

ORIGINAL ARTICLE / ORIJİNAL MAKALE

# The concept of health literacy from the experiences of adolescents between 15-17 Years: A qualitative study

15-17 yaş arası ergenlerin deneyimlerinden sağlık okuryazarlığı kavramı: Nitel bir çalışma

 Aslı İzoğlu Tok<sup>a</sup>,  Özcan Doğan<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü, Ankara, Türkiye

<sup>b</sup> Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü, Ankara, Türkiye

Received: 11.08.2020, Accepted: 28.03.2021

## ABSTRACT

**Objective:** In this study, it is aimed to reveal the knowledge about the health literacy level of the adolescents between the ages of 15 and 17, what they are experiencing about health and the information that these experiences provide them, to develop hypotheses about which variable can play role on this informations and to form basis for developing the tools related to health literacy in the future. **Method:** This study was carried out with the phenomenological pattern method which is one of the methods of 'Qualitative Research'. In this context, twenty-four adolescents between the ages of 15 and 17 who had Health Information lecture before and who had education in schools which are located in regions having different success and socio-economic levels were interviewed. It was seen that the adolescents first consult with their mother about a health issue. **Results:** Adolescents stated that they received food and non-prescription medication at home after they consult with their mothers. It is seen that adolescents go directly to the health center without any appointment if they encounter health problems. Based upon the experiences of the adolescents with the healthcare personnel, it was seen that their communication changes with the variables such as personnel, disease and being alone or not. **Conclusions:** Hypotheses can be developed as variables that show the extent of health literacy of the adolescent with or without chronic illness, mother's working / not working, and not seeing / seeing health personnel as reference center.

**Keywords:** Health, health literacy, adolescence.

**Not:** Bu çalışma 19-22 Haziran 2019 tarihleri arasında düzenlenen VIth International Eurasian Educational Research Congress (EJER 2019) 'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Correspondence:** Aslı İzoğlu Tok, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü, Ankara, Türkiye. **E-mail:** [izogluasli@gmail.com](mailto:izogluasli@gmail.com). **Telefon:** +90 546 264 80 34.

**Cite This Article:** İzoğlu Tok A, Doğan Ö. 15-17 yaş arası ergenlerin deneyimlerinden sağlık okuryazarlığı kavramı: Nitel bir çalışma. Turk J Public Health 2021;19(1):79-91

©Copyright 2021 by the Association of Public Health Specialist (<https://hasuder.org.tr>)

Turkish Journal of Public Health published by Cetus Publishing.

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada 15-17 yaş arasındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan kavramlarla ilgili neler bildiğini, sağlık hakkında neler deneyimlediklerini ve bu deneyimlerin onlara sağladığı bilgileri ortaya koymak, bu bilgileri üzerinde hangi değişkenlerin rol oynayabileceğine ilişkin hipotezler geliştirmek ve araştırmanın gelecekte sağlık okuryazarlığıyla ilgili araçların geliştirilebilmesi için zemin oluşturmak amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Araştırma "Nitel Araştırma" yöntemlerinden fenomenolojik desenle yürütülmüştür. Araştırmada Sağlık Bilgisi dersi almış, 15-17 yaş arasındaki farklı başarı ve sosyoekonomik seviyedeki bölgelerde yer alan okullarda eğitim görmekte olan yirmi dört ergenle görüşülmüştür. **Bulgular:** Bu ergenler annelerinden evde besin ve reçetesiz ilaç desteği aldıklarını belirtmiştir. Ergenlerin sağlık problemleriyle karşılaşmaları durumundan randevu almadan direkt olarak sağlık merkezine gittikleri görülmüştür. Ergenlerin sağlık personelleriyle deneyimlerinden yola çıkarak personele, hastalığa ve yalnız olup/olmama durumuna göre kurdukları iletişimin farklılaştığı görülmüştür. **Sonuç:** Kronik hastalığı olan yakının olup/olmaması, annenin çalışıp/çalışmaması, sağlık personelini başvuru merkezi olarak görüp/görmeme ergenin sağlık okuryazarlığının sınırlılığını gösteren değişkenler olarak hipotezler geliştirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, sağlık okuryazarlığı, ergenlik dönemi.

## Giriş

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1990'lı yılların ortalarında Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi araştırmasından sonra dikkat çekmeye başlamıştır.<sup>1</sup> Genel olarak bu kavram; sağlık personeliyle iletişim kurabilme, verilen önerileri anlayabilme ve uygulayabilme, ilaç reçetesini okuyabilme ve anlayabilme, ilaç dozajlarını doğru hesaplayabilme, egzersiz yapma ve dengeli beslenme gibi sağlıklı yaşam becerilerine sahip olabilme ve uygun bakım ortamını hazırlayabilme gibi birçok önemli unsur sağlık okuryazarlığının sınırları içerisinde yer almaktadır.<sup>2-4</sup>

Yaş, cinsiyet, ırk, dil, medeni durum ve sosyoekonomik durum gibi birçok

değişkenin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu belirtilmekle birlikte eğitim düzeyi bunlar içerisindeki en güçlü değişken olarak vurgulanmaktadır.<sup>5-7</sup> Sağlık okuryazarlık düzeyinin tespitine ilişkin yürütülen çalışmalarda katılımcılarının çoğunun sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu görülmektedir.<sup>3,8,9</sup> Yapılan çalışmalar gösteriyor ki bu bireyler, erken tanılama aşamasını kaçırabilmekte ve başvuracağı birimi bilme, verilen bilgileri analiz etme, karar verme ve uygulama aşaması gibi birçok alanda sorun yaşamakta ve bu durum daha sık hastaneye başvurma, gereksiz ilaç kullanma, sağlıksız beslenme ve daha fazla kronik rahatsızlık tanısı alma gibi birçok sağlık problemini beraberinde getirmektedir.<sup>1,10</sup>

Sağlıklı yaşam kalitesini düşürecek ve döneme ait özellik kabul edilerek görmezlikten gelinebilecek dönemlerden biri ergenlik dönemidir. Hastaneye başvurma sıklığının düşük olduğu bu dönemde gelecek süreçte orta çıkabilecek çok daha ciddi sağlık problemlerinin erken tanı sürecini ve sağlıklı yaşam becerilerinin kazanımını zorlaştırabilmektedir.<sup>11</sup> Bununla birlikte hızlı büyüme sürecini ve çocuklukla yetişkinliğe geçişi kapsayan bu dönemde ergen riskli davranışlar sergileyebilmekte ve olumsuz etkilenmelere açık bir hale gelebilmektedir.<sup>12</sup> Bu kapsamda Türkiye’de İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından “Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi” projesiyle okullarda eğitim müfredatı içerisine “Sağlık Bilgisi” dersini yerleştirmiştir. Bu eğitim programının kriterleri her ne kadar titizlikle oluşturulmuş olsa da dersin öğretim ve öğreniminin yetersizliği çalışmalarda göze çarpmaktadır.<sup>4,10,13</sup> Bununla birlikte Türkiye’de 2013 yılı itibarıyla sağlık okuryazarlığıyla ilgili çalışmalara ve eğitim uygulamalarına ağırlık verilmektedir.<sup>13</sup> Ancak Öncelikli Dönüşüm Programlarında yer verilmemiş olması ve 18 yaş altı grubuna ilişkin araştırmalara literatürde rastlanamıyor olması sağlık okuryazarlık olgusunun Türkiye açısından henüz yüksek bir politika düzeyinde yer işgal etmediğinin göstergesidir.<sup>5,9,12,14</sup> Literatürde ise araştırmaların çoğunun nicel olduğu, yetişkinleri kapsadığı ve 18 yaş altı çocuklara yönelik nicel ve nitel çalışmalar olmakla birlikte ergenlere ilişkin araştırmaların sınırlılığı göze çarpmaktadır.<sup>9,15-21</sup> İşte bu sebeple bu alanda yapılacak çalışmalar büyük bir öneme sahiptir. Burada konu hakkında nicel çalışmalar sunarak bu olguyu sadece sayılarla açıklamak olguya ilgili “neden?” sorusuna cevap vermemekte ve problem çözümünde yönlendirici olamamaktadır. Bununla birlikte literatürde nicel çalışmalarda aynı değişkenlerin test edildiği görülmektedir.<sup>6</sup> Bu kritik döneme ilişki hipotezlerin oluşturulabilmesi ve konu hakkında ayrıntılı bilgi sunulabilmesi için ise, nitel araştırmaya gerek vardır.

Bu çalışmada 15-17 yaş arasındaki ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan kavramlarla ilgili neler bildiğini, sağlık hakkında neler deneyimlediklerini ve bu deneyimlerin onlara sağladığı bilgileri ortaya koymak, bu bilgileri üzerinde hangi değişkenlerin rol oynayabileceğine ilişkin hipotezler geliştirmek ve araştırmanın gelecekte sağlık okuryazarlığıyla ilgili araçların geliştirilebilmesi için zemin oluşturması amaçlanmaktadır.

### **Yöntem**

Bu çalışma algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konması amacıyla “Nitel Araştırma” yöntemlerinden fenomenolojik desene yürütülmüştür. Fenomenolojik araştırmaların temel amacı, bireyin deneyimlerinden ve duygularından yola çıkarak belli bir fenomen üzerinde yaptığı anlatılarında gerçeği aramak ve bu fenomene yönelik derinlemesine açıklamalar üretmektir.<sup>22</sup>

### **Çalışma Grubu**

Araştırma çalışma grubu amaçlı örnekleme yöntemlerinden olan amaçlı rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Amaçlı rastgele örnekleme stratejisi, durumların rastgele seçilmesi ihtimalini otomatik olarak ortadan kaldırmaz. Burada amaç belli durumların araştırma için neden seçildiğine dair şüpheleri azaltarak inanırılığı sağlamaktır.<sup>22</sup> Bu kapsamda araştırmanın çalışma grubu Sağlık Bilgisi dersi almış ve reşit olmaya yakın olan 15-17 yaş arasındaki ergenlerden oluşturulmuştur. Veri çeşitliliğini elde edebilmek amacıyla farklı başarı ve sosyoekonomik seviyedeki bölgeler tercih edilmiştir.

Araştırma kapsamına Ankara ilinin Çankaya ilçesindeki liseler alınmıştır. Bu liseler Yüceşahin ve Tuysuz’un araştırmasından yola çıkarak yüksek ve düşük sosyoekonomik bölge olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.<sup>23</sup> Sağlık liselerinde verilen eğitimin sağlık okuryazarlığıyla ilgili elde edilecek sonuçları etkileyeceği düşüncesiyle çalışma grubu seçimi yapılırken 67 liseden bu liseler çıkarılmıştır. Geriye kalan 60

liseden iki farklı sosyoekonomik düzeye sahip altı lise rastgele seçilmiştir. Ardından bu liselerde eğitim gören ve düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç farklı akademik ortalamaya sahip toplam 24 kişi amaçlı rastgele örnekleme yoluyla seçilmiştir.

Burada amaç evreni temsil edecek bir istatistiksel sonuç elde etmek değil; veri çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmaktır. Çalışma grubuna ilişkin detaylar Tablo 1’de yer almaktadır.

**Tablo 1. Çalışma Grubu Demografik Özellikler**

Katılımcı	Yaş	Kronik Hasta Yakının Olma Durumu	Hastaneye Başvuru Sıklığı	Anne Çalışma Durumu	Katılımcı	Yaş	Kronik Hasta Yakının Olma Durumu	Hastaneye Başvuru Sıklığı	Anne Çalışma Durumu
K1	15	Var	Sık Sık	Çalışmıyor	E1	15	Var	Ender	Çalışmıyor
K2	15	Yok	Ender	Çalışmıyor	E2	15	Var	Ender	Çalışıyor
K3	16	Yok	Sık Sık	Çalışıyor	E3	17	Var	Ender	Çalışmıyor
K4	16	Yok	Ender	Çalışmıyor	E4	17	Var	Bazen	Çalışmıyor
K5	17	Var	Bazen	Çalışıyor	E5	17	Var	Bazen	Çalışmıyor
K6	17	Var	Ender	Çalışmıyor	E6	17	Var	Ender	Çalışmıyor
K7	16	Yok	Ender	Çalışmıyor	E7	15	Var	Ender	Çalışmıyor
K8	15	Var	Bazen	Çalışmıyor	E8	16	Var	Ender	Çalışmıyor
K9	15	Var	Ender	Çalışmıyor	E9	16	Var	Ender	Çalışıyor
K10	16	Var	Ender	Çalışmıyor	E10	15	Var	Ender	Çalışıyor
K11	17	Var	Ender	Çalışmıyor	E11	16	Var	Ender	Çalışmıyor
K12	17	Yok	Ender	Çalışıyor	E12	17	Var	Ender	Çalışıyor

### Veri toplama

Araştırmanın amacı kapsamında nitel veri toplama araçlarından biri olan “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılmıştır. Yapılandırılmış soru biçimlerinin yer aldığı nicel görüşme yöntemlerine nazaran nitel görüşme yöntemlerinde araştırmaya katılan bireylerin görüşlerini ortaya çıkaran, bununla birlikte deneyimleriyle ilgili daha ayrıntılı ve derin veriler sunan bir veri toplama tekniğidir.<sup>22</sup> Literatür ve uzman görüşü dikkate alınarak görüşme formu giriş, sağlık, bilgi edinme ve uygulama, hastalık, sağlık kurumu, hasta hakları ve öneri olmak üzere yedi ana temadan oluşmaktadır. Giriş temasında kişilerin kendilerinden ve ailelerinden bahsetmeleri; sağlık temasında sağlık kavramını nasıl anlamlandırdıkları; hastalık, bilgi edinme ve uygulama temalarında hastalığı nasıl anlamlandırdıkları, sağlık problemleriyle başa çıkma stratejileri, uygulamaları; sağlık kurumu temasında randevu alma süreci, sağlık personelleriyle ilgili deneyimleri; hasta hakları temasında haklara ilişkin bildikleri ve deneyimleri ve öneri temasında sağlık okuryazarlık düzeylerinin gelişmesi için sundukları öneriler üzerine konuşulmuştur.

### İşlem

Araştırma kapsamında veri toplamak amacıyla ilk olarak 8 Mart 2016 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Komisyonu’ndan

35853172/431-668 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır. Ardından rastgele seçilmiş olan liseler için Milli Eğitim Bakanlığı’ndan uygulama için gerekli izin yazıları alınmıştır. Liselerde yer alan yetkili kişilerle ve katılımcılarla ön görüşme yapılarak araştırmaya ilişkin bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı talep eden kişilere görüşme esnasında herhangi bir soruyu cevapsız bırakabilecekler, görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri ve bu çalışmaya katılmanın/katılmamanın herhangi bir yaptırımı olmadığı sözlü ve yazılı olarak bildirilmiştir. Ardından katılımcılara araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına yönelik onam formu imzalatılmıştır. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür.

Görüşme başlangıcında katılımcıların demografik bilgilerine ulaşma ve onları rahatlatma amacıyla günlük hayatlarına yönelik sorular yöneltilmiştir. Daha sonrasında ise geçmiş yaşantılarına yönelik açık ve kapalı uçlu sorular yöneltilmiştir.

### Geçerlik ve güvenilirlik

Araştırmanın niteliğini arttırabilmek adına Lincoln ve Guba’nın (1995) geçerlik ve güvenilirliğe ilişkin değerlendirme kriterlerinden yararlanılmıştır.<sup>24</sup> Bu kapsamda geçerlik aşamasında inanırılığın sağlanması için görüşmeler esnasında katılımcılar deneyimlerini

dinlemek için katılımcıların eğitim faaliyetlerini aksatmayacak ve esnek olan bir zaman diliminde görüşmeler gerçekleştirilmiş, anlaşılmayan ifadeler katılımcıya tekrar sorularak anlaşılabilirlik sağlanmıştır. Dış geçerlik olan transfer edilebilirliğin sağlanabilmesi için dahil etme ve dışlama kriterleri belirlemiş ve bu kriterleri sağlayan kişiler amaçlı rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Bununla birlikte kodlamaların hangi koşullar ve tanımlamalar bağlamında gerçekleştirildiği bulgular başlığı altında örneklendirilmiştir. Bu kriter kapsamında görüşme formunun ve çalışma oluşturulduğu, araştırmanın tasarım ve analiz süreci ve araştırmanın rolü ise, yöntem başlığı altında ayrıntılı açıklanmıştır. Güvenirliğin sağlanabilmesi için literatürde yer alan sağlık okuryazarlığı tanımlarından yola çıkarak kavramlar ve bunların tanımları oluşturulmuştur. Katılımcıların deneyimleri de bu kavramlar çerçevesinde kodlanmıştır. Bununla birlikte alanda yer alan başka bir öğretim üyesi ve tez danışmanı tarafından kodlar gözden geçirilmiş ve bu kodların anlamını yansıtmadığının yanı sıra tarafsız bir biçimde kodlanıp kodlanmadığı kontrol edilmiştir. Bununla birlikte bu veriler kontrol edilmeye açık olabilmesi için MaxQDA programında arşivlenmiştir.

### Araştırmacının rolü

Nitel araştırmanın doğası gereği araştırmanın tüm sürecinde araştırmacılar aktif olarak yer almakta ve bilgi üretmektedir. Bu sebeple araştırmacının konuya ilişkin deneyimleri kritik bir önem taşımaktadır. Bu kapsamda araştırmacı ergenlerin deneyimlerinden yola çıkarak sağlık okuryazarlığına yönelik bilgi üretmektedir.<sup>25</sup> Bu bağlamda bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümünde görev yapmakta olan bir profesörün danışmanlığında yüksek lisans tez sürecinde olan bir araştırma görevlisi tarafından yürütülmüştür. Araştırmanın tasarımı, danışman ile yapılan toplantılar ve elektronik posta yolu yapılan hazırlanmıştır. Bunun yanı sıra araştırma görevlisi MaxQDA programı eğitimi de almıştır. Nitel araştırmadaki önyargıyı ortadan kaldırmak için bulgular danışman ve alanda çalışan bir öğretim elemanı ile yapılan özel toplantılarda tartışılmıştır.

### Verilerin analizi

Veri kaybını engellemek amacıyla kayıt altına alınan görüşmeler bilgisayar ortamında yazılı dökümanlar haline getirilmiştir. Yirmi dört katılımcıya ait yaklaşık yüz seksen dört sayfalık bir veri seti elde edilmiştir. Birebir çözümlenen kayıtların içerik analizi, nitel veri analizi

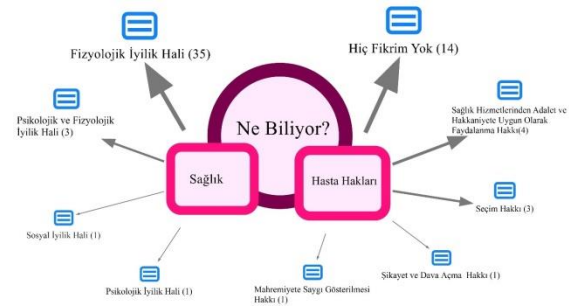
programı MaxQDA programı yardımıyla yapılmıştır.

Kodlama aşamasında ilk olarak yazılı dökümanlar okunarak benzerlikler ve farklılıklar karşılaştırılıp “neyi temsil ettiği” sorgulanmıştır. Kodlamalar anlamlı bölümlere bölünerek bazen bir kelime ya da paragraf bazense bir cümle verilerek yapılmıştır. Örneğin bir katılımcının hastalığa ya da sağlığa ilişkin yaptığı fizyolojik açıklamalar, fizyolojik iyilik hali olarak kodlanmıştır. İkinci aşamada transkripsiyonlarda etiketlenmiş paragraflar, cümleler ve kelimeler tekrar okunarak elde edilen verilerden kodlamalar yapılmıştır ve alt kategoriler oluşturulmuştur. Yani ilk aşamada yapılan fizyolojik iyilik hali kodları incelenerek bunlar sağlık tanımı kategorisi altına yerleştirilmiştir. Kodlamanın son aşamasında ise ana temalar merkeze alınarak alt kategoriler sistematik bir şekilde incelenmiştir. Alt kategoriler arasında benzerlik ve farklılıklar tekrar gözden geçirilerek ana temayı tanımlayıcı bir hikâye oluşturulmuştur. İlk iki aşamadan yola çıkarak sağlığa ilişkin tanımlamalar ergenlerin ne bildiğine yönelik ana tema altına alınmıştır. Benzerliklerden yola çıkarak hasta hakları kategorisi de bu ana tema içerisine eklenmiştir.

### Bulgular

Verilerin analizleri sonucunda elde edilen bulgular “Ne biliyor?”, “Ne yapıyor?” ve “Ne istiyor?” olmak üzere üç ana tema üzerinden ele alınmıştır.

Ne Biliyor?: “Ya insan biraz zorda kaldığı zaman onları kullanma ihtiyacı duyuyor.”



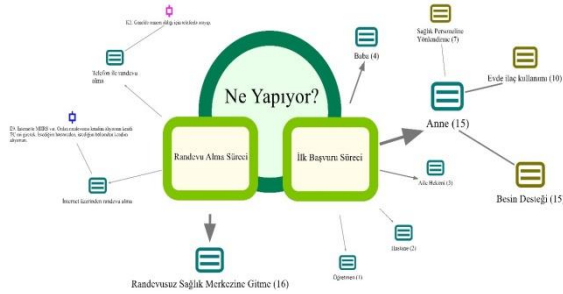
**Model 1.** 15-17 yaş arası ergenler sağlık okuryazarlığıyla ilgili ne bildiğine ilişkin model

Model 1 incelendiğinde “Ne Biliyor?” ana temasında sağlığa ilişkin görüşler ve hasta hakları olmak üzere iki alt temanın ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık alt temasında ergenlerin sağlıklı olmayı genellikle “fizyolojik iyilik hali” olarak anlamlandırdıkları görülmektedir.

Bununla birlikte sağlığı “psikolojik ve fizyolojik iyilik hali” olarak tanımlandırıldığı da görülmektedir. Ancak bir ergenin sağlığı “sosyal boyutta” da tanımlandırıldığı görülmektedir.

Hasta hakları alt temasında ergenlerin (4 ergen) “sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun faydalanma” ve üç ergenin “seçim hakkı” olduğunun bilincinde oldukları görülmektedir. Bir ergen (E9) “mahremiyete saygı gösterilmesi hakkı” ve “şikayet ve dava açma hakkı” ile ilgili görüş belirtmiştir. Ancak ifadeler ayrıntılı ele alındığında ergenlerin haklarını şahit oldukları olaylar üzerinden öğrendikleri görülmektedir. Konuya ilişkin bilgisi olmayanların görüşleri incelendiğinde “E12: Genelde hastane duvarlarında asılıdır fakat insan ne kadar biliyor o konuda bir fikrim yok. Daha doğrusu ne kadar uygulanıyor onu da bilmiyorum... Ya insan biraz zorda kaldığı zaman onları kullanma ihtiyacı duyuyor” gibi ifadelerden yola çıkarak panolarda gördükleri (3 ergen) görülmektedir. Bir ergen ise sağlık bilgisi dersinde bu konuyu gördüğünü ancak hatırlamadığını ifade etmiştir. Vakaların özelliklerine bakıldığında neredeyse tamamının çevresinde kronik rahatsızlığı olan bir yakınının olduğu görülmektedir.

*Ne Yapıyor?: “Anneme başvururum. Annemin daha çok bilgisi var. Bir yerin ağrıdığı zaman ne yapması gerektiğini ilk önce o çözer”*



**Model 2.** 15-17 yaş arası ergenler sağlık okuryazarlığıyla ilgili uygulamalarına ilişkin birinci model

Model 2 incelendiğinde “Ne Yapıyor?” ana temasında ilk başvuru süreci ve randevu süreci olmak üzere iki alt temanın ortaya çıktığı görülmektedir.

İlk başvuru süreci alt temasında ergenlerin ilk başvurdukları kişinin anneleri (15 ergen) oldukları görülmektedir. Annelerine başvuru sürecini bir ergenin “K6: Anneme başvururum. Annemin daha çok bilgisi var. Bir yerin ağrıdığı zaman ne yapması gerektiğini ilk önce o çözer” şeklinde ifade ettiği görülmektedir. Üç ergen aile

hekimine başvurmayı tercih etmektedir. Anneye başvuran ergenlerin evde besin desteği (15 ergen) aldıkları ve anneden reçetesiz ilaç aldıkları (10 ergen) ifade ettikleri görülmüştür. Yedi ergen ise sağlık problemlerinin ciddiyetine ya da evde uygulanan yöntemlerinin etkililiğine göre annelerinin sağlık personeline yönlendirdiğini belirtmiştir.

Annelerin çocuklarına “K8: Annem neremin ağrıdığı soruyor. Karnım falan ağrıdığına dediğim de eczaneye gidiyor kendisi ilaçlarımı alıyor” gibi ifadelerden yola çıkarak semptomlara göre, “K2: Eğer çok hafifse ilaç falan veriyorlar öyle. Genelde evde oluyor zaten. Önceden de kullanılıyordu. Hasta olduğumuz zamanlarda kullanılan ilaçlar yani” gibi ifadelerden yola çıkarak geçmiş deneyimlere göre ve “K6: İlaç alıyorum çok kötü olursam ilaç alıyorum” gibi ifadelerden yola çıkarak hastalığın şiddetine göre ilaç desteği sağladığı görülmektedir. Bununla birlikte demografik bilgilere göre incelendiğinde anneleri çalışan ergenlerin ebeveynlerinden ilaç desteği almadığı, ilaç desteği alan tüm ergenlerin (8 ergen) annelerinin çalışmadığı görülmüştür.

Randevu alma sürecinde bazı ergenlerin telefon (11 ergen) ve internet aracılığıyla randevu alma sürecini bildikleri görülmektedir. İki ergenin 182 Merkezi Hekim Randevu Sistemini bildiği ancak çoğunlukla ergenlerin anneleri tarafından bilgilendirilmedikleri görülmüştür. İnternette randevu alma sürecinde bir ergenin Merkezi Hekim Randevu Sistemi kullandığı görülmüştür. Bu ergenin demografik özellikleri incelendiğinde, profesyonel olarak sporla uğraştığı, kronik hastalığı olan yakının olduğu ve annesinin çalıştığı görülmüştür. Sağlık problemleriyle karşılaşmaları durumundan ergenlerin randevu almadan sağlık merkezine gittikleri görülmektedir.



**Model 3.** 15-17 yaş arası ergenler sağlık okuryazarlığıyla ilgili uygulamalarına ilişkin ikinci model

Model 3 incelendiğinde “Ne Yapıyor?” ana temasında sağlık merkezine başvurma, sağlık personeliyle iletişim ve sağlık personelinin verdiği bilgiyi anlamlandırma sürecini içeren sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma yolları görülmektedir. Ergenlerin personele (4 ergen), hastalığa (2 ergen) ve yalnız olup/olmama durumuna (3 ergen) göre sağlık çalışanlarıyla iletişim kurdukları görülmüştür. “E12:...doktorlar da, bildiğiniz gibi, hani günde neredeyse yüz tane hastayı verirler. Öyle bir yere gittiğinizde diyor ki adam artık yeter hani Neyiniz var? adam yüzünüze bile bakmıyor. Ya artık kafasını kaldırmadan neyiniz var falan diyor. Artık söyleniyor bilmem ne falan. Öyle şeyler olduğu için hani o tip yerlere gittiğin zaman biraz iletişim de sıkıntı olabiliyor tabii” gibi ifadelerden yola çıkarak bazı ergenlerin doktorların bakmaları gereken hasta sayısının fazlalığının doktor-hasta arasındaki etkileşimi olumsuz olarak etkilediğini ifade etmiştir. Bununla birlikte bazı ergenler iletişim sürecinde personelin kullandığı dili de vurgulamaktadır. Bilgiye ulaşma alt teması incelendiğinde ergenlerin ilk olarak internete (16 ergen) başvurduğu görülmektedir. Ergenlerin internette elde ettikleri bilgilerin karar verme sürecini etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte, bir ergen bilgiye Sağlık Bilgisi dersinden ulaşmaktadır.

*Ne İstiyor?: “Aile anlamında yani o da küçüklükten başlıyor aslında. Hani düşük bir seviyede işte hastaneye gittiğinde şu yapılar hastanede şu işlemler olur. Neden yapılacağı falan gibisinden bir alt yapı oluşturulursa”*



**Model 4.** 15-17 yaş arası ergenler sağlık okuryazarlığıyla ilgili ne istediklerine ilişkin model

Model 4 incelendiğinde “Ne İstiyor?” ana temasında ergenlerin aileden, okul personelinin ve sağlık kurumlarından olmak üzere üç alt temada çözüm önerileri sundukları görülmektedir.

Ergenlerin (13 ergen) “E12: Aile anlamında yani o da küçüklükten başlıyor aslında. Hani düşük bir seviyede işte hastaneye gittiğinde şu yapılar

*hastanede şu işlemler olur. Neden yapılacağı falan gibisinden bir alt yapı oluşturulursa”* gibi ifadelerinden yola çıkarak ailenin model olmasının, yaşa uygun bilgiler vermesinin ve çocuklarını teşvik etmelerin önerdikleri görülmektedir. Ancak bu aşamanın sağlıklı bir biçimde gerçekleşmesinin ailelerin de konuyla ilgili bilgilendirme toplantılarına katılarak sağlanabileceğini ifade eden ergenler (7 ergen) de bulunmaktadır.

Bilgilendirme toplantıları aileler kadar kendileri için de gerekli olduğunu savunan ergenler de bulunmaktadır. Bununla birlikte öğretmenlerin sağlığa problemlerine ilişkin sorulara daha duyarlı olmaları gerektiği de belirtilmiştir. Ergenlerin Sağlık Bilgisi ders içeriğinin yetersiz olması, ders kitaplarında bilgilerin yetersiz, dersi veren hocaların alan dışından olması, dersin işleniş biçiminde aksaklıkların olması ve sağlık eğitiminin küçük yaşta başlanmaması gibi unsurların sağlığa ilişkin bilgileri sebat olarak öğrenmede okula ilişkin beklentiler olarak sundukları görülmektedir. Bu durumu bir ergen (E12) şu şekilde ifade etmiştir: “... Biz ilk sağlık eğitimini ilkokulda falan aldığımızı hatırlamıyorum. İlk kez 9. sınıfta lise 'de almıştık. Ondan sonra da bir daha almadık ki. O da hani çok yüzeysel bir şeydi. Bir kitap var ha ne kadar işleniyor işlenmiyor. Sırf ders olduğu için görülüyordu. Aslında bunun ilkokul düzeyine indirip de tam anlamıyla bir matematik gibi bir Türkçe gibi işlense hem küçüklükten böyle bir bilinç kazanmış oluruz.”

Üçüncü alt tema olan sağlık kuruluşlarında ise sağlık personellerinin olumlu tutumlarının ve özel görüşme ortamı hazırlamalarının ergenlerin sağlık personeliyle kuracağı iletişimi etkileyeceği dolyısıyla sağlık okuryazarlık düzeyine de katkısı olabileceğine inanılmaktadır. Ergenler hastanede yürütülen süreçlerle ilgili bilgi sahibi olmadıklarını ve bu konuda sağlık personellerinin önceden bilgilendirme yapmaları ve öneriler sunmaları gerektiği ifade etmiştir. Bu durumu bir ergen (K4) şu şekilde ifade etmiştir: “Şimdi şöyle çok hastası olan doktorlar şey yapıyorlar. Şu ilaçları kullan hani hastalığın hakkında bir bilgi vermiyorlar. Genelde şunu şöyle yapmalısın diye. Hani hangi hareketlerin yapmam gerekir hangi davranışları sergileme gerekir onunla ilgili bilgi vermiyorlar.” Buna göre ergenler sağlık personellerinin olumlu tutum sergilemelerinin, özel görüşme ortamları oluşturmalarının ve sağlığa ilişkin bilgilendirmelerin yapılmasının gerekliliğini belirtmektedir.

## **Tartışma**

Bu çalışmada sağlığı anlamlandırabilme, haklarını bilme, hastaneye başvuru sürecine yönelik bilgi sahibi olma, sağlık personeliyle iletişim kurabilme, verilen önerileri anlayabilme ve uygulayabilme ve hekim kontrolünde ilaç kullanma gibi sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya koyan bazı kavramlarla ilgili 15-17 yaş arasındaki ergenlerin deneyimlerinden yola çıkarak bilgi üretilmiştir.<sup>2-4</sup> Amaç ise, ergenlerin bu kavramlarla ilgili neler bildiğini, neler deneyimlediklerini ve bu deneyimlerin onlara sağladığı bilgileri ortaya koymak, bu bilgileri üzerinde hangi değişkenlerin rol oynayabileceğine ilişkin hipotezler geliştirmek ve araştırmanın gelecekte sağlık okuryazarlığıyla ilgili araçların geliştirilebilmesi için zemin oluşturmaktır. Bu bağlamda bu bölümde elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinden biri olan sağlık ya da hastalık kavramını anlamlandırma süreciyle ilgili ergenlerin sağlıklı olmayı genellikle fizyolojik iyilik hali ya da psikolojik ve fizyolojik iyilik hali olarak anlamlandırdıkları görülmüştür. Sosyal açıdan da iyilik hali ise sadece bir ergen tarafında belirtmiştir. Bu durum aslında ergenlerin fizyolojik bir belirti görmediği takdirde kendilerini sağlıklı oldukları şeklinde yorumlayabildikleri söylenebilir. Aslında sağlıklı olma/olmama kavramı sağlıkçılar ve toplumun diğer üyeleri için de değişkenlik göstermektedir. Örneğin sağlık personelleri özellikle de hekimler hastalığı "Doku ve hücrelerde normal dışı yapısal ve işlevsel (fonksiyonel) değişikliklerin doğurduğu hal" olarak tanımlarken toplumdaki diğer üyelerin tanımları ise, kültürel yapılarına göre değişkenlik gösterebilmektedir.<sup>26</sup> Araştırmaya katılan ergenlerin vücut sisteminin bozulmasını; halsizlik, kötü hissetme, vücut direncinin düşmesi ya da rahatsızlık belirtisi gibi yine fizyolojik durumu ifade eden belirtiler sunmaktadırlar. Oysaki sağlıklı olma/olmama durumu sadece bedene yönelik normal dışı değişiklikleri kapsamamaktadır. Küreselleşmeyle artık sağlık kavramı psikolojik ya da toplumsal boyutlarıyla da ele alınması gereken bir kavram haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir" diyerek üç farklı boyutuna dikkat çekmektedir.<sup>9</sup> Aslında ergenlerin daha çok fizyolojik belirtileri göz önüne alması sağlığa ilişkin tarihin anatomi çalışmalarıyla başlamasıyla da ilişkilendirilebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde günümüzde sağlığın psikolojik

boyutu da artık tanınmaya başladığını belirtmiştir.<sup>9</sup> Bu da ergenlerin fizyolojik belirtiler dışında daha çok psikolojik belirtileri anlamlandırmalarıyla benzerlik göstermektedir. Çetin, Özarslan, Işık ve Eser'in dokuzuncu sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre de, öğrencilerin genellikle sağlığı fiziksel ve psikolojik bir esenlik olarak tanımladıkları; bununla birlikte, sağlık kavramı sosyal açıdan iyi olma hali olarak yeterince vurgulamadıkları görülmüştür.<sup>27</sup> Bu dönemde gelişimsel olarak üç alanda da ciddi değişimler yaşansa da ergenlerin özellikle sosyal ardından da psikolojik açıdan yaşadıkları problemleri görmezden gelmeleri, bu alanda yaşadıkları problemlerin ilerleyen süreçte daha ciddi problemler olarak karşımıza çıkabilmesine sebep olabilir.

Sağlıkla ilgili haklarını bilmeye yönelik ergenlerin sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun faydalanma ve seçim hakkı olduğuna ilişkin deneyimleri oldukları görülmüştür. Bunlar dışında mahremiyete saygı gösterilmesi hakkı ve şikâyet ve dava açma hakkı belirtilmiştir. Burada dikkat çeken bir unsur ergenlerin haklarını daha çok hastane ortamında şahit oldukları olaylar üzerinden yorumlayabildikleridir. Çoğu ergen ise konuya ilişkin bilgi sahibi değildir. Aslında Sağlık Bilgisi dersi kapsamında hasta hakları konusu yer alıyor olmasına ve her hastanede haklara ilişkin bilgilendirme panoları bulunmasına rağmen ergenlerin deneyimlerinden yola çıkarak haklarını öğrendikleri görülmüştür. Yani "hakların yaşantısal kesiti" öğrenme üzerinde teorik öğretilerden çok yaşantıların etkili olabileceği yorumu yapılabilir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığının sınırlı olması üzerinde hak ihlallerine ilişkin farkındalığının olmayışının etkili olabileceği de söylenebilir. Melton, Graff, Holmes, Brown ve Bailey astım hastası hastalarda yapmış olduğu nitel araştırmasında sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin, sağlık sistemi içinde ayrımcılıkları deneyimlemeleri durumunda bu durumların üstesinde gelmede farklı stratejilere üretebildikleri sonucuna ulaşmıştır.<sup>28</sup> Hasta haklarını bilen ergenlerin özelliklerine bakıldığında neredeyse tamamının çevresinde kronik rahatsızlığı olan bir yakınının olduğu görülmektedir. Yani kronik hastalığı olan bir yakın ergenin konuya ilişkin tecrübelerini arttırabilir ve sağlık okuryazarlığının bir belirleyicisi olarak kronik rahatsızlıkları olan yakının bulunup bulunmaması bir değişken olarak görülebilir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını arttırmaya ilişkin verilecek



hizmetlerin teorik bilgiden öte uygulamaya dönük olması gerektiği sonucuna ulaşılabilir.

Mevcut deneyimlerin önemi göz önüne alındığında araştırmaya katılan ergenlerin herhangi bir sağlık problemi yaşamaması durumunda ilk başvuru sürecinde ilk başvurdukları kişinin anneleri olduğu görülmüştür. Bu ergenlerin çoğunun annesinin çalışmadığı görülmektedir. Elbette babaların iş hayatında daha çok yer alması ergenlerin anneyi daha çok tercih etmelerinin bir nedeni olarak görülebilir. Ancak çalışan anneye sahip ergenlerin de çoğunluğu ilk olarak anneye başvurduğunu bildirmiştir. Bu durum, geleneksel aile yapısının bir sonucu olarak yorumlanabilir. Geleneksel anlayışa göre kadının temel ve birincil görevi annelik ve çocuk bakımındır ve çocuğu yetiştirme görevi ve sorumluluğu annededir.<sup>29</sup> Araştırmaya katılan ergenler hastalık durumunda anneden sonra ise en çok babaya ve aile hekimine gittiklerini belirtmişlerdir. Brown, Teufel ve Birch'in araştırmasında sağlık konusunda neredeyse eşit sayıda ergenin ebeveynleri ve sağlık personelini (%31 ve %29) tercih ettiğini belirtmiştir.<sup>30</sup> İki araştırma arasında dikkat çeken bir durum olarak, Brown, Teufel ve Birch daha küçük bir yaş grubu olan erken ergenlik döneminde yapmış olmalarına rağmen ebeveyn ve sağlık personeline başvuranların sayısının ortalama olarak birbirine yakın iken daha büyük ve daha bağımsız olmaları beklenen bir yaş grubu olan 15-17 yaş grubu ergenlerin alındığı bu çalışmada sağlık personelini tercih etmemiş olmalarıdır. Yani bir ergenin sağlık personelinden yardım almayı daha çok tercih etmesi sağlık okuryazarlığının yüksek olduğunun göstergelerinden biri olarak görülebilir. Bu durumu bu çalışmada anneye başvurduğunda yapılan uygulamalarla da desteklenmektedir. Bu bağlamda yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinin göstergelerinden olan evde ilaç desteği ve besin desteği ergenlerin anne ve babaya başvurduklarında problemle başa çıkmak için en çok aldıkları destekler arasında yer almaktadır. Sağlık problemlerinin ciddiyetine ya da evde uygulanan yöntemlerin etkililiğine bağlı olarak annelerin çocuklarını sağlık personeline yönlendirmekte ve sağlık kurumlarının yoğunluğu sağlık personelinin çok daha az tercih edilmesine neden olarak sunulabildiği görülmektedir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlık düzeyinin göstergelerinden olan hekim kontrolü dışında yani reçetesiz ilaç kullanımını çalışmayan annelerin desteklediği görülmektedir. Gereksiz ilaç kullanımının yanı sıra evde sıklıkla takviye besinlerle çözüm aranması ve sağlık personeline başvurmamak

için bahanelerin üretilmesi sağlık okuryazarlığının bir göstergesi olarak görülebilir. Annelerin ev ortamında sağlığa ilişkin çözüm arayışları ve problemin ciddileşmesi yani başa çıkılmayacak hale gelmesi durumunda hastaneye gidilmesi aslında sağlık giderlerini arttırabilmekte ve acile başvururu yapan hasta sayısını arttırabilmektedir. Yapılan çalışmalar gösteriyor ki sağlık okuryazarlığı sınırlı olan bireyler, erken tanılama aşamasını kaçırabilmekte ve hastanede acil birimine başvurma, gereksiz ilaç kullanma ve sağlıksız beslenme gibi birçok sağlık problemini beraberinde getirmektedir.<sup>9,31,32</sup> Araz, Harlak ve Meşe'nin araştırmasında da hastalıkla başa çıkmak ya da iyilik halini korumak amacıyla yapılan sağlık davranışlarından ilk sırada beslenmeye dikkat etmek yer almaktadır.<sup>33</sup> Bu durum aslında "ebeveyn-çocuk sağlık etkileşimi" nin önemi karşımıza çıkarmaktadır. Ebeveynin kurduğu sağlığa ilişkin etkileşimin niteliği ergenin de sağlığa ilişkin konuları yorumlayışında etkili olabilir. Bu nedenle anne-çocuk arasındaki bu etkileşimi değerlendirmeye yönelik araçların geliştirilmesi önemli görülmektedir. Ayrıca çalışmayan annelerin daha çok ilaç desteğine başvurmalarından yola çıkarak annelerin çalışma durumunun sağlık okuryazarlık seviyesini etkileyen bir değişken olabileceği düşünülebilir.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin göstergelerinden olan hastaneye başvuru sürecine ilişkin deneyimler göz önüne alındığında randevu alma sürecinde de ebeveyn-çocuk sağlık etkileşiminin sonuçları görüldüğü söylenebilir. Çünkü mevcut sağlık problemi anne tarafından başa çıkılmayacak bir aşamaya geldiğinde çoğu ergen randevu almadan sağlık merkezine gitmektedir. Bunun dışında bazı ergenlerin telefon ve internet aracılığıyla randevu alma sürecine ilişkin deneyimleri olmakla birlikte bu deneyimlerin dolaylı olduğu ve buna bağlı olarak sınırlı bir bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Demografik özellikler dikkate alındığında spor yapan, çevresinde kronik hastalığı olan yakını bulunan ve annesi çalışan bir ergenin randevu alma sürecine hakim olduğu görülmüştür. Diğer ergenlerin ise, annelerin deneyimleri üzerinden süreci yorumlamaya çalıştıkları görülmüştür. Dağdeviren ve Şimşek araştırmasında sağlıklı yaşam becerileriyle kendi başına doktora gidebilme arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır.<sup>34</sup> Ergenin sağlık okuryazarlık düzeyiyle kendi başına doktora gidebilme arasında ilişki olabileceği düşünülebilir. Ergenin sağlıklı yaşam becerilerinin gelişmesinde önemli bir kişi dikkat çekmektedir: Anne. Temel bir

bilginin bile paylaşılmaması durumu aslında ebeveynlerin çocuklarının reşit olmadığı için annenin sorumluluğu olduğu düşüncesinden öte bir durum olduğu düşünülmektedir. Annelerin kendileri yaptıkları müddetçe bilgiyi paylaşmaya değer görmedikleri düşünülmektedir. Yani anneler, sağlığa ilişkin bilgilerle çocuklar arasında “hasta paravanı” olarak nitelendirilebilir. Ergenler bu paravandaki aralıklardan aslında bilgiye kısmen erişebilmekte ancak net bir bilgiye ulaşamamaktadır. Bu durum annelerin sağlık okuryazarlığının sınırlı olmasından kaynaklı olabileceği söylenebilir. Demografik bilgiler göz önüne alındığında ise, annenin çalışma durumu sağlık okuryazarlık seviyesini etkileyen bir değişken olarak düşünülebilir. Bu durum çalışan annelerin çocuklarının sağlık ihtiyaçlarına daha az karşılayabilmesi sebebiyle çocuğun süreçte daha aktif yer almasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Yani çalışan anneler çalışmayan annelere göre koşullar gereği daha az paravan görevi görebildiği söylenebilir.

Sağlık personeliyle iletişim kurabilme, verilen önerileri anlayabilme ve uygulayabilme gibi konularda deneyimler incelendiğinde ergenlerin sağlık personelinin kişisel özelliklerine, hastalığa ve yalnız olup/olmama durumuna göre personelle iletişim kurdukları görülmüştür. Birçok araştırma sağlık okuryazarlığının sınırlılığının göstergelerinden birinin sağlık personeliyle iletişim kurmakta problem yaşama olarak nitelendirmektedir.<sup>28</sup> Ancak burada ergenler sağlık personelinin de iletişim kurmada önemli bir yere sahip olduğunu düşünmektedir. Naik, Street, Castillo ve Abraham da araştırmasında sağlık personelinin destekleyici konuşmasıyla gerek düşük gerekse yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip bireylerin daha aktif bir iletişim kurma yoluna gittiklerini belirtmiştir.<sup>35</sup> Aslında iletişimin iki taraflı ilerlediği gerçeği göz önüne alındığında sağlık personelinin suancağı uygun fiziksel ve psikolojik koşulların ergenlerin yaşayacağı problemleri azaltabileceği söylenebilir.

Sağlık “problemi” bir “çözüm” arayışını da beraberinde getirmektedir. Bu amaçla bilgiye ulaşmada ergenlerin ilk olarak internete başvurduğu görülmektedir. Burada dikkat çeken iki unsurdan ilki internetin karar verme sürecini etkilemesi; diğeri ise sadece bir ergenin sağlığa ilişkin bilgiye Sağlık Bilgisi dersinden elde etmesidir. Gray, Klein, Noyce, Sesselberg ve Cantrill’in araştırmasında ergenlerin internette yer alan temel sağlık terimleriyle ilgili dili anlamakta ve internet üzerinden sağlıkla ilgili semptomlarını açıklamakta yaşanan

zorluklardan yakındıklarını belirtmiştir.<sup>20</sup> Ancak burada görülüyor ki internet yine de ergenlerin ilk seçeneği arasında yer almakla birlikte bu sitelerde yer alan bilgiler anlaşılır olsa/olmasa da karar verme sürecini etkileyebileceğidir. Brown, Teufel ve Birch’in araştırmasında da, 12-13 yaş dönemindeki ergenlerin sağlıkla ilgili bilgiye ilk başvuru yeri olarak interneti gördükleri belirtilmektedir.<sup>30</sup> Teknolojik gelişmeler, telefonun ve internetin yaygınlaşması bilgiye ulaşılabilirliği kolaylaştırması sebebiyle ilk sırada yer alması beklenen bir sonuç olarak görülebilir. Ancak bu sonuç sağlık okuryazarlığı ile medya okuryazarlığı arasında bir ilişki olabileceği şeklinde de yorumlanabilir.

Ergenlerin konuya ilişkin ne bildiği ve ne yaptığı kadar ne istediği de büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda ailenin çocuğunun sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması aşamasında model olmasının, yaşa uygun bilgiler vermesinin ve çocuklarını teşvik etmelerinin önemli olduğunu belirttikleri görülmektedir. Bu durum şema kuramında olduğu gibi ergenin bilişsel beceri düzeyiyle sosyal çevrenin sunduğu olanakların bir araya gelmesiyle sağlığa ilişkin bilgilerin öğrenilmesinin mümkün olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ancak ergenler bu aşamanın sağlıklı bir biçimde gerçekleşmesinin ailelerin de konuyla ilgili bilgilendirme toplantılarına katılarak sağlanabileceğine inanılmaktadır. Yani sosyal çevrenin şekillenmesi de gerekmektedir. Cha ve Besse araştırmasında düşük sağlık okuryazarlığı olan ebeveynlerin bebeklerine uygun olmayan sağlık davranışları sergiledikleri sonucuna ulaşmıştır.<sup>36</sup> Bebeklik döneminden itibaren bu davranışları çocuğuna yansıtan ebeveyn modeli ele alındığında ergenlik döneminde de bu sürecin devam etmesi olasıdır. Ergen bu ebeveyn paravanını ortadan kaldıramadığı müddetçe aslında kendisi de benzer davranışları sergileyebilir. Bu bağlamda “ebeveyn-çocuk sağlık etkileşimi” tek yönlü değil, iki yönlü olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bu nedenle sunulacak hizmetlerin sadece çocuk, ebeveyn ya da okul boyutunda kalması sürdürülebilir bir sağlık okuryazarlığı bilincine engel olabilir.

Ergenlerin sağlığa ilişkin bilgileri öğrenmede sundukları okula ilişkin sebepler ele alındığında, Alkan, Ertem, Hatemoğlu, Hülür ve Mollahaliloğlu’nun da araştırmalarında sağlık eğitimi programının okul öncesi dönemde başlayan ve orta öğretimin sonuna kadar süren planlı ve aşamalı bir program olması gerekliliğini vurguladığı görülmektedir.<sup>37</sup> Ayrıca Yılmazel araştırmasında öğretmenlerin hastalık

farkındalığı ve kontrolüne göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı olduğunu ve Sağlam ise öğretmenlerin ve öğrencilerin büyük çoğunluğunun Sağlık Bilgisi dersinin öğretim ve öğreniminin yetersizliğine inandıkları belirtmiştir.<sup>38,39</sup> Şahin ve Özata ise araştırmasında Türkiye’de ilköğretim programlarının sağlık eğitimi açısından geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.<sup>10</sup> Bu bağlamda aslında sağlığa ilişkin eğitim almanın sağlık okuryazarlık düzeyi üzerinde etkili olabilmesi için bu eğitimlerin kaç yaşından itibaren, ne kadar süreyle ve hangi öğretim teknikleri kullanarak verildiğinin dikkate alınması gerektiği söylenebilir. Bununla birlikte sağlık personellerinin olumlu tutumlarının ve özel görüşme ortamı hazırlamalarının ergenlerin sağlık personeliyle kuracağı iletişimi etkileyeceği dolayısıyla sağlık okuryazarlık düzeyine de katkısı olabileceğine inanılmaktadır. Ergenlerin sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için sağlık kurumlarında hastanede yürütülen süreçlerle ilgili bilgi sahibi olamadıklarını ve bu konuda sağlık personellerinin bilgilendirme yapmaları gerektiği ifade edilmiştir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığını geliştirmede ebeveynin ardından sağlık personelinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bilgilendirme duyulan ihtiyacın görmezden gelinmesi ergenleri zorlayacak bir unsur olarak görülebilir. Ertem, Arda, Baran ve Durgun yaptığı nitel araştırmada hemşirelerin %58’i hasta ya da refakatçilerinin “eğitim düzeyleri düşük olduğu için onlarla konuşsam da anlamazlar” önermesine katıldıklarını ifade ederken, hekimlerde bu oran %65,1 olarak bulunmuştur.<sup>40</sup> Bu nedenle hasta-sağlık personeli etkileşiminde sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık personelinin tutumu arasında bir ilişki olabileceği düşünülebilir. Yani bu iki durum birbirini besleyen bir döngü şeklinde ilerleyebilmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olan yakının olup/olmaması, annenin çalışıp/çalışmaması, medya okuryazarlık düzeyi, hastalık durumunda besin desteğinin yeterli görülüp/görülmemesi, sağlık personelinin başvuru merkezi olarak görüp/görmeme ergenin sağlık okuryazarlığının sınırlılığını gösteren değişkenler olarak hipotezler geliştirilebilir. Ayrıca nitelikli programların geliştirilmesi ve bu programların kaç yaşından itibaren, ne kadar süreyle ve hangi öğretim teknikleri kullanılması gerektiği belirlenerek ve sosyal çevre de program kapsamına alınarak sürdürülebilir bir sağlık okuryazarlığı bilincini geliştirmek mümkün olabilecektir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

#### **Kaynaklar**

1. Kanj, M, Mitic W. Promoting health and development: Closing the implementation gap. 7th Glob Conf Heal Promot. 2009;10:26–30.
2. Dodson S, Beauchamp, A., Batterham RW, RH. O. Information sheet 1: what is health literacy in Ophelia toolkit: a step-by-step guide for identifying and responding to health literacy needs within local communities. Part A: introduction to health literacy [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 25]. Available from: <https://www.appd.org/meetings/2012SpringPres/WS25Slides5.pdf>.
3. HLS-EU Consortium. Comparative Report Of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU [Internet]. 2012. 359 p. Available from: <http://www.health-literacy.eu>.
4. Helitzer D, Hollis C. Addressing the “other” health literacy competencies, knowledge, dispositions, and oral/aural communication: Development of TALKDOC, an intervention assessment tool. NIH Journal of Health Communication. 2012;17(3):160–75.
5. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okuryazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):321–26.
6. Öztürk Z, Atilla E, Koç E. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların demografik özellikleri ve sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015;19(2):263–84.
7. Sudore R, Yaffe K, Satterfield S, Harris T, Mehta K, Simonsick E, et al. Limited literacy and mortality in the elderly. Journal of general internal medicine. 2006;21(8):806–12.
8. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. The global literacy challenge, a profile of youth and adult literacy at the mid-point of the united nations literacy decade 2003-2012. Paris; 2008.
9. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray-Ready F, Çakır B, Akalın H. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014.
10. Şahin İ, Özata E. Türkiye’deki Sağlık Eğitiminin Finlandiya, Amerika (New Jersey ve Massachusetts), Kanada (Saskatchewan) Sağlık Eğitimleriyle Karşılaştırılması. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi [Internet]. 2009;17(1):606–23.

- Available from:  
file:///C:/Users/user/Downloads/Turkiye\_deki\_Saglik\_Egitiminin\_Finlandiy.pdf
11. Ünalın P, Kaya Ç, Akgün T, Yıkılkan H, Işgör H. Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım (Approach to adolescent health in primary care first step). *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2007;27(4):567-76.
  12. Çiler-Erbağ G. Sağlığın temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015;3:1-14.
  13. Milli Eğitim Bakanlığı [MEB]. Ortaöğretim sağlık bilgisi dersi öğretim programı. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Meslekî ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü; 2012.
  14. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):165-70.
  15. World Health Organization[WHO]. The second decade: improving adolescent health and development (No. WHO/FRH/ADH/98.18 Rev. 1). WHO; 2001.
  16. Warsh, J, Chari R, Badaczewski A, Hossain J, Sharif I. Can the newest vital sign be used to assess health literacy in children and adolescents? *Clinical pediatrics*. 2014;53(2):141-4.
  17. Toci, E, Burazeri G, Jerliu N, Sørensen K, Ramadani N, Hysa B, et al. Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health promotion international*. 2015;30(3):667-74.
  18. Temel-Çimen, Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;33(3):105-25.
  19. Perry, Y, Petrie K, Buckley H, Cavanagh L, Clarke D, Winslade M, et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomised controlled trial. 2014;37(7):1143-51.
  20. Gray N, Klein J, Noyce P, Sesselberg T, Cantrill J. The Internet: a window on adolescent health literacy. *Journal of adolescent health*. 2005;37(3):243.
  21. Burns, J, Rapee R. Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of adolescence*. 2006;29(2):225-39.
  22. Patton, M. Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri. Ankara: PEGEM Akademi, 2014.
  23. Yüceşahin M, Tuysuz, S. Ankara kentinde sosyo-mekânsal farklılaşmanın örüntüleri: Ampirik bir analiz. *Coğrafi Bilim. Dergisi*. 2011; 9, 159-88.
  24. Lincoln, YS, Guba, EG. The constructivist credo. The Constructivist Credo. Kaliforniya: Left Coast Press, 2016.
  25. Creswell, JW, Clark, VLP. Designing and conducting mixed methods research. Singapur: Sage publications, 2017.
  26. Fişek N. Sağlık Yönetimi. In: Modern Yönetim Semineri. Ankara: Türk-İş Yayınları; 1982.
  27. Çetin G, Özarslan M, Işık E, Eser H. Students' views about health concept by drawing and writing technique. *Energy Education Science and Technology*. 2013;5(1):597-606.
  28. Melton C, Graff C, Holmes G, Brown L, Bailey J. Health literacy and asthma management among African-American adults: An interpretative phenomenological analysis. *J Asthma Off J Assoc Care Asthma*. 2014;51(7):703-13.
  29. Çakır Ö. Türkiye'de Kadının çalışma yaşamından dışlanması. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;31:25-47.
  30. Brown, S, Teufel, J, Birch, D. Early adolescents perceptions of health and health literacy. *J. Sch. Health*. 2007; 77: 7-15.
  31. Çopurlar C, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish J. Fam. Med. Prim. Care*. 2016; 10: 42-47.
  32. Davey J, Holden C, Smith B. The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: a systematic review. *BMC Public Health*. 2015;15(1):589-601.
  33. Araz A, Harlak H, G. M. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(2):112-22.
  34. Dağdeviren Z, Şimşek Z. Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(2):135-42.
  35. Naik A, Street-Jr R, Castillo D, Abraham N. Health literacy and decision making styles for complex antithrombotic therapy among older multimorbid adults. *Patient education and counseling*. 2011; 85(3): 499-504.
  36. Cha E, Besse J. Low parent health literacy is associated with 'obesogenic' infant care behaviours. *Evidence-based nursing*. 2015;18(2):46-46.
  37. Alkan E, Ertem A, Hatemoğlu E, Hülür Ü, Mollahaliloğlu S. Okullarda sağlık eğitimi mevcut durum raporu. Ankara; 2005.
  38. Yılmazel G. Çorum il merkezindeki

- ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişki. Erciyes Üniversitesi; 2011.
39. Sağlam N. Orta Öđretimde Sağlık Bilgisi Dersinin Niteliği ve Öğrencilerin Derse İlgileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Dergisi 1. 1996;12:201-6.
40. Ertem M, Arda H, Baran G, Durgun Y. Dicle üniversitesi araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2007;15(59):68-7.