
SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI YENİDEN DÜŞÜNMEK: BİREY, KURUM ve SİSTEM BOYUTUNDA ELEŞTİRİLER

Emin KAYA¹

Rediscovering Health Literacy: Criticisms on Individual, Institution and System

Extended Summary

Health literacy, defined as individuals' ability to access, understand, evaluate, and use health-related information, is considered a critical factor in improving health outcomes, enhancing the effectiveness of healthcare services, and strengthening patients' control over their health. However, this study highlights that despite its growing prominence, health literacy faces theoretical, methodological, and practical challenges at individual, institutional, and systemic levels.

From a theoretical perspective, persistent conceptual ambiguities and difficulties in establishing universal definitions hinder standardization and comparability in both research and policy-making. The diversity of cultural, socioeconomic, and linguistic contexts further complicates the development of a single, universally applicable model. This reveals an urgent need for flexible, interdisciplinary, and context-sensitive approaches.

Furthermore, the prevalent emphasis on individual responsibility in health literacy discussions has been criticized for overlooking the critical roles of health systems and social determinants. This individual-centric framing risks neglecting structural and organizational shortcomings, thereby perpetuating health inequalities. Instead, a balanced perspective that acknowledges institutional and policy-level responsibilities is essential. The concept of "corporate health literacy" underscores the importance of healthcare organizations in providing accessible, understandable, and culturally sensitive information, thus reducing the undue burden placed on individuals.

Measurement and evaluation pose additional challenges. Existing tools often fail to capture all dimensions of health literacy—particularly its interactive and critical aspects—and may inadequately account for cultural and systemic variations. The rise of digital health literacy adds further complexity, necessitating the continuous adaptation of measurement frameworks. Without culturally and technologically adaptive tools, assessing the effectiveness of

¹ Dr., Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, eminkaya@isparta.edu.tr

interventions and making cross-context comparisons remain formidable tasks.

In practice, the complexity of health systems, resource limitations, digital divides, and insufficient communication skills among healthcare professionals constrain the success of health literacy interventions. Institutional shortcomings—termed “institutional health illiteracy”—and a lack of patient-centered communication practices disproportionately burden individuals, exacerbating existing inequities. While technological solutions hold promise, they may unintentionally deepen inequalities if digital proficiency and access are not equitably addressed.

This study argues for rethinking health literacy through a holistic lens. Future research should adopt interdisciplinary, culturally responsive, and contextually aware frameworks, incorporating system-level reforms and organizational strategies that prioritize patient-centered care. By expanding beyond individual-level interventions and integrating structural and organizational considerations, health literacy efforts can more effectively promote health equity, improve patient outcomes, and support sustainable healthcare systems. In doing so, health literacy can evolve into a more robust tool for advancing social justice in health, facilitating patient empowerment, and ultimately enhancing public health on a broader scale.

Key Words: Health Literacy, Critical Approach, Health Inequalities

Giriş

Sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolünün artırılması ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahip kavramlardan biri olarak değerlendirilebilir. İnsan yaşamının temel unsurlarından biri olan sağlık alanında; bilgi temelli, çok boyutlu ve dinamik yapısıyla; bilgi edinme, anlamlandırma, davranışa dönüştürme ve bu davranışları sürdürülebilir kılma becerilerini ifade eden sağlık okuryazarlığı (Kaya, 2024), sağlık sistemlerinin karmaşıklığı ve tıbbi bilginin hızla artması nedeniyle günümüz sağlık sistemlerinin en önemli kavramlarından biri haline gelmiştir (Nutbeam, 2000; Sørensen vd., 2012).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını sağlayarak sağlık sistemleri üzerindeki yükü azaltabilir ve sağlık harcamalarının düşürülmesine olumlu yönde etki eder (Parker vd., 2003). Çünkü sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, sağlıklarını daha iyi yöneterek olumlu sağlık sonuçlarına ulaşabilir (Berkman vd., 2011). Buna karşılık, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde daha yüksek hastaneye yatış oranları, ilaç kullanım hataları ve olumsuz sağlık davranışları daha sık görülmektedir (Kutner vd., 2006). Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel sağlık davranışlarını değil aynı zamanda toplum sağlığını, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini etkileyen bir faktör olarak ele alınabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Birliği (AB) gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini stratejik bir hedef olarak belirleyerek bu alanda politikalar ve rehberler yayımlamıştır (WHO, 2013). Türkiye’de de sağlık okuryazarlığı kavramı son yıllarda artan bir ilgi görmekte olup sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasına yönelik çalışmalar ve araştırmalar yaygınlaşmaktadır.

Giderek üzerinde daha çok çalışılan bir kavram olmasına rağmen sağlık okuryazarlığının teorik temelleri ve pratik uygulamalarında çeşitli zorluklar ve sınırlılıklar bulunmaktadır. Kavramın farklı disiplinler ve araştırmacılar tarafından farklı şekillerde ele alınması sağlık okuryazarlığının dinamik yapısına uygun gibi görünse de uygulamalarda bazı tutarsızlıklara ve etkisiz müdahalelere yol açabilmektedir (Pleasant ve Kuruvilla, 2008). Kavramın tanımlanmasındaki belirsizlikler ve sınırlarının net olmaması, bu alanda yapılan çalışmalarda ve politika oluşturma süreçlerinde sorunlara yol açabilmekte, bu durum kavramın evrenselliğini sorgulanır hale getirmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik uygulamalarda kültürel ve sosyoekonomik farklılıkların yeterince dikkate alınmaması da uygun olmayan yaklaşımların benimsenmesine neden olabilmektedir (Zanchetta ve Poureslami, 2006).

Sağlık okuryazarlığı kavramının bir diğer eleştiri noktası sağlık sonuçlarının sadece bireysel çabalara değil aynı zamanda sağlık sisteminin ve sosyal belirleyicilerin etkisine bağlı olduğu gerçeği göz ardı edilerek, bireysel sorumluluğa aşırı vurgu yapılmasıdır (Chinn, 2011). Sağlık okuryazarlığı genellikle bireysel sorumluluk üzerinde yoğunlaşmakta; sağlık bilgisine erişim, anlama ve uygulama gibi bireysel beceriler üzerinde durmaktadır. Ancak sağlık yalnızca bireysel bir olgu değil; kültürel, ekonomik, sosyal ve demografik pek çok faktörden etkilenen bir olgudur. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeylerini standartlaştırmaya yönelik girişimlerin sağlığın çok boyutlu yapısını göz ardı ettiği ve bu bağlamda sağlık eşitsizlikleri azaltma potansiyelinin sınırlı olduğu iddia edilebilir.

Kavramın eleştirilebileceği bir diğer boyutu sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve sınıflandırılmasına yönelik boşluklardır. Sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik çok sayıda ölçek ve yöntem bulunmasına rağmen sağlığın kapsamlı yapısını ve bireylerin sahip olduğu bilgi düzeylerini objektif bir şekilde ölçmenin oldukça zor olduğu söylenebilir. Öyle ki sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler bile kendilerinin veya yakınlarının yaşadığı sağlık sorunlarının getirdiği çeşitli etkiler nedeniyle kendilerinden beklenen eylemleri yerine getiremeyebilir.

Pratik uygulamalarda ise sağlık profesyonellerinin yetersiz iletişim becerileri, sağlık sisteminin karmaşıklığı ve kaynak eksikliği gibi faktörler sağlık okuryazarlığı uygulamalarının etkinliğini azaltmaktadır (Haun vd., 2014; Coleman vd., 2013). Sağlık okuryazarlığı tartışmalarının daha çok sağlık hizmeti talep eden bireyler çerçevesinde ele alınıyor olması da pratik uygulamalarda sağlık okuryazarlığının eleştirildiği noktalardan biri olarak ele alınabilir. Çünkü kurumsal sağlık okuryazarlığı da hem bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemek hem de sağlık profesyonelleriyle bireyler arasındaki iletişimi geliştirmek için oldukça önemlidir. Ancak kurumsal sağlık okuryazarlığı mevcut literatürde ve uygulamalarda yeterince gündeme gelmemektedir. Dolayısıyla kurumsal sağlık okuryazarlığı yerine kurumsal sağlık okuryazarlığının eksikliğini ifade etmek için bu makalede kullanılan “kurumsal sağlık okuryazarsızlığı” kavramı, sağlık okuryazarlığı uygulamalarında eleştirilebilecek noktalardan bir diğeridir. Bunlara ek olarak teknolojik erişim sorunları ve dijital bölünme gibi konular, dijital okuryazarlığın geliştirilmesinde engel oluşturmakta (van Deursen ve van Dijk,

2011) bu engeller de sağlık okuryazarlığı pratiklerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Alanyazında Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda sağlık hizmetlerinin etkinliği ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından önemli bir araştırma alanı haline gelmiştir. Başlangıçta temel okuma ve yazma becerileriyle sınırlı olarak ele alınan sağlık okuryazarlığı kavramı, günümüzde hastalıkları önlemek ve sağlığı geliştirmek amacıyla bireylerin yaşam kalitelerini koruyup iyileştirmek için günlük hayatlarında ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve hayata geçirme konusundaki bilgi düzeylerini, motivasyonlarını ve becerilerini kapsayan çok daha geniş bir perspektife sahip olmuştur (Sörensen vd., 2012). Dünya Sağlık rgt, sağlık okuryazarlığını "bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama ve kullanma becerisi" olarak tanımlamaktadır (WHO, 1998). Bu tanım, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel bir beceri değil aynı zamanda sağlık sisteminin ve toplumun genel işleyişiyle de ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle toplumun sağlığına yönelik konuları kapsayan halk sağlığı alanında da sağlık okuryazarlığının önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Halk sağlığı müdahalelerinin etkinliği, bireylerin ve toplumların sağlık bilgilerini anlama ve uygulama becerilerine bağlıdır (Nutbeam, 2008).

Sağlık okuryazarlığı kavramının gelişimi, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve bireylerin bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanabilme ihtiyacıyla yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık hale gelmesi, tıbbi bilginin hızla artması ve teknolojinin sağlık alanında yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanması, sağlık sonuçları açısından bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerine olan ihtiyacını artırmıştır (Kickbusch vd., 2013). Bunun yanında sağlık okuryazarlığı, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve maliyet etkinliği açısından da kritik bir öneme sahiptir. Yapılan araştırmalarda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin; gereksiz sağlık harcamalarına, yanlış tedavi uygulamalarına ve sağlık sisteminin verimsiz kullanımına yol açabileceği belirtilmektedir (Berkman vd., 2011). Bu nedenle toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması, sağlık sistemlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde işlemesine katkı sağlayabilir.

Alanyazında sağlık okuryazarlığı kavramına yönelik farklı modeller ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını; fonksiyonel, etkileşimli ve kritik sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç düzeyde ele almaktadır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, temel okuma ve yazma becerileriyle sağlık bilgilerini anlama ve uygulama yeteneğini ifade ederken; etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurabilme ve sağlık hizmetlerini aktif olarak kullanabilme becerisini içerir. Kritik sağlık okuryazarlığı ise, bireylerin sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde değerlendirebilme ve sağlık sistemini etkileyebilecek karar süreçlerine katılabilme yeteneğini kapsamaktadır. Zarcadoolas ve arkadaşlarının (2005) geliştirdiği modelde ise sağlık okuryazarlığı; temel, bilimsel, vatandaşlık ve kültürel okuryazarlık olarak dört temel kategoride ele alınmaktadır. Temel okuryazarlık, bireylerin okuma, yazma ve sağlık bilgilerini anlama becerisini; bilimsel okuryazarlık, sağlıkla ilgili bilimsel bilgilerin

değerlendirilmesini; vatandaşlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili toplumsal ve politik süreçlere katılım yeteneğini; kültürel okuryazarlık ise farklı kültürlerin sağlık algılarını ve uygulamalarını anlamayı ifade eder. Bu model, sağlık okuryazarlığının bireysel becerilerle sınırlı kalmayıp sosyal ve kültürel bağlamları da kapsayan çok boyutlu bir yapı olduğunu vurgulayarak, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çok sektörlü ve bütüncül stratejilerin önemini ortaya koymaktadır.

Sağlık okuryazarlığının küresel sağlık gündeminde yer edinmeye başlaması, Türkiye'de de sağlık okuryazarlığı alanında yapılan araştırmaların yaygınlaşmasını etkilemiştir. Ülkemizde yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmalarından elde edilen sonuçlar ise genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu ve bu durumun sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını engellediğini göstermektedir (Tannöver vd., 2014). Özellikle yaşlılar, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha az olduğu belirlenmiştir (Özkan vd., 2018).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık davranışlarını iyileştirme ve sağlık eşitsizliklerini azaltma potansiyeline sahip olsa da alanyazındaki tartışmalar bu kavramın sosyal ve yapısal boyutlarının daha fazla araştırılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Chinn, 2011). Özellikle eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlık eşitsizliklerini azaltma ve toplum sağlığını geliştirme çabalarında önemli bir çerçeve sunmaktadır. Ancak bu yaklaşımın, bireysel becerilerden çok toplumsal dönüşüm ve kolektif eylem odaklı stratejilerle desteklenmesi gerekmektedir (Plesant ve Kuruvilla, 2008).

Eleştirel Yaklaşımın Önemi ve Gerekliliği

Eleştirel yaklaşım bir kavramın veya olgunun derinlemesine incelenmesini, mevcut varsayımların sorgulanmasını ve alternatif perspektiflerin geliştirilmesini içeren bir düşünme biçimidir (Brookfield, 2017). Sağlık okuryazarlığı alanında eleştirel bir yaklaşım benimsemek, kavramın teorik temellerinin ve pratik uygulamaların daha iyi anlaşılmasına ve mevcut sorunların tespit edilerek çözüm önerilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olan sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme ve kullanma becerileriyle sınırlı olmayıp aynı zamanda sosyal, kültürel, ekonomik ve politik faktörlerden de etkilenmektedir (Chinn, 2011). Bu nedenle sağlık okuryazarlığına yönelik uygulamaların etkili olabilmesi için kavramın bu geniş bağlam içinde ele alınması ve eleştirel bir gözle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Eleştirel bir yaklaşım, sağlık okuryazarlığı kavramının tanımındaki belirsizlikleri ve farklı yaklaşımları analiz ederek, bu farklılıkların nedenlerini ve sonuçlarını ortaya koyma yoluyla kavramın daha tutarlı ve uygulanabilir bir biçimde tanımlanmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının bireysel sorumluluk boyutuyla, sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyal, ekonomik ve yapısal faktörler arasındaki dengenin sağlanmasına yönelik önemli bir çerçeve sunabilir. Bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında aktif rol almaları önemli olmakla birlikte; sağlık hizmetlerinin kalitesi, erişilebilirliği ve sosyal belirleyiciler gibi faktörlerin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Graham, 2004). Eleştirel düşünme bu etkileşimlerin daha iyi anlaşılmasına, politika ve uygulamaların daha etkili bir şekilde tasarlanmasına yardımcı olabilir. Bu sayede, sağlık okuryazarlığı

girişimlerinin toplumun tüm kesimlerine fayda sağlaması ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi mümkün olacaktır.

Sağlık Okuryazarlığının Teorik Eleştirisi

Sağlık okuryazarlığı kavramının teorik çerçevesi eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde bireylerin sağlık bilgisi ile olan ilişkisinin belirli kriterlerle kişisel becerilere indirgenmesi sağlık okuryazarlığının sadece bir "araçsal yetkinlik" olarak ele alınmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kavramı eleştirel bir perspektifle sınırlarının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tanımlama ve Kapsam Belirsizlikleriyle Kültürel ve Sosyoekonomik Farklılıkların Göz Ardı Edilmesi

Sağlık okuryazarlığı kavramının literatürde farklı tanımlarla ele alınması, kavramın net bir şekilde anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Pleasant ve Kuruvilla, 2008). Tanımlama ve kapsam belirsizlikleri sağlık okuryazarlığının ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik süreçlerde birtakım sorunlara yol açmakta, ölçüm araçlarının farklı boyutları kapsamı ve standardizasyon eksikliği, sağlık okuryazarlığı araştırmalarının karşılaştırılabilirliğini azaltmaktadır (Haun vd., 2014). Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Ölçme ve değerlendirme süreçlerinde yaşanan bu zorluklar, sağlık okuryazarlığı kavramına daha kapsamlı ve farklı bağlamları dikkate alan bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Çünkü sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerileri sadece kullanılan ölçüm araçlarının standardizasyonuna değil aynı zamanda bireylerin kültürel, dilsel ve sosyoekonomik özelliklerine de bağlıdır. Sağlık okuryazarlığı kavramının ele alınmasında benimsenen evrensel yaklaşım ise kültürel, dilsel ve sosyoekonomik farklılıkları yeterince dikkate almamaktadır (Zanchetta ve Poureslami, 2006). Oysaki sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerileri; bireylerin kültürel arka planı, dil yetenekleri, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik koşullardan büyük ölçüde etkilenir (Szczepura, 2005). Bu durum sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin beklenen sonuçlarını sınırlandırabilmektedir. Özellikle göçmenler, etnik azınlıklar ve düşük gelirli bireyler, kültürel ve dilsel bariyerler nedeniyle sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamamaktadır (Betancourt vd., 2003).

Sağlık okuryazarlığı kavramının daha tutarlı ve kapsamlı bir şekilde tanımlanması, disiplinler arası anlayış birliği oluşturma çabalarının merkezinde yer almaktadır. Farklı disiplinlerin (halk sağlığı, tıp, sosyoloji, psikoloji, iletişim bilimleri gibi) özgün yaklaşım ve önceliklerini bütünleştirerek ortak bir çerçeve oluşturma gerekliliği kavramın teorik olarak en temel tartışma konularından biri olarak ifade edilebilir. Ancak sağlığın; biyolojik, psikososyal, kültürel, ekonomik ve politik boyutlarla iç içe geçmiş çok katmanlı bir yapısının olması, herkesçe kabul görecektir evrensel bir tanıma ulaşmayı zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı için evrensel bir tanımlama yapmak yerine kavramın temel ilkelerinin belirlenmesi ve bu ilkelerin farklı tarihsel, kültürel, sosyoekonomik ve kurumsal koşullara uyarlanması hem bilimsel anlamda teorik tutarlılığı hem de uygulama kolaylığını artırabilir. Böylelikle sağlık politikalarının tasarlanmasından sağlık eğitimi

programlarının oluşturulmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede, daha nitelikli ve duyarlı stratejilerin geliştirilmesi mümkün olabilir.

Bireysel Sorumluluğa Aşırı Vurgu

Alanyazında giderek artan oranda, “bireysel sorumluluk” vurgusunun aşırı baskın olması nedeniyle eleştirilen sağlık okuryazarlığı kavramı bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarını artırmayı hedeflerken, sağlık sisteminin ve sosyal belirleyicilerin rolünü göz ardı etme riski taşımaktadır (Chinn, 2011). Oysaki sağlık sonuçları salt bireysel kararlar ve davranışlarla sınırlı değil aksine toplumsal, kurumsal ve yapısal faktörlerin belirleyici rol oynadığı, sadece bireysel çabalara değil aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesine, erişilebilirliğine, sosyal politikaların etkisine ve çevresel faktörlere bağlı bir kavramdır (Graham, 2004). Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığı sadece sağlıkla ilgili bireysel yeterliliklerini artırma çabası olmaktan öte, toplumsal eşitsizlikleri azaltacak, sağlık sistemini dönüştürecek ve politika düzeyinde düzenlemeler gerektiren kapsamlı bir süreç işaret etmelidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve toplumdaki sağlık çıktılarına dair düzenlemeler sadece bireylerin bilinçli tüketici konumuna indirgenemez. Burada vekilharçlık ilkesi devreye girmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemlerinin temel işlevlerini ele aldığı The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance adlı raporu, vekilharçlığı (stewardship) kamu otoritelerinin toplum sağlığını gözetme, iyileştirme ve kaynakları etkin biçimde yönetme sorumluluğunu ifade eden bir kavram olarak tanımlar (WHO, 2000). Vekilharçlık ilkesi; özellikle kamu otoriteleri, sağlık sisteminin karar vericileri ve politika yapımcıların, toplum sağlığına ilişkin sorumluluğunu kapsamaktadır. Bu yaklaşım, sağlık hizmeti sunumunun, “hastaların kendi başlarının çaresine bakması” yerine, onları destekleyen, güçlendiren ve dezavantajlı kesimlerin gereksinimlerini dikkate alan bir anlayışla şekillendirilmesini gerektirir. Benzer şekilde, “vekilharçlık” ilkesi, sağlık politikalarının etik temellerini irdeleyen çalışmalarda da ele alınmaktadır. Örneğin, Saltman ve Ferroussier-Davis, sağlık politikalarında vekilharçlık kavramını tarihsel, kuramsal ve politik boyutlarıyla tartışarak, kamu otoritelerinin vatandaşların sağlık gereksinimlerini karşılama konusunda üstlendiği rolü açıklamaktadır. Buna ek olarak, Nuffield Council on Bioethics'in raporu, kamusal sağlık müdahalelerinde vekilharçlık ilkesini, devletin vatandaşlarının sağlığını koruma ve geliştirme konusundaki meşru yükümlülükleri çerçevesinde değerlendirmektedir (Saltman ve Ferroussier-Davis, 2000; Nuffield Council on Bioethics, 2007).

Sağlık okuryazarlığı kavramının açıklanmasında bireysel sorumluluğa aşırı vurgu yapmak, sağlık sisteminin ve politikaların sorumluluğunu azaltarak sağlık eşitsizliklerinin devam etmesine yol açabilir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığı kavramı sadece bireysel çabalarla değil bireysel ve toplumsal sorumlulukları dengeleyen bir yaklaşımla ele alınarak vekilharçlık ilkesi doğrultusunda yeniden gözden geçirilmelidir.

Sağlık Eşitsizliklerine Yönelik Olumsuz Etkiler

Sağlık okuryazarlığında temel amaç bireylerin sağlık bilgisine erişme, anlama ve kullanma becerilerini geliştirmeyi hedefler. Ancak bu doğrultuda uygulanan politikaların sağlık eşitsizliklerini olumsuz yönde etkileme potansiyeli de bulunmaktadır. Bu potansiyel daha çok sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin halihazırda avantajlı olan gruplara ulaşması ve dezavantajlı grupların geride kalması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplar, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler, dil ve kültürel engellerle karşılaşan topluluklar veya sağlık hizmetlerine erişimde yapısal kısıtlar yaşayan kesimler, bu tür müdahalelerden orantısız biçimde daha az yarar sağlayabilmektedir (Berkman vd., 2011; Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Bu durumun temel nedeni sağlık okuryazarlığı arttırmaya yönelik stratejilerin sıklıkla bireysel bilgilendirme ve davranış değiştirme yaklaşımlarına odaklanmasıdır. Halihazırda eğitim ve bilgi edinme olanaklarına daha rahat ulaşabilen veya sağlık sisteminde kendine yer bulabilecek becerilere sahip bireyler bu stratejilerden daha çok yarar sağlarken, dezavantajlı gruplar sistematik olarak geride kalabilmektedir (Nutbeam, 2000). Bu durum; toplumsal, yapısal ve kültürel engelleri göz ardı ederek yalnızca bireysel yeterliliklerin geliştirilmesine odaklanan sağlık okuryazarlığı programlarının mevcut eşitsizlikleri arttırarak, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında adaletsizliklere yol açabilir (Batterham vd., 2016; Fleary ve Ettienne, 2019). Örneğin dijital sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması, teknolojiye erişimi olan bireyler için faydalı olabilirken, dijital bölünme nedeniyle teknolojiye erişimi olmayan bireylerin bu imkanlardan yararlanamamasına neden olabilir (van Dijk, 2006).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık eşitsizliklerine yönelik olumsuz etkileri açısından değerlendirildiğinde bu alandaki müdahalelerin yalnızca bireysel farkındalık ve bilgi düzeyini arttırmayı hedeflemekle sınırlı kalmaması gerekmektedir. Bu tür programların aynı zamanda sağlık sisteminin, hizmet sunum modellerinin ve politikaların dezavantajlı grupların gereksinimlerini karşılayacak biçimde yeniden düzenlenmesini hedeflemesi önemlidir. Böylece sağlık okuryazarlığı müdahaleleri mevcut eşitsizlikleri derinleştirmek yerine toplumsal düzeyde sağlık adaletini destekleyerek hem sağlık eşitsizliklerinin azaltulmasını hem de toplum genelinde sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini daha çok mümkün kılacaktır.

Ölçüm ve Değerlendirme Zorlukları

Bireylerin, grupların ya da toplumun sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için kullanılan ölçeklerin ve araçların sınırlılıkları; kavramın değerlendirilmesini, elde edilen sonuçların güvenilirliğini ve bu sonuçlara bağlı olarak yapılan müdahalelerin etkinliğini belirlemeyi zorlaştırabilmektedir. (Haun vd., 2014). Bu sınırlılığın temel nedenlerinden biri kavramın çok boyutlu ve dinamik bir yapıya sahip olması dolayısıyla her bir boyutun tek bir ölçüm aracına entegre edilerek uygulanmaya çalışılmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum hem ölçüm ve değerlendirme süreçlerinin karmaşıklaşmasına hem de elde edilen sonuçların geçerliliğine eleştirel yaklaşılmasına neden olmaktadır. Çünkü mevcut sağlık okuryazarlığı ölçekleri genellikle kavramın tüm boyutlarını kapsamadığı gibi özellikle etkileşimsel ve eleştirel boyutların değerlendirilebilmesi açısından da

eksikler barındırmaktadır. (Jordan, Buchbinder ve Osborne, 2011; Haun vd., 2014). Ayrıca yaygın olarak kullanılan ölçüm araçlarının farklı kültürlere, dillere ve sağlık sistemlerine uyarlanmasında yaşanan güçlükler ya da uyarılma sonrasında istatistiksel olarak geçerli olsa da pratik uygulamalarda göz ardı edilen durumlar ölçüm araçlarının farklı toplumlarda eşdeğer geçerliğe ve güvenilirliğe sahip olmasını engelleyerek; sağlık okuryazarlığı düzeylerinin küresel ölçekte karşılaştırılmasını ve iyileştirme gereksinimlerinin belirlenmesini güçleştirmektedir. (Mårtensson ve Hensing, 2012; Batterham vd., 2016; McCormack vd., 2013). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik planlanan müdahaleler istenilen sonuçları sağlayamayabilir.

Sağlık okuryazarlığının ölçümü ve değerlendirilmesine ilişkin eleştirilebilecek bir diğer durum; teknolojik gelişmelerle birlikte dijital sağlık okuryazarlığı ve medya okuryazarlığı gibi alt boyutların önem kazanması nedeniyle mevcut ölçüklerin güncellenmesi ve yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesi ihtiyacının ortaya çıkmasıdır (Pleasant, 2014). Bu çok katmanlı yapı, araştırmacıların ve uygulayıcıların ölçüm stratejilerini sürekli olarak gözden geçirmelerini ve standartlaşma çabalarını güçlendirmelerini gerektirmektedir. Ancak bu durum da kendi içinde kavramın tanımlanması ve kapsam belirsizliklerine yönelik eleştirilen durumlarla bir çelişki ortaya çıkartmaktadır. Bir taraftan sağlığın çok boyutlu bir olgu olması nedeniyle sağlık okuryazarlığı kavramının kapsamını standartlaştırmanın zorluğu, diğer taraftan ölçüm araçlarının geçerli ve güvenilir sonuçlar sağlayabilmesi için boyutların standartlaştırılması gerekliliği başlı başına bir eleştiri konusu olabilmektedir.

Sağlık okuryazarlığının ölçümü ve değerlendirilmesine yönelik son bir eleştiri de ölçüm araçlarının genellikle kesitsel olarak uygulanması ve zamansal değişimin yeterince dikkate alınmamasının getirdiği kısıtlılıktır. Sağlık okuryazarlığı; yaşam boyu gelişen, deneyim, eğitim, teknoloji ve politika değişikliklerinden etkilenen dinamik bir süreçtir. Bu nedenle, ölçüm araçlarının hem yapısal hem de zamansal boyutları yakalayacak şekilde tasarlanması ve uzunlamasına çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığına ilişkin değerlendirmeleri daha tutarlı, güvenilir ve uygulanabilir kılacaktır.

Sağlık okuryazarlığının ölçümü ve değerlendirilmesine ilişkin durumlar göz önünde bulundurulduğunda, sürecin; bütüncül, bağlamsal ve zamansal boyutları dikkate alan, dinamik bir şekilde sürekli olarak güncellenen ve kültürel uyarlamalara açık ölçüm stratejilerine gereksinimi olduğu çıkarımı yapılabilir. Bu gereksinimlerin karşılanması ile sağlık okuryazarlığı alanında geliştirilecek yeni yaklaşımlar; kavramsal belirsizlikleri azaltarak, uygulanan müdahaleler ve izlenen politikaların etkinliğinin daha gerçekçi ve sürdürülebilir biçimde analiz edilmesini mümkün kılacaktır.

Pratik Uygulamalardaki Zorluklar

Sağlık okuryazarlığının pratik uygulamaları; sağlık sisteminin karmaşıklığı, teknolojik erişim sorunları, kaynak ve destek yetersizlikleri, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerindeki eksiklikler ve kurumsal sağlık okuryazarlığı gibi çok boyutlu zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu zorluklar hem bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanmasını sınırlandırmakta

hem de mevcut sağlık eşitsizliklerini derinleştirme riski taşımaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığını geliştirmek için yapılan faaliyetlerin de istenilen sonuçlara ulaşmasını engelleyebilmektedir. Dolayısıyla sürdürülebilir çözümler geliştirilebilmesi için sağlık okuryazarlığının pratik uygulamaları, toplumsal farklılıkları gözeten ve sistemsel dönüşümü hedefleyen bütüncül bir yaklaşımla yeniden değerlendirmesi gerekmektedir.

Sağlık Sisteminin Karmaşıklığı, Teknolojik Erişim Sorunları ve Dijital Bölünme

Sağlık sisteminin yapısal ve bürokratik açıdan son derece karmaşık bir nitelik taşıması, pratik uygulamalarda sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çabaları önemli ölçüde sınırlandırabilmektedir. Yapısı gereği karmaşık süreçlere sahip olan sağlık sektöründe; hizmet sunan kurumların farklılıkları, parçalı hizmet modelleri, hizmet sağlayıcılar arasındaki çeşitli yönlendirme gereksinimleri, sürecin içinde farklı sigorta ve sosyal güvenlik sistemlerinin dahil olması hatta sürecin ilk aşaması olarak kabul edilebilecek randevu alma uygulamaları bile özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler için çeşitli engeller oluşturabilmektedir (Baker vd., 2006; Wolf vd., 2005). Bu engeller sadece sağlık bilgilerine erişimi güçleştirmekle kalmamakta aynı zamanda hizmetlerin etkin kullanımını kısıtlayarak sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Söz konusu karmaşıklığın; hasta merkezli olmaktan uzak, bürokrasi odaklı ve parçalı bir örgütlenme anlayışının sonucu olduğu öne sürülebilir. Bu durum, özellikle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerinden gereğince yararlanmasını engelleyerek mevcut eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Dolayısıyla sağlık sisteminin sadeleştirilmesi, hastaların ihtiyaçlarına yönelik hasta dostu uygulamaların geliştirilmesi ve yapısal engellerin azaltılması, sağlık sistemlerindeki karmaşıklığın neden olduğu olumsuz durumların azaltılmasına etki edebilir. (Koh vd, 2013).

Bu çerçevede teknolojik çözümler ve entegre hizmet modellerinin benimsenmesi, karmaşık yapının basitleştirilmesinde etkili bir strateji sunabilir. Dijital platformlar aracılığıyla bilgilere kolay erişim sağlanması ve süreçlerin akıcı hale getirilmesi, sağlığın tüm paydaşları için daha anlaşılır, erişilebilir ve etkin bir yapı oluşturmayı mümkün kılabilir. Böylece sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin de sağlık hizmetlerinden yararlanma olanakları artacak, sağlık çıktılarına olumlu yönde katkı sağlanabilecektir.

Ancak bu durum da yine kendi içerisinde sağlık eşitsizliklerini arttırma potansiyeli taşıyan bir çelişkiye neden olacaktır. Çünkü teknolojik imkanlara erişimi sınırlı olan bireyler ya da teknolojik erişimi olsa dahi teknolojiyi kullanma noktasında yetersiz olan dezavantajlı gruplar yine sistemin karmaşıklığının giderilmesi için yapılan iyileştirmelerden faydalanamayacaktır. Bu noktada teknolojik çözümlerin sunduğu fırsatlar, sosyal ve dijital eşitsizliklerin yeniden üretilmesi riskini de beraberinde getirecektir.

Dijital sağlık uygulamalarının; sağlık bilgilerine hızlı erişim, hizmet süreçlerinde kolaylık ve kişiselleştirilmiş bakım gibi avantajlar sağladığı kabul edilse de teknolojiye erişim imkanı kısıtlı ya da dijital becerileri yetersiz olan bireyler bu dönüşümün dışında kalabilmektedirler (Neter ve Brainin, 2012; Li vd., 2023; van

Deursen ve van Dijk, 2011). Özellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yaşlı, engelli veya kırsal bölgelerde yaşayan topluluklar, dijital bölünme olarak adlandırılan bu süreçten orantısız biçimde etkilenmekte (Viswanath ve Kreuter, 2007), dijital sağlık hizmetlerine erişimde ve kullanmada çeşitli zorluklar yaşamaktadır (Gell vd., 2015). Bu durum; teknolojik yeniliklerin, sağlık hizmetlerinin anlaşılabilirliğini ve ulaşılabilirliğini artırma potansiyeline rağmen dijital okuryazarlık düzeyi düşük bireyleri daha da dezavantajlı konuma itebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla sistemin karmaşıklığını gidermek için atılan dijital adımlar var olan sağlık eşitsizliklerini daha da derinleştirme potansiyeline de sahiptir.

Pratik uygulamalardaki bu zorlukların aşılması, dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde kullanılmasını ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasını sağlayabilir. Bu nedenle teknolojik uyarlamaların planlanmasında ve uygulanmasında toplumsal farklılıkları dikkate alan, bireylerin ihtiyaçlarına göre şekillendirilmiş çok boyutlu stratejilerin geliştirilmesi kritik öneme sahiptir. Ancak böylelikle teknoloji tabanlı uygulamalar yalnızca teknolojiye yatkın olanlar için değil aynı zamanda dijital becerileri sınırlı olanlar için de anlamlı ve yararlı hale getirilebilir.

Kaynak ve Destek Eksikliği

Sağlık okuryazarlığının pratik uygulamalarına ilişkin kaynak ve destek eksiklikleri, sağlık okuryazarlığının etkilerini sınırlayan temel engeller arasında yer almaktadır. Bu eksiklikler, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik müdahalelerin etkin bir şekilde uygulanmasını zorlaştırmakta ve aynı zamanda toplumda sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı alanındaki pratik uygulamaların yaygınlaşması; nitelikli insan kaynağı, mali destek, zaman ve teknolojik donanım gibi kaynakların sürekliliği ve yeterliliğiyle yakından ilişkilidir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için yeterli kaynak ve desteğin sağlanması gerekmektedir (Batterham vd., 2016). Ancak sağlık sistemlerinin bütçe kısıtlamaları ve önceliklendirme sorunları genellikle bu müdahalelerin yaygınlaştırılmasını engellemektedir (Pleasant ve Kuruvilla, 2008).

Sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmeye yönelik müdahalelerin sürdürülebilirliği ve etkinliği yeterli kaynak tahsisinin yanında bu kaynakların stratejik kullanımına da bağlıdır (Pleasant, 2014). Dolayısıyla yetersiz kaynak ve destek eksikliğinin neden olduğu olumsuzlukların sadece kaynak miktarının azlığını değil mevcut kaynakların dağıtımında yaşanan eşitsizlikleri ve kurumlar arası koordinasyon eksikliklerini de içerdiği söylenebilir. Bu durum genel sağlık politikalarındaki önceliklerin, sosyoekonomik koşulların ve kalkınma stratejilerinin bir yansıması olarak görülebilir. Örneğin, kamu sağlığı programlarının hastalıkların tedavisine daha fazla öncelik vererek sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamaları ikincil bir konuma yerleştirmesi, sağlık okuryazarlığına ayrılan kaynakların azalmasına neden olmaktadır (Nutbeam, 2000; WHO, 2013). Dolayısıyla sağlık sisteminin uzun vadede sürdürülebilir faydalar sağlayabilecek yatırımları ihmal edilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı girişimlerini destekleyecek uzmanların

yetiştirilmesi ve istihdamı da kaynak yetersizliklerinden olumsuz etkilenmektedir. Sağlık profesyonellerinin, halk sağlığı uzmanlarının, eğitimcilerin ve iletişim bilimcilerinin disiplinler arası iş birliği içinde çalışmasını gerektiren bu alan, nitelikli insan gücüne duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Ancak eğitim, istihdam ve mesleki gelişim fırsatlarındaki kısıtlılıklar, bu tür bütüncül yaklaşımların uygulanmasını zorlaştırmaktadır (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Sağlık okuryazarlığı alanındaki kaynak ve destek yetersizliklerinin bir diğer sonucu, hizmet sunumuna ilişkin temel araçların ve altyapı yatırımlarının ihmal edilmesidir. Örneğin, sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik araçların geliştirilmesi, kültürel ve dilsel uyarlamaların yapılması veya dijital sağlık teknolojilerinin yaygınlaştırılması gibi konular, yeterli finansman ve kurumsal destek olmaksızın hayata geçirilememektedir (Batterham vd., 2016). Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi, izlenmesi ya da sağlık okuryazarlığına yönelik müdahalelerin etkisinin ölçülmesini engelleyebilmektedir.

Kaynak ve destek eksiklikleri sağlık okuryazarlığı alanında sürdürülebilir, etkili ve ölçülebilir ilerlemenin önünde yapısal bir engel teşkil etmektedir. Bu eksikliklerin giderilmesi sadece mali kaynak aktarımını değil aynı zamanda sağlık sisteminin önceliklerinin yeniden değerlendirilmesini, disiplinler arası iş birliklerinin güçlendirilmesini, kurumsal kapasitenin artırılmasını ve uzun vadeli planlama perspektifinin benimsenmesini gerektirmektedir. Bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasında temel bir gereklilik olarak görülmelidir.

Sağlık Profesyonellerinin Yetersiz İletişim Becerileri

Sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalıklarının ve iletişim becerilerinin yetersiz olması süreçteki önemli engellerden biridir. Karmaşık tıbbi terimlerin kullanılması, hasta merkezli olmayan yaklaşımların benimsenmesi ve etkili bir hasta-hekim iletişiminin kurulamaması; hastaların sağlık bilgilerini doğru bir şekilde anlama ve kullanma süreçlerini olumsuz yönde etkileyerek yapısal bir bariyer oluşmasına neden olmaktadır (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007; Schillinger vd., 2003). Ayrıca dil ve kültürel farklılıkların dikkate alınmadığı hizmet sunumları, hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki etkileşimi daha da zorlaştırabilmektedir (Meuter vd., 2015). Bunun yanında sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan zaman kısıtlamaları ve iş yükü nedeniyle hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilememesi sağlık profesyonellerinin hasta ile olan iletişimlerinin istenilen şekilde kurulmasını zorlaştırmaktadır (Street, 2013).

Bu sorunlar, bireylerin sağlık okuryazarlığı yüksek olsa dahi sağlık profesyonellerinin yetersiz iletişimlerinden kaynaklı beklenen fayda ve istenen sağlık sonuçlarının gerçekleşmesini engelleyebilmektedir. Aynı zamanda bu durum sağlık okuryazarlığının bireysel ve sistemsal sorumluluklar arasındaki dengesizliği de ortaya koymakta ve sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının pratik uygulamalarında karşılaşılan sorunların yalnızca bireylerin bilgi eksikliğinden değil sağlık sisteminin ihtiyaçlara duyarsız yaklaşımından da etkilendiği çıkarımı yapılabilir (Kaper et al., 2019). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin iletişim yetersizlikleri, sağlık okuryazarlığı girişimlerinin bireylerin bilgi düzeylerini artırmanın ötesine geçerek, sağlık

profesyonellerinin ve sağlık sistemlerinin yapısal dönüşümünü destekleyen politikalarla bütünleştirilmesi gerekmektedir.

Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı

Kurumsal sağlık okuryazarlığı kavramının eksikliği ve bu eksikliğin neden olduğu durumları eleştirel bir bakış yaklaşımıyla değerlendirmek adına bu makalede “Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı” yerine “Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı” ifadesi kullanılmıştır. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, bireylerin sağlık bilgilerini anlamalarını, karar vermelerini ve sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kolaylaştırma derecesi (Brach vd., 2012) olarak ifade edilen kurumsal sağlık okuryazarlığının eksikliği; bireylerin sağlık bilgisine erişim, anlama ve kullanma becerilerinin geliştirilmesinde yapısal bir engel oluşturmaktadır. Bu eksiklik, sağlık kuruluşlarının hasta merkezli bir yaklaşıma dayalı olarak bilgi sunamaması, kültürel ve dilsel çeşitlilikleri gözetememesi, fiziksel koşullardaki uygunsuzluklar gibi sorunları içermekte ve bu sorunlar bireylerin sağlık sisteminde etkin biçimde hareket edebilme kapasitelerini sınırlamaktadır (Brach vd., 2012; Hernández vd., 2015).

Kurumsal sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin eğitim, kültürel arka plan veya sosyoekonomik konumundan kaynaklanan bir sorun olmayıp, örgütsel yapıların hasta merkezli yaklaşımları benimsemekteki isteksizliği ya da yetersizliğiyle de yakından ilişkilidir. Dolayısıyla bireylerin sağlıklı davranışlar geliştirmesini ve tedavi süreçlerine aktif katılım sağlamasını güçleştirmektedir (Barrett vd., 2021; Rudd, 2013). Bu durum; hasta deneyimini merkezine alan, anlaşılır, erişilebilir ve katılımcı bir hizmet sunumu tasarlama gerekliliğini ortaya koyar.

Kurumsal sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının teorik boyutundaki eleştirilerden biri olan “bireysel sorumluluğa aşırı vurgu” yaklaşımına karşı kurumsal bir karşıtık noktası sunar. Zira sağlık okuryazarlığının genellikle bireylerin tıbbi bilgileri anlamaları tedavilere uyum sağlamaları ve uygun sağlık davranışları sergilemelerine yönelik bireysel beceri ve sorumluluklar üzerinden tanımlanıyor olması bireysel düzeyde okuryazarlık kapasitesini artırmaya odaklanarak, yapısal ve kurumsal engelleri örtük biçimde göz ardı etmektedir. Oysa kurumsal sağlık okuryazarlığı; sağlık sisteminin örgütsel, yönetsel ve politik boyutlarındaki eksiklikler olarak ortaya çıkmaktadır. Bu eksikliğin sonucunda, hastalara sağlanan bilgilendirme materyalleri karmaşık ve anlaşılmaz kalmakta, hizmet süreçleri bürokratik engellerle dolu bir yapıya bürünmekte, fiziksel ulaşılabilirlik zorlaşmakta ve kültürel-dilsel çeşitlilik göz ardı edilmektedir (Brach vd., 2012; Hernández vd., 2015; Rudd, 2013). Bu durum bireylere kaçınılmaz olarak daha fazla sorumluluk yüklemektedir. Çünkü sağlık sisteminin anlaşılır, erişilebilir ve destekleyici bir yapıda olmaması, hastayı karmaşık bir bilgi ve hizmet ağı içinde kendi yolunu bulmaya zorlamaktadır. Böylelikle sağlık okuryazarlığı kavramındaki “bireysel sorumluluk” vurgusu aslında kurumsal düzeydeki eksikliklerin yarattığı bir zorunluluk haline dönüşmektedir.

Kurumsal sağlık okuryazarlığına yönelik iyileştirmeler, “bireysel yetersizlik” ya da “bireysel çaba eksikliği” gibi söylemlerin geçerliliğini zayıflatmakta, yapısal sorumlulukları görünür kılmaktadır (Batterham vd., 2016; Pleasant, 2014). Örneğin, sağlık hizmetlerini yalın ve hasta merkezli bir yaklaşımla yeniden

tasarlayan, dilsel ve kültürel uyarlamalara önem veren, hasta geri bildirimlerini sistematik iyileştirmeye dönüştüren örgütler, sağlık okuryazarlığı sorununu bireylerin “öğrenme eksikliği” yerine sistemin “anlaşılabilirlik eksikliği” üzerinden ele alır. Bu yaklaşım, hastaların üzerindeki bireysel sorumluluk yükünü hafifletmekle kalmaz aynı zamanda sağlık hizmetlerinin bütüncül kalitesini yükseltir ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunur.

Kurumsal sağlık okuryazarlığı eksikliğinin sürdürülmesi, sağlığın bireysel sorumluluk çerçevesinde tanımlanmasını yeniden üretmekte, bireyleri yapısal problemlerin görünmezliğinde yalnızlaştırmaktadır. Öte yandan, kurumsal sağlık okuryazarlığına yatırım yapmak, bu “bireysel sorumluluk” paradigmasını kırarak, sağlık sisteminin tüm paydaşlarını kapsayan daha adil, şeffaf ve erişilebilir bir yapı oluşturmaya imkan tanımaktadır. Bu dönüşüm, bireysel çabanın sisteme karşı yarıştığı bir modeller bütününden, sistemin bireye destek olduğu bir ekosisteme geçişi simgelemekte, sağlık okuryazarlığına ilişkin teorik eleştirilerin kurumsal bir zeminde karşılık bulmasını sağlamaktadır.

Birey, Kurum ve Sistem Boyutunda Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili konularda ihtiyaç duyduğu bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Ancak sağlık okuryazarlığını kapsayan alanlardaki uygulamalar ve bu uygulamaların etkileri eleştirel bir perspektiften değerlendirildiğinde; bireysel becerilere aşırı odaklanma, kurumsal anlamda karşılaşılan yapısal eksiklikler ve sistem düzeyindeki eşitsizlikler kavramın potansiyel etkilerini sınırlamaktadır. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının birey, kurum ve sistem düzeylerinde bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir.

Birey Boyutunda Sağlık Okuryazarlığının Eleştirisi

Bireysel düzeyde sağlık bilgilerine erişimin karmaşıklığı ve bu bilgilerin anlaşılabilirliği önemli bir sorundur. Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini geliştirmeyi amaçlayan bir kavram olsa da ortalama bir birey açısından bu kavramın çeşitli eleştirilere açık olduğu ve pratikte beklenen faydaları her zaman sağlamayabileceği tartışılmalıdır. Çünkü bilgiye erişim ve anlama süreçleri, sıklıkla bilgi kirliliği ve güvenilirlik sorunları ile engellenmektedir. Özellikle internet ve sosyal medya gibi platformlarda yayılan yanlış veya yanıltıcı bilgiler, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar almasını zorlaştırmaktadır (Kata, 2012). Bu durum, sadece düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler için değil bilgiye erişim becerisi yüksek bireyler için de risk oluşturmaktadır. Örneğin, X hastalığı hakkında bilgi edinmek isteyen bir birey, internette veya basılı materyallerde karşılaştığı karmaşık terimler ve detaylı açıklamalar nedeniyle bilgiyi anlamakta güçlük çekebilir (Cline ve Haynes, 2001) ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olsa bile pratikte engellerle karşılaşabilir. Sağlık alanındaki doğru ya da yanlış bilgilerin ve tavsiyelerin hızla değişiyor ve yayılıyor olması bireylerin hangi bilgilere güveneceği konusunda kafa karışıklığı yaşamasına neden olabilir. Dolayısıyla eleştirel açıdan sağlık okuryazarlığı, bireylerin yalnızca bilgiye erişimini değil aynı zamanda erişilen bu bilgiyi de eleştirel bir şekilde değerlendirme ve uygulama becerisini geliştirmeyi hedeflemelidir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı genellikle bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında eşit imkanlara sahip olduğunu varsaymaktadır. Ancak ekonomik ve sosyal eşitsizlikler, kültür ve dil farklılıkları bireylerin sağlık bilgilerini uygulamasını engelleyebilir (Marmot vd., 2008). Ayrıca zaman kısıtlamaları, ulaşım sorunları ve sosyal destek eksikliği gibi faktörler de sağlıkla ilgili bilgilerin günlük hayattaki uygulanabilirliğini zorlaştırmaktadır (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007). Örneğin doğru beslenmenin sağlığa etkilerini biliyor olmak ekonomik imkanı olmayan bir birey açısından sağlıklı beslenmek için yeterli değildir ya da sağlıklı yaşam için spor yapmanın önemini bilen bir bireyin güvenli bir spor alanına veya spor ekipmanlarına erişiminin olmaması bu bilgilerin pratikte karşılık bulmamasına neden olacaktır. Benzer şekilde sağlık okuryazarlığı materyallerinin ve eğitimlerinin kültürel ve dilsel açıdan bireyin ihtiyaçlarına uygun olmaması, farklı kültürel değerlere ve inançlara sahip bireylerin kendilerine sunulan sağlık bilgilerini anlamakta ve kabul etmekte zorlanmalarına neden olabilmektedir (Zanchetta ve Pourselami, 2006). Bunun en tipik örnekleri arasında geleneksel tedavi yöntemlerine inanan bir bireyin modern tıbbi bilgileri reddetmesi veya bu bilgilere şüpheyle yaklaşması (Helman, 2007) gösterilebilir.

Bireysel açıdan bu eleştiriler göz önüne alındığında, sağlık okuryazarlığının pratikte ne kadar faydalı olduğu sorgulanabilir. Bilgiye erişim ve anlama konusunda yaşanan zorluklar, pratik engeller, sistemik sorunlar ve davranış değişikliğinin zorluğu, sağlık okuryazarlığının beklenen etkilerini sınırlamaktadır. Ancak tabii ki sağlık okuryazarlığı tamamen etkisiz bir kavram da değildir. Doğru uygulandığında ve destekleyici politikalarla birleştirildiğinde, bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Burada önemli olan, sağlık okuryazarlığı çalışmalarının bireysel sorumluluğun ötesine geçerek sistemik ve çevresel faktörleri de dikkate almasıdır.

Kurum Boyutunda Sağlık Okuryazarlığının Eleştirisi

Sağlık okuryazarlığının genellikle birey odaklı ele alınması kavramın kurumsal boyutunun geri planda kalmasına ve dolayısıyla uygulanabilirliği konusunda belirsizliklere neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama ve kullanma becerilerini geliştirmeyi hedeflerken, kurumsal düzeyde de önemli bir role sahiptir. Ancak, sağlık kurumları ve sağlık sistemleri açısından bu kavramın çeşitli eleştirilere açık olduğu ve uygulamada beklenen faydaları her zaman sağlayamadığı görülmektedir.

Kurum düzeyinde sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlamalarını ve kullanmalarını destekleyen organizasyonel stratejileri kapsar. Ancak sağlık kurumlarının bu alandaki sorumluluklarını yeterince yerine getirmemesi, hasta odaklı sağlık hizmeti sunumunu sınırlamaktadır (Brach vd., 2012). Çünkü kurumlar genellikle sağlık okuryazarlığının sadece hastaların sorumluluğu olduğunu düşünerek, kendi rollerini ve sorumluluklarını göz ardı edebilmektedir (Pleasant ve Kuruvilla, 2008). Örneğin, bir hastane yönetimi sağlık okuryazarlığını artırmak için hasta eğitimine odaklanırken, kurum içi iletişim stratejilerini ihmal edebilmekte (Koh vd, 2013) veya hastaların tıbbi bilgileri anlamakta zorlanmalarını onların eksikliği olarak değerlendirerek iletişim yöntemlerini ya da bilgilendirme materyallerini basitleştirmek yerine hasta

açısından anlaşılması zor uygulamaları sürdürebilmektedir (Schwartzberg vd., 2007). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı hasta merkezli bir anlayış olmaktan uzaklaşıp, hastadan uyum ve anlayış bekleyen bir yapıya dönüşmektedir. Bu dönüşüm de beraberinde sağlık okuryazarlığının kurumsal düzeyde yeterince anlaşılması, yönetsel politikalara entegre edilmemesi, kaynak eksiklikleri, teknolojik erişim sorunları, hasta katılımının teşvik etmeyen hizmet anlayışları, sağlık profesyonellerinin eğitim ve farkındalık eksikliği gibi pek çok durumla birleşerek hastaların sağlık okuryazarlığından beklenen faydayı elde etmesini ve sağlık okuryazarlığının kurumsal düzeyde etkin bir şekilde uygulanmasını engellemektedir. Oysa ki kurumların sağlık okuryazarlığını yalnızca bireylerin sorumluluğu olarak görmek yerine hizmet süreçlerine entegre etmesi, yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanan olumsuzlukların azaltılmasında önemli faydalar sağlayabilir.

Sistem Boyutunda Sağlık Okuryazarlığının Eleştirisi

Sistem düzeyinde sağlık okuryazarlığı, sağlık politikalarının, bireylerin sağlık bilgisine erişimini ve bu bilgiyi anlamasını nasıl desteklediği ile ilgilidir. Makro düzeyde, yani sağlık sistemi ve politikaları açısından bakıldığında sağlık okuryazarlığına ilişkin sorunlar daha da katmanlı hale gelmektedir. Çünkü sağlık sistemi içindeki eşitsizlikler, kaynak dağılımındaki adaletsizlikler ve politik kararların etkileri genellikle sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin başarısını sınırlandırmaktadır. Örneğin, düşük gelirli bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olsa bile bireylerin bu hizmetlerden faydalanmasını engelleyebilir (Gulliford vd., 2002). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı kavramı makro boyutta sağlık sisteminin yapısal sorunlarını çözmede yetersiz kalır.

Mevcut sağlık sistemlerinin karmaşıklığı ve bürokratik süreçler özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler için önemli bir engel teşkil eder (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007). Sağlık okuryazarlığı müdahaleleri ise genellikle bu karmaşıklığı azaltmak yerine, bireylerin bu karmaşıklığı anlamasını bekleyerek onların üzerine daha fazla yük bindirebilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının sistem düzeyinde yeterince önceliklendirilmeyişi sağlık eşitsizliklerinin devam etmesine neden olmaktadır. Sağlık politikalarında sağlık okuryazarlığına yönelik net hedeflerin ve göstergelerin olmaması, bu alandaki ilerlemeyi izlemeyi ve değerlendirmeyi zorlaştırır (Rowlands vd., 2018). Bu da sağlık okuryazarlığı girişimlerinin sürdürülebilirliğini ve etkinliğini azaltır.

Çok sektörlü yaklaşımların benimsenmemesi ve sağlık okuryazarlığının; eğitim, medya ve sosyal hizmetler gibi diğer alanlarla entegrasyonunun sağlanmaması da sistemsel boyutta sağlık okuryazarlığı girişimlerinin etkisini sınırlandırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sadece sağlık sektörünün sorumluluğu olarak görülmekte ve diğer sektörlerle yeterli iş birlikleri sağlanmamaktadır (Parker vd., 2003).

Sistemsel düzeyde sağlık okuryazarlığı kavramına getirilebilecek eleştiriler, sağlık sistemlerinin ve politikalarının bu kavramı yeterince benimsemediğini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının sağlık politikalarında önceliklendirilmemesi, sağlık okuryazarlığına ilişkin verilerin politika oluşturmada kullanılmaması, sağlık okuryazarlığının ekonomik ve sosyal

faktörlerle olan ilişkisinin göz ardı edilmesi, sağlık göstergeleri arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yer almaması ve küresel sağlık sorunlarına uyum sağlamadaki yetersizlikler sağlık okuryazarlığı kavramının makro düzeyde yeniden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sonuç ve Değerlendirme

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve bu bilgileri yaşamlarında kullanma becerilerini ifade eden temel bir kavram olarak görünse de kavramın teorik çerçevesi, yöntemsel altyapısı ve pratik uygulamaları bir dizi yapısal, kurumsal ve sistemsel sorunla karşı karşıyadır. Öncelikle kavramın tanımlanmasında yaşanan zorluklar ve evrensel bir standardizasyonun sağlanamaması sağlık okuryazarlığına yönelik strateji ve politikaların tutarlı biçimde tasarlanmasını güçleştirmektedir. Sağlık yalnızca bireysel bilgi ve becerilerle değil; kültürel değerler, dilsel çeşitlilik, toplumsal normlar, ekonomik koşullar ve politik tercihler gibi makro düzeydeki belirleyicilerle de şekillendiği için tek bir evrensel tanım ya da model üzerinde uzlaşmak neredeyse imkânsız hale gelmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kavramının tanımlanmasında esneklik, farklı disiplinler arasında iş birliği ve bağlamlara uygun uyarlama yeteneği hem teorik tutarlılığı sağlamak hem de uygulamada sürdürülebilir çözümler geliştirmek için büyük önem taşımaktadır.

Sağlık okuryazarlığına ilişkin yaklaşımların bireysel sorumluluğa aşırı vurgu yapması, teorik ve pratik kısıtları daha görünür kılmaktadır. Sağlık çıktıları; bireysel çabalar, sağlık bilgisini anlama ve uygulama becerileri kadar kurumsal yapılar, politikalar, sosyal belirleyiciler ve çevresel faktörler tarafından da şekillenmektedir. Oysa mevcut söylem ve uygulamaların çoğu, sağlığı bireylerin kendi başlarına yönetmesi gereken bir alan olarak sunarak, kurumsal sorumlulukları arka plana itmekte ve yapısal sorunları görünmez kılmaktadır. Bu noktada kurumsal sağlık okuryazarlığının eksikliği belirleyici bir faktör olarak değerlendirilebilir. Hastaların bilgiye erişimini kolaylaştırmak, hizmet süreçlerini yalınlaştırmak, dilsel ve kültürel uyum sağlamak, fiziksel mekânları hasta dostu hale getirmek ve hasta geri bildirimlerini sistematik iyileştirmeye dönüştürmek yerine mevcut yapıların karmaşıklığı içinde bireyden daha fazla çaba beklenmektedir. Bu durum, bireysel sorumluluk vurgusunu aslında yapısal ve kurumsal yetersizliklerin bir türevi haline getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda; kamu otoriteleri, kurumlar ve karar vericilerin hastaların gereksinimlerini göz önünde bulundurarak sistemi dönüştürmesi, bireysel sorumluluk eksenindeki dengesizliği azaltabilecek önemli bir adımdır.

Kavramın ölçüm ve değerlendirilmesine ilişkin zorluklar, sağlık okuryazarlığının çok boyutlu doğasından kaynaklanmaktadır. Tek bir ölçüm aracıyla kavramın tüm boyutlarını yakalamak, farklı kültürlere ve sağlık sistemlerine uyarlamak, etkileşimsel ve eleştirel boyutları değerlendirebilmek kolay değildir. Ayrıca teknolojinin gelişmesiyle dijital sağlık okuryazarlığı gibi yeni alt boyutların gündeme gelmesi mevcut ölçek ve yöntemlerin güncellenmesini gerektirmektedir. Ancak bu güncellemelerin yapılması da tanım ve kapsam belirsizliklerini artırabilmekte, ölçüm araçlarının; kültürel, ekonomik ve dilsel adaptasyon sorunlarını derinleştirebilmektedir. Dolayısıyla bu koşullar sağlık

okuryazarlığı müdahalelerinin başarısının ölçülmesini, karşılaştırılabilir verilerin elde edilmesini ve müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Gelecekte; daha esnek, bağlamsal farklılıklara duyarlı, uzunlamasına veri toplayacak ve dijital becerileri de dikkate alacak ölçüm yöntemlerinin geliştirilmesi, uygulamaların gerçek etkisini daha sağlıklı biçimde ortaya koyabilecektir.

Pratik uygulamalarda ise sağlık sisteminin karmaşık yapısı, hasta dostu iletişim yöntemlerine yeterince önem verilmemesi, kaynak eksiklikleri, teknolojik eşitsizlikler ve dijital bölünme gibi sorunlar, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin hizmetlerden anlamlı biçimde yararlanmasını engellemektedir. Bu noktada sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin geliştirilmesi, kurum içi iletişim stratejilerinin gözden geçirilmesi, kültürel ve dilsel uyarlamaların yapılması ile hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Aksi halde teknoloji temelli çözümler dahi mevcut eşitsizlikleri derinleştirerek, sağlık bilgi ve hizmetlerine erişimde yeni engeller yaratabilir. Örneğin; dijital sağlık hizmetleri, teknolojiye erişimi olmayan veya dijital becerileri sınırlı bireyler için anlamlı bir çözüm sunamayacak, aksine mevcut eşitsizlikleri pekiştirecektir.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığına yönelik yapılacak araştırmaların bu eleştiriler doğrultusunda daha kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiği söylenebilir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik müdahalelerin başarısı, sadece bireylerin bilgiye erişimini ve anlamasını artırmakla sınırlı kalmamalıdır. Sağlık okuryazarlığına yönelik stratejilerin yalnızca bireysel düzeydeki bilgiyi değil aynı zamanda kurumsal ve toplumsal düzeydeki yapısal iyileştirmeleri de hedef alması gerekmektedir. Dolayısıyla izlenmesi gereken bu çok boyutlu yaklaşımla sağlık okuryazarlığı; bireysel, sistemsal ve toplumsal boyutlarıyla birlikte -gerçek anlamda- katkılar sağlayabilecektir.

KAYNAKÇA

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883.

Barrett, S. E., Puryear, J. S., & Westpheling, K. (2008). *Health Literacy Practices in Primary Care Settings: Examples From the Field*. New York: The Commonwealth Fund.

Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. National Academies Press.

- Brookfield, S. D. (2017). *Becoming a critically reflective teacher*. John Wiley & Sons.
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67.
- Cline, R. J., Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671-692
- Coleman, C., Hudson, S., & Maine, L. L. (2013). Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 82-102.
- Flery, S. A., & Ettienne, R. (2019). Social Disparities in Health Literacy in the United States. *Health Literacy Research and Practice*, 3(1), e47–e52
- Gell, N. M., Rosenberg, D. E., Demiris, G., LaCroix, A. Z., Patel, K. V. (2015). Patterns of technology use among older adults with and without disabilities. *The Gerontologist*, 55(3), 412-421.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., et al. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188.
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19(sup2), 302-333.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. CRC press.
- Hernandez, L. M., French, M. G., & Reynolds, T. (Eds.). (2015). *Implementing a national health literacy plan for action: Workshop summary*. National Academies Press.
- Jordan, J. E., Osborne, R. H., & Buchbinder, R. (2011). Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 366-379.
- Kaper, M. S., Sixsmith, J., Koot, J. A. R., Meijering, L. B., van Twillert, S., Giammarchi, C., Bevilacqua, R., Barry, M. M., & de Winter, A. F. (2019). Positive outcomes of a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries: A multi-centre pre-post intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3923.
- Kata, A. (2012). Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm—an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*, 30(25), 3778-3789
- Kaya, E. (2024). Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi ve Mobil Sağlık İletişimi (E. Eke, Ed.). Eğitim Yayınevi.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization.
- Koh, H. K., Brach, C., Harris, L. M., & Parchman, M. L. (2013). A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Affairs*, 32(2), 357–367.

- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006). The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education.
- Li, S., Cui, G., Yin, Y., & Xu, H. (2023). Associations between health literacy, digital skill, and eHealth literacy among older Chinese adults: A cross-sectional study. *Digital health*, 9, 20552076231178431.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy—a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160.
- McCormack, L., Haun, J., Sørensen, K., & Valerio, M. (2013). Recommendations for advancing health literacy measurement. *Journal of Health Communication*, 18 Suppl 1(Suppl 1), 9–14.
- Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*, 15(1), 371.
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, 14(1), e19.
- Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public Health: Ethical Issues*. London: Nuffield Council on Bioethics.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Özkan, S., Baran Aksakal, F. N., Çalışkan, D., Uğraş Dikmen, A., Tüzün, H., Taşçı, Ö., & Ceylan Ünal, S. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. (Ed. S. Özkan). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S19-S26.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs*, 22(4), 147-153.
- Pleasant, A. (2014). Advancing health literacy measurement: a pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1481–1496.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159.
- Rowlands, G., Russell, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J., & Nutbeam, D. (2018). What is the Evidence on Existing Policies and Linked Activities and their Effectiveness for Improving Health Literacy at National, Regional and Organizational Levels in the WHO European Region?. WHO Regional Office for Europe.

- Rudd, R.E. (2013). Needed Action in Health Literacy. *Journal of Health Psychology*, 18(8), 1004–1010.
- Saltman, R. B. & Ferroussier-Davis, O. (2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 732–739
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the Loop: Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83–90.
- Schwartzberg, J. G., Cowett, A., VanGeest, J., & Wolf, M. S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S96-S104.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Street, R. L. (2013). How clinician–patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 286–291.
- Szczepura, A. (2005). Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate Medical Journal*, 81(953), 141-147.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Özdemir, M., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu Yayını.
- Van Deursen, A. J., & van Dijk, J. A. (2011). Internet skills and the digital divide. *New Media & Society*, 13(6), 893-911.
- Van Dijk, J. A. G. M. (2006). Digital divide research, achievements and shortcomings. *Poetics*, 34(4-5), 221-235.
- Viswanath, K., Kreuter, M. W. (2007). Health disparities, communication inequalities, and eHealth: a commentary. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5 Suppl), S131-S133.
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. World Health Organization.
- WHO. (2013). Health literacy: The solid facts. World Health Organization.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946–1952
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. Geneva:
- Zanchetta, M. S., & Poureslami, I. M. (2006). Health literacy within the reality of immigrants' culture and language. *Canadian Journal of Public Health*, 97(Suppl 2), S26-S30.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203.