health literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. May 2010;7-8
- Nielsen-Bohman L, Panzer Allison M., Kindig D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press. Washington: DC; 2004;65-81.
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. American Medical Association, 2002; 288(4): 475-482.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review AHRQ Evidence Report/ Technology Assessment, March 2011, Number 199.
- Baker, DW. The meaning and measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine, 2006; 21: 878–883.
- European Health Forum Gastein 2004.

Sağlık Okuryazarlığı: Genel Bakış

Yard. Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin doğru sağlık kararları verebilmek için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini sağlama, işleme ve anlama kapasitelerinin düzeyi ile değerlendirilebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır.

Okuryazarlık

Okuryazarlık, en temel şekli ile okuma ve yazma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Geniş anlamda ise; okuryazarlık, bireyin bilgisini ve potansiyelini geliştirmede ve amaçlarına ulaşmada, sosyal yaşamında ve işinde fonksiyonlarını sürdürmede ve problemlerini çözebilmede yeterli düzeyde okuma, yazma, dili konuşabilme ve bilgiyi işleme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (National Institute for Literacy, 1991). Okuryazarlık, sadece bilişsel becerileri değil, aynı zamanda sosyal durumları içeren çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Mancusa, 2008). Okuryazarlık iletişimin bir parçasıdır. Bir dili bilip, konuşabilmenin yanı sıra iletişim kurabilmek için yeterli derecede okumayı ve yazmayı da bilmek gerekir.

UNESCO'nun tanımına göre okuryazarlık; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir. Toplumun geniş bir kitlesine hi-

tap edebilmek, bilgisini ve gücünü geliştirerek hedeflerine ulaşması için bireye olanak veren olgudur (UNESCO, 2008).

Bireyin belirli beceri ve yeteneklere sahip olması, sağlık okuryazarlığının yeterliliğe ulaşması için gerekli görülmektedir. Yeterlilik, sağlık bakım durumlarında etkin bir şekilde işleve sahip olunması anlamına gelmektedir (Mancusa, 2008).

Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları

Literatürde, okuryazarlıkta yeterliliğin altı boyutu tanımlanmıştır: (1) Operasyonel (2) interaktif (3) otonomi, (4) bilgi, (5) içeriksel ve (6) Kültürel. Bu yeterlilikler sağlık okuryazarlığında da gerekli görülmektedir (Mancusa, 2008).

(1) Operasyonel yeterlilik, ileri boyutlarda dilin kullanımı için araçları, prosedürleri ve teknikleri kullanma yeteneğidir (Kerka, 2003). Günlük temel sağlık ihtiyaçlarını etkili karşılamak için gerekli fonksiyonel becerileri ve stratejileri ima

eder. Stratejiler, okuma, yazma, konuşma ve aritmetikte gerekli olan bilginin iletişimde yer almasıdır (Nutbeam, 2000). Beceriler, sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgiye dayalı eylemleri okuma ve anlama yeteneğini içerir (Kickbusch, 2001).

(2) Interaktif yeterlilik, bireyin öz-yönetiminin geliştirilmesi ve cesaretlendirilmesi için başkaları ile işbirliğidir. Birey, sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde sorunların öz-yönetiminde yer almaktadır. Öz yönetim, sağlığın geliştirilmesi için birey tarafından alınan kararları ve eylemleri içerir (Nutbeam, 2000).

(3) Otonomi yeterliliği, kişisel güçtür. Güç, sağlıkla ilgili kararlarda sorumluluğu etkili şekilde üstlenmede bireyin kendi yardımının farkında olmasıdır. Kişinin kendi yaşam döngüsünde verilen bilgiyi kullanması ve yargıya varma becerisinde uzmanlığı olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2001).



UNESCO'nun tanımına göre okuryazarlık; değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir. Toplumun geniş bir kitlesine hitap edebilmek, bilgisini ve gücünü geliştirerek hedeflerine ulaşması için bireye olanak veren olgudur

(4) Bilgisel yeterlilik, sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir. Bilgisel yeterlilik, sağlık bilgisi ihtiyacı konusunda farkındalığı, ilgili bilgiyi elde etmeyi ve kullanmayı, olası bilgi kaynaklarını tanımlama stratejilerini, bilginin kalitesini ve özel durumlarda uygunluğunu değerlendirme becerisini, analiz etme, anlama ve sağlık ile ilgili kararlarda bu bilgiyi kullanma yeterliliğini gerektirir (Medical Library Association, 2003; Mancusa, 2008).

(5) İçeriğe dayalı yeterlilik, çevre konusunda uzmanlıktır.

Bazı kişiler sağlık bakım ortamlarında rahat değil iken, bazı kişiler rahattırlar. Bireylerin rahat olması istenen bir durumdur. Bu bireyler rahat oldukları tanıdık ortamlardaki durumları yorumladıkları ve etkileşimde bulduklarında öğrenme daha iyi gerçekleşebilecektir (Mancusa, 2008).

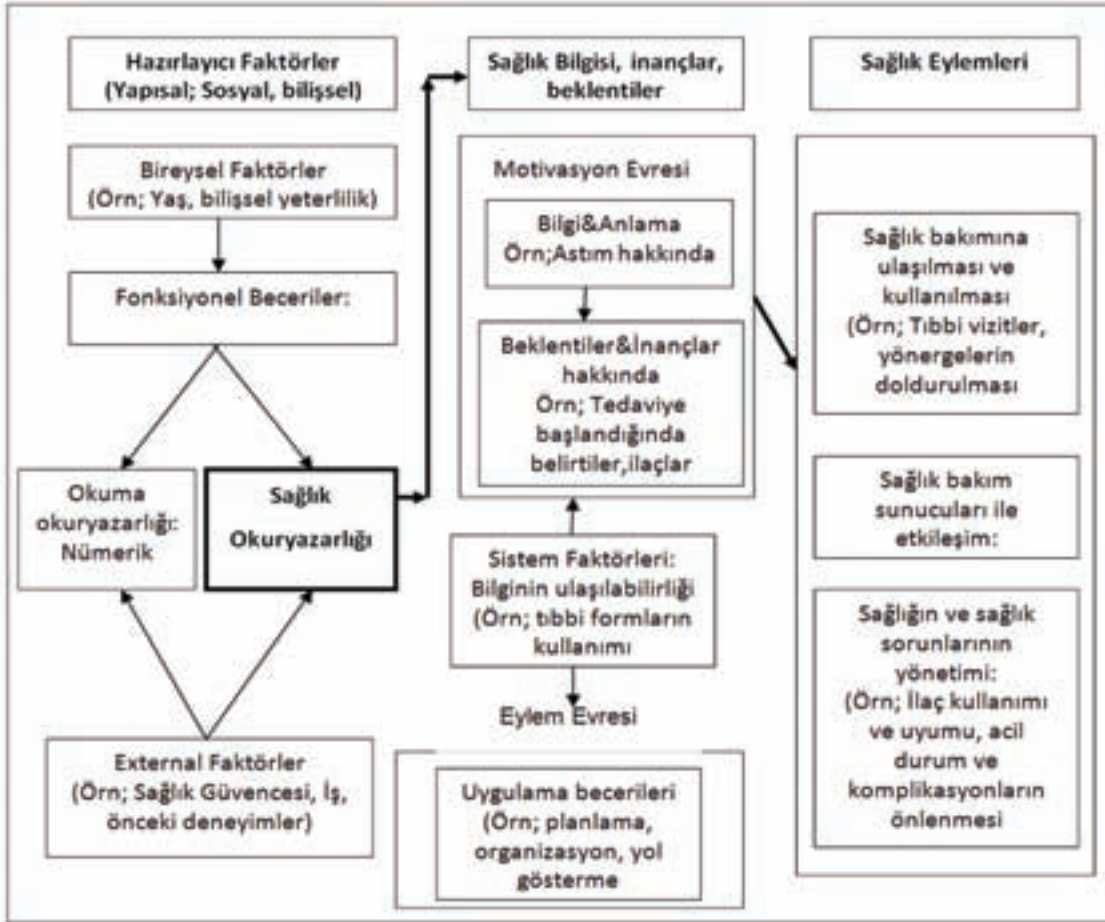
(6) Kültürel yeterlilik, sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir (Kerka, 2003). Kültürel yeterlilik, sağlık bilgisi için harekete geçmek ve yorumlamak için sosyal kimliğinin ve ortak inanç, gelenek, dünya görüşü-

şünün kullanılması ve farkına varılması için gereklidir (Mancusa, 2008).

Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin doğru sağlık kararları verebilmek için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini sağlama, işleme ve anlama kapasitelerinin düzeyi ile değerlendirilebilmektedir (HHS, 2000; Nielsen-Bohlman ve ark., 2004). Sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma be-

Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Yapısı



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Eyleminin Kavramsal Yapısı (Kaynak: Shone ve ark., 2009).

cerisi olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı, karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir (Healthy People, 2010). Sağlık okuryazarlığı, reçete edilen ilaç talimatlarını, randevu kartlarını, tıbbi eğitim broşürlerini, doktorların açıklamalarını ve onam formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneğini içerir.

Sağlık kapsamında spesifik olarak okuma-yazma sorununa odaklanan sağlık okuryazarlığı, aritmetik, sözel okuryazarlık, yazılı okuryazarlık, kültür ve kavramsal bilgiyi içeren birçok bileşene sahip bir kavramdır (Morris ve ark., 2006).

Shone ve arkadaşları (2009) tarafından adapte edilen Von Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı ve sağlık eyleminin kavramsal yapısı incelendiğinde; sağlık eylem belirleyicileri;

- (1) Sistemlere erişim ve kullanımı
- (2) Sağlık bakım sunucuları ile etkileşim ve
- (3) Hastalık yönetimi olmak üzere üç kategoride ele alınmıştır.

Bu eylemlere ulaşmada sosyal ve bilişsel faktörlerin hazırlayıcı faktörlerden olduğu, bireysel faktörlerin ve buna bağlı olarak fonksiyonel becerilerin, sağlık güvenesi, iş ve deneyimlerin okuma okuryazarlığını ve sağlık okuryazarlığını etkilediği belirtilmektedir.



Sağlık kapsamında spesifik olarak okuma-yazma sorununa odaklanan sağlık okuryazarlığı, aritmetik, sözel okuryazarlık, yazılı okuryazarlık, kültür ve kavramsal bilgiyi içeren birçok bileşene sahip bir kavramdır.

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Nutbeam'a göre (2000), sağlık okuryazarlığı üç düzeyde ele alınmaktadır:



Şekil 2. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri (Kaynak: Nutbeam, 2000).

(1) Temel/Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Bireylerin temel okuma yazma becerilerini gösterir. Sağlıkla ilgili olarak da sağlık riskleri ya da sağlık sistemini nasıl kullanacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuma yeteneğini gösterebilmektedir.

(2) İnteraktif sağlık okuryazarlığı: İleri düzeyde bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulamayı gerektirir.

(3) Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilginin kritik olarak analiz edilmesinde sağlık kararlarının verilmesinde kullanılacak ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içerir.

Bilginin uygun kullanımının ve bilgiye erişimin artırılmasının, sağlık okuryazarlığının artırılması için iki temel nokta olduğu vurgulanmaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, sağlık bilgilerine erişimi sağlamada zorunlu

olsa da, bunların uygun şekilde kullanılmasının özellikle dezavantajlı toplumların güçlendirilmesini sağlayacağı belirtilmektedir. Geleneksel medyanın yanı sıra gazete, radyo ve televizyon yayıncılığı gibi geleneksel kitle iletişim araçları, toplumun ve bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini yükseltmede değerli bilgi kaynakları olarak görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle kırsal ve uzak bölgelerdeki internete erişimi sınırlı olan insanlar için gazete, radyo ve televizyon, sağlık mesajları için geniş kapsamlı bilgi kaynağı olabilmektedir (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2000; United Nations Economic and Social Council, 2010). Araştırmalar, günümüzde internetin önemli bir bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için internetin % 60-80 oranında kullanıldığı bildirilmektedir (Coulter ve Ellins, 2006).

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin genel okuryazarlık düzeyleri

ile ilişkili görülse de, birçok çalışmada, bireylerin okuryazarlık düzeyleri yeterli olsa da karmaşık sağlık sistemi, sağlık hizmet sunucularının kullandığı tıbbi kelimeler, yeni sağlık kavramı gibi faktörlerin sağlık sorunlarıyla karşılaşan bireylerin sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2007; Martin ve ark., 2009).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin sağlık personelinin kullandığı kelimeleri, online bilgileri, sağlık hizmet sunucuları tarafından verilen bilgileri ve hasta eğitim broşürlerini anlamada, tedavilerine uyum sağlamada, bilişsel bozuklukları belirlemek için kullanılan araçları cevaplamada, tıbbi durumlarına ilişkin bilgileri ve semptomları uygun şekilde ifade etmede sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Williams ve ark., 2002).

Sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasının, sağlık hizmetlerinin kullanımında da önemli bir engel



Okuryazarlık düzeyi çok düşük olan kişilerin ortalama yıllık sağlık bakım maliyetlerinin genel nüfustan dört kat daha fazla olabileceği ifade edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik fiziksel veya ruhsal bir sağlık sorunu olan kişilerin yaklaşık %75'inin sınırlı okuryazarlık kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir.



olduğu bildirilmektedir. Bireylerin sağlığı üzerinde yetersiz sağlık okuryazarlığının etkisini destekleyen kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir. Bunlar; (Baker, 2007; Tokuda ve ark. 2009).

- 1) Kişilerin sağlık bilgisi ve sağlık düzeylerinin düşük olduğu,
- 2) Koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı,
- 3) Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında gecikme,
- 4) Kişinin sağlık durumunun kötü olduğunu anlamasında yetersizlik,
- 5) Kronik hastalık yönetiminin kötü olması,
- 6) Doktor kontrolü ve sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşük olduğu,
- 7) Tıbbi öneri/talimatlara bağlılıkta yetersizlik,
- 8) Öz-bakım yetersizliği,
- 9) Sağlık giderlerinde artış ve

10) Mortalitede artış olarak gösterilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların acil servisleri kullanımlarının da daha fazla olduğu, poliklinik kullanma oranlarının düşük olduğu, ancak hastanede yatma sıklıklarının ve kalma sürelerinin uzun olduğu belirtilmektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Baker ve ark., 2004; McCray, 2005; Safeer, Keenan, 2005; Cho, 2008).

Tokuda ve arkadaşları (2009) tarafından sağlık okuryazarlığı ve fiziksel ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada; fiziksel ve psikolojik sağlığın kötü olması ile düşük okuryazarlık düzeyi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin, sağlıklarını iyi veya mükemmel olarak değerlendirenlere göre iki kat daha fazla orta veya kötü olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir (Gazmararian ve ark., 1999).

Birçok insanın, sağlık okuryazarlığı eksikliği nedeniyle bilgi ve hizmetlere erişimde zorluklar yaşayabilecekleri belirtilmektedir. Bireylerin sağlıkları ile ilgili materyalleri okuma ve anlamabilmelerindeki farklılıkların, sağlık sistemlerindeki mevcut sağlık eşitsizliklerine katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır. Okuryazarlık düzeyi çok düşük olan kişilerin ortalama yıllık sağlık bakım maliyetlerinin genel nüfustan dört kat daha fazla olabileceği ifade edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik fiziksel veya ruhsal bir sağlık sorunu olan kişilerin yaklaşık %75'inin sınırlı okuryazarlık kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir (HHS, 2010).

Düşük sağlık okuryazarlığının, birçok sağlık çalışanının tahmin ettiğinden çok daha büyük bir sorun olduğu belirtilmektedir. Çoğu kişinin randevu kâğıtlarını, ilaç etiketlerini, prospektüsleri ve termometreyi okuyamadığı vurgulanmaktadır. Sağlık personeli tarafından hastaların sağlık materyallerini ve direktifleri anladığı varsaylabilmektedir. Pek çok has-

Okuma becerileri, bireyin sağlık bilgilerine erişmesi, sağlık hizmetlerini kullanması, kendi sağlığını yönetmesi ve istendik sağlık sonuçlarının elde edilmesi için önemlidir. Sağlık bilgisi, hastaların sağlık durumlarını anlamada ve yönetmede, iyilik hallerinin sürdürülmesi ve anksiyetelerini azaltmada önemli bir kaynak olarak vurgulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, eğitim sistemi, sağlık sistemi ile kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşim içerisindedir ve bu faktörler sağlık çıktı ve maliyetlerini etkilemektedir.



tanın, doktorun tıbbi durumunun açıklanmasında kullandığı kelimeleri anlamadığından şikâyetçi oldukları belirtilmektedir. Muayene işlemleri bittiğinde sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların bir sonraki kontrole ne zaman ve bu süreci nasıl takip edeceğini bilmedikleri vurgulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük hastalarda ilaç kullanım yönergelerinin izlenmesinin önemli bir sorun olduğu ve buna bağlı olarak ilaçların uygunsuz zamanlarda ve yanlış miktarlarda kullanılabildiği vurgulanmaktadır. Bunlara bağlı olarak, yeterli okuyamayan hastalar da birden fazla ilaç kullanımına bağlı ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç hataları veya randevuların kaçırılması gibi sonuçların görüldüğü belirtilmektedir (Grace ve Christensen, 1998)

Okuryazarlığı düşük olan hastaların ileri düzeydeki formları dolduramayabildikleri, formları

doldurmak için yardım istemekten utanabildikleri, sorulan soruları cevapsız bırakabildikleri ve anlamadıkları bir belgeyi imzalayabildikleri bildirilmektedir. Özellikle kronik hastalıkların arttığı ve diğer hastalıkların da eşlik ettiği 60 yaş üstünde, sağlık okuryazarlığı oranının %80 olduğu ve hastanelerde formların doldurulmasında ve sorulan soruların cevaplanmasında sınırlılıklar yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca önemli soruları sormayabildikleri bildirilmektedir (Safeer ve Keenan, 2005; U.S. Department of Health and Human Services, 2007).

Sağlık sistemindeki giderek artan yükün sonucu olarak hastalara sağlık profesyonelleri tarafından ayrılan sürenin az olması ve hastanın erken taburculuğu ve evde bakımın ön plana çıkması, hastaların sorumluluk almak için eğitilmelerini gerekli kılmıştır. Tüm

bireylerin özellikle, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin eğitiminde davranış değişikliği yaratacak bir eğitim sürecinin oluşturulması pek çok olumsuz durumları önleyebilecektir.

Okuma becerileri, bireyin sağlık bilgilerine erişmesi, sağlık hizmetlerini kullanması, kendi sağlığını yönetmesi ve istendik sağlık sonuçlarının elde edilmesi için önemlidir (Morris ve ark., 2006). Sağlık bilgisi, hastaların sağlık durumlarını anlamada ve yönetmede, iyilik hallerinin sürdürülmesi ve anksiyetelerini azaltmada önemli bir kaynak olarak vurgulanmaktadır (Ishikawa ve ark. 2008). Sağlık okuryazarlığı, eğitim sistemi, sağlık sistemi ile kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşim içerisindedir ve bu faktörler sağlık çıktı ve maliyetlerini etkilemektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam yolumu ve kalitesini artıran, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılması, sağlık hizmeti alanlar için karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan bir öge olarak belirtilmektedir (Ishikawa ve ark. 2008).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın sağlık okuryazarlık düzeyinin tüm dünyada düşük olduğu görülmektedir. Örneğin, Avusturya'da toplumun %60'ının sağlık okuryazarlık düzeyi sağlığı korumak için optimal kabul edilen sınırların altında yer aldığı; Amerika'da yetişkin nüfusun yaklaşık %50'sinin sağlık bilgilerini anlama ve hayata geçirmede zorluk yaşadığı belirtilmektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Son yıllarda hastaların tedavileri ile ilgili karar verme sürecine katılmak ve sağlık bakımında aktif rol almak istemeleri, hastanede kalış sürelerinin kısılması, sağlık çalışanlarının sayısal azlığı nedeniyle hasta eğitimi için daha az zaman ayırmaları, hasta eğitimin-

de yazılı materyallerin daha fazla kullanılmasına ve benimsenmesine yol açmıştır (Gökdoğan, 2003; Hoffmann, 2004). Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların tıbbi terimleri bilmemesi, yazılı hasta eğitim broşürlerinin yararlanmalarını engellemektedir. Çok sayıda çalışmada özellikle 90'lı yıllarda standart hasta eğitim materyallerinin genellikle hastaların sağlık okuryazarlık düzeyini aşacak şekilde yazıldığı belirtilmektedir. Son yıllarda bazı sağlık eğitim materyalleri daha basit bir dille yazılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar çoğu sağlık eğitim materyalinin halen sağlık okuryazarlığı yetersiz hastalar için anlaşılması çok zor kelimelerle yazıldığını göstermektedir (Williams ve ark., 2002). Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgilerini artırmak, davranış değişikliği yaratmak, bakım ve tedaviye katılımlarını sağlamak amacıyla geliştirilen sağlıkla ilgili yazılı materyallerin okunabilirlik, anlaşılabilirlik ve uygunluk yönünden değerlendirilmesinin, belirtilen amaçlara ulaşmak için önemli olacağı belirtilmektedir (Gökdoğan ve ark., 2003).

Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Hastanın sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde bitirdiği okulun veya eğitim düzeyinin sorulması ve buna göre sağlık okuryazarlığı düzeyine karar verilmesi hata olarak görülmektedir. Çoğu yüksek okul mezunu, yaşın ilerlemesi, örgün eğitimden sonraki süreçlerde duyuşsal ve bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın sonucu olarak okuma yazma becerilerinde yetersizlik yaşayabilirler. Başka bir yaygın hata, okuma becerilerinin değerlendirilmesinde hastanın kendi değerlendirmesine itimat etmektir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların büyük çoğunluğu, okumasının "iyi" olduğunu söyleyebilmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalar genellikle sağlık personelinin talimat ve ilgili bilgilerin tekrar edilmesini istemek veya açıklamasını sormaktan mahcup olabilirler ve değerlerinin düştüğünü ve utanç duygusu hissedebilirler. Çoğu kişi eşlerinin bu sınırlılıklarının söylemesinden utanabilirler (Safeer ve Keenan, 2005).

Sağlık okuryazarlığı becerilerinin yetersiz olduğunu düşündüren davranışlar

- ↙ Sağlık personelinin yardım istemek
- ↙ Hastaneye gelirken yanında okuyacak birini getirmek
- ↙ Randevuların unutulması
- ↙ Bahane yapma ("Ben gözlüklerimi unuttum.")
- ↙ İlaç kullanımında uyumsuzluk
- ↙ Önerilen müdahalelere kötü/yanlış uyum (örneğin reflüde asiti azaltmak için değişiklik önerisinde yatağın başını yükseltmek)
- ↙ Karar vermeyi erteleme ("Talimatları evde alabilir miyim?" ya da "Ben eve gittiğimde okuyacağım")
- ↙ Diğer kişileri izleme (okumayı gösteren taklit davranışları)

Hastalarında bu tür davranışları sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi yönünden ipuçları verebilmektedir. Hastaların sağlık okuryazarlığının ve sağlıkla ilgili yazılı materyalleri yorumlama yeteneğinin ve sağlık bakım terimleri konusunda hastanın farkındalığının değerlendirilmesi için birçok değerlendirme aracı kullanılabilmektedir. Pek çok ülkede kullanılmakta olan Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM) ve Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) en yaygın kullanılan ölçüm araçlarıdır (Safeer ve Keenan, 2005). Bu ölçüm araçlarının gelişmiş ülkelerde de kullanımının sınırlı olduğu vurgulanmaktadır. Kültürden kültüre insanların tanımlamada bir yol olan sağlık ve hastalık yönetimi farklılık gösterdiği gibi, sağlık okuryazarlığının anlamı da farklılık gösterebildiği ve kullanılacak ölçüm araçlarının kültürel yönden de güvenilirlik ve geçerliliklerinin test edilmesi gerekli görülmektedir (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2000). Ülkemizde sağlık okuryazarlığının tam olarak belirlenmesine yönelik kültürel güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış ölçüm aracı sınırlı sayıdadır.

Konu ile ilgili ülkemizde yapılan bir çalışmada; hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin orta ve/veya düşük olduğu, okuryazar olmayan hastaların yaklaşık yarısının, genel sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirdikleri ve hasta-

nede yatma deneyimlerinin eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmadan elde edilen diğer sonuçlar aşağıda verilmektedir:

- *Hastaların yaklaşık yarısı verilen reçeteleri okumakta zorlanıyor,*
- *Her üç hastadan biri hastaneden verilen form ve eğitim materyallerini anlamada zorlanıyor,*
- *Hastaların yaklaşık yarısı reçeteleri ve prospektüsleri anlamada zorlanıyor,*
- *Her üç hastadan biri hastaneye hiçbir zaman yalnız gelmiyor,*
- *Hastaların büyük çoğunluğu hastanede gideceği yerleri öğrenmek için her zaman başkalarından yardım istiyor,*
- *Hastaların yarısından fazlası doktor ya da sağlık personeli tarafından verilen form, tetkik ve kitapçık gibi yazılı materyalleri, reçeteleri ve ilaç prospektüslerini okumada her zaman diğer kişilerden yardım alıyor,*
- *Yaklaşık yarısı evde ilaçlarını kullanmada yardım alıyor,*
- *Hastaların yarıdan fazlası sağlıkla ilgili bilgiler için interneti kullanıyor,*
- *Hastalara bilgilenecek için verilen eğitim kitapçıklarının çoğunluğu hem içerik ve tasarım, hem de bilgi kalitesi yönünden uygun bulunmamış.*

Çoğu sağlık çalışanı tarafından hasta ile görüşmede tartışılan bilgilerin daha açıklayıcı olması veya hastanın kendisini güçlendirmesi için eve yazılı materyal verildiği bilinmektedir. Görerek öğrenme birçok insanın alışık olduğu bir durumdur. Dinleyerek öğrenme %10 gerçekleşirken, devreye geçerek öğrenme girdiğinde bu oran %80'lere yükselmektedir. İlgi çekici olan diğer bir sonuç da insanların işittiklerinin yalnız %20'sini anımsayabildiği, hem görüp hem işitirlerse anımsama düzeylerinin % 50'nin üzerinde olduğudur (Alpan, 2008). Hastaları genellikle muayene ve konsültasyon sırasında kendilerine anlatılanları unuttuklarını bildirmişlerdir. Dahası, konsültasyonlar için ayrılan sürenin kısıtlı olması nedeniyle yazılı bilgi kullanışlı bir yol olmuştur.

Safeer ve Keenan tarafından (2005) yapılan çalışmada erişkinlerin yaklaşık yarısının yazılı sağlık materyallerini anlamakta zorlandıkları ve bu hastaların büyük kısmının okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu belirtilmektedir.

Hastaların bilgilendirilmesinde yazılı bilgi sağlamanın önemli bir eğitim yöntemi olduğu belirtilmekte ve bu amaçla kullanılan eğitim materyallerinin hastalar tarafından anlaşılabilir olması için hastaların okuryazarlık seviyelerinin dikkate alınması gerekliliği vurgulanmaktadır (Griffin, 2003). Yazılı materyallerin kullanımını kaçınılmazdır. Ancak çoğu hasta eğitim materyallerinin ve ilaçlarla ilgili broşürlerin 10. okuma düzeyinde veya üstünde yazıldığı belirtilmektedir (Partnership For

Clear Health Communication Steering Committee, 2003). Formlar, taburculuk eğitim talimatları ve hatta hastane tabelaları tüm yazılı materyallerin düşük okuryazarlık yönünden gözden geçirilmesi gerektiği be-

lirilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler için yazılı materyallerin 6. sınıf düzeyinde olması ve eğitim materyallerinin kısa, açık, basit ve resimler içermesi önerilmektedir(Safeer ve Keenan, 2005).



SONUÇ OLARAK;

• Sağlık çalışanları olarak bizlerin, hastaların kendi tıbbi durumlarını ve tedavilerini anlamaları için açık ve basit bilgiler sağlamamız, iletişimde tıbbi terimleri kullanmaktan kaçınmamız ve hastaları soru sormaları için desteklememiz gerekmektedir.

• Ayrıca genel okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmaların desteklenmesi,

• Eğitim düzeyi düşük bireylerin, tedavi ve bakım süreçlerinde dikkatle değerlendirilmesi,

• Hastaların reçeteleri okuma, ilaç prospektüslerini okuma ve sağlık personeli tarafından verilen yazılı

form ve materyalleri okumada büyük çoğunluğunun yardıma ihtiyaç duyuyor olması nedeniyle, hastalara yönelik ilaçlarının kullanımı konusunda ilaç kartlarının oluşturulması ve eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığı yönünden dikkatle değerlendirilmesi ve yazıdan daha çok görselliğe odaklı olması,

• Sağlık kurumlarındaki form, levha ve uyarı işaretlerinin basit ve anlaşılır olması yönünden tekrar gözden geçirilmesi,

• Bireylerin bilgi almak için yararlandıkları tüm kaynaklardaki bilgilerin sağlık okuryazarlığına uygun olması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- ALPAN G. (2008). Görsel Okuryazarlık ve Öğretim Teknolojisi, Yüzyüncü Yılı Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, Aralık 5(2):74-102 [http://efdergi.yyu.edu.tr], Erişim tarihi: 05.02.2011
- BAKER, D.W., WOLF, M.S., FEINGLASS, J. ET ALL.(2007). Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med, 167:1503-9.
- BAKER, D.W., GAZMARARIAN, J.A., WILLIAMS, M.V. SCOTT, T., PARKER R.M. GREEN, D., REN, J., PEEL, J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. J Gen Intern Med, 19: 215-20.
- CHO YI., LEE SY., AROZULLAH AM., CRITTENDEN KS. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly, Soc Sci Med. 66(8):1809-16.
- COULTER, A., ELLINS, J.(2006).Patient-focused interventions A review of the evidence, Chapter1 Improving health literacy,PickerInstitute Europe. Erişim:[http://www.pickereurope.org/Filestore/PIEreports/QQUIP/QEI_ReviewA_B.pdf], Erişim Tarihi: 03.08.2010
- GAZMARARIAN JA., BAKER DW., WILLIAMS MV., PARKER RM., SCOTT TL., GREEN DC., FEHRENBACH SN., REN J., KOPLAN JP. (1999). Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization, JAMA, 281(6):545-51.
- GOKDOĞAN F, KIR E, ÖZCAN A, CERİT B, YILDIRIM Y, AKBAL S. (2003). Eğitim Kitapçıkları Güvenilir mi?, 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya
- GRACE G., CHRISTENSEN R., (1998). Literacy and Mental Health Care. Psychiatr Serv, 49:7
- GRIFFIN J., MCKENNA K., TOOTH L. (2003). Written Health Education Materials: Making Them More Effective, Australian Occupational Therapy Journal, 50: 170-177
- HHS (U.S. Department of Health and Human Services). 2000. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services
- HOFFMANN T., WORRALL L. (2004). Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. Disability and Rehabilitation, 26: 1166-1173.
- ISHIKAWA, H., YANO E. (2008). Patient Health Literacy and Participation in the Health-Care Process, Journal Compilation, Blackwell Publishing Ltd Health Expectation, 11:113-122
- KERKA, S. (2003). Health literacy beyond basic skills. ERIC Digest 245. ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Education. http://www.ericdigests.org/2004-1/health.htm
- KICKBUSCH I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide, Health Promot. Int. 16 (3): 289-297.
- MANCUSA M.J., (2008). Health Literacy: A Concept / Dimensional Analysis, Nursing and Health Sciences, 10: 248-255.
- MARTIN, L.T., DASTIDAR, B.G., FREMONT, A. (2009). Developing Predictive Models of Health Literacy. J Gen Intern Med, 24(11):1211-6
- MCCRAY, A.T. (2005). Promoting Health Literacy. J Am Med Inform Assoc, 12: 152-163. MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION (2003). Health Information Literacy. Erişim:[http://www.mlanet.org/resources/healthlit/define.html], Erişim tarihi: 25.05.2011
- MORRIS, N.S., N.S., MACLEAN, C.D., CHEW, L.D., LITTENBERG, B. (2006). The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability, BMC Family Practice, 7(21):2296-21
- NATIONAL INSTITUTE FOR LITERACY (1991). public law 102-173, the national literacy act of 1991. Erişim: [http://www.nifl.gov/public-law.html], Erişim tarihi: 12.03.2011
- NIELSEN-BOHLMAN, L., PANZER, A.M., KINDIG, D.A. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion, Erişim: [www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091179], Erişim tarihi: 07.08.2010
- 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): 9-1
- PARTNERSHIP FOR CLEAR HEALTH COMMUNICATION STEERING COMMITTEE(2003). Eradicating Low Health Literacy: The First Public Health Movement of the 21st Century Overview White Paper Erişim:[http://www.aameda.org/MemberServices/Exec/Articles/sum03/EradicatingLowHealthcareLiteracy.pdf], Erişim tarihi: 07.05.2011
- SAFEER,R.S., KEENAN, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients, American Family Physician, 72(3): 463-468
- SHONE, L., CONN M. K., SANDERS L., HALTERMAN J. S. (2009). The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma, Patient Education and Counseling, 75:368-375.
- TOKUDA, Y., DOBA, N., BUTLER, J.P., PAASCHE-ORLOW, M.K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults, Patient Education and Counseling, 75 : 411-417.
- UĞURLU, Z. (2011). Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ankara
- UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL (ECOSOC) (2010). 'Health Literacy and the Millennium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) Regional Meeting Background Paper (Abstracted) , Journal of Health Communication, 15(2) :211-223
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO) (2008). The Global Literacy Challenge, A profile of youth and adult literacy at the midpoint of the United Nations Literacy Decade 2003 - 2012. Erişim:[http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170e.pdf], Erişim tarihi: 06.04.2011
- WILLIAMS, M.V., DAVIS, T., PARKER, R.M., WEISS, B.D. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. Family Medicine, 34(5):383-9.

1. Giriş

Modern sağlık sistemi, hizmetten yararlananlar ve yararlanacak olanların çoğu için son derecede karmaşık bir yapıdadır. Kişilerin kendileri ve/veya yakınlarının sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilennemeleri, sorumluluklarını ve haklarını bilmeleri ve sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri beklenmektedir (CDC 2009). Bu beklentinin gerçekleşmesi ise, kişilerin sağlıkla ilgili konularda bilgi ve yeterlilik sahibi olmaları, yani yeterli düzeyde bir sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ile mümkün olabilecektir.

HLS-EU Konsorsiyumunun geliştirdiği çalışma tanımına göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlık ile ilişkilidir ve hayat boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bil-

gisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir (HLS-EU CONSORTIUM 2012, Sorenson et al. 2012). Bu bağlamda değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi (IOM 2004, Peerson and Saunders 2009) olarak tanımlanabilir. Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik düşünme ve karar verme becerisini ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir (US Department of Health and Human Services 2000). Sağlık okuryazarlığının tanımında öncelikle işlevsel sağlık okuryazarlığı vardır ve okuma, yazma ve sayısal becerilere sahip olmayı içerir. Nutbeam'e göre sağlık okuryazarlığının üç düzeyi

vardır: 1) Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı (yeterli genel okuma ve yazma becerileri), 2) interaktif sağlık okuryazarlığı (bilişsel ve sosyal beceriler ile günlük hayatta yer alabilme, bilgi edinebilme, değişik iletişim türlerinden anlam çıkarabilme) ve 3) kritik sağlık okuryazarlığı (sağlıkla ilişkili bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz edecek ve sağlık kararlarında kullanılmasını sağlayacak daha ileri beceriler). Görüleceği üzere sağlık okuryazarlığı, bilişsel ve sosyal beceriler kadar kişinin sağlık bilgisine ulaşma motivasyonunu da içerir (Nutbeam 1998).

Özetle, sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının kişi, toplum ve sağlık sistemi üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Bunlar:

- Daha sağlıksız yaşam,
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği (hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda), verilen eğitimleri anlamada güçlük,



Bu çalışmanın temel amacı; Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesidir. Bu amaçla gerçekleştirilen saha araştırması için, Avrupa Birliği tarafından finanse edilmiş olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Avrupa Birliği Anketi kullanılmıştır. Saha araştırması; kesitsel tipte planlanmış, Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılması-1 dikkate alınarak, Türkiye’yi temsilen örnekleme dahil edilen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

- Sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetlerini ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (tarama, aşular, egzersiz programları, v.b),
- Artmış acil servis kullanımı ve hastane yatışları,
- Verilen tedaviye uymada güçlük (ilaç tedavisine, kontrollere uyum, v.b.),

- İlaç uygulama hatalarında artma,
- Sağlık harcamalarında artma ve
- Artmış mortalite olarak sıralanabilir.

Sağlıklı bir toplum ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi büyük önem arz eder ve bir ülkenin sağlık politikalarının esas hedeflerinden birisi olması gerekir.

2. Metodoloji

Bu çalışmanın temel amacı; Türkiye’de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesidir. Bu amaçla gerçekleştirilen saha araştırması için, Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilmiş olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Avrupa Birliği (HLS-EU) Anketi kulla-



nılmıştır. Saha araştırması; kesitsel tipte planlanmış, Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS-1) dikkate alınarak, Türkiye'yi temsilen örnekleme dahil edilen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

3. Bulgular

Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır.

tır (Şekil 3). Türkiye'de 18 yaş ve üstünde 53.827.088 kişi olduğu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyonluk bir erişkin nüfusun "yetersiz ve sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilebilir.

Tablo 1. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve Alt Okuryazarlık İndekslerinin Ortalama Değerleri ve İlgili %95 Güven Aralıkları

	Ortalama indeks puanı	%95 güven aralığı	
Genel SO indeksi	30,4	30,03	30,66
Sağlık hizmeti SO indeksi	31,1	30,80	31,43
Hastalıktan korunma SO indeksi	29,8	29,41	30,10
Sağlığın iyileştirilmesi SO indeksi	29,9	29,52	30,20
Sağlık bilgisine erişim SO indeksi	29,0	28,66	29,35
Sağlık bilgisini anlama SO indeksi	31,2	30,87	31,49
Sağlık bilgisini değerlendirme SO indeksi	29,2	28,86	29,50
Sağlık bilgisini uygulama SO indeksi	31,1	30,79	31,42
SO: Sağlık Okuryazarlığı			

Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı 30,4 olan Türkiye, sağlık okuryazarlığında Avrupa ortalamasının oldukça gerisinde kalmaktadır (Tablo 2). "Yeterli ve mükemmel" sağlık okuryazarlığı kategorisi içerisinde yer alan kişilerin payı %35,4'tür,

başka bir ifade ile toplumda her üç kişiden sadece birinin sağlık okuryazarlık durumu yeterli veya daha iyi düzeydedir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının Türkiye'de sorunlu bir alan olduğunu ve sağlık sistemindeki her türlü iyileştirme ve kalite geliştirme çalışmasın-

da başarı için öncelikle ve hızlı bir şekilde toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmasına ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekmektedir.

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri İçin Türkiye ve Avrupa Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Türkiye toplumunda yüzde	Avrupa toplumunda yüzde
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	24,5	12,4
Sorunlu sağlık okuryazarlığı	40,1	35,2
Yeterli sağlık okuryazarlığı	27,8	36,0
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	7,6	16,5

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Türkiye'deki erişkin nüfusun 35 milyonunun yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı anlamına gelmektedir. Yaş gibi değiştirilemeyen bir faktörle beraber, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak ön plana çıkmaktadır.

Tablo 3. Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı ve Sayısı

Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Her bir düzeydeki erişkinlerin oranı (yüzde)	Karşılık gelen erişkin nüfus (milyon)
Yetersiz	24,5	13,2
Sorunlu	40,1	21,6
Yeterli	27,8	15,0
Mükemmel	7,6	4,1

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Türkiye'deki erişkin nüfusun 35 milyonunun yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı anlamına gelmektedir (Tablo 3). Yaş gibi değiştirilemeyen bir faktörle beraber, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak ön plana çıkmaktadır.

4. Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyonluk Türkiye

erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin "yetersiz" ve "sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olduğuna işaret etmektedir.

Devletlerin ve kurumların halkın sağlık okuryazarlığını destekleyecek sağlık hizmeti ortamları oluşturabilmeleri, politikalar belirleyebilmeleri (Rudd and Anderson 2006) ve doktorların hastalarına sağlık okuryazarlığı kazandırabilmeleri için gerekli olan esas ilkeler aşağıda özetlenmiştir (Brach et al. 2012, Brach et al. 2014):

- Herkesin güvenilir, anlaşılabilir bilgiye ulaşma ve sağlık okuryazarlık düzeyini iyileştirme fırsatı olmalıdır.
- Sağlık ve bilim, temel eğitimin (12 yıllık) bir parçası olmalıdır.
- Toplumun sağlık okuryazarlığının yeterli düzeye yükseltilebilmesi için öncelikli hedefler arasında toplumun eğitim düzeyinin ve

ekonomik parametrelerinin iyileştirilmesi yer almalıdır.

- Kurumlar, sağlık okuryazarlığını misyon, yapı ve süreçlere dahil edecek liderliğe sahip olmalıdır.
- Öncelikle sağlık işgücü sağlık okuryazarı olmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda toplumun kültürel alt yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemini içine alacak çok boyutlu ve çok sektörlü bir araştırma ve geliştirme sürecine ve dinamiğine gereksinim vardır.
- Kişinin eriştiği basılı, görsel/işitsel ve sosyal medyadaki dökümanların -kaynağı ne olursa olsun- güvenilir ve kolaylıkla anlaşılabilir içeriği olmalıdır.
- Bakım geçişleri ve ilaçların anlaşılması gibi yüksek riskli durumlarda hastaların sağlık okuryazarlığı değerlendirilmelidir.

• Sağlık bilgilerine, sağlık hizmetlerine ve yer/yön bulma yardımına erişimde kolaylık sağlanmalıdır.

• Kişiler arası iletişimde sağlık okuryazarlığı stratejileri kullanılmalı ve karşdakinin anladığından emin olunmalıdır.

• Sağlık okuryazarlığı kazandırılması için kişinin sağlık hizmeti aldığı her alan çok kıymetlidir ve özellikle her doktor-hasta etkileşimi bir fırsattır. Hastaların, sağlık çalışanlarına serbestçe ve rahatça soru sorabilme fırsatı olmalıdır.

• Doktorun hastasına uygun şartlarda, yeterli zaman ayırabilmesi ve kaliteli hizmet sunabilmesi için nicelik bazlı 'hizmet başı ödemeye dayalı bir performans sisteminden nitelik bazlı 'kaliteye' dayalı bir ödeme sistemine geçilmelidir.

• Sağlık bilgileri ve hizmetlerinin tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesinde onları kullanacak olan kişiler sürece katılmalıdır.

• Sağlık okuryazarlığının planlanması ve ölçütlerin değerlendirilmesi hasta güvenliği ve kalite gelişimi süreçlerine dahil edilmelidir.

Sonuç olarak, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Türkiye toplumunun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı



düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey iyileştirilebilecek faktörler olarak sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak ön plana çıkmaktadır. Yaş, sağlık okuryazarlığıyla ilişkili ancak değiştirilemeyen bir faktör olup, sınırlı sağlık okuryazarlığı riski yüksek olan topluluğun tanımlanması, eğitim ve sağlık hizmeti sunumundaki stratejilerin belirlenmesinde

dikkate alınmalıdır. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna ulaşabilmek için, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin iyileştirilmesi için gerekli ciddi adımların en kısa zamanda atılması gerekmektedir.

Sağlık bilgilerini anlamak ve alacağı sağlık hizmetinin karar sürecinde aktif rol ve sorumluluk almak her bireyin hakkıdır.

KAYNAKLAR

- Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise AJ and Schillinger D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Discussion Paper, Institute of Medicine (IOM), Washington, DC.
- Brach C, Dreyer BP and Schillinger D. (2014). Physicians' Roles in Creating Health Literate Organizations, Journal of General Internal Medicine, 29(2): 273-275.
- CDC. (2009). Improving Health Literacy for Older Adults. Expert Panel Report. US Department of Health and Human Services Centre for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/healthliteracy, erişim: 02.06.2014).
- HLS-EU CONSORTIUM. (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (<http://www.health-literacy.eu>, erişim: 02.01.2014).
- IOM. (2004). Health Literacy – A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington, DC.
- Nutbeam D. (1998). Health Promotion Glossary. Health Promotion International, 13(4): 349-364.
- Peerson A. and Saunders M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does it Matter? Health Promotion International, (2009) 24(3): 285-296.
- Rudd RE and Anderson JE (2006). The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health And Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health (<http://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf>, erişim: 01.04.2014).
- Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z and Brand H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health. 12: 80.
- US Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. US Department of Health and Human Services. 2nd ed. Washington, DC.

Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Okuryazarlığı Bağlamında Medya

Murat KALEM

Sağlık Bakanlığı Müşaviri - Sağlık İletişimi Uzmanı

*“Oku! Kalemle öğreten, insana bilmediğini öğreten Rabbin en büyük kerem sahibidir”
(Alak Suresi 3-5. Ayet)*

*Bilmediğin şeyin ardına düşme. Çünkü insanlar, kulak, göz, kalp gibi azaları nasıl kullandıklarına dair sorguya çekileceklerdir.
(İsra Suresi 36. Ayet)*

İnsana, aklın ve bilginin ışığında hareket etmeyi tavsiye eden yüce dinimiz, hayalin, yanlış olan geleneğin, doğruluğu kesin olmayan haberin peşinden gidilmemesi hususunda da insanoğlunu uyarmaktadır. Çünkü, bilgiye erişme, onun farkında olma ve hayatına tatbik etme yetisine sahip olmak, insana her alanda nitelikli bir yaşam sağlar. Hayat yolculuğumuzda karşımıza çıkan sorunlarla baş edebilecek ve fırsatları değerlendirebilecek bilince erişmek, beden ve ruhen yaşam kalitemizi artırır, geleceğe dair yaşayabileceğimiz muhtemel pişmanlıkları da ortadan kaldırır.

Hz. Ali (r.a), “ilim maldan daha hayırlıdır; malı sen korursun, ilim seni korur. Mal harcamakla biter, ilim paylaşmakla artar” uyarısıyla insan hayatı için bilginin hayati değerine ışık tutmaktadır.

Şüphesiz bilginin en hayati kıymet kesbettiği alan sağlık. İnsanoğlunun kıymetini bilmediği iki büyük nimetten birisinin sağlık olduğunu beyan eden Sevgili Peygamberimiz (s.a.v.), hastalık gelmeden sağlığın kıymetinin bilinmesi uyarısında bulunmuştur. Birey sağlığı, toplum ve çevre sağlığı konusuna büyük önem veren Efendimiz, (s.a.v.) sağlık bilincini geliştirme adına insanlığa sağlığın korunması, tedavi süreçleri ve araçları hakkında mübarek tavsiye ve uygulamalarından oluşan önemli bir birikim bırakmıştır. Kendisi de insanı beden ve ruhen sağlıklı kılacak yaşam kurallarını Hayat-ı Seniyyesi’nde titizlikle uygulayarak insanlığa rehber olmuştur.

Geride bıraktığımız 50 yılda tıp bilimi ve tıbbi teknolojideki baş döndürücü ilerlemeyle, tedavi hizmetlerinde tarihi başarılar kaydedildi. Buna karşın insanların yanlış yaşam tercihlerine bağlı gelişen ciddi sağlık riskleri küresel boyutta tehdit haline dönüştü. Bulaşıcı olmayan salgınlar olarak nitelendirilen sağlık risklerine ilişkin göstergeler, kontrol edilmesi güç bir kötü gidişi işaret ediyor. Küresel sağlık planlayıcıları, bu kötü gidişi durduracak ve insanlarda sağlıklı yaşam kaygısını, sağlık birikimini ve sorumluluk bilincini geliştirecek güçlü mekanizmalar oluşturabilmenin yollarını arıyor.





Sağlık mücadelesini tıbbi alandan sosyal alana taşıyan paradigma değişimi çerçevesinde stratejiler ve eylem planları oluşturuldu. Sağlık mücadelesi multisektörel bir faaliyet alanı olarak yeniden tanımlandı ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin rolü ön plana çıktı. Disiplinler arası işbirliğiyle hastalıkların önlenmesi ve sağlığı geliştirme stratejileri belirlendi. Sağlıklı birey, sağlıklı toplum ve sağlıklı çevre temel hedefleri çerçevesinde belirlenen bütün stratejiler ve eylem planları, sağlık mücadelesini siyasal, ekonomik ve sosyal hayatın önceliği haline dönüştürmeye; siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel kimliğiyle insanı sağlık mücadelesinin aktif ve donanımlı paydaşı haline getirmeye odaklandı.

Peygamberimizin asırlar öncesinden insanlığa miras bıraktığı sağlıklı yaşam felsefesi, küresel sağlık sorunlarıyla boğuşan günümüz toplumları için hayati bir reçete hüviyeti taşıyor.

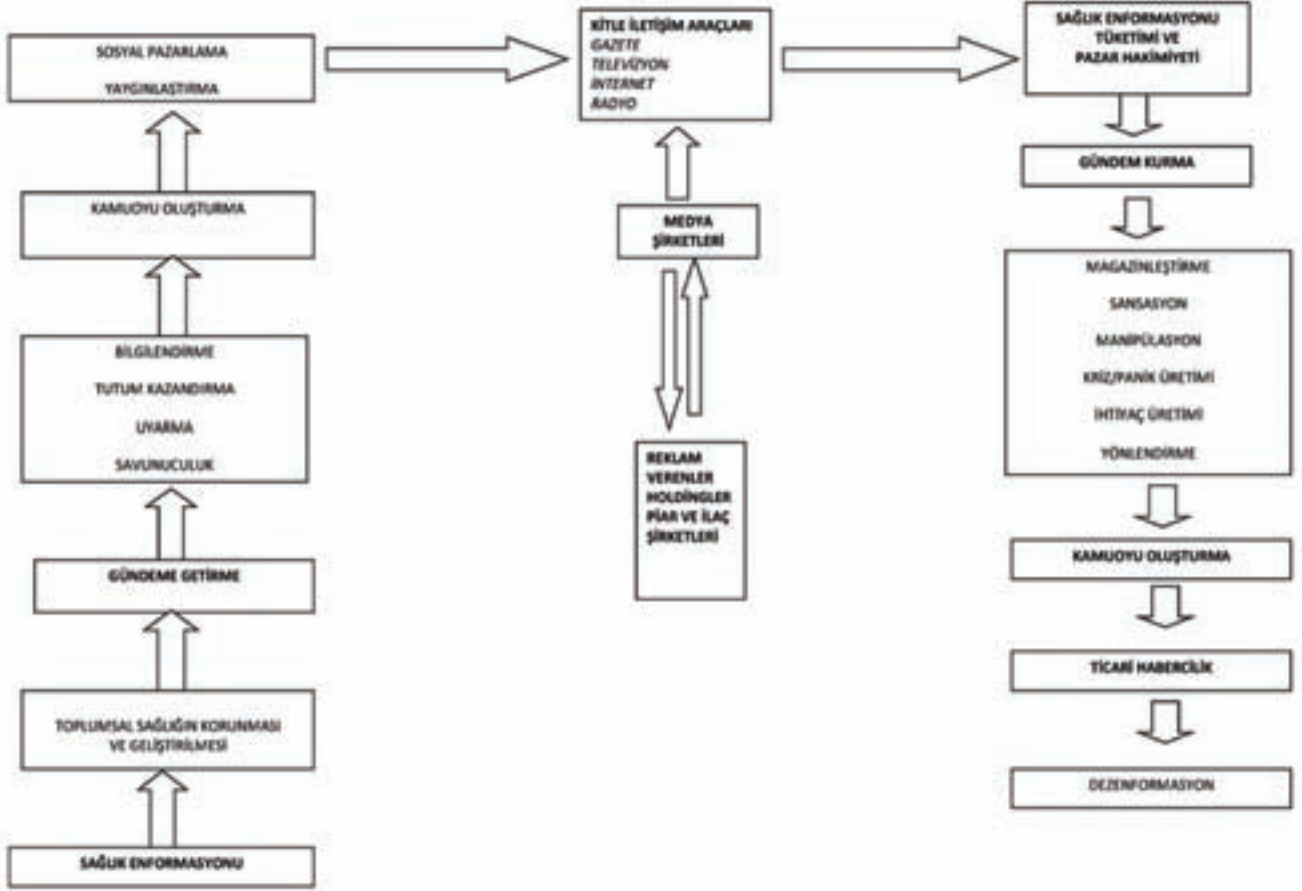
Geride bıraktığımız 50 yılda tıp bilimi ve tıbbi teknolojiadaki baş döndürücü ilerlemeyle, tedavi hizmetlerinde tarihi başarılar kaydedildi. Buna karşın insanların yanlış yaşam tercihlerine bağlı gelişen ciddi sağlık riskleri küresel boyutta tehdit haline dönüştü. Bulaşıcı ol-

mayan salgınlar olarak nitelendirilen sağlık risklerine ilişkin göstergeler, kontrol edilmesi güç bir kötü gidişi işaret ediyor. Küresel sağlık planlayıcıları, bu kötü gidişi durduracak ve insanlarda sağlıklı yaşam kaygısını, sağlık birikimini ve sorumluluk bilincini geliştirecek güçlü mekanizmalar oluşturabilmenin yollarını arıyor.

Sağlık mücadelesini tıbbi alandan sosyal alana taşıyan paradigma değişimi çerçevesinde stratejiler ve eylem planları oluşturuldu.

Sağlık mücadelesi multisektörel bir faaliyet alanı olarak yeniden tanımlandı ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin rolü ön plana çıktı. Disiplinler arası işbirliğiyle hastalıkların önlenmesi ve sağlığı geliştirme stratejileri belirlendi. Sağlıklı birey, sağlıklı toplum ve sağlıklı çevre temel hedefleri çerçevesinde belirlenen bütün stratejiler ve eylem planları, sağlık mücadelesini siyasal, ekonomik ve sosyal hayatın önceliği haline dönüştürmeye; siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel kimliğiyle insanı sağlık mücade-

TÜRKİYE'DEKİ MEDYAYA YÖN VEREN PİYASA GÜCÜNÜN KAMU SAĞLIĞINA VE SAĞLIK HABERCİLİĞİNE ETKİLERİ



sinin aktif ve donanımlı paydaşı haline getirmeye odaklandı.

Ancak insanların yaşam alışkanlıklarını, üretim ve tüketim alışkanlıklarını, kültürel alışkanlıklarını “Her yerde Sağlık” anlayışına uygun şekilde yeniden inşa etmenin, uzun soluklu, çok boyutlu ve hayatın hiçbir alanında boşluk bırakmayacak düzeyde tavizsiz bir mücadele gerektirdiği görüldü.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2020 Stratejik hedefleri arasında çok sektörlü sağlık programları

geliştirme hedefi de yer aldı. Ülkelere sağlığı tüm politikaların merkezine almak ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin katılımcılığının sağlamak gibi yükümlülükler getirildi.

Türkiye bu kapsamda Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Geliştirme Programı hazırladı. Aralık ayı içinde bu konuda Başbakanlık Genelgesi Yayınlandı.

Başbakanlık Genelgesi’nde insan merkezli yaklaşımın altı çizildi ve “sağlık sorunlarına zamanında,

uygun ve etkili çözümler sunarak dünya standartlarında birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak ve sağlıklı yaşam bilincini geliştirmek temel sağlık politikamızdır” denildi.

Genelgede bu temel politik hedef kapsamında, sağlık yönetişimini iyileştirmenin ve bütün sektörlerin sağlık sorumluluğu konusunda farkındalığını ve katılımını artırmak, aynı zamanda bireyi karar süreçlerinin etkin aktörü haline dönüştürmek gibi hususlara dikkat çekildi.

Özetle Başbakanlık genelgesiyle; siyasal, ekonomik, sosyal ve kültürel aktörleri ve medyayı, İnsanı önceleyen, sağlığı önceleyen bilince ve doğru davranışa sevk edecek, sağlık okuryazarlık düzeyi gelişmiş toplum inşa edecek, yeni dönem stratejilerine start verildi.

Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Programı'nın başarısını etkileyecek pek çok faktör arasında medya önemli bir yere sahip. Dünya Sağlık Örgütü sağlık mücadelesinde medyanın kamusal gücüne duyulan mutlak ihtiyacı 1986 yılında yayınladığı Ottawa Şartı'nda açıkça belirtmiştir.

Çünkü, kitle iletişim kanalları kullanılmadan, bireyin, sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek, sağlık bilgisine erişebilme, bilgiyi değerlendirebilme, karar ve uygulama kapasitelerini geliştirme gibi gelişim aşamalarını oluşturmak mümkün değildir. Bu yüzden medyadan; hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme konusunda toplumsal bilinci artırmak, doğru bilgi ve mesaj sunmak, sağlık konularında kamuoyu oluşturmak gibi

sorumluluklar beklenmiştir.

Medya ve Sağlık Enformasyonu Pazarı

Sağlık mücadelesinin etkin paydaşı olması beklenen ülkemiz medyasını insanı ve sağlığı önceleyen yayın anlayışına yöneltmek, mevcut koşullar çerçevesinde çok kolay gözükmemektedir.

Enformasyon çağı araçları, sağlık bilgisine erişimi kolaylaştırması açısından önemli avantajlar sağladığı gibi, bir takım risklere de zemin oluşturdu. Sağlık enformasyonu insanların en çok ilgi gösterdiği alanlardan birisi oldu. Kitle iletişim kanalları, kişilerin sağlığıyla ilgili bilgi edindiği birincil kaynaklar haline geldi. Bu ilgiyi güçlü sosyal pazarlama metotları ile insanlarda sağlık bilincini ve sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirme doğrultusunda fırsata çevirmek mümkündür. Ancak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi politikalarının, medyamızın öncelikleri arasına girmesi bugüne kadar mümkün olmamıştır.

Çok sektörlü şirketlerin sahip olduğu kitle iletişim araçları, sağ-

lık gündemine kamusal sorumlulukları çerçevesinde yaklaşmayı değil, her alanda olduğu gibi toplumun önüne enformasyon zenginliğini sererek, insanlara sağlık konusunda da "ihtiyaç" üretmeyi tercih etmektedir.

Medyamız, sağlık mücadelesinde yüklenmesi gereken sorumluluktan kendisini uzak tutan etik problemler yaşamaktadır. Tarihsel tecrübeler de Medyanın bilimle ve toplumla ilişkilerinin demokratik ve etik değerler açısından sorunlar içerdiğini ortaya koymaktadır. Medyanın gündem kurma ihtirası vardır ve bu ihtiras çoğu zaman bilimsel ve toplumsal gelişmelerin doğal seyrinde ilerlemesine engel teşkil etmektedir. Medya- ideoloji, medya-iktidar ve medya- pazar ilişkileri hangi sağlık enformasyonunun ne zaman, ne şekilde ve hangi ölçüde yayılacağına karar vermektedir. Sağlık enformasyonunun medyanın mutfağında ideolojik, siyasal veya ticari bir pazar ürünü olması her zaman güçlü bir ihtimaldir. İstisnalar olmakla birlikte, yazılı - görsel medya ve internet medyasında sağlıkla ilgili gündem kurma faaliyeti uygulamada iki temel amaca hizmet etmektedir: Sağlık tüketimini yönetmek ve topluma sağlık ihtiyacı üretmek.

Medyaya yöneltilen eleştirilerin temelinde haber içeriklerinde ve haberlerin veriliş tarzında belirleyici rolü ticari etmenlerin oynadığı savı bulunmaktadır. Medya kuruluşları üzerinde sahiplik yapısından kaynaklanan ve giderek artan finansal baskı ve ticari koşullar, içerik üzerinde açık bir etki yaratmaktadır.

Enformasyon çağı araçları, sağlık bilgisine erişimi kolaylaştırması açısından önemli avantajlar sağladığı gibi, bir takım risklere de zemin oluşturdu. Sağlık enformasyonu insanların en çok ilgi gösterdiği alanlardan birisi oldu. Kitle iletişim kanalları, kişilerin sağlığıyla ilgili bilgi edindiği birincil kaynaklar haline geldi. Bu ilgiyi güçlü sosyal pazarlama metotları ile insanlarda sağlık bilincini ve sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirme doğrultusunda fırsata çevirmek mümkündür.

Türkiye’de medyanın sağlık politikaları, sağlık sisteminin sorunları, hasta hakları, toplum sağlığı gibi konulara yaklaşımı çoğu zaman bilimsellikten uzaktır. Sağlıkla ilgili sorunları yalın haliyle ele almak, kamu adına savunuculuk stratejileri geliştirmek medyanın hemen hiç tercih etmediği bir tarzdır. Çünkü medyanın sağlık alanına ilişkin haber değer ölçütü ilgi çekiciliktir. Medyaya göre her türlü sağlık enformasyonu, ancak magazinselleştirilerek, sansasyon

veya abartı gibi tekniklerle talep edilebilir hale gelmiş olacaktır. Medya tarafından işlenerek servis edilen şeyin, sağlık enformasyonu niteliğini yitirmiş olması önemli değildir.

Medyanın bu yaklaşımı, çok paydaşlı sağlık sorumluluğu hedeflerinin önündeki en büyük engellerden birisidir. Toplumun sağlık alanındaki enformasyon talebi, sağlık endüstrisi - medya ortaklığıyla istismar edilmektedir. Sahip

olduğu bu eğilim, toplum sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Okuyucu/izleyici iyi bir medya okuryazarı değilse, iyi düzeyde sağlık okuryazarı değilse, eleştirel kapasitesini geliştirememişse, sunulan bilginin bir pazar ürünü olabileceğini fark edememesi ve ticari bir ağın mağduru olması muhtemeldir.

Sağlık mücadelesinin en güçlü kamusal aktörü olması gereken medya; yayın ve habercilik yanlışları, nitelsiz enformasyon yayılımı gibi üretim hataları nedeniyle hem politik hedeflere zarar vermekte, hem de sağlık profesyonellerine başa çıkmaları gereken yeni sorunlar üretmektedir.

Sonuç

Sağlık temel insan hakkıdır. Her bireyin sadece hastalıklardan korunma değil, beden ve ruhen iyi olma halini sağlayacak hizmetlere erişim hakkı vardır. Devletler halkına sağlıklı yaşam koşulları oluşturmakla yükümlüdür. Sağlıklı yaşam kriterlerine bağlılık ise içinde yaşadığı devletin ve toplumun insan üzerindeki hakkıdır. Çok Paydaşlı Sağlık Programının hedefe ulaşmasında medyayı kazanmak önemli bir sorun olarak önümüzde durmaktadır. Medya ait olduğu topluma karşı kamusal sorumluluğu gereği sağlıkla ilgili faaliyetlerinde “önce sağlık” ilkesiyle hareket etmek durumundadır. Medyayı bu sorumluluğun sınırları içinde tutacak güç, bütün gelişmiş demokratik ülkelerde görüldüğü gibi, medya okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı gelişmiş okur/izleyici/ takipçi kitesidir.



Türkiye’de medyanın sağlık politikaları, sağlık sisteminin sorunları, hasta hakları, toplum sağlığı gibi konulara yaklaşımı çoğu zaman bilimsellikten uzaktır. Sağlıkla ilgili sorunları yalın haliyle ele almak, kamu adına savunuculuk stratejileri geliştirmek medyanın hemen hiç tercih etmediği bir tarzdır. Çünkü medyanın sağlık alanına ilişkin haber değer ölçütü ilgi çekiciliktir. Medyaya göre her türlü sağlık enformasyonu, ancak magazinselleştirilerek, sansasyon veya abartı gibi tekniklerle talep edilebilir hale gelmiş olacaktır. Medya tarafından işlenerek servis edilen şeyin, sağlık enformasyonu niteliğini yitirmiş olması önemli değildir.



Sağlık Çalışanlarının Kitle İletişim Araçları Algısı

F. Nihan DEMİRAY READY

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Ar-Ge Uzmanı

Toplumun kültürünü, insanların düşünce yapılarını dahi değiştirebildiği söylenen medya bizleri nasıl etkiliyor? Örneğin çocuklar üzerindeki etkileri nasıl? Bireyleri şiddete itiyor mu? Alışkanlıklarımızı ve rutinlerimizi ne yönde etkiliyor? Bu ve bunun gibi pek çok soruyu sağlık çalışanları gözüyle incelemeye çalıştığımız "Sağlık Çalışanlarının Kitle İletişim Algısı Araştırmasının" bize medyanın gücü ve etkileri ile ilgili bir fikir sunacağına inanıyorum.

Küreselleşme süreci ile birlikte, hızla ilerleyen teknolojik gelişmeler kitle iletişim araçlarında da hızlı bir gelişim ve değişime sebep olmuştur. Bu hızlı gelişime iletişim ve haberleşmede muazzam kolaylıklar ve faydalar sağlamış ve büyük bir güç haline dönüşmüştür. Günümüzde artık 4. Güç olarak kabul edilen medyanın toplum üzerindeki etkisi ise her geçen gün daha fazla konuşula gelmiştir. Gerçekten bu kontrolsüz gücün toplum üzerindeki etkileri nelerdir? Toplumun kültürünü, insanların düşünce yapılarını dahi değiştirebildiği söylenen medya bizleri nasıl etkiliyor? Örneğin çocuklar üzerindeki etkileri nasıl? Bireyleri şiddete itiyor mu? Alışkanlıklarımızı ve rutinlerimizi ne yönde etkiliyor? Bu ve bunun gibi pek çok soruyu sağlık çalışanları gözüyle incelemeye çalıştığımız “Sağlık Çalışanlarının Kitle İletişim Algısı Araştırmasının” bize medyanın gücü ve etkileri ile ilgili bir fikir sunacağına inanıyorum.

Araştırma 11 ilde 918 kişi ile yapılmıştır. Katılımcıların %56’sı kadın ve %44’ü erkektir.

Araştırma’da sağlık çalışanlarının kitle iletişim araçlarını kullanma sıklığı, başta televizyon olmak üzere iletişim araçlarına bakışlarına dair bazı bilgilere burada değinmek istiyorum.

Katılımcılara günde kaç saat televizyon izledikleri sorulmuştur. Katılımcıların %4,8’i televizyon izlemediklerini, %22,9’u günde 1 saatten daha az, %49,7’si 1-2 saat, %19,7’si 3-5 saat ve %2,9’u ise 5 saatten daha fazla televizyon izlediklerini belirtmişlerdir. Bu verilerden katılımcıların televizyon izleme oranlarının yüksek olduğu bulgusuna ulaşmak mümkündür. Şöyle ki, her bir bireyin ortalama



2 saat televizyon izlediği düşünülürse, bu haftada 14, ayda 56, yılda 672 saate tekabül etmektedir. Bu ise 28 gün, yani yaklaşık bir ay anlamına gelmektedir. Çok fazlaymiş gibi görünmeyen günde ortalama 2 saat televizyon izlemek, yılda bir ay sürekli olarak televizyon izlemek anlamına gelmektedir ki, bu çok yüksek bir rakamdır. Ayrıca katılımcıların %40,7’si televizyonlarda yayınlanan dizileri takip ettiklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte “Televizyonda gösterilen diziler toplumun değer yargılarından uzaktır” önermesine katılım oranı kısmen katılıyorumlarla birlikte %87,5 olarak hesaplanmaktadır.

Son dönemlerde yayınlanan çeşitli program ve dizilerin toplumu şiddete yönlendirdiği görüşüne ise yine katılımcıların büyük çoğunluğu %91,9’u katılmadılar. Yine televizyonu çocukları için bir tehlike olarak gören kesim %89,3 olarak gözükmektedir.

Son dönemlerde yayınlanan dizilerin aile içi şiddeti artırdığını düşünenlerin oranı ise %87,4’dür. Okul/gençlik dizileri çocuklarımıza kötü örnek olmaktadır diyenler ise %89,9’dur.

Sağlık sektöründe meydana gelen şiddet olaylarında, televizyonlarda yayınlanan şiddet içe-



rikli programların da katkısı olduğu düşünün katılımcı oranı %85,8'dir. Bu önemli bulgu, televizyonlarda sağlık çalışanlarının ne şekilde gösterildiği ve yer aldığı noktasında akıllarda soru işareti ve giderek artan bir endişe bırakmaktadır. Keza, "Sağlık çalışanlarının televizyonlarda yer alma şekli, sağlık çalışanını rencide edicidir" önermesine katılım oranının yüksekliği (%84,1), bu bulguyu doğrular ve bizleri de endişelendirir niteliktedir.

Son zamanlarda haberlerde ve dizilerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yer bulmasının sağlık çalışanlarına bakış açısını etkilediği yönünde görüşler bulunmaktadır. Bununla ilgili olarak "Haberlerde ve dizilerde gösterilen sağlık çalışanlarına şiddet olayları, sağlık çalışanına şiddeti meşrulaştırmaktadır" önermesine katılım oranı toplamda %87,4 olarak hesaplanmakta ve bu görüşleri doğrulamaktadır.

Bunlarla birlikte katılımcılar, televizyonun toplumsal kimliğin biçimlenmesinde önemli bir rolü olduğu görüşünde de yüksek düzeyde görüş birliğindedirler. An-



cak yine de bu çizilen olumsuz çerçeve onları televizyon izlemekten alıkoyamamaktadır. Burada üstünde durulması gereken bir diğer önemli nokta, katılımcıların "televizyon izleme alışkanlığım, ailem ile sohbet etmemin önüne geçmiştir" önermesine %66,6 oranında katılarak, aslında kendilerine bir özeleştiri getirmiş ve çizilen bu tablonun bir de "bağımlılık" boyutuna işaret etmişlerdir. Bireyler, yukarıda sözü edilen tüm önermelere negatif yaklaşımlarına rağmen, televizyon izlemeyi bırakmamaktadırlar. Sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı (%45,6) televizyonu boş zaman değerlendirme aracı olarak görmekte ve boş zamanlarını en çok televizyon izleyerek geçirmektedirler.

dirme aracı olarak görmekte ve boş zamanlarını en çok televizyon izleyerek geçirmektedirler.

Katılımcılara çocuklar için ne tür programlar yapılmasını istedikleri sorulmuştur. 293 kişi "Eğitici Programlar" diyerek çocukları için ne istediklerini belirtmişlerdir. İkinci sırada ise "Şiddet içermeyen çizgi filmler" gelmektedir.

Katılımcıların internet kullarımları ile ilgili bulgular da, televizyon alışkanlıklarıyla hemen hemen benzer niteliktedir. Günlük internet kullanma süresine katılımcıların %27,3'ü 1 saatten az, %33'ü 1-2 saat, %17,9'u 3-5 saat ve %6'sı 5 saatten fazla demişlerdir. İnternet kullanmadığını belirtenlerin oranı ise %15,7'dir. Katılımcılar interneti en çok haber sitelerini ziyaret etmek (%25,9), elektronik postaları kontrol etmek (%17,4), işim gereği kamu hizmeti sunmak (%16,4) ve facebook, twitter gibi sosyal paylaşım ağlarına bağlanmak takip etmek (%16,3) amaçlı kullandıklarını belirtmişlerdir. İnterneti çocuklarım için bir tehlike olarak görüyorum diyenlerin oranı, kısmen katılanlarla birlikte %88,8'dir.





Katılımcıların gazete ve kitap okuma alışkanlıkları ise pek iç açıcı değildir. Katılımcıların %44,5'i her gün düzenli olarak gazete okuduklarını belirtmişken, %35,8 haftada birkaç kez ve %9,5 ayda birkaç kez gazete okuduklarını belirtmişlerdir. Gazete okumadığını belirtenlerin oran ise %10,2'dir.

Kitap okuma alışkanlıkları ise gazete okuma alışkanlıklarından daha düşük düzeyde kalmaktadır. Katılımcılara son bir yıl içinde

kaç kitap okudukları sorulmuştur. Katılımcıların %21,7'si son bir yıl içinde hiç kitap okumadıklarını belirtmişlerdir. Buna karşın, %54,3'ü 1 ila 5 kitap arasında, %11,4'ü 6 ila 10 ve %12,7'si ise 10'dan fazla kitap okuduklarını belirtmişlerdir.

Önermeler bölgesel farklılık göstermekle birlikte, kadın katılımcıların önermelere yaklaşımı erkek katılımcılardan daha düşük düzeydedir. Ayrıca kitle iletişim

araçları ile ilgili olumsuz önermelere katılım dereceleri eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır.

Sonuç olarak, özellikle çocukları ve gençleri etkileyecek olan programlar seçilirken, zihinsel gelişimlerini olumsuz yönde etkileyecek programların gerekli kurumlarca denetlenmesi ve bu programlar yerine daha eğitici, öğretici, bilgi ağırlıklı programlara, belgesellere yer verilmesi anket sonucunda çıkan taleplerden bazılarıdır.

Araştırmanın bir diğer çarpıcı sonucu, sağlık çalışanlarının sağlıkla ve sağlık çalışanlarıyla ilgili programları iletişim araçlarında görmek istemesidir. Bununla birlikte, sağlık çalışanları televizyon programlarında yer alma şekillerinden rahatsızdılar. Bu anlamda, yetkili kurumlarca denetim mekanizmalarının sağlık çalışanlarının mesleki saygınlıklarını göz önüne alarak işlevliklerini sürdürmeleri önerilebilir.



Madde Bağımlılığı ve Medya İlişkisi

Emrah ÇANKAYA
Sağlık-Sen Basın Danışmanı

Gün geçtikçe gelişen teknoloji, uzakları yakın eden ve ulaşılmazları ulaşılabilir kılan iletişim araçları ile birlikte yaşam biçimleri ve toplum yapıları önemli ölçüde değişmiştir. Kırsal bölgeler ile metropoller arasındaki ekonomik uçurum bugün hala devam etse de popüler kültürün etkisi bu iki yaşam alanını hemen hemen aynı biçimde etkilemektedir.

Ülkemizde önceleri devlet eliyle gerçekleştirilen televizyon yayını korsan bir şekilde yayın hayatına başlayan 'Magic Box' ile farklı bir konuma sürüklendi. Magic Box ya da Türkçe adıyla "Sihirli Kutu"nun yayınlarına başlaması ile birlikte televizyon tüm gün boyunca evlerimizin içine kadar girmeye başlamıştı. Devletin oto sansür ya da açık sansür kanalları özel televizyon yayınları ile birlikte

çiğnenmekteydi. Yayınlarda reyting; dolayısıyla para esas alınmaya başlanmıştı. Sonraları sayıları hızla artan özel televizyon kanalları ile birlikte ana akım medyanın taşıdığı kültür toplumumuza yönlendirilmeye başlandı.

Bunun yanında internet teknolojilerinin hızla gelişmesi ile birlikte yaygınlaşan kişilerarası etkileşim toplumlar arasında var olan farklılıkların azalmasına neden oldu. Ancak bu noktada yazılı ve görsel medya ile sosyal medya arasında önemli bir farktan söz edebiliriz. Yazılı ve görsel medyada denetim çok daha kolay uygulanabilirken sosyal medyada bu uygulama çok daha zordur.

Bu gibi nedenlerden dolayı sanal dünyada da olsa sınırların kalkması ile birlikte toplumlarara-

sı etkileşim hızlanmıştır. Dünyanın bir ucunda çok fazla ilgi gören bir ürün ülkemizde de aynı hızla tüketilmekte, başka bir ülkenin popüler bir ürünü yine aynı şekilde popüler olabilmektedir. Medya türleri kullanım biçimine göre bazen çok faydalı bir araç, bazen de toplumu yozlaştıran hatta öldürebilen bir araç halini alabilmektedir.

Bu bağlamda görsel-işitsel ve sosyal medyanın, en hassas ve etkiye en açık grubunu oluşturan çocuk ve gençleri etkilemesi kaçınılmazdır. Televizyon yayınlarında, yazılı medyada ya da sosyal medyada uyuşturucu maddelerin işleniş biçimi ile gençlerin bu maddelere alışması arasında doğru orantı vardır. Bilinmektedir ki son yıllarda madde kullanımı ve bağımlılığı, toplum-aile-birey üç-

Görsel-işitsel ve sosyal medyanın, en hassas ve etkiye en açık grubunu oluşturan çocuk ve gençleri etkilemesi kaçınılmazdır. Televizyon yayınlarında, yazılı medyada ya da sosyal medya da uyuşturucu maddelerin işleniş biçimi ile gençlerin bu maddelere alışması arasında doğru orantı vardır. Bilinmektedir ki son yıllarda madde kullanımı ve bağımlılığı, toplum-aile-birey üçgeninde hayatı ve kurumları etkileyen çok ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar, izleyici/dinleyici kitlenin uyku dışında kalan yaşam sürelerinin üçte birini bu etkinliklere harcadığını göstermektedir. Bu nedenle görsel-işitsel medyanın, özellikle televizyonların, izleyici/kullanıcı kitle üzerindeki etkileri ve yayıncıların hedef kitlelere karşı mesleki sorumlulukları birbirine paralel olarak artmaktadır.

geninde hayatı ve kurumları etkileyen çok ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar, izleyici/dinleyici kitlenin uyku dışında kalan yaşam sürelerinin üçte birini bu etkinliklere harcadığını göstermektedir. Bu nedenle görsel-işitsel medyanın, özellikle televizyonların, izleyici/kullanıcı kitle üzerindeki etkileri ve yayıncıların hedef kitlelere karşı mesleki sorumlulukları birbirine paralel olarak artmaktadır.

Madde kullanımının gençler arasında yaygın olduğu istatistiklere bakıldığında anlaşılmaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü'nün 2013 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre, Türkiye genelinde uyuşturucu kullanma oranının 15-35 yaş arasında oldukça yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bağımlılık sürecinde, sigara ve alkolün diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya başlamada öncü olduğu bilinmektedir. Nitekim bağımlılık süreci incelendiğinde, başlama sırasına göre ilk kullanılan maddenin sigara olduğu, onu alkol ve esrarın izlediği görülmektedir. Madde kullanımı ve bağımlılığı, sadece bireyin gelişimine ve temel işlevlerine değil aynı zamanda topluma da zarar vermektedir. Gelişmiş tüm toplumlar böyle bir tehlike karşısında mücadele araçları geliştirirler. En önemli araçlar toplumun oluşturduğu yasalar ve bu yasaları yürütmek amacıyla

yapılacak uygulamaları üstlenen mücadeleci kurumlardır. Bu kurumlara en büyük destek medya organlarından beklenmektedir. Madde kullanımı ve bağımlılığı ile mücadele kapsamında, televizyon programlarının türleri, içeriği, yayınlanma saati ve koruyucu sembol kullanımı büyük önem kazanmaktadır. Programlar, izleyici/kullanıcı kitlenin yaş düzeyi dikkate alınarak, korumalı saatlere uyacak şekilde ve doğru sembol yerleştirilerek yayınlanmalıdır.

Özellikle gençlerin rol-model olarak aldığı popüler isimlerin madde bağımlılığı ile ilgili yayınların yapılmaması madde bağımlılığına karşı yürütülen politikalar için önemli bir adım olacaktır. Yine çocuk ve gençlerin izlediği programların içeriğinde madde ve madde kullanımına, çok önemli bir gerekçe olmadıkça kesinlikle yer verilmemelidir. Haber bültenleri ve haber programlarında ise; madde, madde kullanımı ve suçlarına ilişkin haberlerin, sorunun ciddiyetine zarar vermeyecek şekilde, ağırlıklı olarak madde ve kullanım biçimlerinin sözel sunumları eşliğinde hazırlanmalıdır. Böylelikle görsel anlatımın olumsuz etkilerinin de önüne geçilmiş olacaktır.

Yayınlarda maddelerin ve kullanım yöntemlerinin olumsuz nitelikte olsa dahi sıkça tekrarlan-

ması ya da açıkça gösterilmesi, madde açısından reklam niteliği taşıyabilmektedir. Bu durum aynı zamanda izleyici kitlede, özellikle gençlerde, merak ve ilgi uyandırmakta, risk grupları için ise öğretici olabilmektedir. Madde bağımlılığının önüne geçmek amacıyla programlarda gençlerin bu maddelerden uzak durmasına ilişkin, madde bağımlılarının ise buna nasıl karşı koyabilecekleri ve direnebileceklerine ilişkin mesajlara yer verilmeli ve buna dair projeler hazırlanmalıdır.

Popüler kültürün günümüz toplumundaki önemi göz önüne alındığında sigara, alkol ve madde kullanımının popüler kültürün ya da günlük yaşamın bir parçası olmadığına ilişkin iletiler öne çıkarılmalı bu maddelerin kullanılmasını özendirilen mesajlar engellenmelidir. Filmlerde veya müzik kliplerinde sigara, alkol, uyuşturucu ve uyarıcı maddelere ilişkin görüntü ve göndermelerin yer alması, özellikle çocuk ve gençlerin madde ve madde kullanımını sevdiği şarkılar ve filmler ile özdeşleştirmeleri, hayran oldukları sanatçılarla bilinçaltılarında sanatın bir gereği gibi algılamalarına ve bu durumu normalleştirmelerine neden olabilmektedir. Bu nedenle medyanın bu ölçütlere dikkat ederek madde kullanımına ilişkin görüntü ve göndermelerden kaçınması, bu tür görüntüler içeren yayınları

özellikle çocuk ve gençlerin izleyebilecekleri saatlerin dışında yayınlanması önem arz etmektedir.

Madde kullanımı ve suçlarına ilişkin haberlerin sunuş biçimi magazinel biçimde yapılırsa sorunun ciddiyeti önemsenebilir. Örneğin haber bülteninde popüler bir kişinin alkollü görüntülerinin sempati toplayıcı şekilde verilmesi özendirici bir unsur olarak sunulmamalıdır. Haber ve diğer yayın-

larda madde kullanımına ilişkin amaca yönelik görüntülere yer vermek gerekir.

Madde bağımlılığı ile mücadelede herkes kendi üzerine düşen görevi yapmalıdır. Madde kullanımını ve bağımlılığında gençleri korumak, bağımlıları ise bundan kurtarmak için sektörler arası ortak bir politika oluşturma ihtiyacı duyulmaktadır. Madde bağımlılığının araştırılması ve tedavisi için

kurulan AMATEM'lerin sayısı artırılarak söz konusu tedavi merkezlerine herkesin ulaşma şansının olması gerekmektedir.

Bu sorunun toplumu, eğitimi, sağlığı, aileyi, sosyal çevreyi, medyayı dolayısıyla her kesimi ilgilendiren boyutu vardır. Bunun için herkesin taşın altına elini koyup sorunu en aza indirmek için çözüm üretmesi önemli bir sorumluluktur.

Madde bağımlılığı ile mücadelede herkes kendi üzerine düşen görevi yapmalıdır. Madde kullanımı ve bağımlılığında gençleri korumak, bağımlıları ise bundan kurtarmak için sektörler arası ortak bir politika oluşturma ihtiyacı duyulmaktadır. Madde bağımlılığının araştırılması ve tedavisi için kurulan AMATEM'lerin sayısı artırılarak söz konusu tedavi merkezlerine herkesin ulaşma şansının olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

• "Madde ve Madde Kullanımı ile Mücadelede Görsel-İşitsel Medyanın Rolü, RTÜK,TUBİM



Himaye-i Etfal'den Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na

Fatih KOCUR

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Ankara İl Müdür Yardımcısı

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 1917'de İstanbul'da "Himaye-i Etfal" adıyla ulusal bir dernek olarak kurulup 1981 yılında dernek statüsünden çıkararak 'devlet kurumu' haline gelmiş iken ; "birey, aile ve toplum refahını artırmak amacıyla dezavantajlı kesimler öncelikli olmak üzere tüm toplumu hedefleyen katılımcı anlayışla, adil ve arz odaklı bütüncül sosyal politikalar üretmek, uygulamak ve izlemektir" misyonu ve "Türkiye'nin 2023'ü yakalayan, değişimi yönetebilen ve buna yönelik dönüşümü gerçekleştiren, sosyal riskleri önleyici sosyal politikalar geliştiren ve uygulayan bir bakanlık olmak" vizyonuyla 2011 yılında 61. Türkiye Cumhuriyeti hükümetinde bakanlık olmuştur.



Sosyal Politika, “Bir ülkede yaşayan tüm bireyler için özellikle de ayrı bir bakıma ve korunmaya gereksinimi olan nüfus grupları için koruyucu, güçlendirici, sosyal adaleti ve eşitliği sağlayıcı hizmetlerin bütünü olarak” tanımlanabilir. Sosyal Politika, sosyal refah sistemlerinin oluşturulması, kapsamlı hizmetlerin sunulması ve bu yolla sosyal sorunların önlenmesiyle ancak gerçek anlamını bulabilmektedir. Ülkemizde yaşanmakta olan sosyal sorunlar; tüm diğer ülkelerde olduğu gibi, tarihsel perspektifte ekonomi, politika, sosyal bilimler etkileşiminin doğal bir parçası olagelmıştır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 1917’de İstanbul’da “Himaye-i Etfal” adıyla ulusal bir dernek olarak kurulup 1981 yılında dernek statüsünden çıkarak ‘devlet kurumu’ haline gelmiş iken; “birey, aile ve toplum refahını artırmak amacıyla dezavantajlı kesimler öncelikli olmak üzere tüm toplumu hedefleyen katılımcı anlayışla, adil ve arz odaklı bütüncül sosyal politikalar üretmek, uygulamak ve izlemektir” misyonu ve “Türkiye’nin 2023’ü yakalayan, değişimi yönetebilen ve buna yönelik dönüşümü gerçekleştiren, sosyal riskleri önleyici sosyal politikalar geliştiren ve uygulayan bir bakanlık olmak” vizyonuyla 2011 yılında 61. Türkiye Cumhuriyeti hükümetinde bakanlık olmuştur.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın görevleri; kadın, ço-

cuk, engelli ve yaşlılar, şehit yakınları ve gaziler, yoksullara yapılacak sosyal yardımlar dahil, toplumun çeşitli kesimlerine sunulacak her türlü sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin planlaması, koordine edilmesi ve uygulanması olarak sıralanmaktadır.(Madde-2)

Sosyal Politika, “Bir ülkede yaşayan tüm bireyler için özellikle de ayrı bir bakıma ve korunmaya gereksinimi olan nüfus grupları için koruyucu, güçlendirici, sosyal adaleti ve eşitliği sağlayıcı hizmetlerin bütünü olarak” tanımlanabilir. Sosyal Politika, sosyal refah sistemlerinin oluşturulması, kapsamlı hizmetlerin sunulması ve bu yolla sosyal sorunların önlenmesiyle ancak gerçek anlamını bulabilmektedir. Ülkemizde yaşanmakta olan sosyal sorunlar; tüm diğer ülkelerde olduğu gibi, tarihsel

perspektifte ekonomi, politika, sosyal bilimler etkileşiminin doğal bir parçası olagelmıştır.

Sosyal politikanın en önemli ayağını oluşturan “aile ve çocuk politikaları ise genel anlamda devletin, doğrudan ve dolaylı olarak aileyle ilgili olarak saptadığı çocuk yardımından, aile planlamasına, sosyal yardımlardan doğrudan gelir aktarımına tüm politika, karar ve icraatları kapsayan geniş kapsamlı faaliyetler bütünü şeklinde tanımlanabilir.” (Kontaş,1992)

Aile politikası denilince; genel olarak devletin gelir dağılımı düzenlemeleri, konut, sağlık, eğitim politikaları yanında; spesifik olarak, doğum hızı, aile büyüklüğü, çalışan ebeveynler için çocukların bakımına ilişkin hizmetler, koruyucu aile programları gibi konularda odaklanmış politikalar akla gelmektedir.(Barker-2003)



Genellikle üç tür aile politikasından söz edilmektedir: Birincisi, aileyi sürekli gelir sahibi yapacak, iş bulmasını sağlayacak ekonomik önlemleri içeren, 'aileyi güçlendirme' politikalarıdır. İkincisi, 'eğitim ve danışma hizmetleri' gibi aile hayatını geliştirme ve rahatlatmaya yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncüsü ise, "ailenin yerini tutacak aile dışı kurumsal yapılar"ın oluşturulmasını (kreşler, koruyucu aile hizmeti gibi) öngören düzenlemelerdir.(Dumon-1991)

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızın temel işlevlerinden birisi olan aile kurumu; çocukların bakımının sağlanması ve güvenli bir şekilde yetiştirilmesi, bir sonraki nesillere kültürel kimliğin ve değerlerin kazandırılması, tarihsel ve toplumsal bilincin aktarılması gibi temel işlevlerinin yanı sıra birey ve toplum arasında temel bir köprüdür. Sağlıklı aile yapısı yalnız kendi üyeleri için değil, içinde yaşadığı toplum için de bir denge ve güven unsurudur. Tüm toplumlar için aile kurumunu vazgeçilmez kılan özelliği potansiyelinde taşıdığı koruyucu, önleyici ve eğitici gücüdür.

Anne karnından bebekliğe, bebeklikten çocukluğa ve gençliğe, buradan da yetişkinlik ve yaşlılığa kadar geçen tüm hayat dönemlerinde birey değişen birçok şekilde toplumsal ağlardaki diğer aktörlerle münasebetlerini aile bağlarına göre kurmaktadır. Bu minvalde dengeli bir toplum hayatı için sağlıklı bir aile ilişkileri büyük önem taşımaktadır.

Hızlı toplumsal değişim süreci karşısında bireyler ve aile kurumu zaman zaman kendine ilişkin sorun çözme yeteneğini sağlıklı bir şekilde yerine getirememektedir. Özellikle kriz ve toplumsal dönüşümün sancılı geçtiği dönemlerde ailelerin ve bireylerin sorunlarını daha iyi anlamak ve ortaya çıkan sorunlarla daha etkin mücadele etmek maksadıyla aileye dair sorun ve algıları tespit edecek araştırmalara ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

Türkiye'de evlilik olgusu değerini ve önemini halen korumakla birlikte evliliğin sürdürülebilmesine ilişkin değer yargıları, anlayış ve algılamalarda farklılaşma yaşanmaktadır. Günümüzde

evlilik sorunlarının çözümünde, aile büyüklerinden yardım alma biçimindeki geleneksel mekanizmalar işlemekle beraber bu ilişkilerin çözülmeye başladığı, çiftlerin arabuluculardan, Sosyal Hizmet Merkezlerinden ya da kamuda veya özel sektörde hizmet vermekte olan aile sorunlarıyla ilgilenen uzmanlardan destek alma konusundaki kişisel gayretlerin ya da çabaların yetersiz kaldığı görülmektedir.

Gerek dünyada gerekse ülkemizde her geçen gün büyük bir sorun haline gelmeye başlayan toplumun temeli aile bütünlüğünün bozulması yani boşanma oranlarının artması bu alana ciddi bir şekilde yönelme ihtiyacının doğmasına neden olmaktadır. Bu gün; dinen boşanmanın yasak olarak inanıldığı Katolik Dinine mensup ülkelerde bile 'boşanma hakkı'nın kabul edilmesi için dünya çapındaki vahametini de gözler önüne sermekte bir örnek teşkil etmektedir. Allah-u Teala'nın en sevmediği helal olarak kabul ettiği ve yüzde doksan dokuzu (%99) Müslüman olan ülkemizde de durum dünyadakinden farklı değil maalesef.2013 yılı TÜİK verilerine göre evlenen çiftlerin sayısı bir önceki yıla %0,6 azalarak 600.138; boşanan çiftlerin sayısı ise bir önceki yıla göre %1.6 artarak 125.305 olarak gerçekleşti.

Boşanmaların bireylere getireceği sorumluluklar ve toplumsal yapıda meydana getireceği hasarların tafafisinin güçlüğü fayda/maliyet analizi göz önüne alındığında, evliliğe yapılacak yatırımların, sağlıklı aile ve sağlıklı toplum oluşturmadaki rolü, önemi ve gereği ortadadır. Bu nedenlerden dolayı; boşanma gibi kriz dönem-

lerinde, öncesinde ve sonrasında ortaya çıkacak muhtemel sorunlar için danışmanlık, rehberlik, eğitim vb. aile destek hizmetlerine ilişkin çalışmaların yaygınlaştırılması büyük önem arz etmektedir.

Bu konu ile ilgili olarak ASPB olarak çalışmalarımızdan biri "Evlilik Öncesi Eğitim Programı" çalışmalarıdır. Evlilik uyumunda; eşlerin evlilik öncesi hazırlığının ve evlilik programları henüz ortaya çıkmadan eğitim almalarının önemi bütün dünyada bilimsel çalışmalarla da ortaya konulmaktadır. Evlilik öncesi eğitim programı, evlilik öncesi süreçte çiftlerin birbirlerini iyi tanması, evlilikle ilgili gerçekçi beklentiler oluşturabilmeleri amacıyla etkili iletişim kurma yollarını ve olası sorunlarla nasıl baş edebileceklerini öğrendikleri bir program olup, çiftlere iyi bir başlangıç yapma fırsatı vermektedir. Evlilikte İletişim ve Yaşam Becerileri, Aile Hukuku, Evlilik ve Sağlık konularını içeren "Evlilik Öncesi Eğitim Programı Eğitici Eğitimi" alan uzmanlarımız özellikle bekar vatandaşlarımızın yoğun bir şekilde bulunduğu askerî, polis okulları ve üniversiteler olmak üzere hemen hemen tüm

kamu kuruluşu, yerel yönetimler ve STK'larla da işbirliğine girilerek yüzbinlerce vatandaşımıza bu eğitimler ulaştırılmıştır.

Bir diğer çalışmamız; aile bireylerinin yeni bilgiler edinmeleri ve bakış açılarının geliştirilmeleri hedefi ve "Eğitim Ailede Başlar" düsturundan hareketle Aile Eğitimi ve İletişimi, Hukuk, İktisat, Medya ve Sağlık olmak üzere 5 alan ve 26 modülden meydana gelen "Aile Eğitim Programları(AEP)"dir. Aile Eğitim Programı hazırlanırken; ülkemizin kendine özgü kültürel ve toplumsal hassasiyetleri dikkate alınarak, alanlarında uzman akademisyenlerle ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının ve STK'ların bilgi ve birikimlerinden de faydalanılmıştır. 2014 yılında hemen hemen tüm kamu kurum ve kuruluşlarıyla, yerel yönetimlerle ve birçok sivil toplum örgütüyle işbirliğine girilerek binlerce aile ve yüzbinlerce vatandaşımıza ulaştırılmıştır.

Bir diğer çalışmamız ise; "Aile ve Boşanma Süreci Danışmanlığı Hizmeti"dir. Sağlıksız verilen kararlarla evliliklerin bitirilmesinin önüne geçmeye çalışılırken, ciddi

sorunların yaşandığı, şiddet gibi problemlerin olduğu husumetli evliliklerin ise, boşanma süreçlerinde danışmanlar eliyle daha sağlıklı sonuçlandırılması amaçlanmaktadır.

Aile ve Boşanma Süreci danışmanlığı hizmeti; Boşanma öncesi danışmanlık, boşanma sürecindeki destek ve danışmanlık hizmetleri ve boşanma süreci destek ve danışmanlık çalışanları olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. 2012 yılında 5 ilde pilot uygulamaya başlayan bu hizmet; 81 ilde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ve Sosyal Hizmet Merkezlerindeki uzman personel aracılığıyla verilmeye devam etmektedir.

Sonuç olarak; aile toplumun en küçük sosyal birimidir. Toplumlar ailelerden meydana gelir. Dolayısıyla toplumun mutlu ve huzurlu olması ailelerin mutlu ve huzurlu olmasıyla doğru orantılıdır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı olarak da tarih ve kültürümüzün üzerimize yüklemiş olduğu sorumluluğumuzun bilincinde çalışmalarımızın sürekli devam ettiğinin bilinmesini istiyoruz.





İbnü'n Nefis

13. yüzyılda bilim adına önemli gelişmelere damgasını vurmuş olan Müslüman tıp bilginidir. (1210-1288) "İbnu'n Nefis tıp biliminde hastalık nedenlerine ilişkin ilmi çalışmalar yapan ve bu yönde eserler veren ilk alimdir. En büyük keşfi, akciğer dolaşımını bulmasıdır. Ortopedi ilminin de ilk kurucularındandır. Döneminde (Mısır Hekimlerinin Başkanı) unvanıyla anılmıştır."



İbnu'n Nefis 1210 yılında Şam'da doğdu. Halep kentinin Selçuklu Atabeyi Nureddin Zengi tarafından 12. Yüzyılda kurulan hastanede tıp ilmini öğrendi. İlk hocası olan Abdurrahim İbn Ali el-Dahvar'ın yanında tıp eğitimini tamamladı. Aynı zamanda fıkıh bilgini olan İbnu'n Nefis, Kahire Mansuriye Medresesi'nde ders vermiştir. İbnu'n Nefis, tıp alanındaki eserlerini başka hiçbir

kaynağa ihtiyaç duymaksızın tamamen kendi araştırma, gözlem, deneylerine dayanarak hazırlardı. "Eserlerimin benden sonra asırlardır yaşayacaklarını bilmeseydim, onları yazmazdım" diyerek özgüvenini ortaya koyan İbnu'n Nefis, "Bir eder yazma iddiasında bulunanlar, gereken mesuliyeti de yüklenmelidirler" sözüyle de son derece titiz olunması gerektiğine gönderme yapar. İbnu'n Nefis, 1288 yılında vefat etmiştir.

İbnu'n Nefis'in başlıca eserleri şöyledir:

Mu'cez el-Kanun: En ünlü eseridir. İbni Sina'nın "Kanun" isimli yapıtının bir çeşit özeti niteliğindedir. Orijinalleri Oxford, Paris ve Münih Kütüphaneleri'nde bulunmaktadır.

Kitab eş-Şamii fi't Tıb: İbnu'n Nefis'in en büyük eseridir. Bu eseri tamamlayamadan vefat etmiştir. Eser o zamana kadar olan tıp ilmine ilişkin bilgilerin tamamını içermektedir.

Kitab el-Muhtar fi'l Ağdiya: Berlin Kütüphanesi'nde bulunan eser, gıdalar üzerine hazırlanmıştır.

Kitab el-Mühezzeb fi'l Kahl: Göz hastalıklarına ilişkin bir eserdir. Vatikan Kütüphanesi'nde bir nüshası halen mevcuttur.

Şerh-i Teşrih el-Kanun: İbni Sina'nın Kanun isimli eserinde yer alan anatomiyle ilgili kısımların açıklamasıdır. Patolojik anatomisinde zeminini ha-

zırlamıştır. Arapça hazırladığı bu eserin en önemli özelliğinden biri de ilk defa akciğer dolaşımının (küçük dolaşım) varlığından söz etmesidir.

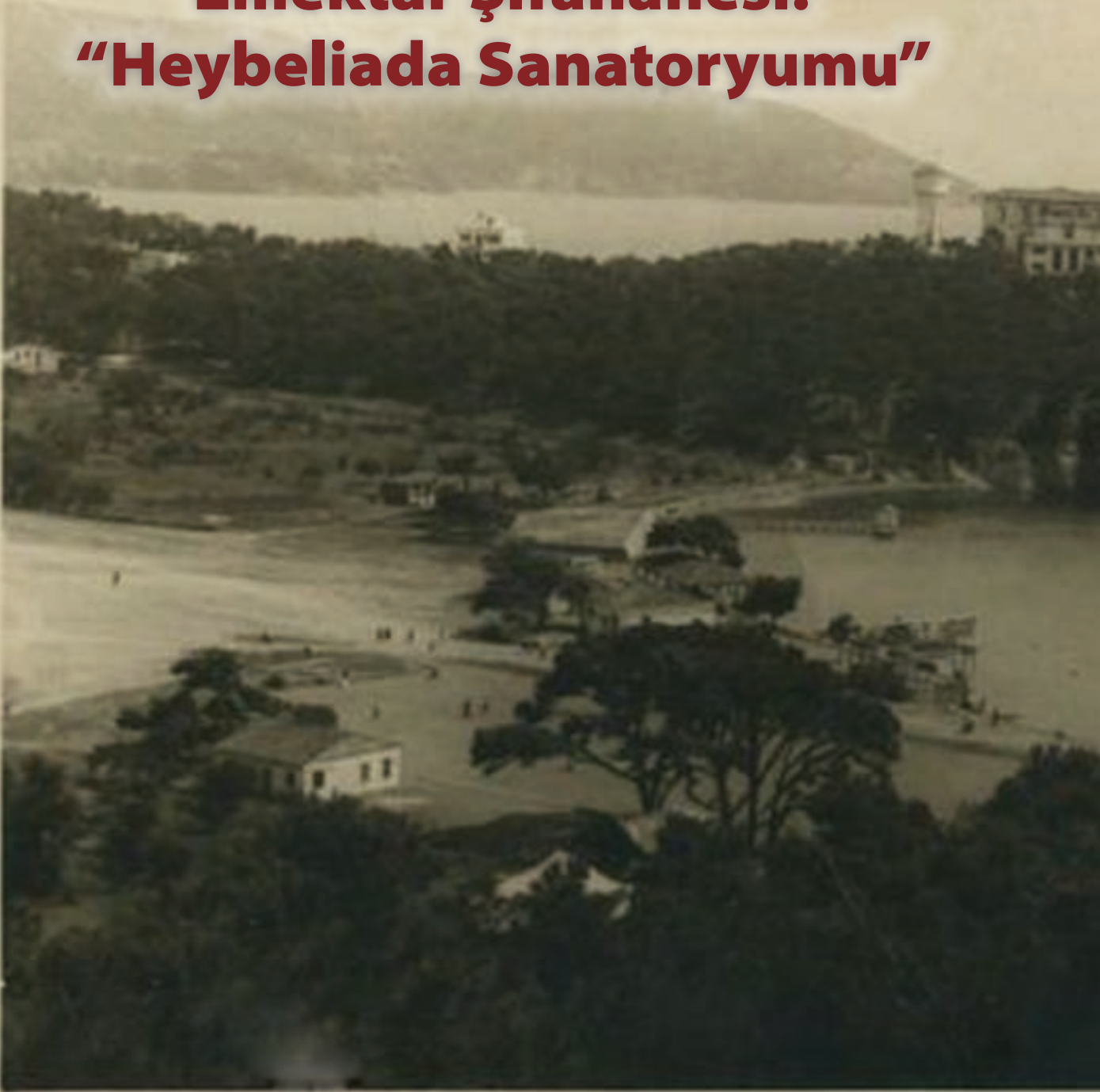
İbnu'n Nefis'in kan dolaşımı ile ilgili görüşleri kısaca şöyledir:

"Kalp ancak ve ancak kendi bünyesi içinden geçen damarlar aracılığı ile beslenir.": (Koroner dolaşımın ilk keşfi)

"Akciğere giden damarla, akciğerden dönen damar arasında, dolaşım tamamlayan bağlantılar mevcuttur." : (3 asır sonra Realdo Colombo bunu ilk defa kendisinin bulduğunu ileri sürecektir.)

"Kanın sol boşluğa geçmesi akciğerler yolu ile olmaktadır. Sağ boşluktan akciğerlere gelen kan, burada ısınmakta ve hava ile karıştıktan sonra, akciğer toplardamarı yolu ile sol boşluğa geçmektedir." (Akciğer dolaşımının ilk keşfi)

İnce Hastalığın Emektar Şifahanesi: “Heybeliada Sanatoryumu”



Hazırlayan: Emrah ÇANKAYA



Cumhuriyetin ilk yıllarında ülkemizde yoğun olarak görülen verem hastalığı ile mücadele amacıyla bir sanatoryum kurulması kararı alınmıştı. Dönemin en korkutucu hastalığı olan vere-

min tedavisi için Heybeliada'da dik yamaçlardan denize bakan, çam ağaçlarının çevrelediği, temiz havalı Yeşilburun bölgesi düşünülmüyordu. Burada ki en uygun bina ise Harbiye Mektebi'nin öğ-

renciler için nekahathane olarak kullandığı bina idi. Heybeliada ve Yeşilburun bölgesi verem hastalarının tedavisi için uygun koşulları taşıdığı için belirlenmişti.



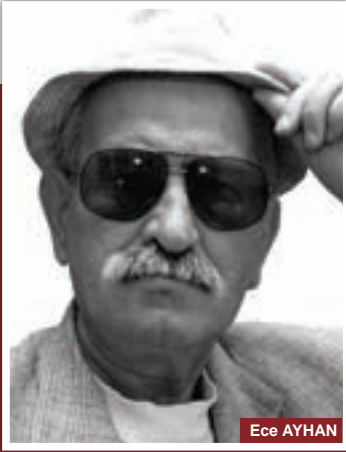
Sanatoryumun kuruluş çalışmaları için Haydarpaşa İntaniye Hastanesi Başhekimi olan Prof. Dr. Server Kamil Bey ve Dr. Tefik İsmail Gökçe görevlendirildi. Yapılan çalışmaların ardından 01 Kasım 1924'de Heybeliada Sanatoryumu Türkiye'nin ilk verem hastanesi olarak hizmete girdi. İsviçre'den bir sanatoryumun model alınarak çalışmalarına başlayan sanatoryum ilk açıldığı yıllarda 16 yatak kapasitesi ile hizmet verirken sanatoryumun yatak sayısı 1939 yılına gelindiğinde 370'e çıkarılmıştı.

Bu denli hızlı gelişen sanator-

yumda hastalara yapılan tedavi ve bakım üst düzeydeydi. Öyle ki; 2. Dünya savaşının yaşandığı yıllarda Türkiye'de kıtlık had safhada iken sanatoryumda hastalara günde dört öğün yemek veriliyordu. Sanatoryumda herşey o kadar ince düşünülmekte idi ki, o dönemin imkanlarına göre dezenfeksiyon ve çöp imha işlemleri titizlikle yapılmaktaydı. Verem hastalığının bulaşıcı olması nedeniyle özellikle bulaşık yıkama işlemleri uygun yapılmalıydı. Bunun için sanatoryumda görevli teknisyen tarafından bir bulaşık makinesi imal edildi. Makinenin motoru hariç tüm tertibatı teknisyen tarafından

yapılmıştır. 1940'lı yıllarda ülkenin durumu göz önünde bulundurulduğunda bu durum ayrı bir önem arz etmektedir.

Yine hastalığın bulaşıcı olmasından dolayı yemek artıkları ve çöplerin imha edilmesi gerekiyordu. İlk başlarda çöplerin denize atılması bazı sorunları gündeme getirmişti. Bu nedenle çöpleri yakmak amacıyla bir fırın yapılması gündeme geldi. Başhekim Dr. Tefik İsmail Gökçe'nin bir arkadaşının tavsiyesi üzerine fırın projesi gerçekleştirildi. Projeye göre çöpler ve yemek artıkları ilk ocakta yakılacak. Ocaktan çıkan



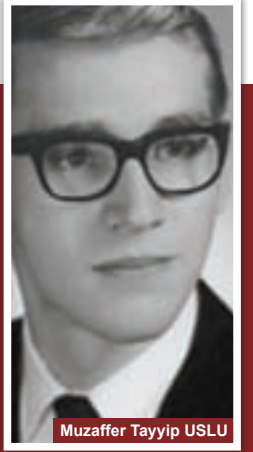
Ece AYHAN



Rüşti ONUR



Rifat ILGAZ



Muzaffer Tayyip USLU

Kuruluşundan itibaren kapatılıncaya dek sanatoryumda, yaklaşık 600.000 bin hastanın tedavi gördüğünü öngörebiliriz. Tedavi gören bu hastaların arasında Cumhurbaşkanı İsmet İnönü, Yazar Rifat Ilgaz, Şair Ece Ayhan, Şair Rüşti Onur ve Muzaffer Tayyip Uslu da yer almaktadır.

duman ve kokudan bölgeyi korumak için de dumanı yakmak için ayrı bir tertibat oluşturuldu. Bu fırın sanatoryum teknisyeni Kadri Eriş tarafından yapıldı.

Sanatoryumda yapılan tedavilerin ardından sağlık durumu iyiyen hastaların rehabilitasyonu için bir merkez inşa edildi. Rehabilitasyon merkezinde hastalara işinin ehli ustalarca fotoğrafçılık, matbaacılık, ciltçilik, radyo tamirciliği, stenodaktilografi, saatçilik, elektrikçilik gibi konularında teorik ve uygulamalı bilgiler verilerek sanatoryumdan ayrıldıktan sonra iş hayatına dönmeleri konusunda destek olunuyordu. Sanatoryumun kuruluşunun 50. yıldönümü nedeniyle yapılan bir araştırmaya göre merkezdeki kurslara katılanların yarısı iş ve meslek sahibi olmuştu. Merkezde ayrıca sinema günleri, konser gibi etkinlikler düzenlenerek hastaların moral açısından iyi düzeyde olması sağlanmaktaydı.

Sanatoryumda gerçekleştirilen sosyal faaliyetlerin yanında reha-

bilitasyon merkezinde görev alacak personelin yetiştirilmesi amacıyla “Yardımcı Hemşire Okulu” açıldı. Okulun ilk mezunları 1955 yılında mezun olarak göreve başladı.

Heybeliada Sanatoryumu, verem ve verem dışı akciğer hastalıklarının tedavisinin yanı sıra her türlü akciğer hastalıklarına müdahalenin yapıldığı iki ameliyathane, KBB ve diş servisleri, bakteriyoloji-biyokimya, röntgen ve solunum fonksiyon laboratuvarlarına sahipti. Sanatoryum eczanesi, yardımcı hemşire okulu ve rehabilitasyon merkezi ile tam donanımlı bir göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi olarak uzun yıllar ülkemize hizmet verdi.

Sanatoryumda ülkemizin yetiştirdiği en önemli göğüs cerrahisi olan Siyami Ersek başta olmak üzere pek çok hekim eğitim gördü ve görev yaptı.

Kuruluşundan itibaren kapatılıncaya dek sanatoryumda, yak-

laşık 600.000 bin hastanın tedavi gördüğünü öngörebiliriz. Tedavi gören bu hastaların arasında Cumhurbaşkanı İsmet İnönü, Yazar Rifat Ilgaz, Şair Ece Ayhan, Şair Rüşti Onur ve Muzaffer Tayyip Uslu da yer almaktadır.

17 Ağustos 1999 yılında yaşanan depremde önemli ölçüde hasar gören Heybeliada Sanatoryumu gerekli tadilatlar yapıldıktan sonra yeniden şifa dağıtmaya başlamıştı. Ancak ‘ince hastalığın’ tedavi merkezi bu tarihten sonra 6 yıl ayakta kalmayı başardı. Uzun yıllar verem hastalığına karşı verilen mücadelenin kilit taşlarından biri olan, binlerce hastaya şifa olan, yüzlerce bilim adamı ve hekim yetiştiren Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk sanatoryumu sağlık politikalarının değişmesi nedeniyle 30 Eylül 2005 tarihinde kapatıldı.

Sanatoryumda görev yapan personel ve tıbbi cihazlar Sağlık Bakanlığı’nın kararı ile Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne nakledildi.

KAYNAKLAR

- Tefik İsmail Gökçe, Heybeliada Sanatoryumu Kuruluş ve Gelişimi 1924-1955
- <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=167278>

Hizmet Sendikacılığında

1995'ten

2015'e

Alten Yel

