

PAPER DETAILS

TITLE: Birinci Basamak Saglik Kurulusuna Basvuranlarda Saglik Okuryazarligi ile Kanser Bilgi Yüku Iliskisi

AUTHORS: Mehmet Sait DEGER,Gülsüm ZOROGLU

PAGES: 108-117

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1177961>

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanser Bilgi Yüğü İlişkisi

Relation Between Health Literacy and Cancer Information Overload in People Applying to Primary Healthcare

Öz

Amaç: Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, anlama, değerlendirme süreçlerini ve sağlık hizmetlerini kullanımını etkiler. Bu çalışmada Bingöl Merkez Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18 yaş üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yükü arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma Bingöl Merkez Aile Sağlığı Merkezlerinde, 18 yaş üstü 297 kişiyle yürütölmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Anket sosyo-demografik özellikler, 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğı (TSOY-32)' ve 'Kanser Bilgi Yüğü Ölçeğı' olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 32,67±9,61 bulunmuştur. Katılımcıların %56,1'i kadın, %65,5'i evli, %78,5'i lise ve üstü eğitim düzeyinde, %87,9'u il merkezinde yaşamakta ve %19,2'si hiç fiziksel aktivite yapmamaktadır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi; %16,8 yetersiz, %25,6 sorunlu, %35,4 yeterli ve %22,2 mükemmel bulunmuştur. Fiziksel olarak aktif olanların kanser bilgi yükü daha az bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı indeks puanı ile kanser bilgi yükü toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki (Spearman's Korelasyon Katsayısı: -0,388 ve $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Sonuç: Katılımcıların %57,6'sının sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve mükemmel seviyede bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça kanser bilgi yükü azalmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık okuryazarlığı; kanser bilgi yükü; fiziksel aktivite

Abstract

Aim: The health literacy level of an individual affects his/her access, understanding and evaluation of health-related information and use of healthcare services. This particular study aimed to explore the relation between health literacy and cancer information overload among adults who visit the Family Medicine Centers in Bingöl.

Materials and Methods: A cross-sectional trial was conducted with 297 adults who visit the Family Medicine Centers in Bingöl. The questionnaire consisted of three sections as; socio-demographic characteristics, "Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32)" and "Cancer Information Overload Scale".

Results: The mean age of the participants was 32.67±9.61. 56.1% of them were women, 65.5% were married, 78.5% had high-school and above educational level, 87.9% lived in the city center, and 19.2% did not used to get any physical activity. The health literacy levels of the participants were recorded as 16.8% inadequate, 25.6% problematic, 35.4% adequate and 22.2% excellent, respectively. The cancer information overload was lower who were physically active ($p<0.05$). A weak negative correlation was detected between the health literacy index scores and cancer information overload total score (Spearman's Correlation Coefficient: -0.388 and $p<0.01$).

Conclusion: A total of 57.6% of the participants had sufficient and/or perfect level of health literacy. As the level of health literacy increased, the cancer information overload decreased.

Keywords: Health literacy; cancer information overload; physical activity

Mehmet Sait Değer¹,
Gölsüm Zoroğlu²

¹ Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü

² Bingöl Merkez Toplum
Sağlığı Merkezi

Geliş/Received : 28.06.2020

Kabul/Accepted: 28.08.2020

DOI: 10.21673/anadoluklin.760739

Yazışma yazarı/Corresponding author

Mehmet Sait Değer

Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü

E-posta: mehmetsaitdeger@gmail.com

ORCID

Mehmet Sait Değer: 0000-0001-8862-1343

Gölsüm Zoroğlu: 0000-0002-6142-294X

GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca hastalıklar ve sağlıkla ilişkili diğer durumlar, toplumların hastalıklardan korunma ve sağlıklı kalma arayışını etkilemiştir. Toplumların dini inanışları, sosyal, kültürel ve ekonomik yapıları, sağlığı koruyucu çeşitli gelişmeleri (bağışıklama, sanitasyon, sağlıklı gıda temini, barınma) ve tedavi yaklaşımlarını etkilemenin yanında, bilimsel araştırmaların yapılması ve bilginin yaygınlaşmasında katkıda bulunmuştur (1). Tarihin her döneminde karşılaşılan sağlık problemleri ve hastalıklar ile mücadele sonucu elde edilen bilgi, birikim ve tecrübeyle hem devrin sağlık problemlerine karşı başarılı yöntemler geliştirilmiş hem de bu kıymetli tecrübe geliştirilerek hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sonraki nesillere aktarılmıştır.

Günümüzde nüfusun kentlerde yoğunlaşması, yaşlı nüfusun ve buna bağlı kronik hastalıkların çoğalması, ruhsal sağlık sorunlarının artması gibi çeşitli problemler ve risk faktörleri sağlık alanındaki özellikli insan gücünü ve karmaşık yapıları sağlık tesislerini gerekli kılmıştır. Sağlık sektörünün karmaşık, çok katmanlı (birinci, ikinci, üçüncü basamak) ve çok boyutlu olması sağlık hizmetlerinin niteliğini arttırmıştır. Bunun yanında komplike yapı ihtiyacı duyulan sağlık hizmeti talebinin karşılanmasında birtakım sorunlara da yol açmıştır. Örneğin; bu durum dezavantajlı grupların (eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük, yaşlı, göçmen, kronik hastalığı olan) sağlık hizmetlerinden yeterli oranda yararlanmasını zorlaştırmıştır. Paasche-Orlow ve Wolf'un (2007) sağlık okuryazarlığıyla ilgili çalışmasında eğitim ve gelir düzeyi düşük, yaşlı ve kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca Türkiye'de Özdemir ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada kadın cinsiyet ile eğitim ve gelir durumunun düşük olmasının sağlık okuryazarlığı düzeyini olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (2). Dezavantajlı grupların; sağlık tesislerinde ilgili birime ulaşma, hekimlerin söylediklerini anlama, randevu takibi, ilaçlarını düzgün kullanma gibi konularda sıkıntı yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle özellikle ertelenmesi veya ikamesi mümkün olmayan acil hallerde sağlık sisteminin ve sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı ihtiyacın giderilmesini zorlaştırmaktadır (3).

Hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi bakış açısında kapsayıcı, yaygın, gelişmiş sağlık sistemi ile donanımlı ve etkin sağlık kurumlarının varlığı şüphesiz çok önemlidir. Fakat sağlık hizmetlerinin ve sağlık sistemlerinin tek başına iyi ve kaliteli olması toplumun sağlık düzeyini yükseltmeye yetmemektedir. İyi bir toplum sağlığı düzeyi için sağlık sistemi ve hizmetinin iyi olmasının yanında bireylerin de sağlık hizmetlerini etkili kullanma kapasitesinin yeterli olması ve bireylerin sağlık durumunun iyi olması gerekmektedir. Bu nedenle bireyin sağlık sisteminin/ sağlık hizmetlerinin yoğun ve karmaşık boyutunda hastalıklardan korunmak için sorumluluk alması gerektiği fikri önem kazanmıştır (4). Hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda bireyin belli bir sağlık bilgisine/düzeyine sahip olup bunu kullanması sağlık okuryazarlığı olarak nitelendirilmiştir. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı modern toplumda bireyin karmaşık sağlık taleplerini karşılama beceri ve kapasitesidir. Svendsen ve ark.'ın (2020) Danimarka'da yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme konusunda daha başarılı oldukları gösterilmiştir (5).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa 1974 yılında sağlık eğitimi kapsamında sağlık bakımı ve kitle ile iletişimi etkisi üzerine telaffuz edilmiştir. 1986 yılında Ottawa Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda sağlık ile ilgili bilgilerin bireylerin anlayabileceği şekilde düzenlenmesi ve toplumun sağlığını korumak için uygun davranışların geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bunun için sadece sağlık sektörünün değil tüm sektörlerin iş birliği içerisinde hareket etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık okuryazarlığı Sorensen ve ark. (2012) tarafından içeriği geliştirilerek bireylerin günlük yaşantılarında sağlıkları/sağlık durumları ile ilgili karar almak, sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için ihtiyaç duyulan sağlık bilgisine ulaşma, ulaşılan bilgiyi anlama, anlaşılan bilgiyi değerlendirme ve değerlendirilen bilgiyi uygun şekilde kullanmayı sağlayan bilgi, güdülenme ile sosyal ve bilişsel yeterlilik olarak tanımlanmıştır (6).

Bireylerin sağlıklarıyla ilgili doğru karar verebilmesi için gerekli mesajları doğru anlaması gerekmektedir. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine

sahip kişilerin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişilere göre sağlıklarını korumak için kişisel bakım gerekliliklerini yerine getirmedikleri, fiziksel aktivite-sağlıklı beslenme gibi yararlı yaşam alışkanlıklarını daha az edindikleri, koruyucu sağlık hizmetlerini (aşılama, tarama programları) yeteri kadar tanımadıkları, hastalık nedenleri ve korunma yöntemleri konusunda daha az bilgi sahibi oldukları, uygun sağlık kuruluşuna müracaat oranlarının düşük olduğu, sağlık ihtiyaçları veya tıbbi bakımlarını zamanında gideremedikleri, sağlık çalışanları ile etkili iletişim kuramadıkları, uygun olmayan ilaç kullanım oranlarının daha yüksek olduğu yapılan birçok çalışma ile ortaya konmuştur (7,8). Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin; koruyucu sağlık hizmetleri kullanım oranları düşük, semptomatik dönemde sağlık bakım arayışları az, sağlık durumunu anlaması ve tıbbi talimatlara bağlılığı yetersiz, acil servis başvuru oranı ve hastane başvuru sayıları fazla, hastanede kalış süreleri uzun, morbidite - mortalite oranları yüksek ve sağlık harcamaları daha fazladır. Tanrıöver ve ark.'ın (2014) yaptığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az, acil servisi fazla kullandıkları, hastanede kalış süresinin uzun ve sağlık harcamalarının fazla olduğu görülmüştür. (9). Ayrıca yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal statü, kronik hastalık varlığı gibi bireysel ve çevresel faktörlerin de sağlık okuryazarlığını ve sağlık çıktılarına etkilediği bilinmektedir (10).

Bilginin yoğun ve bilgi kaynaklarının çok çeşitli olması nedeniyle doğru bilgiye ulaşmak çoğu zaman kolay olmamaktadır. Kanser ile ilgili bilginin yaygın olması, doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmanın yanında aşırı bilgi yükü kafa karışıklığına sebep olmaktadır. Kansere yakalanmamak ve/veya kanser hastalığı ile mücadele etmek için doğru bilgi kaynağından faydalı ve güvenilir bilgiye ulaşmak çok önemlidir. Kanserden korunmaya yönelik farkındalığın artması tarama faaliyetlerine başvurmayı teşvik ederek erken tanı olanağı sağlar. Kanser hastalığının nedenleri, uygun tedavi seçenekleri ve komplikasyonları hakkında doğru bilgi sahibi olmak da hastalığın veya komplikasyonlarının yarattığı bilinmezlik ve stres ile başa çıkmayı kolaylaştırarak tedaviye uyumu artırır. Amerikâda yapılan bir çalışmada sürekli kaygının

kanser bilgi yükünü arttırdığı ortaya konmuştur (11).

Son yıllarda ortaya çıkan bir kavram olan kanser bilgi yükü, bireylerin kanser hastalığı hakkında sahip olduğu bilgi yoğunluğu ve yükünü tanımlamaktadır. Jensen ve ark. tarafından 2014 yılında Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği geliştirilmiştir. Kanser bilgi yükü fazla olan bireylerin bu bilgiyi değerlendirme ve kullanma noktasında sıkıntılar yaşadıkları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (12). Kanser bilgi yükü arttıkça sağlığı koruyucu ve kanseri önleyici davranışların azaldığı, tarama programlarına katılımın düştüğü, uygun tanı ve tedavi seçiminin zorlaştığı ve tedaviye uyumun sekteye uğradığı bilinmektedir. Davis ve ark.'ın (2004) yaptığı bir çalışmada, özellikle sağlık okuryazarlığı düşük olan kanser hastalarının rutin prosedürler ve tedavi seçenekleri konusunda yazılı ve sözlü iletişimde problem yaşadıkları görülmüştür (13). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hastalıklar ile mücadelede en uygun kaynaktan doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmak önem arz etmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülmüştür. Aile sağlığı merkezlerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hasta veya hasta yakınları çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma ve Etik Kurul İzni

Araştırma için Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü'nden 29/07/2019 tarih ve 81966737-044 sayılı etik kurul onayı ve çalışma izni alınmıştır. Anket, 1-23 Ağustos 2019 tarih aralığında Bingöl merkezde bulunan 9 (dokuz) aile sağlığı merkezinde uygulanmıştır.

Çalışmanın tipi

Kesitsel bir çalışma olarak planlanan araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak için Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan 30 (otuz) kişiye anketin pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot uygulamanın analizinde güç %80 ve alfa hatası %5 olarak kabul edildiğinde örneklem büyüklüğü 179 olarak hesaplanmıştır. Anketin Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı 9 aile sağlığı merkezindeki 41 aile sağlığı biriminde onar kişiye uygulanması planlanmıştır.

tır. Anket formunu eksiksiz dolduran 297 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Anket formunda sosyo-demografik özellikleri belirleyen ve literatüre dayalı olarak hazırlanan sorular ile ‘Türkiye Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği (TSOY-32)’ ve ‘Kanser Bilgi Yükü Ölçeği’ kullanılmıştır. Anket formları araştırmacı gözetiminde katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Okyay ve ark. tarafından 2018 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu’nun kavramsal çerçevesine göre oluşturulmuş ve 15 yaş üstü okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, sağlıkla ilgili tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi başlıklarında iki boyut, sağlıkla ilgili karar vermek için bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi yorumlama/değerlendirme ve bilgiyi kullanma şeklinde dört süreçten oluşmaktadır. Cronbach alfa değeri ölçeğin tamamı için 0,93, tedavi ve hizmet alt boyutu için 0,88, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu için 0,86 olarak saptanmıştır. Ölçek 32 maddeden oluşmakta olup her madde 5 seçeneikli likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanı hesaplanırken olumlu ifadeler 1-4, olumsuz ifadeler 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanmıştır. Ölçek hesaplamasında her katılımcının 0-50 arası toplam puanı indeks olarak standardize edilmiştir. “İndeks=(aritmetik ortalama-1) x [50/3]” formülü ile her kişi için ayrı hesaplanmıştır. İndeks puanına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi kategorize edilmektedir. Ölçekten alınan 0-25 puan yetersiz, 25-33 puan sorunlu/sınırlı, 33-42 puan yeterli ve 42-50 puan mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir.

Kanser Bilgi Yükü (KBY) Ölçeği; Jensen ve ark. tarafından 2014 yılında “The Cancer Information Overload (CIO) Scale” ismiyle geliştirilmiş, İnci ve ark. tarafından 2019 yılında Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,77’dir. Sekiz maddeden oluşan ölçek “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde dörtlü likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 8, en fazla 32 puan alınabilmektedir. Özgün ölçek tek boyutludur ve kanser hastalığına ilişkin kişinin bilgi yükünü değerlendirmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması aşırı bilgi yükünü göstermektedir.

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri (n=297)

	(Ort ± SS)	Min/Max
Yaş	32.67 ± 9.61	18/69
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	167	56,2
Erkek	130	43,8
Yaş Grupları		
18-30	142	47,8
31-40	105	35,4
41-50	33	11,1
> 50	17	5,7
Medeni Durum		
Evli	194	65,5
Bekar	94	31,8
Boşanmış/Dul	8	2,7
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	64	21,6
Lise	77	26
Yüksekokul	64	21,6
Lisans ve üstü	91	30,7
Gelir Durumu*		
0-2020	114	38,4
2020-6542	156	52,5
6543 ve üstü	27	9,1
Meslek		
Ev hanımı	63	21,2
Esnaf	7	2,4
Memur	120	40,4
İşçi	34	11,4
Serbest çalışan	24	8,1
Öğrenci	29	9,8
Emekli	4	1,3
Çalışmıyor	16	5,4
Yaşadığı Yer		
Köy	17	5,7
İlçe	18	6,1
İl	261	87,9
Büyükşehir	1	0,3
Sigara		
Evet	109	36,7
Hayır	170	57,2
Bırakmış	18	6,1
Kronik Hastalık		
Evet	30	10,1
Hayır	267	89,9
Fiziksel Aktivite		
Hiç yapmam	57	19,2
Bazen yürüyüş yaparım	178	59,9
Düzenli Yürüyüş yaparım	42	14,1
Spor salonuna giderim	15	5,1
Profesyonel sporçuyum	5	1,7

*Gelir durumu gruplamasında 2019 Ocak ayı asgari ücret ve yoksulluk sınırı verileri kullanılmıştır

İstatistiksel analiz

Araştırma verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 programı ile analiz edilmiştir. Ölçümle elde dilden verilerin önce normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. Sonrasında, tanımlayıcı veriler, yüzdelik ve ortalama $\pm$ standart sapma (SS) ya da ortalama (%95 Güven Aralığı) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile değerlendirilmiş olup normal dağılıma uyan veriler için Independent Samples t-testi, One-Way ANOVA testi, normal dağılıma uygun olmayan veriler için Mann-Whitney U testi ile Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ayrıca Pearson ve Spearman korelasyon testleri uygulanmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmamıza katılan 297 kişinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grubu	Kadın (n=167)		Erkek (n=130)	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
18-30	90	30,3	52	17,6
31-40	60	20,2	45	15,1
41-50	14	4,7	19	6,4
51-99	3	1	14	4,7
Toplam	167	56,2	130	43,8

Araştırma grubunda Türkiye Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği (TSOY-32) için kullanılan indeks hesaplandığında; en küçük indeks değerinin 7,81, en büyük indeks değerinin 50, indeks ortalamasının $33,87 \pm 9,26$ ve ortanca değerinin 33,75 olduğu görülmektedir. Genel sağlık okuryazarlığı kapsamında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ortalaması 34,36, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ortalaması 34,11, sağlıkla ilgili bilgiyi yorumlama/değerlendirme ortalaması 30,25 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma ortalaması 34,73'tür. Tedavi ve hizmet alt boyutunda ortalama SS değeri, $34,90 \pm 9,52$ iken hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ortalama $31,88 \pm 11,38$ bulunmuştur.

Tablo 3'te katılımcıların indeks puanı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri verilmiştir.

Tablo 3. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyi

İndeks Puanı	T-SOY Düzeyi	Sayı	Yüzde (%)
0-25	Yetersiz	50	16,8
> 25-33	Sınırlı/Sorunlu	76	25,6
> 33-42	Yeterli	105	35,4
> 42-50	Mükemmel	66	22,2

İndeks puanını sosyo-demografik özelliklerden yaş grubu ($p < 0,05$), cinsiyet ($p < 0,01$), sağlık güvencesi durumu ($p < 0,05$), sigara ($p < 0,05$) ve fiziksel aktivite durumu ($p < 0,05$) faktörleri etkilemektedir.

Tablo 4'te sağlık okuryazarlığı (SOY) indeks puanı ve kanser bilgi yükünün bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo 4. SOY indeks puanı ve kanser bilgi yükü puanı ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki

	SOY İndeks Puanı		Kanser Bilgi Yükü Puanı	
	r	p	r	p
Yaş	-,144	0,013	0,095	0,101
Eğitim Durumu	0,082	0,158	0,039	0,509
Gelir Durumu	0,054	0,351	-,007	0,899
Fiziksel Aktivite Durumu	0,139	0,017	-,167	0,004

İndeks puanı ile yaş arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki, fiziksel aktivite ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Kanser bilgi yükü ile fiziksel aktivite arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır.

Tablo 5'te cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ortalama $\pm$ standart sapması kadınlarda $35,25 \pm 9,85$, erkeklerde $32,12 \pm 8,15$ bulunmuştur. Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 5. Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

SOY Düzeyi	Cinsiyet		Toplam	p
	Kadın	Erkek	13,281	$p < 0,01$
Yetersiz	Sayı	24	26	50
	%	14,5	19,8	16,8
Sınırlı/Sorunlu	Sayı	35	41	76
	%	21,1	31,3	25,6
Yeterli	Sayı	58	47	105
	%	34,9	35,9	35,4
Mükemmel	Sayı	49	17	66
	%	29,5	13	22,2
Toplam	Sayı	156	131	297
	%	100	100	100,0

Tablo 6'da yaş gruplarına göre Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin değişimi görülmektedir. Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ilişki vardır.

İndeks ile kanser bilgi yükü arasındaki ilişki incelendiğinde Spearman's Korelasyon Katsayısı: $-0,388$ ($p<0,01$) bulunmuştur.

Tablo 6. Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

SOY Düzeyi	Yaş Grubu					P	
		18-30	31-40	41-50	> 51	Toplam	21,052 p<0,05
Yetersiz	Sayı	22	14	9	4	49	
	%	15,5	13,3	27,3	23,5	16,6	
Sınırlı/Sorunlu	Sayı	25	37	10	4	76	
	%	17,7	35,2	30,3	23,5	25,7	
Yeterli	Sayı	54	33	9	9	105	
	%	38,3	31,4	27,3	52,9	35,5	
Mükemmel	Sayı	40	21	5	0	66	
	%	28,4	20	15,2	0,0	22,3	
Toplam	Sayı	141	105	33	17	296	
	%	100	100	100	100	100,0	

Tablo 7. Fiziksel aktivite durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi

SOY Düzeyi	Fiziksel Aktivite Durumu					P	
		Hiç Yapmam	Bazen yürüyüş yaparım	Düzenli Yürüyüş yaparım	Spor salonuna giderim	Profesyonel sporcuyum	27,879 p<0,01
Yetersiz	Sayı	21	24	3	1	1	
	%	36,8	13,5	7,1	6,7	20	
Sınırlı/Sorunlu	Sayı	9	47	13	5	2	
	%	15,8	26,4	3	33,3	40	
Yeterli	Sayı	20	60	16	7	2	
	%	35,1	33,7	38,1	46,7	40	
Mükemmel	Sayı	7	47	10	2	0	
	%	12,3	26,4	23,8	13,3	0,0	
Toplam	Sayı	57	178	42	15	5	
	%	100	100	100	100	100	

Tablo 7'de fiziksel aktivite durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişimi görülmektedir. Fiziksel aktivite durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ilişki vardır.

Çalışmanın Kansere Bilgi Yüklü Ölçeği için kullanılan toplam puanı hesaplandığında; en küçük ölçek toplam puanının 8, en yüksek ölçek toplam puanının 32, ölçek toplam puan ortalamasının $18,92 \pm 4,86$, ortanca değerinin 19 olduğu görülmektedir.

Kansere Bilgi Yüklü Ölçeği toplam puanını sosyodemografik özelliklerin etkilemediği görülmüştür.

TARTIŞMA

Sağlıkla ilgili gerekli ve doğru bilgiye ulaşmak, sağlık hizmetlerini etkin ve verimli kullanmak için yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmak önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe; koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı artmakta, acil sağlık hizmetleri kullanımı ve hastanede yatma süresi azalmakta, sağlıklı beslenme-fiziksel aktivite yapma eğilimi artmakta ve sağlık harcamalarında azalma görülmektedir (14).

Çalışmamızda Bingöl ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yükü arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada T-SOY (32) ölçeği indeks ortalaması $33,87 \pm 9,2$ bulunmuştur. Ayrıca T-SOY (32) ölçeği toplam puanına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların oranı %16,8, sınırlı/sorunlu olanların oranı %25,6, yeterli olanların oranı %35,4 ve mükemmel olanların oranı %22,2'dir. Okuy ve ark. tarafından yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler araştırmasında indeks ortalaması 29,5 ve katılımcıların %68,9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz (%30,9) veya sorunlu/sınırlı (%38) bulunmuştur (15). Yine Tanrıöver ve ark.'ın 2014 yılında yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (16).

Amerika'da 2003 yılında yapılan Ulusal Erişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesinde (NAAL, National Assessment of Adult Literacy) araştırmaya katılanların %14'ünün temel düzeyin altında, %22'sinin temel düzeyde, %53'ünün orta düzeyde ve %12'sinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (17). Avrupa'da sekiz ülkeyi kapsayan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında; %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli ve %16,5 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanmıştır (18). Mevcut çalışmamızda elde edilen yeterli (%35,4) veya mükemmel (%22,2) sağlık okuryazarlığı düzeyi %56,6 olup bu oran Türkiye'de ve Dünya'da yapılan benzer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Devletlerin sağlık hizmet kalitesini artırma ve bununla beraber sağlık göstergelerini daha iyi hale getirme çabası içerisinde olması önemlidir. Bunun için kamu sağlık otoriteleri nitelikli sağlık politikaları uygulayarak ve sürekli sağlık eğitimi sağlayarak toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltebilirler (19).

Bireylerin sağlık davranışları, sağlık eşitsizlikleri, toplumsal ve sosyal ilişkiler ile ekonomik değişikliklerden etkilenmektedir. Ayrıca salgın hastalıklar, pandemiler, ulusal ve/veya uluslararası morbidite - mortalite verileri ve ulusal politikalar sağlık okuryazarlığının da etkisiyle bireylerin hastalıktan korunma, iyilik hali sürdürme davranışlarına yönelmelerini etkilemek-

tedir (20). Bireysel, toplumsal, çevresel faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemektedir (21). Araştırma grubumuzun %56,1'i kadın, %83,1'nin 40 yaş ve altında, %65,5'nin evli, %79,3'ünün lise ve üstü eğitim düzeyinde, %83,2'sinin sağlık güvencesinin olduğu; %87,9'unun il merkezinde ikamet ettiği; %57,2'sinin sigara içmediği; %10,1'inin kronik hastalığı olduğu ve sadece %19'unun hiç fiziksel aktivitede bulunmadığı görülmektedir.

Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli (%34,9) veya mükemmel (%29,5) olanlar %64,4 oranında erkeklerde ise yeterli (%35,9) veya mükemmel (%13) sağlık okuryazarlığı oranı %48,9 düzeyinde bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi oranı en yüksek 18-30 yaş grubunda (%66,7) bulunmuştur ve yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Fiziksel olarak aktif olanlarda sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur ve fizik aktivite durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Güven ve ark.'ın 2018 yılında ülkemizde yaptığı çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerinkinden yüksek bulunmuştur (22). Akbolat ve ark.'ın 2015 yılında Sakarya ilinde yaptığı çalışmada cinsiyet ve medeni durumun sağlık okuryazarlığı ve hasta-hekim ilişkisinde bir farklılık oluşturmadığı gösterilmiştir (23). Deniz ve ark.'ın 2017 yılında birinci basamakta çalışan sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada katılımcıların %65,9'unun yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu, eğitim durumu ve mesleğin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği ortaya konmuştur (24). Ergün'ün sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada kız, şehirde yaşayan, aile geliri yüksek ve kronik hastalığı olmayan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (25). Küçükali, Ataç ve ark.'ın 2017 yılında İstanbul'daki devlet, üniversite ve özel hastanelerde 1400'ü aşkın kişi ile yaptıkları çalışmada 35 yaş üstü, ilköğretim düzeyinde, işsiz veya emekli olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur. Ayrıca

sağlık okuryazarlığı düzeyi devlet hastanelerine başvuranlarda düşük üniversite hastanelerine başvuranlarda yüksek çıkmıştır (26).

Vozikis ve ark.'ın 2015 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada kız ve aile geliri yüksek olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (27). Baker ve ark.'ın yaptığı bir başka çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireylerin sigara ve alkol tüketiminin az, fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğu ortaya konmuştur (28). Visscher ve ark.'ın Tip 2 Diyabetes Mellitus hastaları ile derinlemesine odak grup görüşmeleri yöntemi ile yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin öz-bakım, hastalık kontrolü ve ilaç alımı gibi konularda daha çok desteğe ihtiyaç duydukları ortaya çıkmıştır (29).

Kanser çeşitliliği ve sıklığının artmasıyla birlikte kanserden korunma, etkili tedavi yöntemleri ve yan etkileri ile baş etme arayışları da artmıştır. Çalışmamızda Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği ortalaması $18,92 \pm 4,86$ bulunmuştur. Çalışmamızda sosyo-demografik özelliklerin Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği puanını etkilemediği görülmüştür. İnci ve ark.'ın yaptığı çalışmada Kanser Bilgi Yüğü Ölçek ortalama puanı $18,69 \pm 4,12$ bulunmuştur (30).

Aşırı kanser bilgisi ile yüklenmek bilgi edinmeyi, öğrenmeyi zorlaştırıp kişilerin bilinçli karar vermesini zorlaştırır. Kim ve ark.'ın Amerika'da yaptığı çalışmada eğitim ve gelir düzeyinin kanser bilgi yüğü ile yakından ilişkili olduğu; yaş, cinsiyet ve ırk gibi faktörlerin ise kanser bilgi yükünü etkilemediği görülmüştür (31). Ousseine ve ark.'ın Fransa'da kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışma gelir düzeyi düşük, işsiz, ruh sağlığı bozulmuş, kemoterapi almış ve kanser sekeli olan hastaların daha çok mediko-sosyal destek aldıklarını göstermiştir (32). Cha'e'nin Güney Kore'de yaptığı çalışmada sürekli kaygının kanser bilgisinden kaçınmaya sebep olduğu ve bu kaçınmanın neticesinde kanser bilgi yükünün arttığı gösterilmiştir (33). Jensen ve ark. birçok insanın sağlıklı kalmak isterken sağlık arama davranışını etkileyen, sağlıklı kalma durumunu zayıflatan kanser bilgi yüküne maruz kaldığını ve bunun önüne geçmek için kanser bilgi yükünü azaltacak iletişim stratejileri geliştirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (34).

Araştırmamızda sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yüğü arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r: -.388$ $p<0,01$). Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça kanser bilgi yüğü azalmaktadır.

SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı kavramı koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayan bir unsurdur (35). Eğitim düzeyi yüksek, fiziksel olarak aktif genç kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişiler kanserle ilgili sağlıklı ve güvenilir bilgiye daha kolay ulaşabilmektedirler.

Toplumsal iyilik halini sürdürecekt ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini arttıracak sağlık eğitimi faaliyetlerine erken çocukluk döneminden itibaren önem verilmeli, kanser tarama programları ve kanserden korunmaya yönelik sağlığı geliştirici farkındalık faaliyetleri arttırılmalıdır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek

Bu çalışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

KAYNAKÇA

1. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2014; Özel Sayı (3) Sağlık İletişimi: 73-92.
2. Yılmaz M, Tiryaki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? DEUHFED. 2016;9(4):142-47.
3. Echeverri M, Anderson D, Haas JM, Johnson ME, Serrano FSA, Nápoles AM. Testing the preliminary validity of a multidimensional framework for studying the effects of cancer health literacy on cancer screening behaviors among diverse populations. Int. J Environ. Res. Public Health. 2020;17(9):2-20.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot. Int.. 2000;15(3):259-267.
5. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK ve ark. Associations of health

- literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2020;20(565):2-12.
6. Seidling HM, Mahler C, Strauß B, Weis A, Stütze M, Krisam J ve ark. An electronic medication module to improve health literacy in patients with type 2 diabetes mellitus: pilot randomized controlled trial. *JMIR Form Res*. 2020;4(4):e13746.
 7. Ennis K, Hawthorne K, Frownfelter D. How physical therapists can strategically effect health outcomes for older adults with limited health literacy. *J Geriatric Physical Therapy*. 2012;35:148-54.
 8. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot. Int*. 2018;33:901-11.
 9. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *TJFM&PC*. 2016;10(1):42-47.
 10. Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Univ Sag Bil Derg*. 2019;12(1):96-106.
 11. Chae J. Who avoids cancer information? Examining a psychological process leading to cancer information avoidance. *J Health Commun*. 2016;21:837-44.
 12. Güzel N, Bayraktar N. Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi. *HUHEMFAD-JoHUFoN*. 2019;6(2):101-110.
 13. Kim K, A. Lustria ML, Burke D, Kwon N. Predictors of cancer information overload: findings from a national survey. *Inf. Res*. 2007;12(4):326.
 14. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;14(1):67-88.
 15. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018), Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. 1. Bas. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
 16. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. (2014), Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. 1. Bas. Ankara: Sağlık-Sen.
 17. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy [Internet]. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. 2006 Sep;NCES 2006-483.
 18. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
 19. Özdiç A. (2020), Sağlıkta Adalet, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etik analizi. 1. Bas. İstanbul: BE-TİM.
 20. Sentell T, Vámos S, Okan O. Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the world: more important than ever in a time of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3010):2-13.
 21. Aktaş H. Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*. 2018;1(1):12-16.
 22. Güven DY, Bulut H, Öztürk S. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*. 2018;7(2):400-409.
 23. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(4):354-63.
 24. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(2):214-28.
 25. Ergün S. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Medical J*. 2017;6(3):1-6.
 26. Küçükali H, Ataç Ö, Özer O, Hayran O. Evaluation of individual health literacy among inpatients of different types of hospitals in Istanbul. *Marmara Med J*. 2020;33:61-6.
 27. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Arch Public Health*. 2014;72(15):2-6.
 28. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D ve ark. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *J Gen Intern Med*. 2004;9:215-20.
 29. Visscher BB, Steunenberg B, Heerdink ER, Rademakers J. Medication self-management support for people with diabetes and low health literacy: A needs assessment. *PLoS One*. 2020;15(4):1-13.
 30. İnci FH, Başkale HA, Ak PS. Kanser Bilgi Yüklü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Cukurova Med J*. 2019;44(1):127-35.
 31. Kim K, Lustria MLA, Burke D, Kwon N. Predictors of cancer information overload: findings from a national survey. *Information Research*. 2007;12:1-29.

32. Ousseine YM, Bouhnik AD, Watel PP, Eck As, Memoli V, Bendiane MK ve ark. The impact of health literacy on medico-social follow-up visits among French cancer survivors 5 years after diagnosis: The national VICAN survey. *Cancer Med.* 2020;9(12):1-12.
33. Chae J. Who avoids cancer information? Examining a psychological process leading to cancer information avoidance. *J Health Commun.* 2016;21(8):37-44.
34. Jensen JD, Carcioppolo N, King AJ, Scherr CL, Jones CL, Niederdieppe J. The cancer information overload (CIO) scale: establishing predictive and discriminant validity. *Patient Educ Couns.* 2014;94(1):90-6.
35. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(1):6.