



## **Sosyal Bilimler Dergisi / The Journal of Social Sciences**

*Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 6, Sayı: 36, Nisan 2019, s. 357-369*

*ISSN: 2149-0821 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.16990/SOBIDER.4932>*

**Prof. Dr. Filiz ABACIGİL**

Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, filizabaci@yahoo.com

**Arş. Gör. Dr. Pelin BİLGİN KAHVECİ**

Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, pelinbilgin@gmail.com,

### **YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ETKİLERİ**

#### **Özet**

Bireylerin sağlık davranışını belirleyen en önemli konulardan biri sağlık okuryazarlığıdır. 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 tanımlamaktadır. Literatürde yer alan çalışmaların çoğu kesitsel tiptedir. Bu çalışmaların çoğu yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık çıktıları, sağlık bakım maliyeti ve bireyin yaşam kalitesi ile ilgili konularda olumsuz etkisinin olduğunu göstermektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı durumunda hastane/acil servise başvuru oranları artmakta, tıbbi tedaviye uyum düşmekte, reçetelerin anlaşılması ve tedaviyi düzgün alma becerisi azalmakta, yapılan tarama oranları düşmektedir. Çalışmalar yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı ile yaşlı gruptaki mortalite üzerine güçlü ilişkileri göstermektedir. Bireysel/toplumsal iyilik halinin sağlanabilmesi, sağlık ve refah düzeyinin yükseltilebilmesi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çok önemlidir ve çok yönlü bir yaklaşım gerektirir. Bu konuda sınırlı sayıda çalışma olduğundan kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik, Sonuç Değerlendirmesi

## THE EFFECTS OF INSUFFICIENT HEALTH LITERACY

### Abstract

Health literacy is one of the most important issues that determine the health behavior of individuals. World Health Organization defined health literacy as “the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health”. Most of the studies in the literature are cross-sectional. Most of these studies show that insufficient health literacy level has negative effects on health outcomes, health care costs and quality of life of the individual. In the case of insufficient health literacy, admission rates to hospital / emergency services increase, compliance with medical treatment decreases, the ability to understand the prescriptions and treatment properly decreases, and the screening rates decrease. Studies showed that inadequate / limited health literacy is strongly associated with mortality in elder groups. Improving health literacy is very important and requires a multifaceted approach in order to achieve individual / social well-being and to increase the level of health and welfare. Due to the limited number of studies, studies with high level of evidence are needed.

**Keywords:** Health, Health Literacy, Health Services Accessibility, Outcome Assessment

### GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığının (SOY) sağlıkla ilgili konularda anahtar bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. Sağlıkın korunması ve geliştirilmesinde çevresel ve genetik faktörlerin yanısıra bireylerin sağlık davranışları da önemli rol oynamaktadır. Bireylerin sağlık davranışını belirleyen en önemli konulardan biri de sağlık okuryazarlığıdır (Beaglehole 2011:1438). 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 tanımlamaktadır (WHO 2018). Bu kapsamda bireylerden kendi sağlık durumlarının farkında olmaları, sağlıkları ile ilgili konularda karar verebilmeleri, karşılaşılan sağlık sorununu çözebilmeleri ve kritik düşünebilmeleri beklenmektedir. Sağlık okuryazarlığı, son 30 yıldır sağlık literatüründe kullanılmakla birlikte, ilk olarak 1974 yılında okullarda sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığı için minimum standartların geliştirilmesi ile literatüre girmiştir (Simonds 1974:1).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık sistemi, eğitim sistemi, sosyal ve kültürel faktörlerle etkileşim içindedir. Bu nedenle çok yönlü yaklaşım gerektiren bir kavramdır (Kickbusch 2013). Bireyler kendilerinin, ailelerinin, komşularının ve hatta tüm toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için kendilerine sunulan sağlık bilgilerini kullanırlar. Bu bilgiler toplumun sosyal ve kültürel faktörlerinden, sağlık ve eğitim sistemlerinden etkilenir. Sunulan bu bilgiler sağlık sunucusu ile hasta arasındaki iletişimden tedavi öncesi alınan onay formunun okunup anlaşılmasına, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için yapılan reklam ve çalışmalara kadar birçok alanı kapsar. Oysa okur yazar olan hatta lise ve üstü eğitim alan birçok kişi bile sağlık ile ilgili kavramları anlamakta zorlanabilir. Herkes tarafından anlaşılacak ve kişilerin kendi sağlıkları hakkında söz sahibi olmalarını sağlamak pek çok paydaşın birlikte çalışmasını gerektirir. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık hakkındaki bilgisi, beklentileri ve inançlarından, sağlık bakımına

ulaşması ve nihayetinde sağlık sorunlarının tespiti ve bu sorunların yönetimini kapsar. Kişi önce sahip olduğu hastalığı anlamalı, bu hastalığın ortaya çıkmasına neyin neden olduğunu bilmeli, sağlık merkezine ulaştığında sağlık sunucusu ile iletişim halinde olabilmeli, tanı ve tedavi için gerekli evrakları doldurabilmeli, tedavi edici ajanları eksiksiz ve doğru zamanda kullanabilmeli, oluşan komplikasyonlardan sağlık sunucusunu haberdar edebilmelidir (Shone 2009).

Literatürde pek çok çalışma yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık çıktıları, sağlık bakım maliyeti ve bireyin yaşam kalitesi ile ilgili konularda olumsuz etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkiler, bireysel ve toplumsal düzeyde karşımıza çıkabilmektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen bireysel faktörlerden biri bireyin okuryazarlık becerisidir. Genel okuryazarlığın sağlık üzerine etkileri ile sağlık okuryazarlığının sağlık üzerine etkileri birbirinden çok iyi ayrılamayabilir. İyi eğitilmiş gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu grubun ekonomik faaliyetlere daha aktif katılması, daha fazla iş imkanlarından faydalanmaları, toplumsal aktiviteler konusunda daha bilgili ve katılımcı olmaları; bireylerin iyilik durumunu ve dolayısı ile toplumun iyilik halini etkiler. Bunun aksine, düşük okuryazarlığı olan grupların sağlığı geliştiren programlara, hastalık tarama programlarına az katıldıkları, riskli davranış paternleri gösterdikleri (sigara, alkol vb) kronik hastalıkları iyi yönetemedikleri (yaşam tarzını düzenleme, planlama, karar alma, sağlık hizmetlerine ne zaman nasıl ulaşacaklarını bilememe gibi), tıbbi tedaviye uyum gösteremedikleri, iş kazaları ile sık karşılaştıkları, daha sağlıksız bir yaşam ve neticesinde yüksek hastane yatış oranları, morbidite ve prematür ölümlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık harcamalarını artırdığı, sosyal sınıf farklılıklarına yol açacağı ve böylelikle de eşitsizlikleri artıracığı belirtilmektedir. 2000 yılında, ABD’de sağlığın geliştirilmesi için oluşturulan strateji dökümanlarında sınırlı sağlık okuryazarlığının bir halk sağlığı problemi olduğu ve bunun geliştirilmesi için ulusal hedefler konması gerekliliği vurgulanmıştır (U.S. Department of Health and Human Services 2010).

Yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı ve sağlık etkileri konusunda yapılmış bazı çalışmalar aşağıdaki tabloda verilmiştir (Berkman 2011: 97, Berkman 2011:1-941).

Tablo 1. Yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı ve sağlık etkileri konusunda yapılmış bazı çalışmalar

Çalışma	Araştırma tipi	Bulgular	Kanıt düzeyi
<b>1. Sağlık Sonuçları</b>			
Astım hastalarında kendi kendine bakım	Kesitsel	Kendi kendine bakım becerisinde yetersizlik	Yetersiz
Astım şiddeti ve kontrolü	Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
Kronik hastalıklar	Kohort Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
Diyabet kontrolü ve ilişkili hastalıklar	kesitsel	Glisemik kontrol için farklı sonuçlar	Yetersiz

HIV riski ve cinsel davranışlar	Kohort Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
HIV şiddeti ve semptomlar	Kohort Kesitsel	Farklı sonuçlar	Düşük
Ruh sağlığı semptomları	Kohort Kesitsel	Çoğu çalışmada depresyon ile ilişki (karıştırıcı faktör kontrolü sınırlı)	Düşük
Obesite ve kilo kontrolü	Kohort Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
Sigara kullanımı	Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
Alkol/madde kullanımı	Kesitsel	Bir çalışmada madde kullanımı ile pozitif ilişki	Yetersiz
Sağlıklı yaşam tarzı (fizik aktivite, beslenme davranışları vb.)	Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
Spesifik hastalıklarda sağlık durumu ve yaşam kalitesi	Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
Yaşlılarda sağlık durumu ve yaşam kalitesi*	Kohort Kesitsel	Genel sağlık durumunun kötü olması, mental ve fiziksel yetersizlikler için farklı sonuçlar	Orta
Yaşlılarda mortalite*	Kohort	Yüksek mortalite	Yüksek
Yetişkinlerin sağlık durumu	Kesitsel	İlişki yok	Düşük
<b>2. Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanımı</b>			
Sağlık hizmetlerine ulaşım	Kohort Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
Sağlık güvencesine sahip olma	Kesitsel	Yetersiz SOY olan ebeveynlerin çocuklarının sağlık	Yetersiz

		güvencesinin olmaması	
Uygun tedavi alma	Kohort Kesitsel	Tıbbi tedavinin uygun alınmaması	Orta
Sağlık mesajları ve reçeteleri yorumlama*	Kesitsel	Sağlık mesajları ve reçeteleri yorumlama becerisinde yetersizlik	Orta
Acil servis başvuruları*	Kohort Kesitsel	Yüksek başvuru oranları	Orta
Hastane yatışları*	Kohort Kesitsel	Yüksek hastane yatış oranları	Orta
Mamografi Taramaları	Kesitsel	Düşük mamografi oranları	Orta
Servikal Kanser taraması	Kesitsel	Düşük tarama oranları	Düşük
Prostat kanseri taraması	Kesitsel	PSA sonuçlarında yükseklik	Düşük
Kolon Kanseri taraması	Kesitsel	Düşük tarama oranları	Düşük
Influenza Aşılması	Kohort Kesitsel	Düşük İnfluenza aşılama oranları	Orta
Pnömonokok Aşılması	Kohort Kesitsel	Farklı sonuçlar	Yetersiz
<b>3. Sağlık Bakım Maliyeti</b>			
Sağlık bakım maliyeti	Kohort	Çoğunda fark yok	Yetersiz

\* Kanıt düzeyi orta/yüksek çalışmalar

Yukarıda belirtilen çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların çoğunluğunun kesitsel tipte olduğu, acil servis başvuruları, hastane yatışları, yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalar, influenza aşılması, sağlıkla ilgili bilgileri ve reçeteleri yorumlama, tıbbi tedavilerin uygun alınması, mamografi taramaları ve yaşlılarda mortalite üzerine yapılan çalışmalar, yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı ile bu sağlık sonuçları arasında güçlü ilişkileri gösteren kanıt düzeyi orta/yüksek çalışmalar olarak karşımıza çıkmaktadır (Berkman 2011:97).

## Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Sonuçları Üzerine Etkisi

### *Mortalite Üzerine Etkisi*

Sağlık okuryazarlığı mortalite ilişkisi araştıran pek çok çalışma, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerde tüm nedenlere bağlı ölüm hızlarında yükseklik olduğuna dikkati çekmektedir. Baker ve ark. yaşlılarda kognitif beceriler ve mortalite ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini incelemiştir. Bireyin kognitif becerileri tıbbi durumları anlamayı ve kendi sağlıklarını yönetmeyi etkileyebileceğinden, bu durumun mortalite ile ilişkisi olabileceği düşünülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan yaşlılarda sağ kalımla ilişkili tehlike oranı HR 1,52 (%95GA 1,24-1,81) bulunmuş olup, kognitif duruma göre kontrol edildiğinde bu oran 1,27 (%95 GA 1,03-1,57) olarak saptanmıştır. Bu sonuç yetersiz SOY olan yaşlılarda sağlık durumunun iyi yönetilemediğini ve bunun da mortalite ile ilişkisinin olduğunu göstermektedir (12). Sudore ve ark.'nın 2512 yaşlıyı kapsayan beş yıllık izlem çalışmalarında, sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlarda kronik hastalık yükünün yüksek, algılanan sağlık durumunun ve psikososyal durumun kötü, sağlık bakımına ulaşmanın düşük olduğu tespit edilmiştir. Mortalite açısından bakıldığında yetersiz SOY olanlarda sağkalımla ilişkili tehlike oranı HR 2,03 (%95 GA 1,62-2,55) bulunmuş olup, pek çok karıştırıcı faktör (demografik özellikler, sosyoekonomik durum, sağlıkla ilgili davranışlar, algılanan sağlık, komorbid durumlar, sağlık hizmetlerine ulaşım, psikososyal durum) kontrol edildiğinde bu oran HR 1,75 (%95 GA 1,27-2,41) olarak saptanmıştır (Sudore 2006:806). Stresli yaşam nedeniyle oluşan yaşam boyu psikolojik etkilenimin (stresli yaşam veya iş koşulları, düşük sosyal destek, riskli davranış patternleri, sağlık hizmetlerine ulaşım sorunu), yetersiz SOY gruplarında mortalite ve morbiditeyi etkilediği belirtilmektedir.

### *Hastalık Sıklığı Ve Şiddeti Üzerine Etkisi*

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile hastalık sıklığı veya şiddeti üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında farklı sonuçların elde edildiği dikkati çekmektedir. Schillinger ve ark. yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalarda kötü glisemik kontrol (OR 2.03; %95 GA, 1.11-3.73; p =0.02) ve retinopati komplikasyonu (OR 2.33; %95 GA, 1.19-4.57; p =0.01) saptarken (Schillinger 2002:475), Morris ve ark.'nın 1002 diyabet hastasında yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin kan basıncı, glikolize Hb, lipid düzeyleri ve diyabet komplikasyonları ile ilişkisi olmadığını saptamıştır (Morris 2006). Ross ve ark. annenin sağlık okuryazarlık düzeyi ile diyabet tanımlı çocuğunun glisemik kontrolü arasında ilişki olduğunu saptarken (Ross 2001:364), Williams ve ark. yetersiz okuryazarlığı olan diyabet ve hipertansiyon hastalarının, hastalıkları ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük (hipoglisemi belirtilerini tanımlama, tansiyon değerini okuma gibi) olduğunu tespit etmişlerdir (Williams 1998:166). Mental sağlık çıktıları bakımından yapılan çalışmaların çoğu bu grupta depresif belirtilerin daha fazla olduğunu gösterse de tutarlı sonuçların olmadığı ve yapılan çalışmaların kanıt düzeyinin yeterli olmadığı dikkati çekmektedir (Berkman 2011:97, Lincoln 2006:818). Benzer şekilde, HIV enfeksiyonu belirtileri ve şiddeti ile ilgili olarak yapılan çalışmaların da küçük örnek grupları üzerinde ve karıştırıcı faktörlerin kontrol edilmemesi nedeniyle yeterli kanıt sağlamadığı belirtilmektedir (Kalichman 2008:317, Paasche 2006:835, Mayben 2007:195). Farklı sonuçlar karşımıza çıkmakla birlikte hastaların yaşam tarzını düzenleme, planlama, karar alma konusundaki beceri yetersizlikleri nedeniyle sağlık durumunu iyi yönetememelerinin özellikle kronik hastalık sıklığı ve şiddetini etkileyebileceği söylenebilir.

### *Sağlıkla İlgili Davranışlar Üzerine Etkisi*

Sağlık okuryazarlığı, okuma, dinleme, analiz etme, kararlara katılmanın yanısıra, karar verme ve sağlıkla ilişkili durumları hayata uyarlamayı da kapsamaktadır. Bu nedenle bireylerin davranışsal belirleyicileri sağlık durumunu olumlu ya da olumsuz yönde etkiler. Fizik aktivite, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı gibi davranışsal belirleyiciler bulaşıcı olmayan hastalık gelişiminde modifiye edilebilen risk faktörleridir. Avrupa’da sekiz ülkede gerçekleştirilen “Avrupa sağlık okuryazarlığı” çalışmasında sağlıkla ilişkili davranış riskleri olarak sigara, alkol, beden kitle indeksi ve fizik aktivite durumunun SOY ilişkisi araştırılmıştır. Ülkeler arası fark olmakla birlikte, SOY ile en güçlü ilişki fizik aktivite durumu ile bulunmuştur. SOY düzeyi arttıkça fizik aktivite sıklığının arttığı dikkati çekmiştir (HLS EU 2012).

### **Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etkisi**

#### *Acil Bakım, Hastane Yatış Oranları, Sağlık Hizmetlerine Erişim*

Yetersiz sağlık okuryazarlığının, kişilerin sağlık hizmetlerine geç başvurmalarına, bunun sonucu olarak, erken koruyucu bakımdan faydalanamamalarına ve neticede hastane yatışlarında artışa neden olduğu belirtilmektedir. Koruyucu hizmetlerin az kullanılmasına bağlı olarak tedavi edici hizmetlerden daha fazla yararlanılmak durumunda kalınması ise sağlık harcamalarının artması ile sonuçlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının hastane yatış oranları ve acil servis hizmetlerinin kullanımı ile ilişkisini ortaya koymayı hedefleyen pek çok çalışma (orta kanıt düzeyinde), sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu gruplarda (astım, konjestif kalp hastalığı olanlar, yaşlılar gibi) sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığını göstermektedir (Berkman 2011:97). Baker ve ark.’nın 65 yaş ve üzeri 3260 yaşlı üzerinde gerçekleştirdiği kohort tipteki bir çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığının toplam hekime başvuru sayısı ile ilgili olmadığı, ancak acil servis başvurularının bu grupta arttığı gösterilmiştir. Söz konusu çalışmada yaş, cinsiyet, ırk, fizik aktivite, mental durum, kronik hastalıklar, sigara, alkol, vücut kitle indeksi gibi karıştırıcı faktörlerin kontrol edildiği, yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlarda herhangi bir acil servis başvurusu %30,4 iken sınırlı olanlarda %27,6; yeterli olanlarda %21,8 olarak bulunmuştur (Baker 2004:215). Howard ve arkadaşlarının 3260 katılımcıyla gerçekleştirdiği kohort tipteki bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı sonucu yataklı ve acil servis kullanımında artış saptanmış, yataklı servis kullanımı yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlarda %35, sınırlı olanlarda %34, yeterli olanlarda %27 bulunmuştur. Benzer şekilde pek çok çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip gruplarda acil servis başvuru oranlarında artış olduğu desteklenmektedir (Hope, Murray, Cope ve arkadaşları). Özellikle yaşlılarda akut gelişen sağlık sorunları ile başa çıkmada yetersizlik, kronik hastalıkların iyi yönetilmemesi ve bakımının iyi olmaması, şikayetlerini erteleme, sosyal güvencenin olmaması vb. gibi nedenlerle sağlık arama davranışını geciktirme, birinci basamak hekimlerine ulaşmada yaşanan sorunlar ve ilk başvurunun yapıldığı hekimlerin bu kişilerle iyi iletişim kuramamaları acil servise başvuru oranlarındaki artışın nedenleri olarak belirtilmiştir.

#### *Tedavi Planlarına Uyum*

Tedavi planlarına uyumun SOY ile ilişkisini araştıran çalışmalarda; hastaların tıbbi tedavilerini doğru tanımlayıp tanımlamadıkları, ilaç kutularını açabilme becerileri, doğru dozu doğru zamanda alabilme becerileri, tıbbi talimatları doğru anlama, almaları gereken ilacı doğru

gösterme, reçeteleri doğru anlama becerileri incelenmiştir. Tedavi planlarına uymama düzeyi yetersiz SOY gruplarında 2,32 ile 3,02 kat risk oluşturmaktadır (Davis 2006: 887).

#### *Tıbbi Tedavilerin Uygun Alınmaması*

Çalışmalar sağlık okuryazarlığı düzeyi ile tıbbi tedavilere uyum arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylerin tıbbi tedavi kullanımında daha az hata yaptıkları, tedaviye daha iyi uyum gösterdikleri, sağlık bilgisine daha kolay ulaştıkları belirtilmektedir ((Kickbusch 2013, Golin 2002: 756, Chew 2004: 250, Davis 2006: 887).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların tıbbi tedavi yönetiminde zayıf becerileri olduğunu gösteren altı çalışmada (orta kanıt düzeyinde) bulunan sonuçlar; HIV hastalarının tedavi yönetimi ile ilişkili skorlarının düşük bulunması, yaşlıların ilaç paketlerini açmada zorlanması nedeniyle tedavilerine uyum göstermemeleri, kalp hastalığı olan gruplarda bu kişilerin mevcut tedavilerini iyi tanımlayamamaları, cerrahi operasyona girecek hastaların preoperatif tıbbi talimatlara daha az uyum göstermeleri şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Chew 2004: 250, Kripalani 2006:852, Waldrop 2009:46, Raehl 2006:888). Bu durum hastaların tıbbi durumlarını ve tedavilerini yeterince iyi anlamamalarından kaynaklanmaktadır.

#### *Sağlıkla İlgili Mesajları, Talimatları, Reçeteleri Yorumlama*

Çalışmalar, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan grupların tıbbi reçete, talimatlar veya sağlık mesajlarını zor yorumlayabildiklerini göstermektedir (Waldrop 2009: 46, Raehl 2006:888). Davis ve ark'nın ilaç reçetelerinin doğru anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirdikleri çalışmalarında, doğru anlama oranı %67,1 ile %91,1 arasında değişirken, düşük okuryazarlığı olanların %65,4'ünün almaları gereken ilaç miktarını doğru almadıkları tespit edilmiştir. Talimatları doğru anlamama, düşük okuryazarlığı olan gruplarda 2.32 (%95 GA, 1.26-4.28) kat risk oluştururken, bu durum beş ve üzeri tıbbi tedavi alan hastalarda 2.98 (%95 GA, 1.40-6.34) kata çıkmaktadır (Davis 2006: 887). Yin ve arkadaşlarının 302 katılımcıyla gerçekleştirdikleri kesitsel tipte bir çalışmada bir yada daha fazla reçeteyi yanlış anlama yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanlarda %63, sınırlı düzeyde sahip olanlarda % 51, yeterli düzeyde sahip olanlarda %38 bulunmuştur. Aynı çalışmada alınması gereken ilacı doğru gösterme yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerde %35 iken, sınırlı düzeyde sahip olanlarda %63, yeterli düzeyde sahip olanlarda ise %80 bulunmuştur. Türkiye'de Uğurlu ve ark'nın 2011 yılında metropol bir kentte gerçekleştirdiği "Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasının bulguları, hastaların yaklaşık yarısının verilen reçeteleri okumakta zorlandığını, her üç hastadan birinin hastaneden verilen form ve eğitim materyallerini anlamada zorlandığını, yine hastaların yaklaşık yarısının reçeteleri ve prospektüsleri anlamada zorlandığını göstermiştir. Ayrıca hastaların yarısından fazlasının doktor ya da sağlık personeli tarafından verilen form, tetkik ve kitapçık gibi yazılı materyalleri, reçeteleri ve ilaç prospektüslerini okumada her zaman diğer kişilerden yardım alması ve yaklaşık yarısının ise evde ilaçlarını kullanmada yardım alması hastaların bağımsız davranış sergilemede sorun yaşadıklarını göstermektedir (Uğurlu 2011).

#### *Koruyucu Sağlık Hizmetleri*

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar (orta kanıt düzeyinde), yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerde mamografi ile grip aşılamalarının daha



düşük düzeylerde olduğunu göstermektedir (Bennett 2009:204, White 2008:227, Guerra 2005:152). Bennet ve arkadaşlarının 2668 katılımcıyla gerçekleştirdiği kesitsel tipte bir çalışmada temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerde düşük mamografi oranları tespit edilmiştir. Cho ve arkadaşlarının 489 katılımcıyla gerçekleştirdiği kesitsel çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlarda mamografi oranlarının yine düşük olduğu bulunmuştur. White ve arkadaşlarının 18100 katılımcıyla gerçekleştirdiği diğer bir kesitsel çalışmada ise temel ve temel düzey altı sağlık okuryazarlığına sahip olan gruplarda düşük mamografi oranları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada 65 yaş üzeri grupta düşük influenza aşı oranları saptanmıştır. Howard ve arkadaşlarının 3260 katılımcı ile yaptığı araştırmada sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda düşük influenza aşı oranlarının olduğu, pnömokok aşısı bakımından aşı oranlarında fark olmadığı bulunmuştur. Sudore ve arkadaşlarının 2512 katılımcıyla gerçekleştirdikleri diğer bir kesitsel çalışmada ise son 12 ayda yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerde düşük influenza aşısı oranına rastlanmıştır OR: 0,59 (0,41-0,83) (Bennett 2009:204, White 2008:227, Howard 2006:857, Sudore 2006:806 )

### **Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Bakım Maliyeti Üzerine Etkisi**

Sağlık okuryazarlığının sağlık bakım maliyeti üzerine etkisi bakımından yeterli kanıt düzeyinde olmamakla birlikte az sayıda çalışmanın bulunduğu görülmektedir. Howard ve ark.'nın çalışmasında sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda acil servis hizmetleri maliyetinin önemli ölçüde yüksek olduğu belirtilirken, Weiss ve Palmer'in çalışmasında düşük okuma yazma becerisi olan gruplarda sağlık bakım ücretleri 10,688 dolar/yıl, iyi gruplarda 2891 dolar/yıl olarak saptanmıştır (Howard 2006:857, Weiss 2004:44). Kickbusch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığının Kanada'da 2009 yılında toplam sağlık bütçesinin %3-5 dolayında maliyet yarattığı bulunmuştur (US Department of Health and Human Services 2010). ABD'de sınırlı sağlık okuryazarlığının 1.6-3.6 trilyon \$ ilave maliyet yarattığı belirtilmiştir (Kickbusch 2013).

Ülkemizde de SOY ile ilgili çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği dikkati çekmektedir. Bugüne dek yapılan 42 adet tez çalışması mevcuttur. Yetersiz sağlık okuryazarlığının etkileri konusunda yapılan çalışmalarda incelenen başlıklar; sağlık okuryazarlığının tedavi arama davranışlarına, tedavi sonuçlarına etkisi, yaşam kalitesi, sağlık harcamaları, tedaviye uyum, genel sağlık, öz bakım, ilaç uygulama hatalarına etkisi şeklinde incelenmiştir.

### **SONUÇ**

Literatürde pek çok çalışma düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıkla ilişkili konularda olumsuz etkisinin olduğunu (söz konusu riskin bu gruplarda 1,5-3 kat fazla olduğu) göstermektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı durumunda hastane/acil servise başvuru oranları artmakta, tıbbi tedaviye uyum düşmekte, reçetelerin anlaşılması ve tedaviyi düzgün alma becerisi azalmaktadır.

Bireysel açıdan bakıldığında, yeterli SOY düzeyi, kişilerin sağlık hizmetlerine kolay erişmelerini, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarını, sağlık bilgilerini doğru anlama ve yorumlamalarını, tıbbi tedavi uygulama hatalarının azalmasını, acil servis kullanımı ile hastane yatışlarının daha az olmasını sağlar. Toplumsal açıdan bakıldığında ise toplumun iyilik halinin geliştirilmesi, daha sağlıklı yaşam, sağlık kurumuna başvurularda azalma ve dolayısı ile sağlık harcamalarında azalma sağlayacaktır.

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi kötü sağlık sonuçlarının nedenlerinin anlaşılabilmesi, kötü sağlık sonuçları gelişebilecek riskli hastaların tespiti için klinik değerlendirme aracı görevi görebilmesi, sağlık sonuçlarını etkileyebilecek girişimlerin planlanması ve yapılan girişimlerin istenilen sonuçlara neden ulaşmadığının belirlenmesi ile sağlık politikalarına aracı olması bakımından önemlidir. Bireysel/toplumsal iyilik halinin sağlanabilmesi, sağlık ve refah düzeyinin yükseltilebilmesi, sağlık hizmetlerinde etkinliğin, etkililiğin, kalitenin sağlanabilmesi ve artan sağlık harcamalarının bütçe üzerinde oluşturduğu yükün azaltılabilmesi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çok önemlidir.

Sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşim halinde olması nedeniyle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde çok yönlü bir yaklaşım gerekir. Bunun için genel halka, toplumsal örgütlere, düşük sağlık okuryazarlığı riski taşıyan gruplara, sağlık çalışanları ve devlet kurumlarına, eğitimciler ve sağlık eğitimcilerine, akademik ve ticaret toplumlarına, sağlık tesislerine, inanç tabanlı kuruluşlara, elektronik medyaya, yetişkin eğitmenleri ve okuma yazma öğreticilerine çok ciddi ödevler ve görevler düşmektedir.

Bu konuda yapılmış araştırma bulgularını değerlendirirken, nedensel süreçte etkili olarak görülen potansiyel aracı değişkenler (mediyatör) (örneğin, hasta öz yeterliliği, bireysel faktörler, bilgi, normlar veya damgalama gibi) ve sağlık çıktılarının şiddetini etkileyen potansiyel düzenleyici değişkenler (moderatör) (örneğin sağlık sisteminin karakteri veya sosyal destek mekanizmaları gibi) olduğu akılda tutulmalıdır. Ayrıca çalışmaların farklı kültürde, farklı gruplar üzerinde ve farklı ölçüm araçları ile yapılmış olabileceği de unutulmamalıdır. Çalışmaların çoğunun kesitsel tipte olması, sağlık okuryazarlığı ile etkilerinin belirlenmesinde nedensel birlikteliği gösterme bakımından sınırlılık oluşturmaktadır. Son söz olarak güçlü nedensel ilişkilerin ortaya konması için, sağlık okuryazarlığının tüm bileşenlerinin değerlendirilerek, sağlık sonuçları ile ilişkisini ortaya koyan kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim vardır.

#### **KAYNAKLAR**

- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J., Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees., *J Gen Intern Med.* 2004;19(3):215-20.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med.* 2008;23:723-6.
- Beaglehole R., Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, Baugh V, Bekedam H, Billo N, Casswell S. "Priority actions for the non-communicable disease crisis." *The Lancet.* 2011; 377(9775): 1438-1447.
- Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med.* 2009;7:204-11
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K, Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review, *Ann Intern Med.* 2011;155:97-107.

- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No.199.
- Chew LD, Bradley KA, Flum DR, Cornia PB, Koepsell TD. The impact of low health literacy on surgical practice. *American journal of surgery* 2004;188(3):250-3.
- Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of Health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008;66:1809-16. (PMID:18295949)
- Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, Parker RM. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Ann Intern Med* 2006;19;145(12):887-94.
- Guerra CE, Krumholz M, Shea JA. Literacy and knowledge, attitudes and behavior about mammography in Latinas. *J Health Care Poor Underserved.* 2005;16:152-66.
- Golin CE, Liu H, Hays RD, Miller LG, Beck CK, Ickovics J, et al. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of general internal medicine,* 2002;17(10):756-65.
- HLS-EU CONSORTIUM (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, online publication: [HTTP://WWW.HEALTH-LITERACY.EU](http://www.health-literacy.eu).
- Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med.* 2006;21:857-61.
- Kalichman SC, Pope H, White D, Cherry C, Amaral CM, Swetzes C, et al. Association between health literacy and HIV treatment adherence: further evidence from objectively measured medication adherence. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic).* 2008;7:317-23.
- Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Agis T, editors. *Health Literacy: The Solid Facts*, 1st edn. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 2013.
- Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, Robertson R, Kolm P, Jacobson TA. Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *J Gen Intern Med.* 2006;21:852-6.
- Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, et al. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. *J Gen Intern Med.* 2006;21:818-22.
- Mayben JK, Kramer JR, Kallen MA, Franzini L, Lairson DR, Giordano TP. Predictors of delayed HIV diagnosis in a recently diagnosed cohort. *AIDS Patient Care STDS.* 2007;21:195-204.

- Morris N, MacLean CD, Littenberg B. Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. *BMC Family Practice*. 2006; 7(49). (<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/49/prepub>).
- Murray MD, Tu W, Wu J, Morrow D, Smith F, Brater DC. Factors associated with exacerbation of heart failure include treatment adherence and health literacy skills. *Clin Pharmacol Ther*. 2009;85:651-8. (PMID: 19262464)
- Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Palepu A, Meli S, Faber V, Samet JH. Health literacy, antiretroviral adherence, and HIV-RNA suppression: a longitudinal perspective. *J Gen Intern Med*. 2006;21:835-40.
- Raehl CL, Bond CA, Woods TJ, Patry RA, Sleeper RB. Screening tests for intended medication adherence among the elderly. *Ann Pharmacother*. 2006;40: 888-93.
- Ross LA, Frier BM, Kelnar CJ, Deary IJ. Child and parental mental ability and glycaemic control in children with Type 1 diabetes. *Diabet Med* 2001, 18(5):364-369.
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB: Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama* 2002, 288(4):475-482.
- Shone ve ark, Sağlık okuryazarlığı ve Sağlık Eyleminin Kavramsal Yapısı, 2009.
- Simonds S: Health education as social policy. *Health Education Monographs* 1974, 2:1-10.
- Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, Rosano C, Rooks RN, Rubin SM, Ayonayon HN, Yaffe K. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(5):770-6.
- Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med*. 2006;21:806-12.
- Uğurlu, Z. (2011). "Evaluation of health literacy and appropriateness of the educational materials to the health literacy of the patients who applied to the healthcare centers." University of Başkent, Ankara. (public health thesis).
- US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington, DC. [https://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health\\_Literacy\\_Action\\_Plan.pdf](https://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf)
- Waldrop-Valverde D, Jones DL, Jayaweera D, Gonzalez P, Romero J, Ownby RL. Gender differences in medication management capacity in HIV infection: the role of health literacy and numeracy. *AIDS Behav*. 2009;13:46-52.
- Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17:44-7.
- White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *Am J Health Behav*. 2008;32:227-42.

Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR: Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. Arch Intern Med 1998, 158(2):166-172.

WHO, The mandate for health literacy.  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/> Erişim tarihi: 27 Haziran 2018.