

Gene bir moda: Sağlık okuryazarlığı

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Aİma-Ata (1978) ve Ottawa (1986) Bildirgelerinde ısrarla vurgulanan bir nokta var: Hizmetlere toplum sahip çıkmazsa sadece profesyonellerinin gayretiyle ve devletin resmi mercilerinin yapısıyla başarı sağlanamaz. Formal (resmi) sağlık sistemi aslında bilerek bilmeyerek diğer iki informal sistemle rekabet içindedir. Bunlar bilabedel, sadece insani dayanışma adına folk uygulamaları (kapı karşı komşusuna baş ağrısı için patates dilimleyip başına tülbentle sarmak gibi) ve diplomasız olduğu halde tıbbi müdahale yapan popüler sektör (para karşılığı bel çekmek, sülük yapıştırmak gibi) olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda aslında sağlık mesleklerinden birine mensup olmayıp sağda solda okuduğu eski kitaplardan edindiği kısıtlı bilgilere dayanıp televizyondan halka hikmet saçan yeni bir grup daha türedi. Bu informal yapılar ülkemizde bugünkü geniş etki alanını formal sağlık hizmetlerinin ve sağlık profesyonellerinin halkın sağlık eğitimine ve hizmet kullanım kültürüne önem vermediğine borçludur.

Daha önceleri toplumu sağlık hizmetlerine katılımı ve sağlık bilinci, sağlık eğitimi gibi kavramlarla karşılanmaya çalışılan ihtiyaç bugün sağlık okuryazarlığı başlığı ile ifade edilmektedir. Bu ihtiyaç sonsuzca kadar sorunsuzca dönmesi istenen bir döngünün en önemli unsurunun; sağlık hizmeti kullanıcılarının sisteme ve hizmetlere tam entegrasyonu açısından vazgeçilmez bir durumun adidir.

Sağlık hizmetlerinde kabaca, hizmet alan ve hizmet sunan olarak başlayan kırılım; hizmeti sunan tarafında ödeyen ve ödenen olarak, hizmeti veren sağlık personeli ile ona hizmet ortamını sağlayan işletmeci (bu devlet de olabilir) olarak

çatallanmaktadır. Bu bölünmelerle sistemin asli unsurlarının rolleri netleşmiş oluyor. Diğer ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de sistem kurgulayıcıları, yani sağlık politikacıları hizmetin finansmanı, sunumu, ödeme mekanizmaları, sorumluluklar filan derken hizmeti alanlara ait yapılması gerekenlerin müthiş derecede savsaklandığını hayretle görmüş oldular. Diğer tarafta ne kadar iyi olursanız olun, hizmetlerin yarar sağlama düzeyi nihayet toplumun hizmetleri kullanma becerileri ile limitli kalmaktadır. Bu limit yalnızca tedavi edici hizmetlerde değil, koruyucu hizmetlerde de kendini gösterir. Son yıllarda yalnızca korumanın yeterli olmadığı da anlaşılınca, sağlığın geliştirilmesi kavramı ortaya çıkmış ve sağlık kendi haline bırakılmayacak, sürekli üstünde durulacak bir cevher olarak anlatılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetini kullanacak kişiler, hasta ve sağlamlar, toplum bu yetilere sahip değilse ortaya koyduğunuz sistem bir yerde patlak vermeye başlar.

Ülkemizde toplumun formal hizmetlerin gereğini yerine getirecek yetilerden ziyadesiyle yoksun olduğunu gösterecek onlarca belirti sayabiliriz. Hemen akla gelenleri sıralayalım:

- Sıkışınca hemen doktora ve hemşireye saldırılması
- Evlerin ilaç çöplüğüne çevrilmesi
- Önüne gelene herkesin ilaç tavsiye edip durması
- Eczanelerde herkesin her istediği ilacı rahatça satın alabilmesi
- On çeşit yemeği yedikten sonra üstüne soda, ilaç vb. içerek şişkinliğin bastırılmaya çalışılması şeklinde beslenme düzeni
- Sporla hiç mi hiç ilgisi bulunmayan on milyonlarca insanımızın olması
- Sigara içmede dünya klasmanında her

zaman ilk sıralarda yer alınması

- Çocuklara aşı yapılması için 50 yıldan beri hala devletin kolluk güçlerine ihtiyaç duyulması
- Bir şekilde sağlığı bozulup hastaneye gelince sanki alışveriş merkezinde yarım saat içinde bir gömlek beğenip alacakmış gibi bir beklentiyle sağlık hizmeti kullanmaya başlanması (sonunda saldırganlığa kadar giden hayal kırıklıkları)
- Sağlık ve sağlık hizmeti dendiğinde, hastane, doktor, hemşire dışında başka bir şey bilinmemesi, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinden tamamen habersiz yaşanması.

Hasta odaklı hizmet sunulacaksa (ki bu, olmazsa olmaz bir koşuldur) sağlık okuryazarlığına önem verilmelidir. Sadece kendi kuruluşlarımıza ve profesyonelce düzenleme süreçlerine eğilerek hizmet kalitesinde asla istenen düzeye ulaşamayacağımızı artık anlamalıyız. Sağlıkta hakkaniyetsizliklerin çözüme kavuşturulmasında ise toplumun sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi belki de tek geçerli ve başarılı seçenек olarak karşımızda durmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşeni: Sağlık okuryazarlığı

Sağlık okur-yazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararları verebilmesi için gereken temel sağlık ve temel hizmet elde etme sürecini izleme ve anlama kapasitesi derecesidir (*Healthy People 2010*, the U.S. Department of Health and Human Services). İlaç şişelerinin üzerinde yazan bilgileri, randevu kâğıtlarını, tıbbi eğitim broşürlerini, hekimin talimatlarını ve onam formlarını anlamayı ve karmaşık sağlık bakım hizmeti sürecinde müzakere yete-

neğini kasteden bir kavram olarak sağlık okuryazarlığı basitçe bir okuyabilme yeteneğinden çok daha geniş bir anlam içeriyor. Karmaşık bir grup olarak okuma, dinleme, analitik düşünme ve karar verme becerileri ile bu becerilerin sağlık durumlarına uyarlanmasını kastediliyor.

“Kullanıcı-odaklı” sağlık bakım hizmeti genel anlamda gittikçe kalitesi yükselen sağlık hizmetinin bir parçası sayılırsa, bireylerin sağlıkla ilgili işlemler üzerindeki karar rolleri giderek artırılmaldır diyebiliriz. Bireylerden bu katkıyı alabilmek için onların iyice bilgilendirilmesi gerekiyor. Sağlık okuryazarlığı bu gerekçelerden doğmuştur. Bu karmaşa içinde sonuç, birebir öğrenim süresiyle veya genel anlamda okuma yeteneğiyle uyumlu çıkmayabilir. Evde veya işyerinde tam uyumlu, kültürlü birisi, sağlık hizmeti ortamında marjinal veya uyumsuz davranabilmektedir.

Sağlık okur-yazarlığı becerileri

Hastalar karmaşık bilgilerle yüz yüze bırakılınca ve tedavi seçenekleriyle ilgili kararlar alınırken onamları istenince yetersiz kalabilmektedir. Bunun önüne geçmek için:

- Kendisine verilen malumatın inandırıcılığını ve geçerliliğini değerlendirebilmeli
- Risk ve yararları analiz edebilmeli
- Dozajları hesaplayabilmeli
- Test sonuçlarını yorumlayabilmeli
- Sağlık bilgilerini zihninde yerleştirebilmeli

Yukarıda sayılan becerilere bakıldığında enikonu entelektüel bir birikime ihtiyaç olduğu görülmektedir. 21. yüzyılın sağlık hizmeti anlayışı hizmet kullanıcılarına geniş haklar tanıırken bir yandan da sorumluluklar yüklemektedir. Bireyde ne gibi özellikler bulunsun ki bu görevleri yerine getirirken kusur etmesin?

Bireylerin istenilen sağlık okuryazarlığı düzeyine erişebilmesi için bazı özellikler:

- Görsel olarak okur-yazarı olunması (grafik, tablo gibi görsel bilgileri anlayabilmek)
- Bilgisayar okur-yazarı olunması
- Konuyla ilgili bilginin elde edilip uygulanabilmesi
- Sayısal veya hesaplama okur-yazarı olunması (hesap yapabilmek veya sayıları düşünürken mantıklı fikir yürütebilmek)
- Sözlü dil kullanımı - Hastaların kendi sağlık durumlarını ve sorunlarını, gözlemlerini, belirtilerini güzelce tanımlayabilmesi
- Kendi zihinlerinde resmi bütünleyebilmek için uygun soruların sorulabilmesi, verilen açıklamaları ve tıbbi önerileri de anlayabilmesi
- Belirli bir düzeyde hekim-hasta işbirliği

ve sorumluluk paylaşımı oluşturabilmek için hastanın güçlü bir karar verme becerisinin olması.

Birçok ülkede (ABD, Kanada, İngiltere) nüfuslarının neredeyse yarısının söylenenleri tam anlamada sorunlu olduğu ve uygulamayı istendiği gibi gerçekleştiremediği bulunmuştur. Hastalar ilaçları yanlış zamanlarda ve yanlış şekillerde alıyorlar. Sözcüleri “aç karnına” sözünü herkes değişik anlıyor. Hizmetlere tam uyum gösterememek bakımından özellikle şu bireyler daha büyük risk taşımaktadır:

- Yaşlılar (65 üzeri- hastalar genellikle yaşlılar olmaz mı?)
- Dil bilmeyenler ve göçmenler
- Düşük gelirli
- Kronik mental veya fiziksel sağlık sorunu taşıyanlar.

Sağlık ve okur-yazarlık arasındaki ilişki karmaşıktır. Okur-yazarlık sağlık bilgi düzeyini ve sağlık hizmetine erişim yeteneğini etkilemektedir. Özellikle eğitim düzeyinin düşüklüğü belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Çünkü sağlık düzeyi birkaç ekonomik etkenle kuvvetli şekilde ilişki içindedir ve bunların hepsi de eğitim düşüklüğü kapısına çıkmaktadır. Örneğin okur-yazarlık gelir düzeyini, işi, eğitimi, barınmayı sağlık hizmetine erişimi etkilemektedir. Ayrıca işi bir kat daha vahim yapan gerçek şudur: Yoksullar ve okur-yazar olmayanlar zararlı maddelerin bulunduğu işlerde çalıştırılanlar olmaktadır.

Böylelikle düşük sağlık okur-yazarlığının hem doğrudan hem de dolaylı etkileri ortaya çıkmaktadır. Doğrudan etkiler denince tedaviye ve önerilere uyumsuzluk ve ilaç kullanımındaki hatalar akla gelmektedir. Dolaylı etkiler ise daha zor ortaya konabilir. Dolaylı etkilerin kapsamı arasında sağlık sigortası ve prim konuları, hizmetlere erişim ve sağlıklı davranış geliştirmede yetersizlikler sayılabilir.

Sonunda ortaya bir tezat çıkmaktadır. Kronik hastalıkların en yüksek prevalansa eriştiği ve hizmete en çok ihtiyaç duyacak gruplardaki kişiler genellikle okuma yeteneği en düşük ve uygun bir hasta davranışı göstermede ve gereken bilgiyi almada en başarısız kişiler olmaktadır.

Literacy and Health Outcomes (Agency for Health Care Research and Quality Report, (2004) isimli rapora göre düşük sağlık okur-yazarlığının iki önemli sonucu hastaneye yatırılma oranlarının daha yüksek olması ve bu kişilerin sonunda pahalı acil hizmetleri daha çok kullanıyor olmasıdır. Bu ise sağlık sisteminde en istenmeyen iki durum olarak gösterilmektedir.

Kanser tedavilerinden (Merriman, Betty, *CA: A Cancer Journal for Physicians*, May/June 2002) öğrendiğimize göre düşük okur-yazarlık kanser insidansını ve mortalitesini yükseltip yaşam kalitesini düşürmektedir. Çünkü;

- Kanser tarama bilgileri etkisiz kalmakta ve bu hastalar daha geç tanınmaktadır
- Tedavi seçenekleri tam anlaşılmamış olduğundan hastalar ilaçları ihtiyaçlarına uygun alamamaktadır
- Bu hastalara bilgilendirilmiş onam dokümanları karmaşık gelmekte, hastalar tedaviyi kabul veya red kararı verirken optimal davranmamaktadır.

Tip 2 Diyabette ise glisemik kontrolü bu hastalar iyi yapamamakta ve yüksek retinopati görülmektedir (Schilling, Dean, *JAMA*, July 24/31, 2002).

Astımlı hastalarda okuryazarlığın düşmesi halinde inhaler kullanımında başarısızlık ve semptomatik olmayan astım ataklarında hekime başvurmada % 70 başarısızlık (okur-yazarlığı yüksek olanlar % 90 başarı sağlıyor) görülmektedir. (Williams, MV, *Chest*, October 1998)

Ülke çapında sağlık okur-yazarlığı düzeyini yükseltmek için 5 adım öneriliyor:

1. Hizmetlerde misyon, planlama ve değerlendirme faaliyetleri arasında sağlık okur-yazarlığına yer vermek
2. Sağlık okur-yazarlığı 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 okur-yazarlığı geliştirme programları tasarlamak ve bunu halk sağlığı uygulamalarına yerleştirmek

Sonsöz

Ülkemizde sistem adına, hizmetler adına ve profesyonellerin çalışma düzeni adına son on yılda yeni yeni uygulamalar devreye sokulmuş durumdadır. Bunların bir kısmı planda çok uygun görüldüğü halde gerçek hayatta istenileni sağlamamıştır. Bunun nedeni bizce toplumun sağlık hizmeti kullanım kültürüne ve sağlık okuryazarlığına gereken özenin gösterilmemiş olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta odaklı, aile odaklı, kullanıcı odaklı, tüketici odaklı... Ne denirse densin kullanıcının tarafında gereken nizamı tam sağladığımız bir gerçektir.