

**T.C.**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**BİRİNCİ BASAMAKTA MAMOGRAFİ ÇEKTİREN VE  
ÇEKTİRMEYEN KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMASI  
HİZMETİ KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Osman Özkan KESKİN

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**  
**UZMANLIK TEZİ**

**KOCAELİ- 2018**

**T.C.**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**BİRİNCİ BASAMAKTA MAMOGRAFİ ÇEKTİREN VE  
ÇEKTİRMEYEN KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMASI  
HİZMETİ KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Osman Özkan KESKİN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**  
**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN**

**KOCAELİ- 2018**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ .....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ .....	3
2.2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI .....	5
2.2.1. Sağlık Hizmet Kullanımını Etkileyen Faktörler .....	6
2.2.2. Sağlık İnanç Modeli.....	9
2.2.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli .....	11
2.2.4. Sağlık Hizmet Kullanım Göstergeleri.....	14
2.2.5. Türkiye’de Sağlık Hizmet Kullanımı Verileri .....	15
2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI .....	21
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Kavramsallaştırılması.....	21
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler .....	25
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi .....	26
2.3.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı.....	27
2.3.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi .....	28
2.4. MEME KANSERİ.....	31
2.4.1. Epidemiyolojisi .....	31
2.4.2. Risk Faktörleri .....	31
2.4.3. Kontrolü .....	32
2.4.4. Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı .....	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	36

3.1. Araştırmanın Yeri.....	36
3.2. Araştırmanın Tekniği .....	36
3.3. Araştırmanın Evreni .....	36
3.4. Araştırmanın Örneği.....	36
3.4.1. Olgu grubunun tanımlanması.....	37
3.4.2. Kontrol grubunun tanımlanması .....	37
3.4.3. Örnek Büyüklüğü.....	37
3.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	38
3.5.1. Ana Hipotez .....	38
3.5.2. Alt Hipotezler .....	38
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	40
3.6.1. Bağımlı Değişken .....	40
3.6.2. Bağımsız Değişkenler .....	40
3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....	43
3.7.1. Veri Toplama Formu .....	43
3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - TSOY 32.....	43
3.8. Araştırma ile İlgili İzinler.....	44
3.9. Araştırmanın Uygulanması .....	44
3.10. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi.....	45
3.11. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	46
4. BULGULAR .....	47
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri .....	47
4.2. Kadınların Meme Kanseri ve Taramasına Yönelik Özellikleri.....	50
*Ki-kare testi.....	54
4.3. Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi.....	55

4.4. Meme Kanseri Tarama Hizmetini Kullanımını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi .....	58
4.5. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Durumunu Etkileyen Değişkenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi .....	63
5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	76
6.1. Sonuçlar.....	76
6.2. Öneriler.....	77
7.ÖZET .....	78
8. ABSTRACT .....	79
9.EKLER .....	80
KAYNAKÇA .....	88

## TEŞEKKÜR

Öncelikle, uzmanlık eğitimim boyunca her türlü destek ve katkılarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile yol gösterici olan danışman hocam Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN'a teşekkürü borç bilirim.

Zamanımın büyük bölümünü beraber geçirdiğim mesai arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan aileme her şey için teşekkür ederim.



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>Kısaltma</b>	<b>Açık Şekli</b>
<b>SOY</b>	Sağlık Okuryazarlığı
<b>KETEM</b>	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>AHSB</b>	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
<b>TSM</b>	Toplum Sağlığı Merkezi
<b>OECD</b>	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>IARC</b>	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>KMM</b>	Klinik Meme Muayenesi
<b>KKMM</b>	Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>TSOY-32</b>	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
<b>ASOY TR- 47</b>	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
<b>TOFHLA</b>	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
<b>REALM</b>	Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
<b>HALS</b>	Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği
<b>HLS-EU</b>	Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği-Avrupa
<b>GSYH</b>	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Hizmet Kullanımı Yordayıcıları .....	6
Tablo 2. Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapısı Sayıları, 2016, Sağlık Bakanlığı.....	15
Tablo 3. Sektörlere Göre Türkiye’de Hastane, Yatak ve Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2016, Sağlık Bakanlığı .....	15
Tablo 4. Türkiye’de Görüntüleme Cihaz Sayıları, Sağlık Bakanlığı,2016 .....	16
Tablo 5. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Ünvanlara Göre Dağılımı, 2016, Sağlık Bakanlığı.....	17
Tablo 6. Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı, 2016, Sağlık Bakanlığı .....	18
Tablo 7. Yıllara Göre Yatak Doluluk Oranı, Ortalama Kalış Günü, Yatak Devir Hızı ve Aralığı, Tüm Sektörler.....	19
Tablo 8. Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Bazı Görüntüleme Cihazlarının Kullanım Durumu, Tüm Sektörler, 2016.....	20
Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeğinde Sağlık Okuryazarlığının 12 Boyutlu Matrisi.....	30
Tablo 10. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	46
Tablo 11. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	47
Tablo 12. Kadınlarda Yaş ve Çocuk Sayısı Durumu.....	49
Tablo 13. Kadınların Meme Kanseri ve Taramasına Yönelik Özellikleri.....	51
Tablo 14. Kontrol Grubunda Kadınların Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Nedenleri .....	52
Tablo 15. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanmayan Kadınların Gerekçelerinin Dağılımı .....	53
Tablo 16. Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Önermelere Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	54
Tablo 19. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Durumunu Etkilediği Düşünülen Kategorik Değişkenlerinin Olgu ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması.....	59
Tablo 20. Meme Kanseri Hakkındaki Önermelere Verilen Cevapların Olgu ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması.....	62



Tablo 21. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi .....	63
Tablo 22. Hizmet Kullanımını Etkileyen Değişkenlerin Davranışsal Modele Göre Gruplandırılması.....	75

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar.....	10
Şekil 2. Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli.....	11
Şekil 3. Avrupa Konsorsiyumu Sağlık Okuryazarlığı Entegre Modeli.....	24
Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesinde Potansiyel Müdahale Noktaları.....	25

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık, insan hayatı boyunca sahip olunabilecek en önemli olgudur ve insan hayatına anlam ve değer katar. En bilinen tanımıyla “yalnız hastalık ve sakatlık olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”dir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu tanımıyla sadece “hasta olmama” gibi negatif bir mesajla sınırlı kalmamış, “sosyal yönden iyilik hali” gibi pozitif noktalara da vurgu yapmıştır. Böylece insanın sadece biyolojik değil aynı zamanda toplumsal bir varlık olduğunu belirtmiştir.<sup>1</sup>

Sağlık hakkı temel bir haktır ve yasalarla güvence altına alınmıştır. Bir toplumdaki sağlık algısı, sağlık hizmetlerine verilen değer, o toplumun demografik, sosyoekonomik ve kültürel yapı gibi değişkenlere göre farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri, bu değerlere dayanan devlet politikalarına göre şekillenmektedir. Politikalar, sağlık sisteminin yapısı, finansmanı ve hizmet sunum şeklini belirlemektedir.<sup>2,3</sup>

Hizmet sunumu, herhangi bir sağlık sisteminin yaşamsal bir unsurudur. İyi işleyen bir sağlık sisteminde hizmet sunum ağı kapsamlılık, erişilebilirlik, kapsayıcılık, süreklilik, verimlilik, kişi merkezlilik, koordinasyon ve kalite gibi temel özellikleri taşımalıdır. Bu şekilde sunulan hizmetin kullanımı toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesine katkı sağlar.<sup>4</sup>

Sağlık hizmetlerinin kullanımı hakkında bugüne kadar yapılan araştırmalar kişiye, topluma ve çevreye ait bazı değişkenlerin sağlık hizmeti kullanılmasında olumlu veya olumsuz etki yaptığını göstermiştir. Sağlık hizmet kullanımını etkileyen değişkenlerin araştırılmasıyla edinilen sonuçlar, toplumun sağlık durumunun ve davranışlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin ölçülmesi ve yeni planlamalar yapılmasına olanak sunması gibi nedenlerle üzerinde önemle durulan bir konudur. Buna ek olarak, hizmet kullanımı ülkelerin sağlık sistemleri performansının değerlendirilmesinde de kullanılır.<sup>5</sup>

Sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanabilmesi için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasite olarak tanımlanır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan kişilerin sağlık hizmetlerine başvurmada geç kaldıkları, sağlık hizmetlerinin bir bileşeni olan koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları gösterilmiştir.<sup>6</sup>

Kanser, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her yıl 14 milyon kişi kansere yakalanmakta ve 8,2 milyon kişi kanser nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı verilerine göre kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanserdir. Kanser tanısı konulan her dört kadından biri meme kanseridir Meme kanserinin 2014 yılı yaşa standardize insidans hızı 43/100.000 kişidir.<sup>7</sup>

Küresel bir sorun olan kanserle mücadelede her ülkenin ulusal kanser kontrol programlarının olması zaruridir. Ülkemizde Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) bünyesinde meme kanseri için toplum tabanlı tarama programı yürütülmektedir. Meme kanserini erken evrede yakalayabilmek için tarama yöntemleri olarak klinik meme muayenesi ve mamografi kullanılmaktadır.<sup>7</sup>

Bu araştırmanın amacı, bir koruyucu sağlık hizmeti olan meme kanseri tarama programı hedef nüfusu içinde bulunan 40–69 yaş arası kadınların;

- Meme kanseri tarama hizmetini kullanımına etki eden etkenleri saptamak,
- Meme kanseri tarama hizmetini kullanımına sağlık okuryazarlığının etkisini saptamak,
- Hizmet planlayıcılarının tarama programına yönelik yeni stratejiler geliştirmesi konusunda bilimsel kanıt sunmak,
- Meme kanseri tarama hizmeti kullanımını konusunda literatüre katkı sunmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hakkı temel bir haktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 25. maddesinde “*Her şahsın... tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığını... temin edecek uygun bir hayat seviyesine... hakkı vardır.*” ifadesiyle sağlık hakkına yer verilmiştir.<sup>8</sup> T.C Anayasası Madde 56’da “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.*” ifadesiyle kendine yer bulmuştur.<sup>3</sup> Ayrıca ülkemizin de imzaladığı Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi Madde 12’de “*Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması*” ifadesiyle, herkesin en yüksek seviyede sağlık standartlarına sahip olma hakkına yönelik tedbir olarak taraf devletlere ödev olarak sunulmuştur.<sup>9</sup> Bu açıdan bakıldığında sağlık hakkı, sağlıklı olma hakkı ve sağlık hizmetlerini kullanabilme hakkı olarak ikiye ayrılabilir.

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi amacıyla yapılan çalışmaların tümüdür. Klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılır.<sup>10,11</sup>

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetlerdir. Kişiyne ve çevreye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır. Kişiyne yönelik koruyucu hizmetler, bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, erken tanı ve tedavi, ilaçla koruma, doğurganlığın kontrolü, kişisel hijyen ve sağlık eğitimidir. Çevreye yönelik hizmetler ise besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı ve iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolüdür.<sup>10,11</sup>

Tedavi edici hizmetler, hastaları tedavi etmek amacıyla düzenlenen hizmetlerdir. Birinci basamak (evde ve ayakta tedavi), ikinci basamak (hastanede yataklı tedavi) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için merkezler) olarak sunulur.<sup>10,11</sup>

Rehabilite edici hizmetler, fiziksel veya ruhsal açıdan kalıcı bozukluklara sahip kişilerin günlük hayatı etkilenmeden veya en az etkiyle bağımsız bir şekilde yaşayabilmeleri için

yapılan çalışmaları kapsar. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki Şekilde sunulur.<sup>10,11</sup>

Uyum içinde düzgün çalışan bir sağlık sistemi, yeterli finansman, güçlü sağlık planları ve kanıta dayalı politikalar ile desteklenen, eğitimli ve motive olmuş sağlık çalışanları, iyi korunmuş altyapı, güvenilir ilaç ve teknolojilerin sağlanması üzerine kurulmuştur.<sup>12</sup>

Hizmet sunumu, sağlıkta sosyal belirleyiciler de dahil olmak üzere diğer faktörlerle birlikte nüfusun sağlık durumunun temel bir belirleyicisidir.<sup>12</sup> İyi işleyen herhangi bir sağlık sisteminde, hizmet sunum ağı aşağıdaki temel özelliklere sahip olmalıdır.<sup>4</sup>

1. Kapsamlılık (Comprehensiveness): Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri de dahil olmak üzere, hedef nüfusun ihtiyaçlarına uygun kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlanmalıdır.<sup>4</sup>

2. Erişilebilirlik(Accessibility): Hizmetler, maliyete, dile ve kültüre veya coğrafyaya herhangi bir engel oluşturmadan doğrudan ve kalıcı olarak erişilebilir olmalıdır. Hizmetler sağlık tesislerinde, evde ve toplulukta veya işyerinde uygun Şekilde sağlanabilir.<sup>4</sup>

3. Kapsayıcılık (Coverage): Hizmet sunumu, tanımlanmış bir hedef nüfustaki bütün insanları (hasta ve sağlıklılar, tüm gelir grupları ve sosyal gruplar) kapsayacak Şekilde tasarlanmalıdır.<sup>4</sup>

4. Süreklilik (Continuity): Hizmet sunumu, sağlık koşulları, bakım düzeyleri ve yaşam döngüsü boyunca bir hizmet ağı üzerinden hizmetin sürekliliğini sağlayacak Şekilde organize edilmelidir.<sup>4</sup>

5. Kalite (Quality): Sağlık hizmetleri yüksek kalitede olmalıdır. Diğer bir deyişle etkili, güvenli, hasta gereksinimleri odaklı ve zamanında verilmelidir.<sup>4</sup>

6. Kişi merkezlilik (Person-centredness): Hizmetler, hastalığın veya finansmanın değil kişinin etrafında düzenlenmelidir. Hizmet sunum tasarımı ve değerlendirmesinde hedef kitlenin katılımı olmalıdır. İnsanlar kendi sağlık bakımına ortaktır.<sup>4</sup>

7. Koordinasyon (Coordination): Yerel sağlık hizmetleri ağı, sağlayıcı türleri, bakım eşitleri, hizmet sunum seviyeleri ve hem rutin hem de acil durum hazırlıkları karşısında aktif olarak koordine edilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı, diğer basamak sağlayıcılarla işbirliği içinde çalışır ve ihtiyaç duyulan hizmete ulaşıma olanak

tanımalıdır. Ayrıca koordinasyon, diğer sektörlerle (örn; Sosyal hizmetler) ve ortaklıklarla (örn; Sivil toplum kuruluşları) yapılabilir.<sup>4</sup>

8. Hesap verebilirlik ve verimlilik (Accountability and efficiency): Sağlık hizmetleri, yukarıdaki temel unsurların asgari bir kaynak kullanımıyla sunulması için iyi yönetilmelidir. Yöneticilere önceden planlanmış hedeflere ulaşmak için gerekli yetki tahsis edilir ve genel performans ve sonuçlardan sorumlu tutulur. Değerlendirme, hedef nüfusun ve sivil toplumun katılımı için uygun mekanizmaları içermelidir.<sup>4</sup>

## 2.2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Sağlık hizmet kullanımı, kişilerin sağlıklı olma, sürdürme ve sağlık seviyesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak amacıyla koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları olarak tanımlanabilir.<sup>13</sup>

Sağlık hizmetlerinin en temel hedefi, toplumun sağlığını geliştirmektir. Bu noktada kişilerin sağlık hizmetlerine olan talebi, hizmet kullanımı ve bunları etkileyen faktörler, sağlık hizmeti planlayıcılarının ve sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarının ilgi alanlarına girmiştir. Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili çalışmalar, kimin hizmet aldığı veya almadığı, alanın ne kadar ve hangi tip sağlık hizmetini kullandığıyla, almayanın kim olduğu ve neden almadığıyla ilgilenir. Sağlık hizmeti kullanım verileri sağlık hizmeti hakkında yapılan anketlerden, hekim dosyalarından, hastane veya diğer kurumsal kayıt verilerinden elde edilebilir.<sup>5</sup>

Aday<sup>5</sup>, sağlık hizmeti kullanımını tür, amaç, yer ve zaman aralığı olmak üzere kullanımın göstergelerini yansıtan dört ana boyutuyla karakterize etmiştir. Kullanım türü esas olarak hizmet verilen kategori (hekim, diş hekimi veya diğer uygulayıcıların hizmetleri, hastane veya uzun süreli bakım başvuruları, reçeteler, tıbbi donanım vs.) için kullanılır. Kullanım amacı, bakımın neden arandığına (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) işaret eder. Kullanım yeri yani başvuru birim, hizmetlerin alındığı yere karşılık gelir. Ayaktan tedavi verilen yerler (örn, Hastane poliklinik, Aile sağlığı merkezi), yataklı tedavi verilen yerler (örn, Hastane servisleri) veya hastanın kendi evidir. Zaman aralığı, belirli bir zaman aralığında hizmetin alınıp alınmadığı (temas) ve belirli bir dönemde alınan toplam hizmet sayısı (hacim) ölçütlerini ifade eder.<sup>5</sup>

Sağlık hizmeti kullanımının ölçülmesi, toplumun sağlık durumunun ve hizmeti kullanamayan grupların belirlenmesinde, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliğinin

saptanmasında, sektörün yeniden yapılandırılmasında ve geleceğe ilişkin yeni planlamalar yapılması açısından önemlidir. Sağlık hizmeti kullanımı, sistemin arzı ile toplumun talebinin bir sonucudur ve toplumun sağlık sistemiyle temas kurmasını etkileyebilecek demografik, sosyoekonomik, fiziksel ve kültürel değişkenlerden etkilenir.<sup>14</sup>

### 2.2.1. Sağlık Hizmet Kullanımını Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmet kullanımı oldukça kompleks bir davranıştır. Kişi hekimle ilk karşılaşana kadar hizmet kullanımında belirleyici rol oynar. Kişiler sağlıklı iken hizmet kullanımı hakkında duyarlı olmayabilir. Ancak sağlık arayışı içine girdiğinde, farkına varma (bir kişinin tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyması), hizmetlerin ulaşabilirliği (zaman ve uzaklık), kabul edilebilirliği (kullanılacak hizmete duyulan güven ve kullanma arzusu) ve ödenebilirliği (gelir ve zaman) önem kazanır.<sup>15,16</sup>

Kullanım doğrudan kişinin isteği ile olabileceği gibi sağlık personelinin yönlendirmesi ile de olabilir. Kişi hekimle ilk karşılaştıktan sonra kullanım daha çok hekim tarafından belirlenir.<sup>14</sup>

Sağlık hizmet kullanımı, sosyo-demografik faktörlere, sosyal yapılara, eğitim düzeyine, cinsiyet ayrımcılığına, kadının statüsüne, ekonomik ve politik sistemlere, çevre koşullarına, hastalık tipi ve sağlık sisteminin kendisine bağlı olabilir.<sup>5</sup> McKinlay<sup>5</sup>, sağlık hizmeti kullanımının yordayıcılarını (prediktörlerini) nitelendirmek için altı ana yaklaşım belirlemiştir: 1) demografik 2) sosyal yapısal 3) sosyal psikolojik, 4) ekonomik, 5) örgütsel ve 6) sistemler (bkz. Tablo 1).

**Tablo 1. Sağlık Hizmet Kullanımı Yordayıcıları**

Yaklaşımlar	Yordayıcılar
Demografik	Yaş, cinsiyet, medeni hal, aile büyüklüğü, ikamet yeri
Sosyal yapısal	Sosyal sınıf, etnisite, eğitim, meslek
Sosyal psikolojik	Sağlık inançları, değerleri, tutumları, normları, kültürü
Ekonomik	Aile geliri, sigorta kapsamı, hizmet bedeli, sağlayıcı / nüfus oranları
Örgütsel	Doktor uygulamalarının organizasyonu, sevk kalıpları, yardımcı donanım kullanımı, düzenli bakım kaynağı
Sistemler	Yukarıdakilerin hepsi veya çoğu, karşılıklı ilişki kümesi bağlamında değerlendirilir.

Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen değişkenler arasında en sık ölçülen değişkenler olan yaş, cinsiyet, evlilik durumu, etnik köken, eğitim, gelir durumu, sağlık sigortası varlığı, bölge özellikleri ve sağlık sisteminin özellikleri başlıklar halinde aşağıda sunulmuştur.

**Yaş:** Farklı yaş grupları farklı sağlık risklerine ve hastalıklarına sahiptir. Dolayısıyla yaş, sağlık hizmet kullanımının sıklığı, süresi ve türleriyle önemli derecede ilişkilidir. Beş yaş altı çocuklar, bebek/çocuk izlemi, 15-49 yaş kadınlar gebe/loğusa izlemi ve aile planlaması nedeniyle koruyucu sağlık hizmet kullanımını eğilimleri daha fazladır. Yaşlılar ise kronik hastalıklar (iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon diyabet, kanserler, demans vb.) nedeniyle tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmet kullanım eğilimleri daha fazladır.<sup>5,14,17,18</sup>

**Cinsiyet:** Hizmet kullanımında cinsiyet farklılığına bağlı yapılan çalışmalar kadınların genelde erkeklerden daha fazla hizmet kullandığını göstermiştir. Bunun sebepleri olarak doğum ile ilgili bakım, kadınların erkeklere göre sağlıkla ilgili tutum ve sağlık arama davranışındaki farklılıklar gösterilmiştir. Kadınlar sağlıkla daha fazla ilgilenirler ve sağlık şikayetleri için yardım aramaları erkeklerden daha olasıdır.<sup>5,14,17-20</sup>

**Evlilik Durumu:** Çeşitli araştırmalar medeni duruma göre sağlık hizmetlerinin kullanımında farklılıklar olduğunu göstermiştir. Evli insanlarla karşılaştırıldığında, boşanmış ve dul kadınların daha yüksek, hiç evlenmemiş kadınların ise daha düşük sağlık hizmet kullanımı olduğu gösterilmiştir.<sup>21-23</sup>

**İrk/Etnik Köken:** Sağlık hizmeti kullanımındaki etnik farklılıkların altında yatan faktörler karmaşıktır. ABD’de yapılan çalışmalara göre; Hispaniklerin sağlık hizmetleri ile ilgili dil engellerinin varlığı, hizmet sağlayıcıların orta sınıf değer ve tutumları, doktoru görmek için daha uzun bekleme süreleri, farklı ziyaretlerde hastalara farklı doktorların atanması ve birçok kişinin sağlık sigortası olmaması, tıbbi hizmetlerin kullanımına önemli bir engel teşkil eder.<sup>5,24</sup>

**Göçmen olmak:** Göçmenler, daha kötü fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları ve yetersiz sağlık bakım riski nedeniyle savunmasız bir gruptur. Göçmenlerin yerli-doğumlu olanlara göre bir sağlık sigortasına sahip olmaları, düzenli bir bakım ya da doktora sahip olmaları ve sağlık hizmetlerini kullanmaları daha az olasıdır.<sup>25</sup>



**Eğitim:** Eğitimin kullanımla olan ilişkisi genel olarak incelenen göstergenin türüne göre değişir. Bununla birlikte, koruyucu sağlık hizmeti kullanımının önemli bir belirleyicisi olduğu görülmektedir. Daha iyi eğitilmiş kişilerin genel fizik muayenesi, bağışıklığı, koruyucu hizmetleri kullanımı ve (kadınlar için) hamileliğin erken döneminde bir doktor görmü olmasđ olasılığı daha yüksektir. Ayrıca diş hekimlerine gitme olasılığı ve gittikten sonra daha fazla ziyaret etme olasılığı daha yüksektir. Daha az eğitime sahip kişilerin tedavi edici hizmetleri kullanması (hastaneye daha fazla yatması) muhtemeldir.<sup>5,26</sup>

**Gelir Durumu:** Eğitim durumuyla arasında paralellik bulunmaktadır. Gelir durumu daha çok kişilerin sağlık hizmet kullanım amaçlarında farklılık göstermektedir. Gelir durumu orta ve yüksek olan kişiler daha iyi beslenme barınma olanaklarına sahip oldukları için sağlık statüleri gelir durumu düşük olanlara göre daha iyi olacaktır ve tedavi edici hizmetleri kullanması daha az olası olacaktır. Tersine düşük gelirli kişilerin daha kötü yaşam koşulları nedeniyle tedavi edici hizmetleri kullanmaları hatta geleneksel tedavileri kullanmaları beklenir. Düşük gelirli insanlarda hastaneye yatışlar ve ortalama yatış süreleri daha yüksektir, bu da onların kötü sağlık durumlarını ve daha ağır tıbbi sorunları yansıtır.<sup>5,27</sup>

**Sağlık Sigortası:** Sigortasız olmak, bir ülkede tıbbi yoksunları tanımlamada kullanılan temel ltlerdendir. Diğer faktörler sabit tutularak yapılan çalışmalarda, sigortasız kişilerin diğerlerine göre doktora gitme, hastaneye yatırılması ve yatış süresi, koruyucu sağlık hizmetlerini kullanması ihtimali çok daha az olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, sigortalı olma ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir.<sup>5,28-31</sup>

**Bölge zellikleri:** Kentsel alanlarının dışında yaşayan insanlarda çoğu hizmet türü için kullanım oranı daha düşük olma eğilimindedir. Bölgede sağlık kurumlarına uzaklık, ulaşıma harcanan zaman ve maliyet arttığa hizmet kullanımı azalmaktadır.<sup>5,32</sup>

**Sağlık Sisteminin zellikleri:** Toplumda tıbbi bakımın kaynaklarının ne düzeyde olduğu, nasıl organize edildiği ve finans kaynakları hizmet kullanımını belirleyen temel özelliklerdendir. Sağlık kurumu ve personel sayısının yeterli olması, kaynakların orantılı ve sistemli bir şekilde dağılımı, kişilerin düzenli bir bakım kaynağına sahip olması, hizmetlere erişimi ve kullanımını artırır. Finansman mekanizmalarında cepten

harcamaların olması, özellikle yoksul kesimde sağlık hizmet kullanımını olumsuz yönde etkiler.<sup>5,14,33,34</sup>

Farklı perspektiflerden (ekonomik, psikososyal, davranışsal, epidemiyolojik vb.) hangi değişkenlerin sağlık hizmet kullanımını ne derecede etkilediğini anlamak için teorik sağlık hizmet kullanım modelleri oluşturulmuştur. Bunlardan en önemlileri Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli'dir.<sup>13</sup>

### **2.2.2. Sağlık İnanç Modeli**

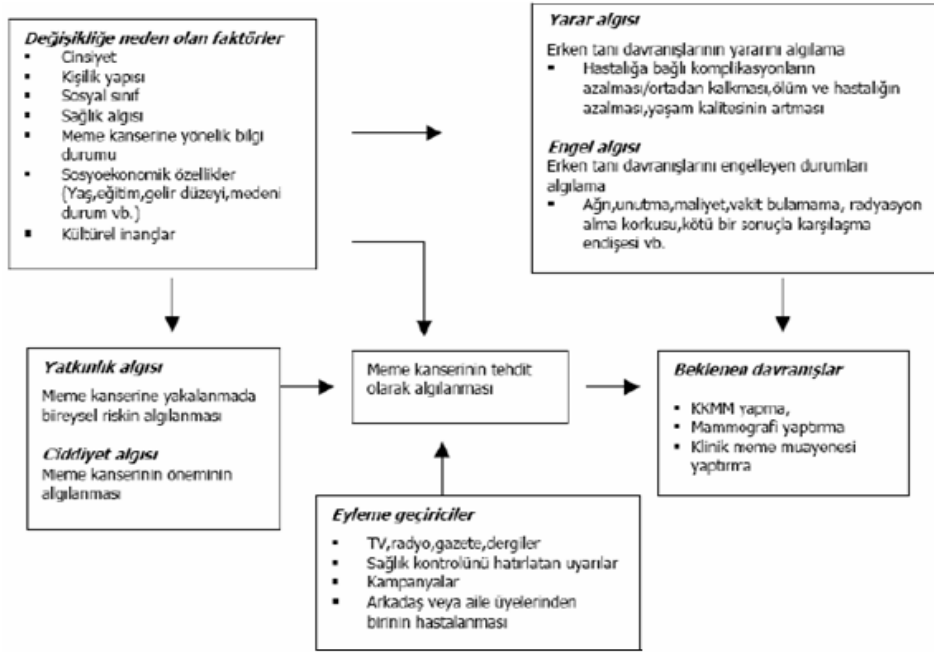
Sağlık İnanç Modeli, 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir.<sup>35</sup> Koruyucu sağlık hizmeti anlayışında uygulanması için (sağlık davranışı) tasarlanmıştır, ancak daha sonra hastalığa yanıt olarak bakım arayanların (hastalık davranışı) ve hastalıklardan kurtulmak için gereken aktivitelerin (hasta rol davranışı) açıklanmasında uygulanmıştır.<sup>5,36,37</sup>

Sağlık inanç modelinin temel kavramları duyarlılık-ciddiyet algısı, yarar-engel algısı ve eyleme geçiriciler olarak belirlenmiştir. Modele göre, çeşitli demografik, psikososyal ve yapısal faktörler davranışa etki edebilir. Davranışlar, bireyin sübjektif algıları ve motivasyonları (inançları) üzerindeki etkiler yoluyla oluştuğu düşünülmektedir.<sup>5,36,37</sup>

Her birey kendi sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek bir durumun yaşanma ihtimaline dair algıya sahiptir. Algılanan duyarlılık olarak tanımlanan bu durum demografik değişkenler, sosyoekonomik değişkenler ve hastalığa bağlı olarak kişiler arasında farklılık gösterir. Örneğin ailesinde kolon kanseri olan bir erkeğin bu hastalığa karşı daha duyarlı olması beklenir. Algılanan ciddiyet, kişinin belirli bir hastalığın etkileri konusunda sahip olduğu inançları ifade eder. Bu etkiler hastalığın yaratacağı zorluklar (örn; ağrı ve rahatsızlık, çalışma süresinin kaybı, mali yükler, aileyle ilgili zorluklar, ilişkiler) açısından değerlendirilebilir.<sup>5,36,37</sup>

Kişi bir hastalığa olan duyarlılığını ve o hastalığın ciddiyetini kabul ettikten sonra, korunmasına yönelik veya hastalıkla mücadele için harekete geçmesi beklenir. Yarar algısı, hastalıkla ilgili önerilen eylemin etkinliğine inanmadır. Bununla birlikte kişi eylemin etkinliğine inansa bile harekete geçmeyebilir. Bu eylemin özellikleriyle (uygunsuz, acı verici vb.) ilgili olabilir ve engel algısı olarak tanımlanır.<sup>5,36,37</sup>

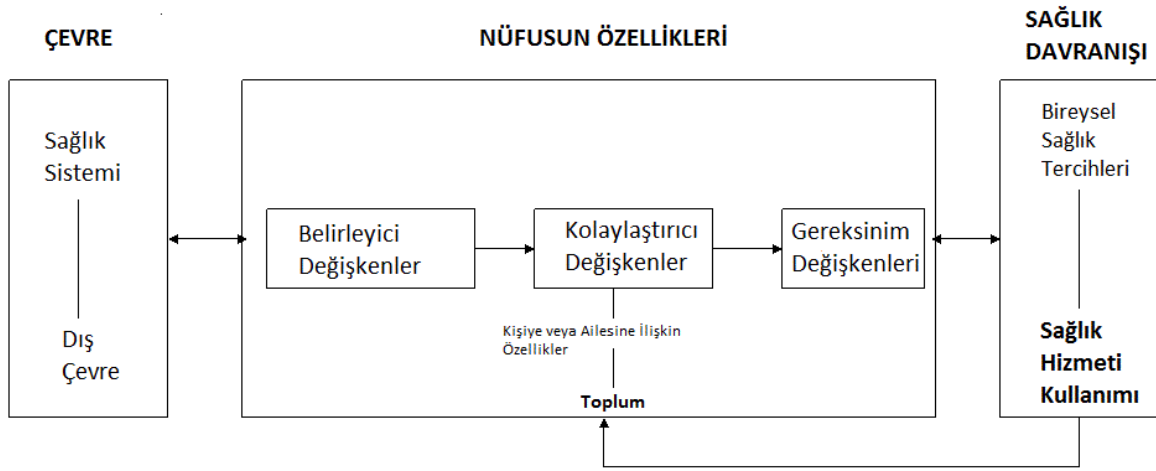
Sonuç olarak kişinin harekete geçmeye sübjektif hazır olma durumu, bireyin belli bir hastalığa duyarlı olma algısı ve hastalığa yakalanma sonuçlarının muhtemel ciddiyet algısı ile belirlenir. Önerilen sağlık davranışını tetiklemek için iç (örn; semptomlar) veya dış (örn. kişiler arası etkileşimler, kitle iletişim araçları, medya iletişimi) kaynaklardan gelen bir " harekete geçmek için işaret" olmalıdır. Önerilen eylemde yer alan fiziksel, finansal ve diğer maliyetlerin engel algısına karşı bireyin savunulan sağlık davranışını uygulanabilirliği ve etkililiği açısından değerlendirmesi sağlık hizmeti kullanmasını belirler. Şekil-1’de sağlık inanç modeline göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar model üzerinde gösterilmiştir.<sup>5,36,37</sup>



**Şekil 1. Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar.** Kaynak: Nahcivan N. Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 7(1):33-38

### 2.2.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli

Hizmet kullanım davranışlarını anlamak için kurumsal ve bireysel faktörlerin çeşitliliğini içine alan bütüncü bir sistem yaklaşımı geliştirmeye önemli bir ilgi olmuştur. Bu perspektif, 1968'de Ronald Andersen tarafından oluşturulan Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli tarafından önemli ölçüde temsil edilmektedir (Şekil 2). Sağlık hizmeti kullanımını açıklamak için araştırmacılar genel olarak Andersen tarafından geliştirilen belirleyici, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri kavramlarını kullanmaktadır.<sup>5</sup>



Şekil 2. Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli

Kaynak: RM Andersen, Revisiting the behavioral model and Access to medical care: does it matter? J Health Social Behavior 1995;36:1-10

Modelde sağlık sistemini, sağlık politikaları ve hizmet sunum sistemi tanımlar. Tıbbi bakıma erişim ve kullanım, sağlık politikası belirleyicileri ve yöneticiler tarafından genellikle değerlendirilmek istendiği için sağlık politikasının hizmet kullanımı ve erişimini değiştirmeye etkisi vardır. Bu nedenle sağlık politikaları, kullanım davranışının değerlendirilmesinde başlangıç noktasıdır.<sup>5,18</sup>

Hizmet sunum sistemi, iki ana unsur (kaynak ve organizasyon) ile karakterize edilir. Bu özellikler yapısal özelliktedir. Kaynaklar, sağlığa ayrılan işgücü ve sermayedir. Sağlık personeli, sağlık tesisleri, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ekipman ve malzemeleri içerir. Kaynağın bileşenleri, bir bölgedeki tıbbi kaynakların hacmi ve dağılımıdır.<sup>5,18</sup>

Organizasyon, sistemin kaynaklarıyla ne yaptığını açıklar. Tıbbi personel ve tesislerin, tıbbi hizmetler sağlama sürecinde koordine edilmesi ve denetlenme biçimini belirtir. Organizasyonun bileşenleri giriş ve yapıdır. Giriş, sisteme girme sürecini (ulaşma süresi, bekleme süresi, vb.) belirtir. Andersen ve arkadaşları bu bileşeni "erişim" olarak ifade eder ve bunu "hastanın tıbbi bakım sistemine girmesini ve tedavi sürecini sürdürmesini sağlayan araç" olarak tanımlar. Yapı, sisteme girdikten sonra hastaya ne olduğunu belirleyen sistemin özellikleri (kimin gördüğü, nasıl tedavi edildiği) ile ilgilidir.<sup>5,18</sup>

Modelde, dış çevre faktörleri ile kastedilen toplumun ekonomik gelişmişlik düzeyi, görece refah, şiddet ve stres düzeyi ile toplumsal normlardır.<sup>5,18</sup>

Risk altındaki nüfusun özellikleri ise belirleyici, kolaylaştırıcı ve gereksinim değişkenleri üzerinden anlatılır.<sup>18,26,27,38,39</sup>

Belirleyici değişkenler, doğrudan sağlık hizmeti kullanımını etkilememekle birlikte dolaylı olarak kişilerin başkalarına göre sağlık hizmeti kullanmaya olan eğilimini yansıtan özelliklerdir. Bunlar temel demografik özellikler (örn; yaş, cinsiyet, aile büyüklüğü), sosyal yapı ve bireyin toplum içindeki yeri (örn; ırk ve etnisite, eğitim, istihdam durumu ve meslek) ve sağlık hizmetlerine yönelik tutum, davranış ve inanç özellikleridir.<sup>18,26,27,38</sup>

Kolaylaştırıcı değişkenler doğrudan sağlık hizmeti kullanımını etkileyen, kişilere sağlık hizmeti olanaklarını daha ulaşılabilir kılan özelliklerdir. Kişiyeye ve ailesine ilişkin özellikler (gelir, sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, düzenli bakım kaynağının olması) ve kişinin yaşadığı bölge ve toplumun özelliklerini (kır/kent özellikleri, bakıma ilişkin coğrafi yakınlığı, bölgenin gelişmişlik düzeyi, sağlık personel ve kuruluşlarının nüfusa oranı) gösterir.<sup>18,26,27,38</sup>

Belirleyici ve kolaylaştırıcı özelliklerin üzerine kişinin sağlık hizmeti kullanması için kişinin bir hastalığı veya hasta olma olasılığının farkına varması gerekir. Gereksinim değişkenleri, kişinin sağlık bakım ihtiyacını gösterir ve hizmet kullanımını en doğrudan etkileyen özelliktir. Algılanan gereksinim ve değerlendirilen gereksinim olmak üzere iki başlıkta incelenir.<sup>40</sup>

Algılanan gereksinim, kişinin kendi sağlık durumuyla ilgili kendini (sağlığını mükemmel, iyi, orta veya zayıf görüp görmedikleri vb. ) değerlendirmesidir. Kişi sağlık gereksinimine karar verdikten sonra sağlık hizmetini talep eder. Bu şekilde kendi sağlığını

zayıf olarak değerlendiren kişiler, yıl içinde bir doktora gitme olasılığı ve hastaneye yatış sayıları daha yüksektir.<sup>5,18,26,27,38,40,41</sup>

Hekim tarafından kişinin sağlık gereksiniminin profesyonel bir şekilde değerlendirmesi, değerlendirilen gereksinim olarak tanımlanır. Hekimler hastanın durumunu anamnez, fizik muayene bulguları, laboratuvar testleri ve klinik kararlara dayanarak değerlendirirler. Tanı türü veya hastalık kategorisi, hekim ziyaretlerinin sayısını ve sağlayıcı türlerini etkiler. Hekim hastayı tıbbi olarak değerlendirdikten sonra hizmet kullanımına yön verir.<sup>5,18,26,27,38,40,41</sup>

Bu aşamaya kadar davranışsal model, sağlık hizmeti kullanımını, çevresel (sağlık sistemi ve dış çevre özellikleri) ve bireysel düzeydeki belirleyiciler (belirleyici, kolaylaştırıcı ve gereksinim değişkenleri) üzerinden açıklamaya çalışmıştır. Andersen son olarak sağlık davranışı (kişisel bakım, yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite) ve kullanıcı memnuniyetinin sağlık hizmeti kullanımını etkilediğini belirterek modele eklemiştir.<sup>26</sup>

Davranışsal modelde, risk altındaki nüfusun karakteristiğini oluşturan belirleyici, kolaylaştırıcı ve gereksinim değişkenlerinin hizmet kullanımı esnasındaki görece baskınlık dereceleri, hizmetlerin hakkaniyetli bir şekilde sunulmuş olup olmadığını değerlendirmede kullanılabilir. Mevcut sağlık sisteminde hizmet kullanımı, öncelikli olarak gereksinim değişkenleri ve demografik değişkenlerle (örneğin; yaş, cinsiyet) açıklanır, hakkaniyetli kullanıldığı söylenebilir. Buna karşın kolaylaştırıcı değişkenlerin (örneğin; sigorta kapsamı, gelir), kişinin hizmet kullandığı konusunda sağlık sisteminin en önemli göstergesi olması halinde, hakkaniyetli olmayan bir sistemin mevcut olduğu söylenebilir.<sup>33,40</sup>

Davranışsal modelde öne sürülen bir kavram da bazı değişkenlerin değiştirilebilir bazılarının değiştirilemez olduğudur. Değiştirilebilirlik düzeyi yüksek olan bileşenler, uygulanan sağlık politikalarında hem sağlık hizmeti kullanımını etkilemek hem de hakkaniyeti gözetmek için bir araç olarak kullanılabilir.<sup>33,40</sup>

Yaş, cinsiyet, ırk veya ikametgâh gibi demografik değişkenler “değiştirilemez” olarak adlandırılır ve sağlık politikası bu nitelikleri doğrudan değiştiremez. Bireyin toplum içindeki yerini (örneğin; eğitim, istihdam durumu ve meslek) gösteren değişkenlerde kısa vadede değiştirilemez ancak sağlık hizmetlerine yönelik tutum, davranış ve inanç özelliklerini orta vadede değiştirmek ve hizmet kullanımını artırmak mümkündür.<sup>33,40</sup>

Kolaylaştırıcı değişkenler (gelir, sağlık sigortası, kıy/kent özellikleri, bölgedeki mevcut sağlık imkanları) en yüksek değiştirilebilirlik imkanı olan bileşendir. Ayrıca gereksinim değişkenleri de toplumun sağlık bilgisi artırma müdahalesiyle sağlık hizmet kullanımını artırma veya azaltma noktasında değiştirilebilirlik imkanı yüksek bir bileşendir.<sup>33,40</sup>

#### **2.2.4. Sağlık Hizmet Kullanım Göstergeleri**

Hizmet sunum sistemi veya kişiler için erişimi ve kullanımı değerlendirebilecek mevcut veya toplanabilir ampirik verilere ilişkin bir takım göstergeler belirlenmiştir. Hizmet kullanımını göstergeleri, süreç ve sonuç göstergeleri olarak iki ana kategoride değerlendirilebilir.<sup>18</sup>

Süreç göstergeleri, hizmet sunum sisteminin ve risk altındaki nüfusun özelliklerini yansıtır. Kaynakların hacmi ve dağılımına ilişkin göstergeler, doktor sayısı, hastane sayısı, hastane yatakları, cihaz sayıları ve nüfus birimi (veya coğrafî alan) başına ambulans gibi verilerden oluşturulabilir. Organizasyona ilişkin göstergeler, sisteme ilk girişi etkileyen ortalama ulaşım süresi, ortalama randevu bekleme süresinin yanı sıra acil servisin ilk çağrısından ambulansa varışa kadar ortalama müdahale süresi gibi verilerden oluşturulabilir. Nüfus özelliklerini yansıtacak göstergeler ise topluma yapılan anketlerden elde edebilir. Bu veriler sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış özellikleri, gelir durumu, sigortalı olma durumu gibi değişkenleri içerebilir.<sup>18</sup>

Sonuç göstergeleri kullanımın çıktılarını yansıtmaktadır. Hem nesnel hem de sübjektif olabilirler. Kullanılan hizmet türü, bakımın yapıldığı yer, amacı, zaman aralığına göre ölçülebilir. Bu göstergeler genelde kişi başı hekime müracaat sayısı, kurum bazlı müracaat sayıları, bir yıl içinde yatan hasta sayısı, yatak doluluk oranı, ortalama kalış günü, yatak devir hızı ve aralığı, ameliyat sayıları ve ilaç tüketimlerini içerebilir. Sağlık hizmetleri memnuniyet ölçümleri de koordinasyon, nezaket, tıbbi bilgi ve genel bakım kalitesi gibi değişkenler üzerinden kişilerin sübjektif olarak memnuniyet durumunu yansıtacaktır.<sup>18</sup>

### 2.2.5. Türkiye’de Sağlık Hizmet Kullanımı Verileri

Türkiye’deki sağlık hizmeti kullanım verileri Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016’dan derlenmiştir. Sadece sağlık harcamaları ile ilgili veriler Türkiye İstatistik Kurumu’ndan (TÜİK) alınmıştır. Veriler, süreç (kaynaklar) ve sonuç (kullanım) göstergeleri üzerinden paylaşılacaktır.

#### Süreç Göstergeleri:

- ❖ 2016 yılı itibariyle Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluş sayıları Tablo 2’de gösterilmiştir.<sup>42</sup>

**Tablo 2. Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapısı Sayıları, 2016, Sağlık Bakanlığı**

Birimler	2016
Aile Sağlığı Merkezi	7.636
Aile Hekimliği Birimi	24.428
Toplum Sağlığı Merkezi	970
Sağlık Evi	5.419
AÇSAP Merkezi	181
Verem Savaş Dispanseri	180
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	159
112 Acil Yardım İstasyonu	2.400
112 Acil Sağlık Ambulansı	4.840

- ❖ Aile hekimi başına düşen nüfus 3.267, ambulans başına düşen nüfus ise 16.491 olarak hesaplanmıştır.<sup>42</sup>
- ❖ Tablo 3’te 2016 yılında Türkiye’deki hastane sayıları ve yatak sayıları sektörlere göre gösterilmiştir.<sup>42</sup>

**Tablo 3. Sektörlere Göre Türkiye’de Hastane, Yatak ve Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2016, Sağlık Bakanlığı**

Hastaneler	Sayı	Yatak Sayısı	YB Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	876	132.921	13.625
Üniversite Hastaneleri	69	37.707	5.420
Özel Hastaneleri	565	47.143	14.018
<b>Toplam</b>	<b>1.510</b>	<b>217.771</b>	<b>33.063</b>



- ❖ 2002 yılında 271'i (%23) özel sektörde olmak üzere toplam 1.156 hastane var iken; 2016 yılında 565'i (%37) özel sektörde olmak üzere toplam 1.510 hastane bulunmaktadır (Tablo 3).<sup>42</sup>
- ❖ Özel sektör, toplam yatak sayısının %21'ine sahip iken; yoğun bakım yatak sayısının %42'sine sahiptir (Tablo 3).<sup>42</sup>
- ❖ Her 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 27,3, yoğun bakım yatak sayısı ise 4,1 olarak hesaplanmıştır. Avrupa Birliği ülkelerinde 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 51,4'tür.<sup>42</sup>
- ❖ Toplam 1.861 ameliyathane sayısı, 6.126 ameliyathane odası ve 6.595 ameliyathane masası bulunmaktadır.<sup>42</sup>
- ❖ 332'si (%40) özel sektörde olmak üzere toplam 860 hemodiyaliz merkezi bulunmaktadır. Üçte ikisi özel sektörde olmak üzere 16.675 hemodiyaliz cihazı bulunmaktadır.<sup>42</sup>
- ❖ Tablo 4'te Türkiye'deki toplam görüntüleme cihaz sayıları ve her bir milyon kişi başına düşen cihaz sayıları verilmiştir.<sup>42</sup>

**Tablo 4. Türkiye'de Görüntüleme Cihaz Sayıları, Sağlık Bakanlığı,2016**

	Sayı	Milyon Kişi başına düşen cihaz sayısı
<b>MR</b>	836	10,5
<b>BT</b>	1.152	14,4
<b>USG</b>	5.470	68,5
<b>EKO</b>	2.121	24,1
<b>Mamografi</b>	931	11,4

- ❖ 836 MR cihazının 428'i (%51) özel sektörde bulunmaktadır. Bir milyon kişi başına düşen MR cihaz sayısı ülkemizde 10,5 iken; Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde 16,2'dir.<sup>42</sup>
- ❖ 1152 BT cihazının 493'ü (%43) özel sektörde bulunmaktadır. Bir milyon kişi başına düşen BT cihaz sayısı ülkemizde 14,4 iken; OECD ülkelerinde 26,8'dir.<sup>42</sup>
- ❖ 5470 USG cihazının 2011'i (%37) özel sektörde bulunmaktadır. 2121 EKO cihazının 694'ü (%33) özel sektörde bulunmaktadır. 931 mamografi cihazının 501'i (%54) özel sektörde bulunmaktadır.<sup>42</sup>

- ❖ Sağlık personeli sayıları Tablo 5’te gösterilmiştir. 2016 yılında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 181 (54’ü pratisyen, 99’u uzman hekim), hemşire ve ebe sayısı 257, diş hekimi 33 ve eczacı 35 olarak hesaplanmıştır.<sup>42</sup>

**Tablo 5. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Ünvanlara Göre Dağılımı, 2016, Sağlık Bakanlığı**

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
<b>Uzman Hekim</b>	40.544	15.905	22.171	78.620
<b>Pratisyen Hekim</b>	37.173	203	5.682	43.058
<b>Asistan Hekim</b>	8.615	14.534	-	23.149
<b>Toplam Hekim</b>	86.332	30.642	27.853	144.827
<b>Diş Hekimi</b>	9.125	2.403	15.146	26.674
<b>Eczacı</b>	2.318	308	25.238	27.864
<b>Hemşire</b>	103.507	22.650	26.795	152.952
<b>Ebe</b>	47.766	748	3.942	52.456
<b>Diğer Sağlık Personeli</b>	104.446	11.043	29.120	144.609
<b>Diğer Personel ve Hizmet Alımı</b>	204.778	67.605	49.569	321.952
<b>Toplam Personel Sayısı</b>	558.272	135.399	177.663	871.334

### Sonuç Göstergeleri:

- ❖ Toplam hekime müracaat sayısı 2002 yılında yaklaşık 209 milyon iken; 2016 yılında yaklaşık 686 milyon olmuştur.<sup>42</sup>
- ❖ Başvuruların %31’lik kısmı birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılırken geriye kalan % 69’luk kısım ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmıştır.<sup>42</sup>
- ❖ 2002 yılında yıl boyunca kişi başına hekime müracaat sayısı birinci basamakta 1,1, ikinci ve üçüncü basamakta 2,0 olmak üzere toplam 3,1 iken; 2016 yılında birinci basamakta 2,7, ikinci ve üçüncü basamakta 5,9 olmak üzere toplam 8,6 olmuştur (Tablo 6). OECD ülkelerinde toplam kişi başı hekime müracaat sayısı 6,9’dur.<sup>42</sup>

**Tablo 6. Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı, 2016, Sağlık Bakanlığı**

	<b>Başvuru Sayısı</b>	<b>Kişi Başına Başvuru Sayısı</b>
<b>Aile Hekimliği</b>	205.549.931	2,6
<b>Verem Savaş Dispanseri</b>	1.374.153	0,1
<b>Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi</b>	525.011	
<b>Toplum Sağlığı Merkezleri Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler</b>	8.080.631	
<b>Özel Poliklinikler</b>	461.013	
<b>Birinci Basamak Toplamı</b>	<b>215.990.739</b>	<b>2,7</b>
<b>Özel Tıp Merkezleri</b>	22.069.610	0,3
<b>Hastaneler</b>	447.648.830	5,6
<b>Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler</b>	340.080.539	4,3
<b>Üniversitelere Bağlı Hastaneler</b>	36.420.413	0,5
<b>Özel Sektöre Bağlı Hastaneler</b>	71.147.878	0,9
<b>2. ve 3. Basamak Toplamı</b>	<b>469.718.440</b>	<b>5,9</b>
<b>Genel Toplam</b>	<b>685.709.179</b>	<b>8,6</b>

- ❖ 2002 yılında toplam yatan hasta sayısı yaklaşık 5,5 milyon iken; 2016 yılında yaklaşık 13,4 milyona yükselmiştir ve bunun %56’sı Sağlık Bakanlığı hastanelerine yatmıştır.<sup>42</sup>
- ❖ 2002 yılında yaklaşık 1,6 milyon ameliyat yapılmış iken; 2016 yılında 4,8 milyon ameliyat yapılmış ve bunun %52’si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılmıştır.<sup>42</sup>

- ❖ Ameliyat sayısının toplam müracaat sayısına oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 0,7, Üniversite hastanelerinde 2,2, Özel hastanelerde 2,1 olmak üzere toplamda 1,1 olarak hesaplanmıştır.<sup>42</sup>
- ❖ Tablo 7’de aşağıda tanımlanan bazı sağlık hizmeti kullanım göstergeleri yıllara göre bir arada verilmiştir. Tablo 8’de de yataklı tedavi kurumlarındaki bazı görüntüleme cihazlarının kullanım durumu gösterilmiştir.<sup>42</sup>
  - Yatak Doluluk Oranı: Bir yıl içinde yatakların ne oranda hasta tarafından kullanıldığını göstermektedir.  $(\text{Yatılan Gün Sayısı} \times 100) / (\text{Yatak sayısı} \times 365)$  şeklinde hesaplanmaktadır.<sup>42</sup>
  - Ortalama Kalış Günü: Bir hastanın hastanede kaldığı ortalama gün sayısını göstermektedir.  $(\text{Yatılan Gün Sayısı}) / (\text{Taburcu} + \text{Ölen}) \text{ Kişi Sayısı}$  şeklinde hesaplanmaktadır.<sup>42</sup>
  - Yatak Devir Hızı: Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını göstermektedir.  $(\text{Taburcu} + \text{Ölen}) \text{ Kişi Sayısı} / (\text{Yatak Sayısı})$  şeklinde hesaplanmaktadır.<sup>42</sup>
  - Yatak Devir Aralığı: Bir hasta yatağının kaç gün boş kaldığını göstermektedir.  $(\text{Yatak Sayısı} \times 365 - \text{Yatılan Gün Sayısı}) / (\text{Taburcu} + \text{Ölen}) \text{ Kişi Sayısı}$  şeklinde hesaplanmaktadır.<sup>42</sup>

**Tablo 7. Yıllara Göre Yatak Doluluk Oranı, Ortalama Kalış Günü, Yatak Devir Hızı ve Aralığı, Tüm Sektörler**

Yıllar	Yatak Doluluk Oranı	Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)	Yatak Devir Aralığı (Gün)
2002	59,4	5,8	37,1	4,0
2005	65,5	5,3	45,0	2,8
2010	63,8	4,1	57,1	2,3
2016	68,1	4,0	61,8	1,9

- ❖ 68,1 olan yatak doluluk oranı sektör bazlı incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 68,7, Üniversite hastanelerinde 76,0 ve Özel hastanelerde 60,3 olarak hesaplanmıştır. OECD ülkelerinde akut yatak doluluk oranı 74,3’tür.<sup>42</sup>
- ❖ 4,0 olan ortalama kalış günü sektör bazlı incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 4,4, Üniversite hastanelerinde 5,7 ve Özel hastanelerde 2,6 olarak hesaplanmıştır. OECD ülkelerinde ortalama kalış günü 8,2’dir.<sup>42</sup>

- ❖ 61,8 olan yatak devir hızı sektör bazlı incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 56,9, Üniversite hastanelerinde 48,9 ve Özel hastanelerde 85,9 olarak hesaplanmıştır.<sup>42</sup>
- ❖ 1,9 olan yatak devir aralığı sektör bazlı incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2,0, Üniversite hastanelerinde 1,8 ve Özel hastanelerde 1,7 olarak hesaplanmıştır.<sup>42</sup>

**Tablo 8. Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Bazı Görüntüleme Cihazlarının Kullanım Durumu, Tüm Sektörler, 2016**

	<b>Toplam Görüntüleme Sayısı</b>	<b>Cihaz başına düşen Görüntüleme Sayısı</b>	<b>1.000 kişiye düşen görüntüleme sayısı</b>	<b>1.000 muayene için istenilen görüntüleme sayısı</b>
<b>MR</b>	12.533.666	14.992	157	28,0
<b>BT</b>	14.967.538	12.993	188	33,4
<b>USG</b>	27.874.288	5.096	349	62,3
<b>EKO</b>	7.509.481	3.541	94	16,8
<b>Mamografi</b>	2.017.300	2.167	25	4,5

- ❖ Cihaz başına düşen MR görüntüleme sayısı OECD ülkelerinde 5.125'tir. Cihaz başına düşen BT görüntüleme sayısı OECD ülkelerinde 6.890'dır.<sup>42</sup>
- ❖ 1.000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısı OECD ülkelerinde 67'dir. 1.000 kişiye düşen BT görüntüleme sayısı OECD ülkelerinde 147'dir.<sup>42</sup>
- ❖ 2016 yılında 2,2 milyon kutu ilaç tüketilmiştir.<sup>42</sup>
- ❖ TÜİK Yaşam Memnuniyeti araştırmasına göre sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı %75,4'tür. Avrupa Birliğinde bu oran 2014 yılı için %61'dir.<sup>42</sup>
- ❖ TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016'ya göre;<sup>43</sup>
  - Sağlık harcamaları 2016 yılında %14,5 oranında artarak, 119 milyar 756 milyon TL olmuştur.
  - Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı %94'tür.
  - Toplam sağlık harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya (GSYH) oranı %4,6'dır.
  - Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı %78,5'dir.
  - Hane halkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %16,3'tür.
  - Kişi başı sağlık harcaması, 2016 yılında %13,3 artarak, 1.524 TL olmuştur.

## 2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

### 2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Kavramsallaştırılması

*“Okuryazarlık, bireyin sağlık durumunun gelir, istihdam durumu, eğitim düzeyi ve ırksal veya etnik gruptan daha güçlü bir belirleyicidir.”<sup>44</sup>*

Okuryazarlık, okuma-yazma, temel matematik, konuşma ve konuşulanı anlama becerileri olarak tanımlanır. Yetişkinler arasındaki yetersiz okuma yazma becerileri gelişmiş ülkelerde dahi yaygındır. Okuma yazma becerileri, kişilere topluma ekonomik ve sosyal olarak daha fazla katılabilme ve günlük olaylar üzerinde daha yüksek bir kontrol sağlayabilme imkanı verir. Okuryazarlık, bireylerin sağlık bilgisi ve endişelerini anlamasına ve iletmesine olanak tanıyan becerileri sağlar. Bir popülasyondaki düşük okuryazarlık, doğrudan ve dolaylı olarak bir dizi zayıf sağlık sonucuyla ilişkilidir. Bu durum, sağlık eğitimine verilen yanıt, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve mevcut hastalığın kötü yönetilmesiyle ilişkili olarak gözlemlenebilir.<sup>45,46</sup>

Sağlık okuryazarlığını genel olarak okuryazarlıktan ayırmak önemlidir. Sağlık okuryazarlığı, 1970'lerde ortaya çıkmış olup halk sağlığı ve sağlık bakımında giderek önem kazanan bir terimdir. Sağlık okuryazarı, kendi sağlığı, ailesinin sağlığı ve toplumun sağlığını bir bağlam içine alarak, hangi faktörlerin onu etkilediğini anlayan ve onlara nasıl hitap edeceğini bilen kişidir.<sup>47-49</sup>

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı ve politika yapma konularına katılan herkesi ilgilendirmektedir.<sup>50</sup> Sağlık okuryazarlığının literatürde dar veya geniş olmak üzere birçok tanımı yapılmıştır.

Amerikan Tıp Enstitüsü'nün raporunda sağlık okuryazarlığı ve karar alma mekanizmasının toplumsal bağlamı şu şekilde tanımlanmaktadır:<sup>45,51</sup>

*“Bireylerin uygun sağlık kararları almak için gerekli olan temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini alabilme, işleyebilme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi.”*

*... bireyin becerileri sağlık bağlamlarıyla evde, işyerinde ve toplumda geniş sosyal ve kültürel faktörlerin etkileşimine dayanır.”*

Tıp Enstitüsü uzmanları, "sağlık okuryazarlığı" alanını (1) kültürel ve kavramsal bilgi, (2) konuşma ve dinleme becerileri de dahil olmak üzere sözlü okuryazarlık, (3) yazma ve okuma becerileri de dahil olmak üzere yazma okuryazarlığı ve (4) aritmetik olmak üzere

dört alana ayırmıştır. Sağlık okuryazarlığının bir dizi kapasite olarak kavramlaştırılması, sağlık okuryazarlığının kısmen bilgi temelli olduğu ve eğitim müdahalesi yoluyla geliştirilebileceği anlamına gelir.<sup>51</sup>

Nutbeam<sup>52</sup>, sağlık okuryazarlığını “İyi sağlığın teşviki ve sürdürülmesinde bilgiyi elde etme, anlama ve kullanabilmede bireysel gücü belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerdir. Temel ya da işlevsel düzeyde sağlık okuryazarlığı, iletişimsel düzeyde sağlık okuryazarlığı ve eleştirel düzeyde sağlık okuryazarlığı olarak üç düzeyde ele alınır” şeklinde tanımlamıştır.

Nutbeam’ın sınıflandırması bize okuma yazma türlerini, okuma ve yazma başarısı ölçütlerini değil, okuryazarlığın ne yapmamızı kolaylaştırdığını tanımlamaktadır. *Temel / işlevsel sağlık okuryazarlığı*, günlük durumlarda etkili bir şekilde işlev gösterebilmek için okuma ve yazmada yeterli temel becerileri kapsar. *İletişimsel / interaktif sağlık okuryazarlığı*, farklı iletişim yöntemleriyle bilgi toplamak ve anlam çıkarmak, yeni bilgileri değişen koşullarda kullanabilmek, günlük etkinliklere aktif olarak katılmaya yönelik daha ileri sosyal, bilişsel ve okuryazarlık becerileri ifade eder. *Eleştirel sağlık okuryazarlığı* ise bilgileri eleştirel bir biçimde analiz etmek ve bu bilgileri günlük yaşam üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kullanabilmeye yönelik daha gelişmiş sosyal ve bilişsel becerileri içerir. Böyle bir sınıflandırma, farklı okuryazarlık seviyelerinin kademeli olarak daha fazla özerklik ve kişisel güçlenmeye izin verdiğini gösterir. Düzeyler arasındaki ilerleme sadece bilişsel gelişimine değil, aynı zamanda farklı bilgi / mesajlara (iletişim içeriği ve yöntemi) bağlıdır.<sup>52</sup>

Nutbeam, sağlık okuryazarlığı kavramını risk ve kazanç olmak üzere iki farklı bakış açısından ele almaktadır. Risk modeli, sağlık okuryazarlığını klinik hizmetlerde tanımlanması ve uygun şekilde yönetilmesi gereken bir risk faktörü olarak belirtir. Model bir tarama aracı kullanılarak klinik durumla ilgili hastanın önceki bilgileri ve bireysel okuma yazma becerisinin değerlendirilmesiyle başlar. Bu okuryazarlık düzeyi düşük bireylerin ihtiyaçlarına daha duyarlı sağlık hizmeti organizasyonu ve klinik ortam ile iletişimin önemini yansıtır. Geliştirilmiş sağlık hizmeti organizasyonu ve sağlık personelinin artmış hassasiyeti, hastalar ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkileşimin kalitesini artırabilir. Bu durum, klinikte bireysel ihtiyaç ve kapasitelere göre belirlenmiş hasta eğitimini sağlar ve önerilen klinik bakıma uyabilecek gelişmiş hasta kapasitesiyle

sonuçlanma olasılığını yükseltebilir. Böylece, başarılı bir şekilde uygulanan klinik bakım ile ilişkili olarak iyileşen sağlık sonuçları ortaya çıkabilir.<sup>46,53</sup>

Kazanç yaklaşımı, halk sağlığı ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde köklerden gelişmiştir. Bu kavramsallaştırma, farklı sağlık eylem biçimleri (kişisel, sosyal ve çevresel) için yeterliliklerin geliştirilmesinde sağlık eğitiminin ve iletişimin rolünün anlaşılmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ve sağlıkla ilgili kişisel, sosyal ve çevresel belirleyiciler üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmasını sağlamanın bir yolu olarak görülmektedir.<sup>46,53</sup>

Kazanç modeli de duruma özel sağlık eğitimi ve iletişimin belirleneceği önceki bilgi ve yeterliliklerin bir tarama aracıyla tanınmasıyla başlar. Bu noktada model, sağlık eğitiminin amacını risk modelinden farklı olarak, sağlıkla ilgili kişisel bilgi ve becerinin geliştirilmesi, kişilerarası ve sosyal becerilerin geliştirilmesi olarak değiştirir. Burada sağlık okuryazarlığı, sonucu etkileyebilecek bir faktör olmaktan ziyade eğitim ve iletişimin sonucudur. Sağlık okuryazarlığını daha iyi geliştirmiş olan insanlar bu nedenle, kişisel davranışlar da dahil olmak üzere sigarayı bırakma gibi sosyal eylemlerle başkalarının kararlarına etki edebilme kabiliyeti ya da koruyucu tarama programlarına katılmak gibi bir dizi sağlığı geliştirici eylemde bulunmalarını sağlayacak becerilere ve yeteneklere sahip olacaklardır. Böylece sağlık okuryazarlığı sadece sağlığın geliştirilmesi değil aynı zamanda sağlığa yönelik daha geniş seçenekler ve fırsatlar yelpazesidir.<sup>46,53</sup>

DSÖ'ye göre sağlık okuryazarlığı bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesini temsil eder. Sağlık okuryazarlığı, broşürleri okumaktan daha fazlasını ifade eder. Bireylerin sağlık bilgilerine erişimi ve bunları etkin bir şekilde kullanma kapasitesini geliştirmek için sağlık okuryazarlığını güçlendirmek çok önemlidir.<sup>52</sup>

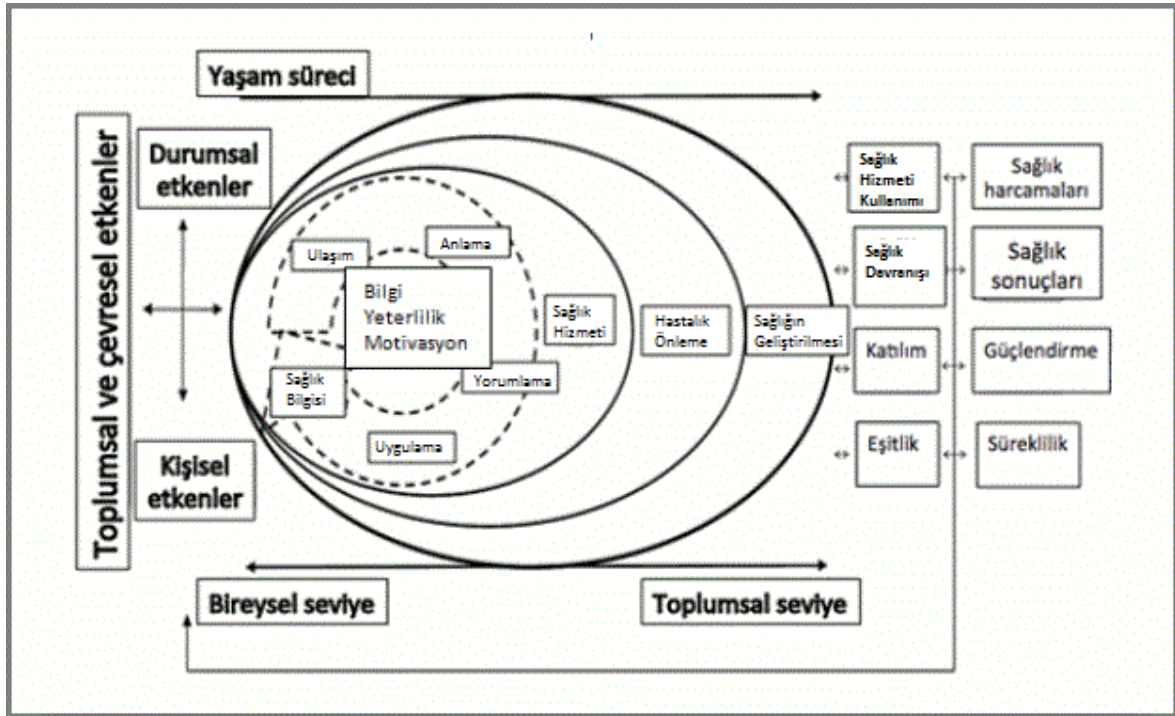
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kapsamlı ve kapsayıcı bir tanım ise şöyledir:<sup>44</sup>

“Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam süresince yaşam kalitelerini korumak veya geliştirmek, sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine



erişme, anlama, değerlendirme ve kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir.”

Konsorsiyum mevcut kavramsal modellerin ana boyutlarını yakalayan entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli önermektedir (Şekil 3). Model, sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını birleştirir ve sağlık okuryazarlığını etkileyen yakın ve uzak faktörlerin yanı sıra sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçlarını birbirine bağlayan yolları gösterir.<sup>47</sup>



Şekil 3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu Entegre Modeli<sup>47</sup>

Modelin özü, sağlıkla ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçleriyle ilgili yetkinlikleri gösterir. Bu yetkinliklerin her biri, sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil eder, belirli bilişsel nitelikler gerektirir ve sağlanan bilgilerin kalitesine bağlıdır. Yetkinlikler ayrıca Nutbeam tarafından önerilen işlevsel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı niteliklerini de içerir. Bu süreç, kişinin sağlık ortamında hasta olarak, koruyucu sağlık hizmeti sisteminde hastalık riski taşıyan bir kişi olarak ve toplulukta, işyerinde, eğitim sisteminde ve siyaset arenasında sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik çabalarla ilgili bir vatandaş olarak sağlık sürekliliğinin üç alanını gezmesine imkân tanıyan bilgi ve beceriler üretir.<sup>47</sup>

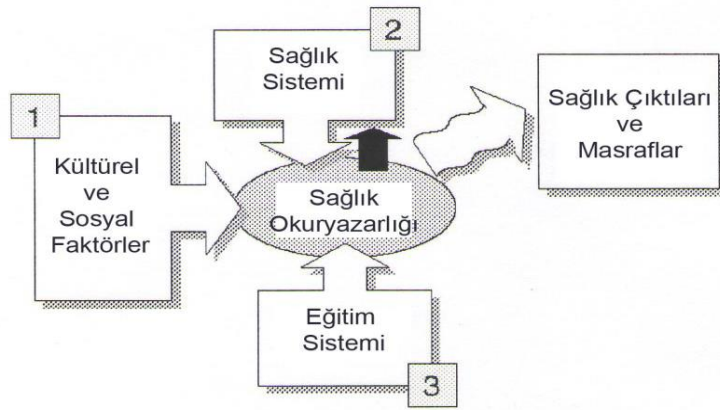
Bu üç alanın her birindeki sağlık okuryazarlığı sürecinin basamaklarından geçmek genel okuryazarlık ve sayısal becerilerinin yanı sıra gerekli bilgilere erişme, anlama, analiz etme,

değerlendirme ve sağlık için kişisel, yapısal, sosyoekonomik engelleri aşmak için bağımsız olarak hareket etme gibi belirli sağlık okuryazarlığı becerileri uygulayarak insanların sağlıklarını kontrol altına almasını sağlar. İçeriksel talepler zamanla değişebilir ve sağlık sisteminde gezinme kapasitesi bilişsel ve psikososyal gelişime bağlıdır. Mevcut tecrübeler üzerine sağlık okuryazarlığı becerileri ve yetkinlikleri yaşam süresince gelişir ve hayat boyu öğrenme ile bağlantılıdır.<sup>47</sup>

Modelde üç alanla ilişkili yapı (koruyucu, tedavi edici ve teşvik edici), bireyden toplum perspektifine doğru ilerlemeyle temsil edilmektedir. Bu nedenle, model sağlık okuryazarlığının "tıbbi" kavramlaştırmasını daha geniş "halk sağlığı" perspektifi ile bütünleştirmektedir. Sağlık hizmetleri dışındaki sağlık okuryazarlığına daha fazla ağırlık vererek koruyucu sağlık üzerine etki etme potansiyeline sahiptir ve sağlık sistemleri üzerindeki baskıları azaltır.<sup>47</sup>

### 2.3.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı bağlamını oluşturan sektörler kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemidir.<sup>45,54</sup> Bu sektörler, sağlık okuryazarlığı geliştirmek için hem zorluklar hem de fırsatlar sunan müdahale noktaları sağlarlar (Şekil 4).



#### Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesinde Potansiyel Müdahale Noktaları<sup>45</sup>

Literatürde sağlık okuryazarlığının öncülleri olarak, demografik, psikososyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra genel okuryazarlık, bireysel özellikler ve hastalığa ilişkin daha önceki deneyim ve sağlık sistemi gibi faktörlere değinilmektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik ve sosyal faktörler arasında sosyoekonomik statü, meslek, istihdam, gelir, sosyal destek, kültür ve dil, çevre ve siyasi güçler ve medya kullanımı sayılabilir.<sup>55,57</sup>

Buna ek olarak, akran ve ebeveyn etkileri ergenlerin sağlık okuryazarlığını etkileyebilir. Kişisel okuryazarlık, kişisel özellikler açısından görme, işitme, sözlü yeteneği, hafıza ve akıl yürütme, fiziksel yetenekler ve sosyal beceriler ve okuma, anlama ve aritmetikle ilişkili meta-bilişsel beceriler gibi yetkinlikler tarafından desteklenerek yaş, ırk, cinsiyet ve kültürel geçmişe göre öngörülür.<sup>47,57-59</sup>

Göçmenler genellikle okuryazarlık ve sağlık okuryazarlık ölçümlerinde daha düşük puan alırlar. Eğitim kaynakları ve bilgi programları, ekonomik ve sosyal engeller yüzünden göçmenlere daha az/kısmen ulaşmaktadır. Göçmenlerin sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi ve bakım hizmetlerine daha az erişimi vardır. Birçok çalışmada, kanser taramasına, zihinsel sağlık hizmetlerine, diyabet eğitimine, sigarayı bırakmaya, HIV programlarına ve çocuk aşılamasına erişimi artırmayı amaçlayan müdahalelerin göçmenler üzerinde daha az başarılı olduğunu ortaya koymuştur.<sup>44</sup>

### **2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi**

Sağlık okuryazarlığı bireyler ve topluluklar için bir kazançtır. Sağlık okuryazarlığını güçlendirme yatırımının, hem bireysel hem de toplum düzeyinde sağlığa ve refaha büyük bir getiri sağlaması muhtemeldir. İnsanlar kişisel sağlık okuryazarlığını kendi içinde yaşadıkları sosyal çevreden edinir ve kullanır. Sosyal eylemler bu çevreyi geliştirebilir. Uygun sosyal kaynaklarla birlikte sağlık okuryazarlığı, insanları daha esnek hale getirme (olumsuzluklara karşı adaptasyon) ve sağlık için doğru olanı destekleyecek bir kazanç (örneğin, daha sağlıklı yaşam biçimleri benimseyerek veya talep eden toplumdaki sağlığı iyileştirmek ve sürdürülebilir kalkınmaya katkı için harekete geçmek gibi) haline gelebilir.<sup>44,60</sup>

Sağlık okuryazarlığı sosyal sermayenin önemli bir şeklidir. Toplum, üyelerinin sağlık okuryazarlığından yararlanır. Toplum üyeleri de sağlık okuryazarlığını arttırmada toplum desteğinden ve kaynaklarından (kendi kendine yardım grupları ve mahalle desteği gibi) yararlanır. Bu etki sağlık okuryazarlığını insanların kültürel sermayesi haline getirir. Kültürel sermayeye bilgi, değer, norm ve beceriler şeklinde sahip olma ve uygulama, insanların sağlıklı yaşam tarzlarını sürdürme potansiyelini artırır ve halkların sağlığıyla pozitif yönde ilişkilidir.<sup>44,60</sup>

Sağlık okuryazarlığı yetkilendirmeyi ifade eder. Yetkilendirme, hem insanların hayatları, sağlığı ve belirleyicileri üzerinde daha fazla kontrole sahip oldukları bir süreçtir

ve bireylerin veya toplumların dünyayı etkileme kabiliyetlerini yansıtan bir sonuçtur. Yetkilendirme yoluyla sağlık okuryazarlığı programları, sağlık sisteminin demokratikleşmesine katkıda bulunur ve topluluklardaki sağlık ve refah için daha güçlü bir bağlılık sağlar.<sup>44,61</sup>

Nutbeam, sağlık okuryazarlığının bireysel ya da toplumsal faydaları arasında ayırım yapar. Bireysel menfaatler açısından: işlevsel sağlık okuryazarlığı, riskler ve sağlık hizmetleri hakkında daha iyi bir bilgiye ve öngörülen faaliyetlere uyma; iletişimsel sağlık okuryazarlığı, bağımsız olarak hareket edebilmek için gelişmiş bir kapasite ve kendine güvene; eleştirel sağlık okuryazarlığı sosyal ve ekonomik zorluklara karşı geliştirilmiş bireysel esnekliğe yol açar.<sup>52</sup>

Topluluk ve sosyal yardım açısından, işlevsel sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı programlarına katılımı; iletişimsel sağlık okuryazarlığı sosyal normları etkileme ve sosyal gruplarla etkileşim kapasitesini; eleştirel sağlık okuryazarlığı toplumsal güçlenmeyi ve sağlıkta sosyal belirleyiciler üzerinde hareket etme kapasitesini artırır.<sup>52</sup>

#### **2.3.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı**

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, tüm katılımcıların% 12'sinin genel sağlık okuryazarlığı yetersiz olduğunu ve % 35'inin sınırlı sağlık okuryazarlığı olduğunu ortaya koymuştur.<sup>47</sup> Türkiye'de 2014 yılında yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında ise toplumun %24,5'inin genel sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu %40,1'inin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır.<sup>62</sup>

Sağlık okuryazarlığı sağlığın anahtar belirleyicisidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, daha riskli sağlık tercihleri (örn; sigara kullanımı), kronik hastalıkların yönetimi (örneğin diyabet, yüksek tansiyon, astım ve HIV / AIDS), daha fazla iş kazası, artmış morbidite ve erken ölümle ilişkilidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerin ilaçları uygun şekilde alma ve beslenme etiketlerini anlama becerilerin yetersiz olduğu literatürde gösterilmiştir.<sup>57,58,63-73</sup>

Acil bakım kullanım ve hastaneye yatma riskini inceleyen çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düşük olan insanlar arasında her iki hizmetin kullanımının arttığını gösteren kanıtlar sağlamıştır.<sup>74-79</sup>

Koruyucu hizmetlerin kullanımı ile ilgili çalışmalarda, düşük sağlık okuryazarlığı gruplarında mamografi taramasının ve influenza aşılarının düşük olasılığına dair kanıt sağlanmıştır.<sup>78,80-84</sup>

Yetersiz sağlık okuryazarlığının psikolojik sonuçları vardır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip yetişkinler, becerileri hakkında utanç hissetmekte olduğunu bildirmektedir.<sup>85,86</sup>

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, yılda toplam sağlık hizmeti maliyetinin% 3 ila% 5'ini oluşturur.<sup>87</sup> Mevcut ekonomik çalışmalar, yetersiz sağlık okuryazarlığı becerisine sahip kişilerin daha yüksek tıbbi maliyetleri olduğunu göstermektedir. Bu maliyetler muhtemelen daha fazla kronik hastalık ve sakatlık, ücret kaybı ve daha düşük bir yaşam kalitesi ile ilişkilendirilir.<sup>75,88</sup>

### **2.3.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi**

Sağlık okuryazarlığı kişinin kapasitesi ise, okuma kabiliyeti ve kelimeleri ölçüsündedir. Buna karşılık, sağlık okuryazarlığı bireysel iletişim kapasiteleri, sağlık sistemi ve daha geniş toplum arasındaki ilişkiye dayanıyorsa, bireysel seviyedeki ölçümler yetersiz olacaktır. Yaşamda farklı yaş ve kademeler için - konseptin yapısı sabit kalsa bile - farklı ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulması ihtimali yüksektir. Örneğin, kronik hastalığı olan yaşlı insanların sağlık okuryazarlığını değerlendirmek veya okuldaki öğrencilerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için farklı sorular gerekecektir. İşlevsel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığını ayırt etmek için farklı ölçümler gerekecektir. Ölçümde mükemmellik, ölçülmesi gereken ve amaç hakkında netlikle başlar. Sağlık okuryazarlığını ölçmek için 20'den fazla araç bulunmaktadır.<sup>89,90</sup>

Kuramsal olarak, bireylerin okuma akıcılığını, kelime haznesini ve sağlık bilgisini ölçmek ve aynı zamanda yazılı sağlık materyalinin zorluğunu ve sağlık uzmanlarının konuşmasının karmaşıklığını ölçmek mümkündür. En yaygın kullanılan ölçümler, Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)'dir. Her iki test de, bir kişinin kapasitesinin kapsamlı bir değerlendirmesidir. Daha doğrusu bu testler, bir kişinin genel kapasitesi için belirteçler olarak düşünülen seçilen alanları ölçer.<sup>89,90</sup>

REALM, sözcük öbeğini ölçen 66 maddelik bir kelime tanıma ve telaffuz testidir. TOFHLA okuma akıcılığını ölçer. Metin okuryazarlığını ölçmek için bir okuma anlama

bölümü ( 50 maddelik bir test) ve gerçek hastane belgelerini ve etiketlenmiş reçeteleme şişelerini okuyup anlama kapasitesini değerlendiren 17 maddeyle birlikte bir "aritmetik" bölümü bulunur. Her ne kadar 2 test farklı kapasiteleri ölçse de, testler yüksek korelasyona sahiptir.<sup>89,90</sup>

Bireyin temel kavramsal bilgisi, sahip olduğu başka bir kaynaktır. Sağlık eğitim programlarının, halk sağlığı mesajlarının ve hasta eğitiminin planlanmasına yardımcı olmak için halkın sağlık ve hastalıkla ilgili kavramsal bilgilerinin kapsamlı bir testinin yapılması önemli olabilir. Bununla birlikte, genel sağlık bilgisinin ölçülmesi açıkça zordur. Klinik araştırmalarda ya da hasta bakımı için bireyin genel sağlık bilgisini ölçmenin değerli olup olmayacağı açık değildir.<sup>89,90</sup>

Bazı araştırma çalışmalarında ve klinik ortamlarda, bir eğitim programından önce bir hastanın öğrenme ihtiyaçlarını anlamak için temel kavramsal bilginin spesifik yönlerini ölçmek yararlı olabilir. Bugüne kadar yapılan ölçümlerde, astım, hipertansiyon, diyabet ve kalp yetmezliği gibi spesifik koşullara odaklanmıştır.<sup>51</sup>

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği (HALS) daha kapsamlı bir testtir. HALS sağlıkla ilişkili sağlığın teşviki, sağlık korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı ve idamesi ve sistem yönlendirmesi alanlarında düzyazı, sayısal ve belge maddeleri ile ilgili sorulardan oluşur. Test 0'dan 500'e kadar 5 sayılıklı artışlarla skor verir ve tamamlanması yaklaşık 1 saat sürer. HALS'in uzunluğu, sağlıkla ilgili okuma kapasitelerini toplum düzeyinde potansiyel anlama değerine rağmen, çoğu araştırmada kullanımı sınırlı olmuştur.<sup>89-91</sup>

Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilen, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alanlarında, sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerinde bir matris dahilinde oluşturulmuştur. 47 sorudan oluşan ve sağlık okuryazarlığını "yetersiz" "sınırlı" "yeterli" ve "mükemmel" olarak kategorize eden Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği, Avrupa'daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı araştırmasında (HLS-EU) kullanılmıştır. (Tablo 9).<sup>47,92</sup>

**Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeğinde Sağlık Okuryazarlığının 12 Boyutlu Matrisi<sup>47</sup>**

	Sağlıkla ilgili bilgilere erişim	Sağlıkla ilgili Bilgileri anlama	Sağlıkla ilgili Bilgileri değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgileri uygulama/ kullanma
<b>Sağlık hizmeti</b>	Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgilere erişme becerisi	Tıbbi bilgiyi anlama ve anlam kazanma becerisi	Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Tıbbi konular hakkında bilinçli kararlar alma becerisi
<b>Hastalıktan Korunma</b>	Sağlık için risk faktörlerine erişebilme	Risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olma ve anlam kazanma	Sağlık için risk faktörlerini yorumlayabilme ve değerlendirebilme	Sağlık için risk faktörleri konusunda bilinçli kararlar verebilme
<b>Sağlığın iyileştirilmesi</b>	Toplumsal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicilerine kendini yenileme becerisi	Toplumsal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicilerine ilişkin bilgileri anlayabilme ve anlam kazanabilme	Toplumsal ve fiziksel çevrede sağlık belirleyicileriyle ilgili bilgileri yorumlayabilme ve değerlendirebilme	Toplumsal ve fiziksel çevrede sağlık belirleyicileri hakkında bilinçli kararlar verebilme

Ülkemizde 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.<sup>62</sup>

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliğiyle sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik bir ölçek geliştirilmesi çalışmaları yapılmıştır. Geliştirilecek ölçek için kavramsal çerçeve olarak Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda temel alınarak Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY TR– 47) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY – 32) geliştirilmiştir.<sup>93</sup>

## 2.4. MEME KANSERİ

Kanser günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her yıl 14 milyon kişi kansere yakalanmakta ve 8,2 milyon kişi kanser nedeniyle ölmektedir. Ülkemizde 2016 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre, iyi ve kötü huylu tümörler %19,7 ile kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır.<sup>7</sup>

### 2.4.1. Epidemiyolojisi

İnsidans, mortalite ve ekonomik maliyetlerle ölçülen halk sağlığı verileri, kadınlarda meme kanseri küresel yükünün arttığını göstermektedir. Meme kanseri hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlarda en sık görülen kanserdir.<sup>94-96</sup>

Her yıl yaklaşık 1,7 milyon meme kanseri vakası (18 saniyede bir) bildirilmektedir. Meme kanseri insidansı, yaşam süresinin uzaması, artan kentleşme ve batı yaşam biçimlerinin benimsenmesi nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir. Yüksek gelirli bölgelerdeki insidans (Kuzey Amerika'da 100.000'de 92) düşük gelirli bölgelerden (Orta Afrika ve Doğu Asya'da her 100.000 için 27) yaklaşık dört kat daha yüksektir.<sup>97,98</sup>

Ülkemizde 2014 verilerine göre, kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanser türüdür. Meme kanserinin 2014 yılı yaşa standardize insidans hızı 43/100000 kişidir ve tanı konulan her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir.<sup>7</sup>

### 2.4.2. Risk Faktörleri

Meme kanseri için çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir. Meme kanseri insidansı ve mortalitesi yaşla orantılı olarak artar. Dünyada bu hastalık 40 yaşından başlayarak keskin bir eğim yaşar ve 60 yaşlarında zirve yapar. Erken menarş ve geç menopoz meme kanseri riskini artırır. Geç yaşlarda doğum yapmak, çekirdek aile, emzirme süresinin kısalması ve hormonal kontraseptifler, meme kanseri riskinin artmasıyla bağlantılıdır.<sup>99-101</sup>

Meme kanseri tanısı konan bir anne, kız kardeş veya kıza sahip olmak meme kanseri için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Daha önceden meme kanseri öyküsü olan kadınlar, özellikle teşhis konusundaki başlangıç yaşı 40 yaşın altındaysa, hastalığın tekrar etme riski daha yüksektir.<sup>102-103</sup>

Sosyoekonomik koşullar da etkilidir. Daha iyi sosyoekonomik koşullara sahip bölgelerde yaşayan kadınlar arasında meme kanseri insidansı fazla olmasına rağmen,



düşük gelirli bölgelerde ikamet edenler hastaların tanı aşamasında 5 yıllık sağkalım oranları daha düşüktür.<sup>104</sup>

Menopoz öncesinde sigaranın meme kanseri riskini arttırdığını gösteren kanıtlar vardır. Alkol tüketimi meme kanseri riskiyle ilişkilendirilmiştir. Buna karşın düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda ve yüksek miktarda meyve ve sebze tüketen kadınlarda meme kanseri riski azalır.<sup>105-106</sup>

Bazı mutasyonlar, özellikle BRCA1, BRCA2 ve p53'te meme kanseri için çok yüksek bir risk oluşturmaktadır. Bununla birlikte, bu mutasyonlar seyrek ve toplam meme kanseri yükünün küçük bir bölümünü oluşturmaktadır.<sup>99,107</sup>

### **2.4.3. Kontrolü**

DSÖ, bulaşıcı olmayan hastalıklara ve diğer ilgili sorunlara entegre edilmiş kapsamlı ulusal kanser kontrol programları bağlamında meme kanseri kontrolünü teşvik etmektedir. Kapsamlı kanser kontrolü korunma, erken tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakımı içerir.<sup>98</sup>

Meme kanseri sorunu ve kontrol mekanizmalarıyla ilgili genel kamuoyunun bilinçlendirilmesi ve uygun politika ve programların oluşturulması nüfusa dayalı meme kanseri kontrolünün kilit stratejileridir.<sup>98</sup>

Özel meme kanseri risk faktörlerinin kontrolünün yanı sıra sağlıklı diyet, fiziksel aktivite, alkol alımı ve obeziteyi kontrol altına alan bulaşıcı olmayan hastalıklardan etkili korunma, uzun vadede meme kanseri insidansının düşürülmesine bir etkisi olabilir.<sup>98</sup>

Meme kanseri sonuçlarını ve sağkalımı iyileştirmek için erken tanısında, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi taraması uygulanmaktadır.<sup>98</sup>

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) aracılığıyla taramanın etkisine dair bir kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle, tarama yöntemi yerine risk altındaki kadınlar arasında farkındalığın artırılması için önerilmektedir. Klinik Meme Muayenesi (KMM), daha az varlıklı ülkelerde meme kanseri taramasında düşük maliyetli bir yaklaşım olarak kullanılıp kullanılmayacağına yönelik araştırmalar yapılmaktadır. Ön sonuçlar göstermektedir ki, tarama yapılan grupta ileri evre meme kanseri için yaşa standardize insidans oranı, taramamış gruba kıyasla daha düşüktür. Mamografi taraması, etkili olduğu ispatlanmış tek tarama yöntemidir.<sup>98,99,108</sup>

Nüfus taraması, meme kanserini asemptomatik kadınlar arasında erken bir aşamada tespit etmeyi ve böylece hastalıktan kaynaklı morbidite ve mortaliteyi azaltmayı amaçlar. Mamografi taraması, genellikle herhangi bir belirti fiziksel muayene ile tanımlanmadan önce erken bir aşamada meme kanseri tespiti için kullanılacak en etkin yöntemdir. Tanı esnasındaki evre ile hayatta kalma arasındaki güçlü ilişki nedeniyle erken teşhis önemlidir.<sup>99</sup>

Meme kanseri taraması, organize nüfus tabanlı tarama programları veya fırsatçı vaka bulma yoluyla sağlanabilir. Fırsatçı yaklaşım, bir sağlık uzmanına başka nedenlerle başvuran meme kanseri semptomları olmayan bir kişiye tarama testi yapılmasıdır. Buna karşın, organize tarama programlarının, tarama için uygun kadınları belirten tarama aralığı ve meme kanserini doğrulamak veya hariç tutmak için gereken histolojik değerlendirmeyi içeren tanımlanmış bir süreci içeren ulusal politikaları vardır. Bir tarama programının her adımında faaliyetlerin koordinasyonu çok önemlidir. Bu, klinik kaliteyi yönetmek ve izlemek için uygun altyapı ve bilgi sistemlerini, ayrıca uygun kadınların daveti ile ilgili işlemleri ve tarama için belirlenen aralıklarla geri çağırma kapsar.<sup>109</sup>

Mamografi kullanılarak meme kanseri tarama programlarının oluşturulmasına dair kanıtlar, 1980 ve 1990 yıllarında yapılan çeşitli randomize kontrollü araştırmalardan elde edilmiştir. İlki İsveç'te yapılan meme kanserine bağlı mortalitede % 31'lik bir düşüş bildiren araştırmadır. Mamografi taramasının diğer randomize kontrollü araştırmaları meme kanseri ölümlerinde% 25-30'luk bir azalmayı göstermiştir.<sup>99,110,111</sup>

Mamografi kullanan organize tarama programları, 1980'lerin ortalarından sonra kurulmuştur ve bu nedenle gelişmiş ülkelerde 30 yıl veya daha fazla süredir kullanılmaktadır.<sup>112</sup>

Mamografi taraması, meme kanseri için kanıta dayalı erken tanı yöntemidir, ancak uygulamak her zaman uygun değildir. Bu durum özellikle, gerekli kaynak, uygun tanı ve tedavi hizmetlerinden yoksun ya da meme kanseri yükünün büyük bir bölümünün mamografinin etkili olmadığı genç kadınlarda olduğu gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir. Sınırlı kaynakları olan ülkeler için meme kanseri bilincinin artırılması, klinik meme muayenesi ve ultrason mamografi taramalarına alternatif olarak önerilebilir. Ama mamografiden farklı olarak, bu yöntemlerin randomize çalışmalarda meme kanseri mortalitesine olumlu etkisi gösterilememiştir.<sup>113,114</sup>

Meme kanserine yönelik nüfus taramasının etkisinin tam olarak ölçülmesi 25 yıla kadar sürebilir. Birkaç ülke göğüs kanseri tarama programlarının etkinliğini değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. Tarama sonucunda Avustralya'da mortalitede % 21 ile % 28 arasında bir azalma olduğu, Danimarka, İngiltere ve Galler, Hollanda ve İsveç'te mortalitenin % 19 ile % 32 arasında azaldığı bildirilmiştir.<sup>115,116</sup>

Tarama hizmetlerinin randomize kontrollü denemelerinden ve nüfusa dayalı değerlendirmelerden elde edilen önemli kanıtlara rağmen, normalde bir kadının yaşamında mamografi taraması yapılmaksızın teşhis edilemeyecek olan meme kanserlerinin aşırı teşhisi ve tedavisinin yol açtığı potansiyel dezavantajlar etrafında tartışmalar devam etmektedir. Aşırı teşhisin % 1 ile % 54 arasında değiştiği fakat bu varyasyonun büyük bir kısmı metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı tahmin edilmektedir.<sup>117,118</sup>

#### **2.4.4. Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı**

Meme Kanseri Taraması, toplum tabanlı tarama ve fırsatçı tarama olarak yapılır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar" genelgesine göre düzenlenmiştir. Coğrafi sınırları belirlenmiş bir alanda yaşayan 40 – 69 yaş grubu kadınlara iki yılda bir olacak şekilde uygulanır. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı koordine eder. İl düzeyinde koordinasyon ise Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kanseri Birim sorumluları tarafından gerçekleştirilir. Taramalar, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri [KETEM] tarafından yürütülür. Mamografi çekim merkezleri (kamu ya da özel merkezlere ait sabit ya da gezici cihazlar), Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Daire Başkanlığı'na kalite standartları açısından denetlenir.<sup>119</sup>

Taranacak nüfus, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alır ve davet yöntemleriyle 2 yılda bir tekrarlanır. ASM'de veya TSM'de (KETEM) tarama yaş aralığındaki kadınlar davet edilerek meme kanseri ve mamografi çekimi konusunda gerekli bilgilendirme yapılır ve bilgilendirilmiş onam formları imzalatılır. Kabul eden kişiler belirlenen merkezlere gönderilir. Kişi bilgileri Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne (AHBS) ya da TSM birimlerindeki (KETEM) kişisel dosyasına işlenir. Bu işlemleri ASM'lerde ilgili aile hekimleri, TSM'lerde ise sorumlu hekimler takip eder.<sup>119</sup>

Taramaya katılan her kadına öncelikle hekim tarafından klinik meme muayenesi yapılır. Ayrıca toplumda her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilir. Daha sonra mamografi cihazıyla her iki meme için de medyolateraloblik ve kranyokaudal olmak üzere ikişer poz film çekilir. Tarama filmleri iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden habersiz olarak okunur ve her iki uzmanının önerilerine de dikkat edilir. Test sonuçları ASM'lerde AHBS'ye, TSM Birimlerinde ise kişinin kişisel dosyasına işlenir ve haftada bir Kanser Birimi'ne bildirilir. Birim de AHBS'ye kaydedilmek üzere ASM'lere de bildirir. Kişiler, en geç 20 gün içinde sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır. Mamografi raporunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilir ve 2 yıl sonra tekrar meme kanseri taraması yaptırması söylenir. Mamografi raporunda bir patoloji olduğunda, daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirme yapılması için önceden belirlenmiş ileri merkezdeki Genel Cerrahi uzmanlarına yönlendirilir. Kişi bilgilendirildikten sonra taramayı ret ederse imzalı beyanı alınır ve bir yıl sonra tekrar taramaya davet edilir. Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliği ile ilgili mevzuat çerçevesince güvence altındadır.<sup>119</sup>



### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Yeri**

Araştırma İzmit Santral Aile Sağlığı Merkezi ve İzmit KETEM’de yapılmıştır. İki merkez birbirine yaklaşık 250 metre mesafededir. Santral ASM D sınıfı bir aile sağlığı merkezidir. Bina içinde 10 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. Ayrıca bir diyetisyen polikliniği mevcuttur. İzmit KETEM 2007’den beri faaliyettedir. Hasta bekleme salonu ve bilgi işlem bölümü, iki muayene odası, eğitim salonu, mamografi odası ve arşiv odasından oluşmaktadır. Merkezde bir mamografi cihazı bulunmaktadır. Pap smear için jinekolojik donanım mevcuttur. Bir sorumlu hekim, 2 ebe/hemşire ve bir röntgen teknisyeni çalışmaktadır. Merkezde meme, serviks ve kolon kanserlerinin taraması yapılmaktadır. Ayrıca halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimleri de yapılmaktadır. KETEM’e müracaat diğer polikliniklere olduğu gibidir. Hasta müracaat ettiğinde, bilgi işlem bölümünde kabul işlemleri yapılır ve muayenesi sağlanır, gerekli tetkikler istenir. İnternet üzerinden <https://mmtarama.saglik.gov.tr/randevu/> web sayfasından veya telefonla da randevu alınabilir.

#### **3.2. Araştırmanın Tekniği**

Olgu kontrol araştırma tekniği kullanılmıştır. Bir olgu kontrol çalışmasında, belirli bir durum veya hastalığı olan kişiler (olgular), durum veya hastalık bulunmayan bir dizi kişi (kontroller) ile karşılaştırmak için seçilir. Olası nedenin olgu ve kontrol gruplarında ortaya çıkma durumu karşılaştırılır.<sup>120,121</sup>

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

40-69 yaş aralığındaki kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Örneği**

Meme kanseri tarama hizmeti kullanımı KETEM’de son iki yıl içinde mamografi çekimi olarak tanımlandı. Meme kanseri tarama hizmetini hiç kullanmamış kadınlara İzmit Santral ASM’ de, kullanan kadınlara İzmit KETEM’de ulaşılması planlandı. Taramaya katılmamış olmak olumsuz bir sağlık davranışı olduğu için meme kanseri taraması hizmeti kullanmamış kadınlar olgu grubu olarak tanımlandı. Meme kanseri taraması hizmeti kullanan kadınlar kontrol grubu olarak tanımlandı.

### 3.4.1. Olgu grubunun tanımlanması

Olgu grubunu;

- 40-69 yaş aralığında,
- İzmit Santral ASM'ye meme şikayeti dışında başka bir sağlık şikayetiyle başvuran,
- Meme kanseri tanısı almamış,
- Daha önce hiç mamografi yaptırmadığını beyan eden,
- Okuryazar,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturdu.

### 3.4.2. Kontrol grubunun tanımlanması

Kontrol grubunu;

- 40-69 yaş aralığında,
- Son iki yıl içinde İzmit KETEM biriminde meme kanseri taraması yaptırmış,
- Meme kanseri tanısı almamış,
- Okuryazar,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturdu.

### 3.4.3. Örnek Büyüklüğü

Sağlık okuryazarlığı maruziyetinin meme kanseri tarama hizmeti kullanımına etkisini saptamak için yeterli örnek büyüklüğü, eşleştirilmemiş olgu kontrol çalışmalarında güç ve örnek büyüklüğü formülüne göre hesaplanmıştır.<sup>121</sup>

**p<sub>0</sub>**: Hedef nüfustaki kontroller arasındaki maruziyetin göreceli sıklığı

**p<sub>1</sub>**: Hedef nüfustaki olgular arasındaki maruziyetin göreceli sıklığı

**R**: Maruziyetle ilişkili tahmini rölatif risk

**α**: Tip 1 yanılğı

**β**: Tip 2 yanılğı

**1-β**: Arzu edilen güç **n**: Her bir grup için arzu edilen örnek büyüklüğü

Türkiye’de 2014 yılında yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında toplumun %24,5’inin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bilgisine rağmen evrenimizdeki 40-69 yaş grubu kadınlara yönelik bilgi bulunmamaktadır.<sup>62</sup> Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı kapasitesi azaldığı için kontrol grubunun yetersiz sağlık okuryazarlık oranı %35 varsayılarak  $p_0:0,35$  olarak alındı. Maruziyetle ilişkili tahmini rölatif risk 2 olarak tahmin

edilmiştir. Tip 1 yanılığı  $\alpha=0,05$ ; tip 2 yanılığı  $B=0,10$  alınmıştır.  $p_1$ ,  $p'$  ve  $q'$  aşağıdaki formüllere göre hesaplanmıştır.

$$p_1 = p_0 \cdot R / [1 + p_0 \cdot (R-1)] = 0,52 \quad p' = \frac{1}{2} (p_1 + p_0) = 0,435 \quad q' = 1 - p' = 0,565$$

Daha sonra bu değerler her bir grup için arzu edilen örnek büyüklüğünü ( $n$ ) hesaplamak için aşağıdaki formülde yerlerine koyulmuştur.

$$n = 2 \cdot p' \cdot q' \cdot (Z_\alpha + Z_B)^2 / (p_1 - p_0)^2 = 2 \cdot 0,435 \cdot 0,565 \cdot (1,96 + 1,28)^2 / (0,52 - 0,35)^2 = 179$$

Olgu ve kontrol grupları bu formüle göre en az 180 kişiden oluşmalıdır. Bu araştırmada olgu/kontrol oranı 1:2 olarak planlanmış olup 212 olgu, 407 kontrol araştırmaya katılmıştır.

### 3.5. Araştırmanın Hipotezleri

#### 3.5.1. Ana Hipotez

- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu genel sağlık okuryazarlığı puanından etkilenmiştir.
- Meme kanseri taraması hizmeti kullanmamış kadınların genel sağlık okuryazarlığı puanı hizmeti kullananlardan daha düşüktür.

#### 3.5.2. Alt Hipotezler

- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu yaş ortalamasından etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu evlilik durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu çocuk varlığından etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu çocuk sayısından etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu eğitim durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu sosyal güvence durumundan etkilenmiştir.

- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu gelir getirici bir işte çalışma durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu gelir durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu yaşadığı yerden etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu meme şikayeti durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu meme hastalığı durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu ailede meme kanseri varlığı durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu arkadaş veya çevresinde meme kanseri varlığı durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu kendi kendine meme muayenesini bilme durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu kendi kendine meme muayenesini yapma durumundan etkilenmiştir.
- Kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım durumu kişi veya kurumlar tarafından tavsiyede bulunulma durumundan etkilenmektedir.



### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

#### 3.6.1. Bağımlı Değişken

- Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu

#### 3.6.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş: Doğum tarihi olarak sorgulanmıştır.
- Evlilik durumu: Evli olanlar ya da birliktelik yaşayanlar evli kabul edildi. Bekar/Boşanmış/Eşi ölmüş kadınlar yalnız (evli değil) kabul edildi.
- Çocuk varlığı durumu ve sayısı: Çocuk sahibi olma durumu Evet/Hayır ve varsa kaç tane şeklinde sorgulanmıştır.
- Eğitim durumu: Eğitim durumu sadece okuryazar/ ilkokul mezunu/ortaokul mezunu/ lise mezunu/ üniversite mezunu şeklinde sorgulanmıştır.
- Sosyal güvence (SGK) varlığı durumu: Evet /Hayır/Bilmiyorum şeklinde sorgulanmıştır.
- Gelir getirici bir işte çalışma durumu: Evet/Hayır şeklinde sorgulanmıştır.
- Gelir durumu: Bireyin veya ailesinin gelir durumu, gelir giderden az/gelir gidere denk/gelir giderden fazla şeklinde sorgulanmıştır.
- Yaşadığı yer: İl-İlçe merkezi/Kasaba -Köy şeklinde sorgulanmıştır.
- Meme şikayeti varlığı: Algılanan gereksinimi araştırmak amacıyla Evet/Hayır şeklinde sorgulanmıştır.
- Meme hastalığı varlığı: Değerlendirilen gereksinimi araştırmak amacıyla Evet/Hayır şeklinde sorgulanmıştır. Klinik/patolojik/radyolojik olarak tanısı konmuş (kanseri hariç) meme hastalığı olan kadınlar meme hastalığı var kabul edildi.
- Ailede meme kanseri tanılı kişi varlığı: Kan bağı olan yakınları (anne, nine, kardeşler, hala, teyze, kuzen ) arasında meme kanseri tanısı almış kadınlar olarak Evet/Hayır şeklinde sorgulanmıştır.
- Arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi varlığı: Sosyal çevresinde tanıdığı veya bildiği meme kanseri tanılı kişi olan kadınlar olarak Evet/Hayır şeklinde sorgulanmıştır.
- Kendi kendine meme muayenesi yapmasını bilme durumu: Kişinin beyanına dayanarak Evet/Hayır şeklinde sorgulanmıştır.

- Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu ve sıklığı: Evet/Hayır ve Ayda bir/Ayda birden az şeklinde sorgulanmıştır.
- Mamografi çekimi için son iki yılda kişi veya kurumlar tarafından tavsiyede bulunulma durumu aşağıdaki maddelerle sorgulanmıştır:
  - Hayır
  - Evet
    - Aile Sağlığı Merkezi
    - KETEM (eğitim sonrası, fırsatçı tarama vb.).
    - Başka bir sağlık personeli
    - Aile veya yakın çevre
    - Diğer
- Kontrol grubu için, şuan ki mamografi çekimine geliş nedeni aşağıdaki maddelerle sorgulanmıştır:
  - Tarama amaçlı
    - Kendim karar verdim
    - Aile veya yakın çevremdeki kişiler tavsiyede bulundu
    - Sağlık personeli tavsiyede bulundu
  - Meme şikayeti sebebiyle
    - Kendim karar verdim
    - Aile veya yakın çevremdeki kişiler tavsiyede bulundu
    - Sağlık personeli tavsiyede bulundu
  - Diğer

- Olgu grubu için mamografi çekilmeme nedenleri: Bu kısım konuyla ilgili sahadaki kişilerle yapılan görüşmeler ve literatür taraması sonrasında oluşturulmuştur.
  - Zaman bulamamak
  - Meme hastalığının olmaması
  - Yaşın genç olduğunu düşünmek
  - Önemsememek
  - Mamografi çekirmesi gerektiğini bilmemek
  - Eşin izin vermemesi
  - Ulaşım zorluğu
  - Ağrılı bir işlem olması
  - Kanser korkusu
  - Mamografinin zararlı olduğunu düşünmek (radyasyon vb.)
  - Mamografi çekecek teknisyenin erkek olması
  - Diğer
- Her iki grup için meme kanseri hakkında bilgi durumu: Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri hakkında bilgilendirme amacıyla bastırdığı afişteki genel bilgilerden oluşturulan 5 önerme “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” şeklinde cevapları ile sorgulanmıştır. Bu önermeler şu şekildedir:
  - Meme kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilen bir hastalıktır.
  - Mamografi meme kanseri taramasında kullanılan en etkili yöntemdir.
  - Mamografi çekimleri ücretlidir.
  - Mamografi çekimi 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir yapılır.
  - Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her ay yapılmalıdır.
- Sağlık okuryazarlık düzeyi: Soru formunda 5’li likert tipinde “çok kolay”, “kolay”, “zor”, “çok zor” ve “bilmiyorum” şeklinde sorgulanmıştır.

- Teorik arka planda Andersen'in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Modeli'ndeki belirleyici, kolaylaştırıcı ve gereksinim değişkenleri göz önüne alınarak bağımsız değişkenler aşağıdaki gibi gruplandırılmıştır.<sup>26</sup>
  - Yaş, evlilik durumu, çocuk varlığı, eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı, çalışma durumu, Aile ve çevresinde meme kanseri öyküsü olması, kendi kendine meme muayenesi, daha önceden mamografi çekirme özellikleri ve tarama hizmeti kullanımına yönelik tavsiyede bulunulma durumları meme kanseri tarama hizmetini kullanma eğilimlerini gösteren belirleyici değişkenler olarak düşünülmüştür.
  - Gelir durumu, sosyal güvence varlığı ve yaşadığı yer kolaylaştırıcı değişkenler olarak düşünülmüştür.
  - Meme şikayeti ve meme hastalığı varlığı durumları meme kanseri tarama hizmetini kullanmaya yönelik gereksinim değişkenleri olarak düşünülmüştür.

### **3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

#### **3.7.1. Veri Toplama Formu**

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri taranarak ve sahada çalışan kişilerle yapılan görüşmeler ışığında oluşturulan, tarama programına katılımı etkileyebilecek sosyo-demografik özellikler, ailede meme kanseri öyküsü ve sağlık personeli tarafından yönlendirilme gibi bazı değişkenleri içeren kişisel bilgiler ve meme kanseri taramasına yönelik sorular kullanıldı.

#### **3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - TSOY 32**

Araştırmada sağlık okuryazarlığı da bir değişken olarak düşünüldüğü için ölçüme yönelik Sağlık Bakanlığınca oluşturulan 32 soruluk Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kullanıldı. Ölçek, iki temel boyut alınarak, 2x4'lük bir matris yapısındadır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Likert tipteki ölçekte cevaplar "çok kolay", "kolay", "zor", "çok zor" ve "bilmiyorum" şeklindedir. Her bir soru için "çok kolay" cevabı dört puan, "bilmiyorum" ise sıfır puan olarak belirlenmiştir. Ortalama puan bütün sorulardan alınan

puan toplamının soru sayısına (32'ye) bölünmesiyle elde edilir. Daha sonra ortalama puan aşağıdaki formülde yerine konarak indeks hesaplanır.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçede geçerlik güvenirliği okuryazar kişiler üzerinde yapılmıştır (cronbach Alfa: 0,927). Kavramsal çerçeve gereği oluşan iki boyut ayrı ayrı değerlendirildiğinde; Birinci boyut olan “Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,880’dir. İkinci boyut olan “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,863’dir.<sup>93</sup>

### **3.8. Araştırma ile İlgili İzinler**

Araştırma ile ilgili gerekli idari izinler; KOÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2016/129 proje numarası ve Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden (26.04.2017 / 15096744-663.08) alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Uygulanması**

Pilot çalışma 10 olgu 10 kontrol kişisi üzerinde yapıldı. Daha sonra veriler, Mayıs-Haziran-Temmuz aylarında araştırmacı tarafından İzmit Santral ASM’ de ve İzmit KETEM’de yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

ASM’de katılımcılar öncelikle meme kanseri hakkında kısaca bilgilendirildi ve mamografi çektirme durumu soruldu. Hiç mamografi çektirmemiş kadınların ASM’ye geliş şikayeti ve okuryazarlık durumu sorgulandı.

- Meme kanseri tanısı olmayan,
- Okuryazar olan,

- Başvuru sebebi meme şikayeti dışındaki şikayetler olan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilip davet edildi.
- Daveti kabul eden 212 kadına soru formu uygulandı.

KETEM’de;

- Meme kanseri taraması için gelip mamografi çektiren,
- Diğer taramaları (serviks, kolon) yaptırmak için gelen ve KETEM’de meme kanseri taraması önerilmesiyle mamografi çektiren,
- Mamografi çektirmiş olup sonucunu almaya gelen kadınlar meme kanseri tanısı ve okuryazarlık açısından sorgulandı.
- Meme kanseri tanısı olmayan, okuryazar olan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilip davet edildi.
- Daveti kabul eden 407 kadına soru formu uygulandı.

### **3.10. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından Statistical Package for Social Science (SPSS) 21.0 veri tabanına aktarılmış ve analiz yapılmıştır. Kategorik verilerin sıklık dağılımları sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise ortalama  $\pm$  standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük olarak değerlendirilmiştir.

Kategorik verilerin bağımlı değişken ile olan ilişkisinin saptanmasında ki-kare testi kullanıldı ve tahmini rölatif risk hesaplandı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda; veriler parametrik test varsayımlarını karşılamadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün analizler için istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  kabul edilmiştir.

### 3.11. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 10. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

		Konu seçimi	Literatür taraması	Soru Formu	İzinler	Veri toplama	Veri girişi	Analiz	Rapor Yazımı
2016	Aralık	X	X						
2017	Ocak	X	X						
	Şubat		X	X					
	Mart		X	X					
	Nisan		X		X				
	Mayıs		X			X			
	Haziran		X			X	X		
	Temmuz		X			X	X		
	Ağustos		X				X		
	Eylül		X					X	
	Ekim		X						X
	Kasım		X						X
	Aralık		X						X

## 4. BULGULAR

### 4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya 212'si olgu grubunda, 407'si kontrol grubunda olmak üzere toplam 619 kişi katılmıştır. Olgu ve kontrol grubunun kategorik tipteki verileri tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri**

Özellik		Olgu Grubu		Kontrol Grubu		p değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Evlilik Durumu	Evli ya da birliktelik	190	89,6	378	92,9	0,446
	Bekar	13	6,1	18	4,4	
	Boşanmış	6	2,8	9	2,2	
	Eşi ölmüş	3	1,4	2	0,5	
Çocuk Varlığı	Evet	187	88,2	377	92,6	0,092
	Hayır	25	11,8	30	7,4	
Eğitim Durumu	Sadece okuryazar	7	3,3	7	1,7	0,668
	İlkokul mezunu	74	34,9	182	44,7	
	Ortaokul mezunu	55	25,9	80	19,7	
	Lise mezunu	50	23,6	70	17,2	
	Üniversite mezunu	26	12,3	68	16,7	
Sosyal Güvence	Var	206	97,2	402	98,8	0,314
	Yok	4	1,9	4	1,0	
	Bilmiyorum	2	0,9	1	0,2	
Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	66	31,1	88	21,6	0,009
	Hayır	146	68,9	319	78,4	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	75	35,4	115	28,2	0,014
	Gelir gidere denk	108	50,9	217	50,9	
	Gelir giderden fazla	29	13,7	85	20,9	
Yaşadığı Yer	Kasaba/Köy	2	0,9	12	2,9	0,155
	İl/İlçe merkezi	210	99,1	395	98,5	
TOPLAM		212	100,0	407	100,0	



Olgu grubundaki kadınların %89,6'sı (190 kişi) evli; %10,4'ü (22 kişi) evli değil/yalnız'dır. Evli olmayan kadınların %6,1'i (13 kişi) bekar; %2,8'i (6 kişi) boşanmış; %1,4'ünün (3 kişi) eşi ölmüştür. Grubun %88,2'si (187 kişi) çocuk sahibidir. Kontrol grubundaki kadınların %92,9'u (378 kişi) evli; %7,1'i (29 kişi) evli değil/yalnız'dır. Evli olmayan kadınların %4,4'ü (18 kişi) bekar; %2,2'si (9 kişi) boşanmış; %0,5'inin (2 kişi) eşi ölmüştür. Grubun %92,6'sı (377 kişi) çocuk sahibidir. Evlilik durumu, gruplar arasında farklılık göstermemiştir (p:0,446). Çocuk varlığı durumu, gruplar arasında farklılık göstermemiştir (p:0,096) (Tablo 11).

Olgu grubundaki kadınların eğitim durumuna bakıldığında; %3,3'ü (7 kişi) sadece okuryazar, %34,9'u (74 kişi) ilkokul mezunu, %25,9'u (55 kişi) ortaokul mezunu, %23,6'sı (50 kişi) lise mezunu ve %12,3'ü (26 kişi) üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki kadınların eğitim durumuna bakıldığında; %1,7'si (7 kişi) sadece okuryazar, %44,7'si (182 kişi) ilkokul mezunu, %19,7'si (80 kişi) ortaokul mezunu, %17,2'si (70 kişi) lise mezunu ve %16,7'si (68 kişi) üniversite mezunudur. Eğitim durumu, gruplar arasında farklılık göstermemiştir (p:0,668) (Tablo 11).

Olguların %97,2'si (206 kişi) sosyal güvencesi olduğunu; %1,9'u (4 kişi) sosyal güvencesi olmadığını ve %0,9'u (2 kişi) bilmediğini ifade ederken; kontrollerin %98,8'i (402 kişi) sosyal güvencesi olduğunu, %1'i (4 kişi) sosyal güvencesi olmadığını ve %0,2'si (1 kişi) bilmediğini ifade etmiştir. Sosyal güvence durumu, gruplar arasında farklılık göstermemiştir (p:0,314) (Tablo 11).

Olguların %31,1'i (66 kişi) gelir getirici bir işte çalışırken; kontrollerin %21,6'sı (88 kişi) gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Çalışma durumu, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir (p:0,009) (Tablo 11).

Olguların gelir durumuna bakıldığında; %35,4'ü (75 kişi) gelir giderden az, %50,9'u (108 kişi) gelir gidere denk ve %13,7'si (24 kişi) gelir gidere denktir. Kontrollerin %28,2'si (115 kişi) gelir giderden az, %50,9'u (207 kişi) gelir gidere denk ve %20,9'u (81 kişi) gelir gidere denktir. Gelir durumu, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir (p:0,014) (Tablo 11).

Olguların %0,9'i (2 kişi) kasaba/köy'de yaşamakta; %99,1'i (210 kişi) il/ilçe merkezinde yaşarken; kontrollerin %2,9'u (12 kişi) kasaba/köy'de yaşamakta; %97,1'i (395 kişi) il/ilçe merkezinde yaşamaktadır. Yaşanılan yer, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (p:0,155) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan kadınların yaş ve çocuk sayısı sürekli değişken olduğu için ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı özellikleri tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo 12. Kadınlarda Yaş ve Çocuk Sayısı Durumu**

	<b>Olgu Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>p değeri</b>
<b>Yaş</b>	47,6±8,5	50,8±7,3	0,000
Median	44	49	
Minimum	40	40	
Maksimum	49	67	
<b>Çocuk Sayısı</b>	2,1±1,2	2,5±1,2	0,000
Median	2	3	
Minimum	0	0	
Maksimum	6	7	

Mann-Whitney U

Olgu grubunda kadınlar arasında en küçük yaş 40; en büyük yaş 69; ortanca yaş 44; yaş ortalaması 47,6±8,5'dir. Kontrol grubunda kadınlar arasında en küçük yaş 40, en büyük yaş 67, ortanca yaş 49, yaş ortalaması 50,8±7,3'dir. Olgu grubunda yaş, kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür (p:0,000) (Tablo 12).

Olgu grubundaki kadınların maksimum çocuk sayısı 6, ortanca çocuk sayısı 2, ortalama çocuk sayısı 2,1±1,2'iken kontrol grubundaki kadınların maksimum çocuk sayısı 7, ortanca çocuk sayısı 3, ortalama çocuk sayısı 2,5±1,2'dir. Olgu grubunda çocuk sayısı, kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür (p:0,000) (Tablo 12).

## 4.2. Kadınların Meme Kanseri ve Taramasına Yönelik Özellikleri

Olgu grubundaki kadınların %10,8'inde (23 kişi) meme şikayeti; %0,5'inde (1 kişi) meme hastalığı; %7,1'inde (15 kişi) ailede meme kanseri; %12,7'sinde (27 kişi) arkadaş veya çevresinde meme kanseri bulunmaktadır. Bu gruptaki kadınların %66'sı (140 kişi) kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmasını bilmekte; %45,3'ü (96 kişi) ise kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır. Kadınların %17,9'u (38 kişi) ayda bir KKMM yapmaktadır. Olgu grubundaki kadınların %58,2'si (234 kişi) ise en az bir kez kişi veya kurumlar tarafından mamografi çekimi için tavsiyede bulunulduğunu ifade etti (Tablo 13).

Kontrol grubundaki kadınların %8,8'inde (36 kişi) meme şikayeti; %18,2'sinde (74 kişi) meme hastalığı; %21,9'unda (89 kişi) ailede meme kanseri; %40'ında (163 kişi) arkadaş veya çevresinde meme kanseri bulunmaktadır. Bu gruptaki kadınların %75,9'u (309 kişi) kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmasını bilmekte; %40,8'i (166 kişi) ise kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır. Kadınların %17,9'u (73 kişi) ayda bir KKMM yapmaktadır. Kontrol grubundaki kadınların %68,1'i (277 kişi) ise en az bir kez kişi veya kurumlar tarafından mamografi çekimi için tavsiyede bulunulduğunu ifade etti (Tablo 13).

Meme şikayeti durumu, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermezken ( $p:0,508$ ); meme hastalığı durumu, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir ( $p:0,000$ ). Ailede kanser durumu ve arkadaş/çevrede kanser durumu gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir ( $p:0,000$ ). KKMM bilme durumu, gruplar arasında anlamlı farklılık gösterirken ( $p:0,009$ ); KKMM yapma durumu ve KKMM sıklığı, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p:0,283$ ;  $p:0,438$ ). Tavsiye durumu, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p:0,531$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Kadınların Meme Kanseri ve Taramasına Yönelik Özellikleri**

Özellik		Olgu grubu		Kontrol Grubu		p değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Meme Şikayeti Durumu	Evet	23	10,8	36	8,8	0,508
	Hayır	189	89,2	371	91,2	
Meme Hastalığı Durumu	Evet	1	0,5	74	18,2	0,000
	Hayır	211	99,5	333	81,8	
Ailede Kanser Durumu	Evet	15	7,1	89	21,9	0,000
	Hayır	197	92,9	318	78,1	
Arkadaş/Çevrede Kanser Durumu	Evet	27	12,7	163	40,0	0,000
	Hayır	185	87,3	244	60,0	
KKMM Bilme Durumu	Evet	140	66,0	309	75,9	0,009
	Hayır	72	34,0	98	24,1	
KKMM Yapma Durumu	Evet	96	45,3	166	40,8	0,283
	Hayır	116	54,7	241	59,2	
KKMM Yapma Sıklığı	Ayda bir	38	17,9	73	17,9	0,438
	Ayda birden az	58	27,4	93	22,9	
	Hiç	116	54,7	241	59,2	
Tavsiye Durumu	Evet	139	65,6	277	68,1	0,531
	Hayır	73	34,4	130	31,9	
<b>TOPLAM</b>		<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>407</b>	<b>100,0</b>	

Kontrol grubundaki kadınların meme kanseri tarama hizmeti kullanım nedenleri sorgulanmıştır. Kadınların %76,9'u (313 kişi) tarama amaçlı; %23,1'i (94 kişi) ise meme şikayeti/hastalığı nedeniyle bu hizmeti kullanmıştır. Kadınların %19,9'u (81 kişi) tarama amaçlı kendi karar verdiğini; %44,7'si (182 kişi) tarama amaçlı sağlık personelinin tavsiyede bulunduğunu; %12,3'ü (50 kişi) tarama amaçlı aile veya yakın çevresinin tavsiyede bulunduğunu ifade etmiştir. Kadınların %12'si (49 kişi) meme şikayeti sebebiyle kendi karar verdiğini; %7,6'sı (31 kişi) meme şikayeti sebebiyle sağlık personelinin tavsiyede bulunduğunu; %3,4'ü meme şikayeti sebebiyle aile veya yakın çevresinin tavsiyede bulunduğunu ifade etmiştir (Tablo 14).

**Tablo 14. Kontrol Grubunda Kadınların Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Nedenleri**

<b>Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Nedeni</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Tarama amaçlı</b>	313	76,9
<b>Kendim karar verdim</b>	81	19,9
<b>Aile veya çevrem tavsiyede bulundu</b>	182	44,7
<b>Sağlık personeli tavsiyede bulundu</b>	50	12,3
<b>Meme şikayeti sebebiyle</b>	94	23,1
<b>Kendim karar verdim</b>	49	12,0
<b>Aile veya çevrem tavsiyede bulundu</b>	31	7,6
<b>Sağlık personeli tavsiyede bulundu</b>	14	3,4
<b>Toplam</b>	<b>407</b>	<b>100,0</b>

Olgu grubundaki kadınların neden meme kanseri tarama hizmeti kullanmadıkları sorgulanmıştır. En sık belirtilen gerekçeler %56,8 ile “meme şikayet/hastalığı olmaması”, %47,2 ile “zaman bulamamak” ve %45,3 ile “önemsememek” olmuştur. Bu gerekçeleri %10,4 ile “mamografi çektirmesi gerektiğini bilmemek”, %9,9 ile “ağrılı bir işlem olması”, %8 ile “kanser korkusu”, %7,1 ile “mamografinin zararlı olduğunu düşünmek”, ve %3,8 ile “yaşın genç olduğunu düşünmek” takip etmiştir (Tablo 15).

**Tablo 15. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanmayan Kadınların Gerekçelerinin Dağılımı**

<b>Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanmama Gerekçeleri*</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Meme Şikayet/Hastalığı Olmaması</b>	120	56,8
<b>Zaman Bulamamak</b>	100	47,2
<b>Önemsememek</b>	96	45,3
<b>Mamografi Çektirmesi Gerektiğini Bilmemek</b>	22	10,4
<b>Ağrılı Bir İşlem Olması</b>	21	9,9
<b>Kanser Korkusu</b>	17	8,0
<b>Mamografinin Zararlı Olduğunu Düşünmek</b>	15	7,1
<b>Yaşın Genç Olduğunu Düşünmek</b>	8	3,8

\* Birden çok işaretlenmiştir

Kadınların meme kanseri ve taramaları hakkında bilgi durumu sorgulandı. “Meme kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilen bir hastalıktır” önermesine olguların %85,4’ü (181 kişi) “doğru”; %14,6’sı (31 kişi) “bilmiyorum” cevabını verirken; kontrollerin %100’ü (407 kişi) “doğru” cevabını vermiştir. Olgu ve kontrol grubunda önermeye verilen cevaplar farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 16).

“Mamografi meme kanseri taramasında kullanılan en etkili yöntemdir” önermesine olguların %78,8’i (167 kişi) “doğru”; %21,2’si (45 kişi) “bilmiyorum” cevabını verirken; kontrollerin %91,6’sı (373 kişi) “doğru”, %1,2’si (5 kişi) “yanlış”, %7,1’i (29 kişi) “bilmiyorum” cevabını vermiştir. Olgu ve kontrol grubunda önermeye verilen cevaplar farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 16).

“Mamografi çekimleri ücretlidir” önermesine olguların %1,4’ü (3 kişi) “doğru”; %62,3’ü (132 kişi) “yanlış”; %36,3’ü (77 kişi) “bilmiyorum” cevabını verirken; kontrollerin %0,2’si (1 kişi) “doğru”, %98,8’i (402 kişi) “yanlış”, %1’i (4 kişi) “bilmiyorum” cevabını vermiştir. Olgu ve kontrol grubunda önermeye verilen cevaplar farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 16).

“Mamografi çekimi 40–69 yaş arası kadınlara iki yılda bir yapılır” önermesine olguların %35,4’ü (75 kişi) “doğru”; %64,6’sı (137 kişi) “bilmiyorum” cevabını verirken; kontrollerin %63,4’ü (258 kişi) “doğru”, %0,2’si (1 kişi) “yanlış”, %36,4’ü (148 kişi) “bilmiyorum” cevabını vermiştir. Olgu ve kontrol grubunda önermeye verilen cevaplar farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 16).

“Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her ay yapılmalıdır” önermesine olguların %32,1’i (68 kişi) “doğru”; %67,9’u (144 kişi) “bilmiyorum” cevabını verirken; kontrollerin %55,8’i (227 kişi) “doğru”, %44,2’si (180 kişi) “bilmiyorum” cevabını vermiştir. Olgu ve kontrol grubunda önermeye verilen cevaplar farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 16).

**Tablo 16. Kadınların Meme Kanseri Hakkındaki Önermelere Verdikleri Cevapların Dağılımı**

Bilgi Soruları	Olgu Grubu			Kontrol Grubu			p* değeri
	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum	
	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	Sayı Yüzde	
Meme kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilen bir hastalıktır	181	0	31	407	0	0	0,000
	85,4	0	14,6	100	0	0	
Mamografi meme kanseri taramasında kullanılan en etkili yöntemdir	167	0	45	373	5	29	0,000
	78,8	0	21,2	91,6	1,2	7,1	
Mamografi çekimleri ücretlidir	3	132	77	1	402	4	0,000
	1,4	62,3	36,3	0,2	98,8	1	
Mamografi çekimi 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir yapılır	75	0	137	258	1	148	0,000
	35,4	0	64,6	63,4	0,2	36,4	
Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her ay yapılmalıdır	68	0	144	227	0	180	0,000
	32,1	0	67,9	55,8	0	44,2	

\*Ki-kare testi

### 4.3. Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Olgu grubunda genel sağlık okuryazarlığı puanı  $29,2\pm 6,8$  olarak bulunmuştur. Ortanca puan 30,2'dir. En küçük puan 11,5 iken, en yüksek puan 43,2'dir. Kontrol grubunda ise puan  $33,7\pm 4,8$  olarak bulunmuştur. Ortanca puan 33,3'tür. En küçük puan 22,4 iken, en yüksek puan 47,9'dur (Tablo 17).

Olgu grubunda tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı puanı  $31,5\pm 6,9$  olarak bulunmuştur. Ortanca puan 31,2'dir. En küçük puan 11,5 iken, en yüksek puan 46,8'dir. Kontrol grubunda ise tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı puanı  $36,4\pm 5,5$  olarak bulunmuştur. Ortanca puan 35,4'tür. En küçük puan 26,0 iken, en yüksek puan 48,9'dur (Tablo 17).

Olgu grubunda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı  $26,8\pm 7,4$  olarak bulunmuştur. Ortanca puan 27'dir. En küçük puan 8,3 iken, en yüksek puan 42,7'dir. Kontrol grubunda ise hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı  $31,2\pm 5,2$  olarak bulunmuştur. Ortanca puan 30,2'dir. En küçük puan 17,7 iken, en yüksek puan 47,9'dur (Tablo 17).

**Tablo 17. Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Puan Dağılımları**

	<b>Olgu Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>p değeri</b>
<b>Genel Sağlık Okuryazarlığı</b>	$29,2\pm 6,8$	$33,7\pm 4,8$	0,000
Median	30,2	33,3	
Minimum	11,5	22,4	
Maksimum	43,2	47,9	
<b>Tedavi ve Hizmet Sağlık Okuryazarlığı</b>	$31,5\pm 6,9$	$36,4\pm 5,5$	0,000
Median	31,2	35,4	
Minimum	11,5	26,0	
Maksimum	46,8	48,9	
<b>Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı</b>	$26,8\pm 7,4$	$31,2\pm 5,2$	0,000
Median	27,0	30,2	
Minimum	8,3	17,7	
Maksimum	42,7	47,9	

Mann-Whitney U

Olgu grubunda genel sağlık okuryazarlığı puanı; tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı puanı; hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür (**p:0,000**) (Tablo 17).



Sağlık okuryazarlığını kategorik olarak (yetersiz, sınırlı, yeterli, mükemmel) değerlendirdiğimizde genel sağlık okuryazarlık puanına göre olguların %27,8'i (59 kişi) yetersiz; %37,7'si (80 kişi) sınırlı; %33,5'i (71 kişi) yeterli; %0,9'u (2 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Kontrollerin ise %2'si (8 kişi) yetersiz; %45,9'u (183 kişi) sınırlı; %47,7'si (194 kişi) yeterli; %5,4'ü (22 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Olgu ve kontrol grubunda, genel sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 18).

Tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı puanına göre olguların %14,2'si (30 kişi) yetersiz; %38,2'si (81 kişi) sınırlı; %41'i (87 kişi) yeterli; %6,6'sı (14 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Kontrollerin ise %23,6'sı (96 kişi) sınırlı; %56,5'i (230 kişi) yeterli; %19,9'u (81 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Olgu ve kontrol grubunda, tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 18).

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanına göre olguların %36,8'i (78 kişi) yetersiz; %36,8'i (78 kişi) sınırlı; %25,9'u (55 kişi) yeterli; %0,5'i (1 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Kontrollerin ise %11,5'i (47 kişi) yetersiz; %45'i (183 kişi) sınırlı; %42'si (81 kişi) yeterli; %1,5'i (6 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Olgu ve kontrol grubunda, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılık göstermiştir (p:0,000) (Tablo 18).

**Tablo 18. Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Puan Dağılımları**

	Olgu Grubu		Kontrol Grubu		p* değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Genel Sağlık Okuryazarlığı</b>					
Yetersiz	59	27,8	8	2,0	0,000
Sınırlı	80	37,7	183	45,9	
Yeterli	71	33,5	194	47,7	
Mükemmel	2	0,9	22	5,4	
<b>Tedavi ve Hizmet Sağlık Okuryazarlığı</b>					
Yetersiz	30	14,2	0	0	0,000
Sınırlı	81	38,2	96	23,6	
Yeterli	87	41,0	230	56,5	
Mükemmel	14	6,6	81	19,9	
<b>Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı</b>					
Yetersiz	78	36,8	47	11,5	0,000
Sınırlı	78	36,8	183	45,0	
Yeterli	55	25,9	171	42,0	
Mükemmel	1	0,5	6	1,5	

\*Ki-kare testi

#### 4.4. Meme Kanseri Tarama Hizmetini Kullanımını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi

Olgu ve kontrol grubu karşılaştırılırken Odds Ratio hesaplanabilmesi için 2x2 düzeninde olacak şekilde bazı bağımsız değişkenler birleştirilmiştir.

- Evlilik durumunu “bekar”, “boşanmış” ve “eşi ölmüş” olarak belirten kadınlar “evli değil/yalnız” bir grup olarak birleştirildi.
- Eğitim durumu bu yaş grubundaki kadınların aldıkları temel eğitim ilk 5 yıl olduğu için sadece okuryazar ve ilkokul mezunu olanlar bir grup olarak; ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan kadınlar diğer bir grup olarak birleştirildi.
- Sosyal güvence varlığı durumunu “yok” ve “bilmiyorum” şeklinde cevaplayan kadınlar bir grup olarak birleştirildi.
- Gelir durumunu “gelir gidere denk” ve “gelir giderden fazla” olarak belirten kadınlar bir grup olarak birleştirildi.
- Ayda bir KKMM yapanlar, düzenli KKMM yapıyor olarak tanımlanmıştır.
- Sağlık okuryazarlığı kategorik olarak değerlendirilirken “yetersiz sağlık okuryazarlığı” ve “sınırlı sağlık okuryazarlığı” olan kadınlar bir grup olarak; “yeterli sağlık okuryazarlığı” ve “mükemmel sağlık okuryazarlığı” olan kadınlar bir grup olarak birleştirildi.
- Meme kanseri hakkındaki önermelere verilen cevaplar doğruluk durumuna bakılarak gruplara ayrıldı. 1-2-4-5’inci önermelere verilen cevaplarda “yanlış” ve “bilmiyorum” bir grup olarak birleştirilirken; 3’üncü önermede “doğru ve bilmiyorum” bir grup olarak birleştirildi.

Kategorik bağımsız değişkenler iki grup olacak şekilde düzenlendikten sonra olgu ve kontrol grubunda, değişkenlerin ki-kare testiyle istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı ve OR (tahmini rölatif risk) hesaplanmıştır (Tablo 19).

**Tablo 19. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Durumunu Etkilediği Düşünülen Kategorik Değişkenlerinin Olgu ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması**

		Olgu		Kontrol		X <sup>2</sup>	p değeri	OR (%95GA)
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Evlilik Durumu</b>	Evli yada birliktelik	190	89,6	378	92,9	1,54	0,214	0,663 (0,371-1,184)
	Evli Değil	22	10,4	29	7,1			
<b>Çocuk Varlığı</b>	Evet	187	88,2	377	92,6	2,84	0,092	0,595 (0,340-1,041)
	Hayır	25	11,8	30	7,4			
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar/İlkokul	81	38,2	189	46,4	3,84	0,050	0,713 (0,508-1,001)
	Ortaokul/Lise/Üniv.	131	61,8	218	53,6			
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>	Yok/Bilmiyorum	6	2,8	5	1,2	-	0,189	2,342 (0,706-7,764)
	Var	206	97,2	402	98,8			
<b>Çalışma Durumu</b>	Evet	66	31,1	88	21,6	6,75	<b>0,009</b>	1,639 (1,127-2,383)
	Hayır	146	68,9	319	78,4			
<b>Gelir Durumu</b>	Az	75	35,4	115	28,3	3,32	0,068	1,390 (0,975-1,982)
	Denk/Fazla	137	64,6	292	71,7			
<b>Yaşadığı Yer</b>	İl/ilçe merkezi	210	99,1	395	97,1	-	0,155	3,190 (0,707-14,386)
	Kasaba/Köy	2	0,9	12	2,9			
<b>Meme Şikayeti</b>	Evet	23	10,8	36	8,8	0,44	0,508	1,254 (0,722-2,177)
	Hayır	189	89,2	371	91,2			
<b>Meme Hastalığı</b>	Evet	1	0,5	74	18,2	41,05	<b>0,000</b>	0,021 (0,003-0,155)
	Hayır	211	99,5	333	81,8			
<b>Ailede Kanser Varlığı</b>	Evet	15	7,1	89	21,9	21,82	<b>0,000</b>	0,272 (0,153-0,484)
	Hayır	197	92,9	318	78,1			
<b>Arkadaş/Çevre Kanser Varlığı</b>	Evet	27	12,7	163	40,0	48,88	<b>0,000</b>	0,218 (0,139-0,343)
	Hayır	185	87,3	244	60,0			
<b>KKMM Bilme Durumu</b>	Evet	140	66,0	309	75,9	6,84	<b>0,009</b>	0,617 (0,429-0,887)
	Hayır	72	34,0	98	24,1			
<b>Düzenli KKMM Yapma</b>	Evet	38	17,9	73	17,9	0,00	0,997	0,999 (0,648-1,540)
	Hayır	174	82,1	334	82,1			
<b>Tavsiye Durumu</b>	Evet	139	65,6	277	68,1	0,393	0,531	0,894 (0,629-1,270)
	Hayır	73	34,4	130	31,9			
<b>Genel Sağlık Okuryazarlığı</b>	Yetersiz/Sınırlı	139	65,6	191	46,9	19,45	<b>0,000</b>	2,153 (1,527-3,037)
	Yeterli/Mükemmel	73	34,4	216	53,1			
<b>Tedavi ve Hizmet SOY</b>	Yetersiz/Sınırlı	111	52,4	96	23,6	51,84	<b>0,000</b>	3,560 (2,500-5,070)
	Yeterli/Mükemmel	101	47,6	311	76,4			
<b>Korunma ve Geliştirme SOY</b>	Yetersiz/Sınırlı	156	73,6	230	56,5	17,31	<b>0,000</b>	2,144 (1,491-3,081)
	Yeterli/Mükemmel	56	26,4	177	43,5			

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, evlilik durumundan etkilenmemiştir **[p:0,214; OR:0,663 %95GA (0,371-1,184)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, çocuk varlığı durumundan etkilenmemiştir **[p:0,092; OR: 0,595 %95GA (0,340-1,041)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, eğitim durumundan etkilenmemiştir **[p:0,050; OR: 0,713 %95GA (0,508-1,001)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, sosyal güvence durumundan etkilenmemiştir **[p:0,189; OR: 2,342 %95GA (0,706-7,764)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, çalışma durumundan etkilenmiştir. Olgu grubunda gelir getirici bir işte çalışma; kontrollere göre yaklaşık 1,6 kat daha fazladır **[p:0,009; OR: 1,639 %95GA (1,127-2,383)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, gelir durumundan etkilenmemiştir **[p:0,068; OR: 1,390 %95GA (0,975-1,982)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, yaşanan yerden etkilenmemiştir **[p:0,155; OR: 3,190 %95GA (0,707-14,386)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, meme şikayeti durumundan etkilenmemiştir **[p:0,508; OR: 1,254 %95GA (0,722-2,177)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, meme hastalığı durumundan etkilenmiştir. Olgu grubunda meme hastalığı varlığı; kontrollere göre yaklaşık 0,02 kat daha azdır **[p:0,000; OR: 0,021 %95GA (0,003-0,155)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, ailede meme kanseri tanılı kişi varlığı durumundan etkilenmiştir. Olgu grubunda ailesinde meme kanseri tanılı kişi olma; kontrollere göre yaklaşık 0,3 kat daha azdır **[p:0,000; OR: 0,272 %95GA (0,153-0,484)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi varlığı durumundan etkilenmiştir. Olgu grubunda arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi olma; kontrollere göre yaklaşık 0,2 kat daha azdır **[p:0,000; OR: 0,218 %95GA (0,139-0,343)]** (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, kendi kendine meme muayenesini bilme durumundan etkilenmiştir. Olgu grubunda kendi kendine meme muayenesi bilme; kontrollere göre yaklaşık 0,6 kat daha azdır [**p:0,009; OR: 0,617 %95GA (0,429-0,887)**] (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, düzenli KKMM yapma durumundan etkilenmemiştir [**p:0,997; OR: 0,999 %95GA (0,648-1,540)**] (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, tavsiyede bulunulma durumundan etkilenmemiştir [**p:0,531; OR: 0,894 %95GA (0,629-1,270)**] (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, genel sağlık okuryazarlığından etkilenmiştir. Olgu grubunda yetersiz/sınırlı genel sağlık okuryazarlığı; kontrollere göre yaklaşık 2,2 kat daha fazladır [**p:0,000; OR: 2,153 %95GA (1,527-3,037)**] (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığından etkilenmiştir. Olgu grubunda yetersiz/sınırlı tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı; kontrollere göre yaklaşık 3,6 kat daha fazladır [**p:0,000; OR: 3,560 %95GA (2,500-5,070)**] (Tablo 19).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığından etkilenmiştir. Olgu grubunda yetersiz/sınırlı hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı; kontrollere göre yaklaşık 2,1 kat daha fazladır [**p:0,000; OR: 2,144 %95GA (1,491-3,081)**] (Tablo 19).

**Tablo 20. Meme Kanseri Hakkındaki Önermelere Verilen Cevapların Olgu ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması**

	<i>Meme kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilebilen bir hastalıktır</i>		<i>Mamografi meme kanseri taramasında kullanılan en etkili yöntemdir.</i>		<i>Mamografi çekimi ücretlidir.</i>		<i>Mamografi çekimi 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir yapılır.</i>		<i>Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her ay yapılmalıdır.</i>	
	Olgu (n)	Kontrol (n)	Olgu (n)	Kontrol (n)	Olgu (n)	Kontrol (n)	Olgu (n)	Kontrol (n)	Olgu (n)	Kontrol (n)
<b>Doğru Yanlış/bilmiyorum</b>	181 31	407 0	167 45	373 34	- -	- -	75 137	258 149	68 144	227 180
<b>Yanlış Doğru/bilmiyorum</b>	-	-	-	-	132 80	402 5	-	-	-	-
<b>X<sup>2</sup></b>	59,62		20,75		156,83		44,01		31,38	
<b>p değeri*</b>	0,000**		0,000*		0,000*		0,000*		0,000*	
<b>OR (%95 GA)</b>	0,308 (0,273-0,347)		0,338 (0,209-0,547)		0,021 (0,008-0,052)		0,316 (0,224-0,447)		0,374 (0,264-0,531)	

\*Pearson ki-kare \*\* Yates ki-kare

Katılımcılara meme kanseri hakkında 5 önerme sunulmuştur. Meme kanseri tarama hizmeti kullanmayanlarda “*Meme kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilebilen bir hastalıktır*” önermesine “doğru” cevabını vermek, hizmeti kullananlara göre yaklaşık 0,3 kat daha azdır [p: 0,000; OR: 0,308 %95GA (0,273-0,347)] (Tablo 20).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanmayanlarda “*Mamografi meme kanseri taramasında kullanılan en etkili yöntemdir*” önermesine “doğru” cevabını vermek, hizmeti kullananlara göre yaklaşık 0,3 kat daha azdır [p: 0,000; OR: 0,338 %95GA (0,209-0,547)] (Tablo 20).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanmayanlarda “*Mamografi çekimi ücretlidir*” önermesine “yanlış” cevabını vermek, hizmeti kullananlara göre yaklaşık 0,02 kat daha azdır [p: 0,000; OR: 0,021 %95GA (0,008-0,052)] (Tablo 20).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanmayanlarda “*Mamografi çekimi 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir yapılır*” önermesine “doğru” cevabını vermek, hizmeti kullananlara göre yaklaşık 0,3 kat daha azdır [p: 0,000; OR: 0,316 %95GA (0,224-0,447)] (Tablo 20).

Meme kanseri tarama hizmeti kullanmayanlarda “*Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her ay yapılmalıdır*” önermesine “doğru” cevabını vermek, hizmeti kullananlara göre yaklaşık 0,4 kat daha azdır [p: 0,000; OR: 0,374 %95GA (0,264-0,531)] (Tablo 20).

#### 4.5. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Durumunu Etkileyen Değişkenlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi

Meme kanseri tarama hizmeti kullanılmamaya hangi değişkenlerin etki ettiğini saptayabilmek için, bulgular bölümünün önceki kısımlarında incelenmiş olan ve anlamlı farklılık ( $p<0,05$ ) saptanan risk faktörleri içinden ve literatürde anlamlı farklılığı gösterilmiş bazı değişkenlerden bir model oluşturularak, çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda oluşturulan modelin Nagelkerke  $R^2$  değeri 0,454 olarak hesaplanmıştır. Buna göre oluşturulan model meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumunun %45,4'ünü açıklayabilmektedir.

Tablo 21'de çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda meme kanseri tarama hizmeti kullanmama için risk oluşturduğu saptanan faktörler ve %95 güven aralığında Odds Ratio'ları gösterilmiştir.

**Tablo 21. Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi**

		<b>B</b>	<b>OR</b> (%95 GA)	<b>p</b> değeri
<b>Yaş</b>		-0,042	0,959 (0,932–0,986)	<b>0,004</b>
<b>Çocuk Sayısı</b>		-0,424	0,654 (0,540–0,793)	<b>0,000</b>
<b>Genel Sağlık Okuryazarlığı</b>		-0,194	0,824 (0,786–0,864)	<b>0,000</b>
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar/ilkokul	-0,644	0,525 (0,315–0,877)	<b>0,014</b>
	Ort-Lise-Üniv		1,000	
<b>Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu</b>	Evet	0,404	1,497 (0,907–2,538)	0,125
	Hayır		1,000	
<b>Meme Hastalığı Durumu</b>	Evet	-3,243	0,039 (0,005–0,296)	<b>0,002</b>
	Hayır		1,000	
<b>Ailede Kanser Tanılı Kişi Durumu</b>	Evet	-0,880	0,415 (0,211–0,816)	<b>0,011</b>
	Hayır		1,000	
<b>Arkadaş/Çevrede Kanser Tanılı Kişi Durumu</b>	Evet	-1,474	0,229 (0,136–0,385)	<b>0,000</b>
	Hayır		1,000	
<b>KKMM Bilme Durumu</b>	Evet	-0,460	0,631 (0,391–1,017)	0,059
	Hayır		1,000	
<b>Tavsiyede Bulunulma Durumu</b>	Evet	0,202	1,224 (0,780–1,920)	0,380
	Hayır		1,000	
<b>Sabit</b>		9,571	14339,575	0,000



Yaş, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermiştir [**p:0,004; OR: 0,959 %95GA (0,932 – 0,986)**] (Tablo 21). Yaş, meme kanseri tarama hizmeti kullanımı için olumlu bir etkidir.

Çocuk sayısı, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermiştir [**p:0,000; OR:0,654 %95GA (0,540–0,793)**] (Tablo 21). Çocuk sayısı, meme kanseri tarama hizmeti kullanımı için olumlu bir etkidir.

Genel sağlık okuryazarlığı, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermiştir [**p:0,000; OR:0,824 %95GA (0,786–0,864)**] (Tablo 21). Genel sağlık okuryazarlığı, meme kanseri tarama hizmeti kullanımı için olumlu bir etkidir.

Eğitim durumu, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermiştir. Olgu grubunda sadece okuryazar ve ilkokul mezunu olanlar kontrollere göre 0,5 kat daha azdır [**p:0,014; OR: 0,525 %95GA (0,315–0,877)**] (Tablo 21). Sadece okuryazar ve ilkokul mezunu olmak, meme kanseri tarama hizmeti kullanımı için olumlu bir etkidir.

Çalışma durumu, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermemiştir [**p:0,125; OR: 1,497 %95GA (0,907–2,538)**] (Tablo 21).

Meme hastalığı durumu, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermiştir. Olgu grubunda meme hastalığı varlığı; kontrollere göre yaklaşık 0,04 kat daha azdır [**p:0,002; OR: 0,039 %95GA (0,005–0,296)**] (Tablo 21). Meme hastalığı varlığı, meme kanseri tarama hizmeti kullanımı için olumlu bir etkidir.

Ailede meme kanseri tanıli kişi varlığı durumu, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermiştir. Olgu grubunda ailesinde meme kanseri tanıli kişi olma; kontrollere göre yaklaşık 0,4 kat daha azdır [**p:0,011; OR: 0,415 %95GA (0,211–0,816)**] (Tablo 21).

Arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanıli kişi varlığı durumu, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermiştir. Olgu grubunda arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanıli kişi olma; kontrollere göre yaklaşık 0,2 kat daha azdır [**p:0,000; OR: 0,229 %95GA (0,136–0,385)**] (Tablo 21).

Kendi kendine meme muayenesini bilme durumu, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermemiştir [**p:0,059; OR: 0,631 %95GA (0,391–1,017)**] (Tablo 21).

Tavsiyede bulunulma durumu, olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermemiştir [**p:0,380; OR: 1,224 %95GA (0,780–1,920)**] (Tablo 21).

## 5. TARTIŞMA

Topluma dayalı meme kanseri tarama hizmeti gelişmiş ülkelerde olmak üzere 1980'li yıllarda verilmeye başlanmış olmasına rağmen ülkemizde meme kanseri taramaları için ulusal standartlar ilk defa 2004 yılında yayınlanmıştır. İzmit KETEM ise 2007 yılında faaliyete geçmiştir. Kanser Daire Başkanlığı'nın verilerine göre meme kanseri taramasında 2014 yılı içinde hedef grupta olan toplam 5,6 milyon kadının %33,5'ine ulaşılmıştır. Birinci basamakta yapılan meme kanseri taraması 2013 yılına göre 2014 yılında %40 artmıştır. Birinci basamak tarama hizmetleri ile 231 kadına büyük çoğunluğu erken evrede meme kanseri teşhisi konulmuştur.<sup>7</sup> Bu çalışma, ülkemizde başlangıcı yakın tarihli olan topluma dayalı meme kanseri tarama hizmetine katılımı etkileyen faktörleri inceleyen az sayıdaki çalışmadan biridir. Ayrıca ülkemizde toplum tabanlı meme kanseri tarama hizmeti kullanımı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

Ülkemizdeki bazı çalışmalarda mamografi çekirmiş olarak tanımlanan kişilerin birinci basamakta mamografi çekirip çekirmediğinin ayrımı yapılmamıştır. Bu açıdan bizim çalışmamızda-kontrol grubunun- mamografi çekirenlerin tamamı KETEM'de mamografi çekiren kişilerden oluştuğu için meme kanseri tarama hizmeti kullanımını inceleme iddiası daha güçlüdür. Ayrıca tek bir araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle 619 kişide uygulanması ve her iki grupta da hedeflenen kişi sayısının geçilmesi araştırmanın diğer güçlü yönüdür. Bununla birlikte olgu grubunun bir sağlık kurumuna başvuran kişilerden oluşması ve her iki grupta sağlık okuryazarlığı ölçeği için okuryazar olma koşulu bulunması nedeniyle, toplumun daha dezavantajlı kesimlerinin ihmal edilmiş olması olasıdır. Çalışma grubunu sağlık kurumuna başvuran kişiler oluşturduğu için topluma genellenemez. Olgu kontrol çalışmalarının genel kısıtlılıklarına (seçici hatırlama, hafıza faktörü) sahiptir.

**Yaş** sağlık hizmeti kullanımı için belirleyici bir değişkendir ve literatürde ileri yaşlarda mamografi taramalarına katılımın azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Maral ve arkadaşlarının<sup>123</sup> Ankara'nın Gölbaşı ilçesinde 40 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları topluma dayalı mamografi taramalarına katılımı etkileyen faktörleri inceleyen kesitsel çalışmasında, son 2 yılda mamografi çekirmemiş kadınlar çekirenlere göre daha büyük yaş ortalamasına sahiptir (54,8'e karşılık 48,5). Bu çalışmada ileri yaştaki kadınların mamografi taramasına katılmama riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Özyayın ve arkadaşlarının<sup>124</sup> İstanbul Bahçeşehir'de 40-69 yaş arasındaki kadınlarda yaptıkları kesitsel

çalışmada yaş kategorik (40-49,50-59,60-69) olarak incelenmiştir. Kadınların 50-59 yaş arasında en çok, 60-69 yaş arasında en az sıklıkta mamografi çektirdikleri bulunmuştur. Bare ve arkadaşlarının<sup>125</sup> İspanya’da 50-64 yaş arası kadınlarda yaptıkları kesitsel çalışmada, ileri yaş gruplarında bulunmak (55-59, 60-64) mamografi taramasına katılmamakla ilişkili bulunmuştur. Bazı araştırmalarda ise yaş bir prediktör olarak saptanmamıştır. Dünder ve arkadaşlarının<sup>126</sup> Manisa’da 50-69 yaş arası kadınlarda yaptıkları kesitsel çalışmada yaş ile mamografi taramasına katılmak arasında ilişki bulunmamıştır. Esteva ve arkadaşlarının<sup>127</sup> İspanya’da özel sağlık sigortası kapsamının yüksek olduğu bir bölgede mamografi taramasına katılmamanın belirleyicilerini saptamak üzere yaptıkları olgu-kontrol tipindeki bir araştırmada yaş kategorik olarak değerlendirilmiş (50-54, 55-59, 60-64) ve gruplar arasında mamografi taramasına katılımıla ilgili fark saptanmamıştır. McNoe ve arkadaşlarının<sup>128</sup> Yeni Zellanda’da yaptıkları topluma dayalı mamografi taramasına katılımın incelendiği kesitsel çalışmada taramaya katılan ve katılmayan kadınlarda yaş farklılık göstermemiştir. Bizim çalışmamızda olgu ve kontrol grubu yaş açısından eşleştirilmemiştir. Çok değişkenli analizde yaş, taramalara katılım için olumlu bir etken olarak saptanmıştır.

Genel olarak evli kadınların diğer kadınlara göre taramalara daha fazla katılma ihtimali bulunmaktadır. Bu durum muhtemelen daha yüksek bir sosyal desteğin sonucudur. Bir eş/partner sahibi olmak kişiyi karşı tarafa karşı daha sorumlu hissetmesine neden olabilir. Bu nedenle sağlığı hakkında daha aktif olma ihtimalini artırabilir.<sup>129</sup> **Evlilik durumu** literatürde genellikle medeni durum, daha az sıklıkta birlikte yaşama olarak ele alınmıştır. Lagerlund ve arkadaşlarının<sup>129</sup> İsveç Uppsala kentinde kayıtlar üzerinden yaptığı olgu kontrol tipindeki çalışmada taramaya katılmayanlar, toplum tabanlı taramaya katılması için yapılan son iki davete cevap vermeyen kadınlar olarak tanımlanmıştır. Yalnız yaşama (eşi olmayan ve yalnız yaşayan kadınlar) mamografi taramasına katılmamakla ilişkili bulunmuştur. Yine Lagerlund ve arkadaşların<sup>130</sup> kohort tipi araştırmasında, yalnız yaşama mamografi taramasına katılmamakla ilişkili bulunmuştur. Maral ve arkadaşlarının<sup>123</sup> yaptığı çalışmada taramaya katılmayanlarda evli yüzdesi daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Aro ve arkadaşlarının<sup>131</sup> Finlandiya’daki çalışmasında evli olmak, mamografi taramasına katılma ile ilişkili bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise kadınların evlilik durumu evli ya da birliktelik ve yalnız olarak ikiye ayrılmıştır. Evlilik durumu, tarama hizmeti kullanımında farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde Bare ve arkadaşlarının<sup>125</sup>

çalışmasında ve Yıldırım ve arkadaşlarının<sup>132</sup> İstanbul Moda'da yaptıkları kesitsel çalışmada evlilik durumu taramaya katılımı etkileyen faktörlerden biri değildir.

Literatürde meme kanseri tarama hizmeti kullanımı ile **çocuk varlığı** arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda araştırma vardır. Lagerlund ve arkadaşlarının<sup>129</sup> olgu kontrol tipindeki çalışmasında çocuk sahibi olmama veya beş ve üzeri çocuk sahibi olma taramaya katılmama ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Lagerlund ve arkadaşların<sup>130</sup> kohort tipi araştırmasında; iki çocuk sahibi olmak taramaya katılma ile pozitif ilişkili bulunurken; tek çocuk sahibi olmak veya üç ve üzeri çocuk sahibi olmak taramaya katılmama ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bizim çalışmamızda çocuk sahibi olma durumu, tarama hizmeti kullanımında farklılık göstermemiştir. Ancak çocuk sayısı tarama hizmetini kullanımı açısından olumlu bir etken olarak saptanmıştır. Çocuk sayısı evlilik durumu gibi kadının kendi sağlığına yönelik motivasyonunu artırıyor olabilir.

Literatürde çoğunlukla **eğitim durumu** ile taramaya katılım arasında pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Yıldırım ve arkadaşlarının<sup>132</sup> yaptığı çalışmada, kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi çekirme oranının arttığı saptanmıştır. Özaydın ve arkadaşlarının<sup>124</sup> yaptığı çalışmada daha eğitimliler daha fazla mamografi çekirmiştir. Maral ve arkadaşlarının<sup>123</sup> çalışmasında taramaya katılmayanlarda eğitim seviyesi daha düşük bulunmuştur. Rahman ve arkadaşların<sup>133</sup> Colarado'da 40 yaş üstü kadınların mamografi taramalarına katılımını etkileyen faktörleri inceleyen araştırmasında eğitim seviyesi ile taramalara katılım arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Puddu ve arkadaşlarının<sup>134</sup> Belçika'da yaptığı kesitsel çalışmada düşük eğitimli kadınların, yüksek eğitime sahip olanlara göre mamografiye katılma olasılıkları daha düşük bulunmuştur. Aro ve arkadaşlarının<sup>131</sup> Finlandiya'daki çalışmasında orta seviyede eğitimli olmak mamografi taramasına katılımı daha ilişkili bulunmuştur. Bazı çalışmalarda eğitim durumu ile taramaya katılım arasında ilişki saptanmamıştır. Dupont ve arkadaşlarının<sup>135</sup> Fransa'da yaptığı kesitsel çalışmada düşük eğitim seviyesi mamografi taramasına katılım arasında ilişkili bulunmamıştır. Dündar ve arkadaşlarının<sup>126</sup> çalışmasında; McNoe ve arkadaşlarının<sup>128</sup> yaptıkları çalışmada; taramaya katılan ve katılmayan kadınlarda eğitim durumu farklılık göstermemiştir. Bizim çalışmamızda ise genel literatürün aksine düşük eğitim seviyesi, taramalara katılım için olumlu bir etken olarak saptanmıştır. Benzer şekilde Bare ve arkadaşlarının<sup>125</sup> çalışmasında daha eğitimli olmak mamografi taramalarına katılmamakla ilişkili bulunmuştur. Özel sağlık sigortasının yaygın olduğu bir

bölgede Esteva ve arkadaşlarının<sup>127</sup> yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ile taramalara katılma arasında ters ilişki bulunmuş ve bu durum eğitilmiş kadınların muhtemelen toplum taraması yerine özel kliniklerde mamografi yaptırmalarıyla açıklanmıştır.

Sağlık sigortası sahibi olmak sağlık hizmet kullanımı ile ilişkilidir. **Sosyal güvence** toplumsal yaşamdan kaynaklanan risklerden kişiyi korumayı hedefler. Yıldırım ve arkadaşlarının<sup>132</sup> yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olan kadınların son iki yıl içinde mamografi yaptırmalarıyla pozitif ilişkili bulunmuştur. Ülkemizde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Teorik olarak herkesin zorunlu sağlık sigortasına sahip olması nedeniyle çalışmamızda sosyal güvence varlığı ile tarama hizmeti kullanımı arasında ilişkiyi sorgulandı. Bizim çalışmamızda sosyal güvence durumu, tarama hizmeti kullanımında farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde Maral ve arkadaşlarının<sup>123</sup> yaptığı çalışmada sosyal güvence durumuyla mamografi taramasına katılma arasında ilişki saptanmamıştır.

**Gelir getirici bir işte çalışmak** ekonomik faktör olmanın yanı sıra sosyal etkileşimlere açık bir birey olmanın avantajını taşır.<sup>130</sup> Lagerlund ve arkadaşlarının<sup>129</sup> olgu-kontrol tipindeki çalışmasında gelir getirici bir işte çalışmayan kadınların taramaya katılmama olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Aro ve arkadaşlarının çalışmasında<sup>131</sup>; Dupont ve arkadaşlarının çalışmasında<sup>135</sup> çalışıyor olmak mamografi taramasına katılımla pozitif ilişkili bulunmuştur. Buna karşın bazı çalışmalarda ise ilişki saptanmamıştır. Esteva ve arkadaşlarının<sup>127</sup> çalışmasında; Maral ve arkadaşlarının<sup>123</sup> çalışmasında taramaya katılım ile çalışma durumu arasında ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda çalışma durumu, tarama hizmeti kullanımında farklılık göstermemiştir.

**Düşük gelirli olmak** daha kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir.<sup>38</sup> Yıldırım ve arkadaşlarının<sup>132</sup> çalışmasında kadınların aylık ortalama geliri yükseldikçe son iki yıl içinde mamografi yaptırmalarıyla pozitif ilişkilerinin arttığı saptanmıştır. Özyayın ve arkadaşlarının<sup>124</sup> çalışmasında üst ekonomik sınıfta olduğunu beyan edenler, alt sınıfta olduğunu beyan edenlerden 2 kat daha fazla mamografi yaptırmışlardır. Rahman ve arkadaşlarının<sup>133</sup> çalışmasında yıllık ortalama geliri <\$15.000 olan kadınlarla karşılaştırıldığında, yıllık ortalama geliri >\$35.000 olan kadınların taramaya katılması daha olası bulunmuştur. Başka bir çalışmada<sup>131</sup> hane gelir durumu üç kategoriye ayrılmış (<\$20.000, \$20.000-\$40.000,

>\$40 000) ve orta gelirli (\$20.000-\$40.000 arası) kadınların taramaya katılımı daha olası bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da gelir durumu ile taramalara katılım arasında ilişki saptanmamıştır. Dündar ve arkadaşlarının<sup>126</sup> çalışmasında; McNoe ve arkadaşlarının<sup>128</sup> çalışmasında; Duport ve arkadaşlarının<sup>135</sup> çalışmasında gelir durumu farklılık göstermemiştir. Bizim çalışmamızda gelir durumu, tarama hizmeti kullanımında farklılık göstermemiştir.

Kadınların **yaşadığı bölgede** veya yakın çevresinde tarama hizmeti veren merkez olması hizmet kullanımını açısından kolaylaştırıcı bir değişkendir.<sup>38</sup> Ayrıca metropol şehirlerde ulaşım problemlerinden dolayı hizmetlere erişim zorlaşabilmektedir.<sup>136</sup> Bu ilişkiler bazı araştırmalarda gösterilmiş, bazı araştırmalarda ise gösterilememiştir. Duport ve arkadaşlarının çalışmasında<sup>135</sup>, kentsel bölgede yaşamak mamografi taramasına katılımı ilişkili bulunmuştur. Dinçel ve arkadaşları<sup>137</sup> üçüncü basamak bir hastanede mamografi ünitesine başvuran kadınlarda ilk mamografi çekim yaşını sorgulamıştır. Bu çalışmaya göre il/ilçede yaşayan kadınlar, köy ve kasabada yaşayanlara göre ilk mamografilerini daha erken yaşta yaptırmıştır (yaş ortalaması 46'ya karşı 52). Kinnear ve arkadaşları<sup>136</sup> İrlanda'da yaptığı bir çalışmada, başkent Belfast ile ülkenin geri kalanını karşılaştırmış ve metropol bölgesi olan Belfast'te taramalara katılım daha düşük bulunmuştur. Shearman ve arkadaşlarının<sup>138</sup> Kanada'da yaptıkları çalışmada, uzak ve kırsal alanlarda ikamet eden kadınların, son 2 yılda mamografi çekirme olasılığı daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda kadınların yaşadığı yer, tarama hizmeti kullanımında farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde Aro ve arkadaşlarının<sup>131</sup> çalışmasında kentsel veya kırsal bölgede yaşamak ile mamografi taramasına katılım arasında ilişkili bulunmamıştır. Esteva ve arkadaşlarının<sup>127</sup> çalışmasında kadınların evleriyle tarama merkezi arasındaki mesafe taramaya katılımı etkilememiştir. Verilerinin toplandığı merkezlerin birbirine çok yakın olması, hemen komşu ilçede başka bir KETEM olması ve ASM'nin birinci basamak sağlık merkezi olması sebebiyle başvuranların yakın çevrede oturuyor olması fark bulamamızda etken olabilir.

Kadınlarda memesi ile ilgili bir **şikayetin** olması veya **tanısı konulmuş bir meme hastalığının** olması bir gereksinim faktörü olarak hizmet kullanımını doğrudan etkileyebilir.<sup>38</sup> Nitekim Dinçel ve arkadaşlarının<sup>137</sup> çalışmasında iyi huylu meme hastalığı bulunanların daha erken yaşlarda mamografi çektiği gösterilmiştir. Luengo ve arkadaşlarının<sup>139</sup> İspanya'da 40-70 yaş arası kadınlarda yaptığı kesitsel çalışmada kişisel

meme hastalığı öyküsü olmak, taramalara katılmakla ilişkili bulunmuştur. Lagerlund ve arkadaşlarının<sup>129</sup> çalışmasında meme sorunlarına sahip olmayan kadınların olanlara göre taramaya katılmama olasılığı nerdeyse 3 kat fazla bulunmuştur. Esteva ve arkadaşlarının<sup>127</sup> çalışmasında; taramaya katılım ile meme semptomu olması arasında ilişki bulunamamıştır. Maral ve arkadaşlarının<sup>123</sup> çalışmasında meme hastalığının olması ile taramaya katılım arasında ilişki saptanmamıştır. Rahman ve arkadaşların çalışmasında meme problemi taramaya katılımı ile ilişkili bulunmamıştır.<sup>133</sup> Bizim çalışmamızda meme şikayeti durumu, tarama hizmeti kullanımında farklılık göstermemiştir. Mamografi taraması teorik olarak asemptomatik kadınlara önerilmesine rağmen ülkemizde semptomatik kadınların iki yılda bir olacak şekilde meme kanseri tarama hizmeti kullanmasının önünde bir engel yoktur. Bu kadınların gerek kendi şüpheleri gerekse de sağlık personeli tarafından KETEM'e yönlendirilmeleri daha olası olsa da bizim araştırmamızda farklılık gösterilememiştir. Fakat kadınların meme hastalığının olması, tarama hizmeti kullanımı açısından olumlu bir etken olarak saptanmıştır. Bu sonuç, kadınların problemlerine yönelik (örneğin; daha önceki mamografi taramalarında fibrokistik hastalık vb. tanılar alan kadınların kontrol amaçlı tekrar taramalara katılması) hizmetleri kullanmasındaki motivasyon farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Kalıtım, meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür.<sup>103</sup> Literatürde **ailede veya sosyal çevresinde kanser varlığı** taramalara katılımı ile pozitif ilişkili bir değişken olarak göze çarpsa da ilişki bulunamayan çalışmalarda bulunmaktadır. Özyayın ve arkadaşlarının<sup>124</sup> çalışmasında; Dupont ve arkadaşlarının<sup>135</sup> çalışmasında; Rahman ve arkadaşlarının<sup>133</sup> çalışmasında; ailede meme kanseri olması ile mamografi taramasına katılım arasında pozitif ilişkili bulunmuştur. Lagerlund ve arkadaşlarının<sup>129</sup> çalışmasında taramaya katılmama olasılığı, ailesinde meme kanseri olmayanlarda 1,8 kat, arkadaşlarında meme kanseri olmayanlarda 1,5 kat daha fazla bulunmuştur. Carney ve arkadaşlarının<sup>140</sup> New Hemsire'da topluma dayalı 50 yaş üzeri kadın popülasyonu üzerinde yaptıkları araştırmada taramaya katılım ile aile öyküsü arasında ilişki bulunamamıştır. Dünder ve arkadaşlarının<sup>126</sup> çalışmasında; Maral ve arkadaşlarının<sup>123</sup> çalışmasında; Esteva ve arkadaşlarının<sup>127</sup> çalışmasında; Bare ve arkadaşlarının<sup>125</sup> çalışmasında; taramaya katılım ile aile öyküsü arasında ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda ise ailesinde veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi olması, tarama hizmeti kullanımı açısından olumlu bir etken olarak saptanmıştır. Özellikle ailesinde meme kanseri olan kadınlar kendilerini riskli

algılayıp tarama hizmetini kullanmaya daha eğilimli olmaları beklenir. Ayrıca sosyal çevresinde bu hastalıkla karşılaşanlara tanıklık eden kadınların da etkilenmeleri muhtemeldir. Muhtemelen bu tür deneyimler, sağlık sistemi ile aşinalık ve farkındalığa yol açmaktadır.

**KKMM**, 20 yaşından sonra her kadının ayda bir uygulaması önerilen meme kanserinde bir erken tanı yöntemidir. Kadınlar KKMM yapmasını sağlık personelinden veya yazılı ve görsel medyadan nasıl uygulanacağını, nelere dikkat etmesi gerektiğini- profesyonelce olmasa da- öğrenebilir. Bu bilgi ve pratik kadınlarda meme kanserine karşı diğer kadınlara göre daha duyarlı olmasının hem nedeni hem de sonucudur. Duyarlı olanların da mamografi taramalarına katılması muhtemeldir. Bizim çalışmamızda KKMM yapmasını bilmek ve düzenli KKMM yapmak, gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde Özyayın ve arkadaşlarının<sup>124</sup> çalışmasında KKMM yapmak ile mamografi çekirmek arasında ilişki saptanmamıştır. Buna karşın Aro ve arkadaşlarının<sup>131</sup> çalışmasında; Lagerlund ve arkadaşlarının<sup>129</sup> çalışmasında KKMM yapmak ile mamografi çekirmek arasında pozitif ilişki saptanırken Bare ve arkadaşlarının<sup>125</sup> çalışmasında negatif ilişki saptanmıştır.

Mamografi çekirme kararı verilirken, bu eyleme tabi tutulmanın potansiyel faydaları, zararları, alternatifleri ve belirsizliklerini anlamak önemlidir. Bu noktada kişinin **sağlık okuryazarlığı**, sağlık kararlarında rol oynayabilir. Literatürde bu ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Pagan ve arkadaşlarının<sup>141</sup> Hispanikler üzerinde yaptıkları araştırmada mamografi çekirmek ile fonksiyonel sağlık okuryazarlık ilişkisi sorgulanmış. STOFHLA (fonksiyonel sağlık okuryazarlığı testinin kısa versiyonu) ile ölçüm yapılmış. Yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarlığı son iki yılda mamografi çekimi ile pozitif ilişkili bulunmuştur (OR:1,7). Fernandez ve arkadaşlarının<sup>142</sup> yaşlı kadınlar (ort. 65 yaş) üzerinde yaptığı kesitsel nitelikteki araştırmada TOFHLLA testi ile sağlık okuryazarlıkları ölçülmüştür. Yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, son iki yılda mamografi çekimi ile pozitif ilişkili bulunmuştur (OR:2,2). Yılmazel<sup>143</sup>, Çorum'da üçüncü basamak bir hastanede polikliniğe gelen 40-69 yaşları arasındaki kadınlara REALM testini uygulamıştır. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kadınlarda mamografi çekirme olasılığı daha düşük bulunmuştur (p:0,000). Komenaka ve arkadaşlarının<sup>144</sup> Amerika'da bir meme kliniğine gelen 40 yaş üstü kadınlar üzerine yaptıkları araştırmada En Yeni Yaşamsal İşaret Testi ile sağlık okuryazarlıkları ölçülmüş ve sınırlı sağlık okuryazarlığı taramalara



katılmakla negatif ilişkili bulunmuştur (OR:0,27). Scot ve arkadaşlarının<sup>145</sup> Amerika'da Medicare'de kayıtlı kişiler üzerinde yaptıkları araştırmada; Guerra ve arkadaşlarının<sup>82</sup> Amerika'da Latinler üzerinde yaptığı araştırmada STOFHLA ile ölçüm yapılmış yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların mamografi çekirtmeme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (OR: 1,5 ve OR: 1,14). Bizim çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ikili analizlerde kategorik ve nümerik olarak değerlendirildi. Taramaya katılmayanlarda yetersiz/sınırlı genel sağlık okuryazarlığı varlığı 2,2 kat; yetersiz/sınırlı tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı varlığı 3,6 kat; yetersiz/sınırlı hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı varlığı 2,1 kat daha fazla bulunmuştur. Ayrıca taramaya katılmayanlarda sağlık okuryazarlığı skorları daha düşük bulunmuştur. Çok değişkenli analize sadece genel sağlık okuryazarlığı nümerik olarak alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı tarama hizmeti kullanımını açısından olumlu bir etken olarak saptanmıştır.

Ulusal tarama programına göre aile hekimine kayıtlı nüfus baz alınarak, kadınların davet yöntemiyle 2 yılda bir mamografi çekirtmesi gerektiği ifade edilmektedir. Ancak İzmit KETEM'de hedef nüfus üzerinde herhangi bir davet yöntemi kullanılmamaktadır. Kadınlar mamografi çekirtme kararının verilmesinde tamamen kendisi rol oynasa da bu kararda ailesi ve yakın çevresi veya bir sağlık personeli tarafından **tavsiye alması** olumlu etki sağlayabilir. Literatürdeki çalışmalarda bu ilişki genelde pratisyen hekim veya uzman hekim tavsiyesi olarak sorgulanmıştır. Özaydın ve arkadaşlarının<sup>124</sup> çalışmasında kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi kaynağı doktor veya arkadaş/akraba olanların olmayanlara göre daha fazla mamografi çekirttikleri saptanmıştır. Gummersbach ve arkadaşlarının<sup>146</sup> çalışmasında tarama konusundaki kararın en önemli belirleyicileri doktor tavsiyesi ve akraba veya yakın tanıdıklarında meme kanseri deneyimi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kadınlara broşür göndermenin kararı etkilemediği saptanmıştır. Esteva ve arkadaşlarının<sup>127</sup> çalışmasında pratisyen hekimin mamografi tavsiyesi ile mamografi çekirtmek arasında ilişki saptanmazken jinekolog tavsiyesi ile pozitif ilişki saptanmıştır. Bunun dışında Luengo ve arkadaşlarının<sup>139</sup> çalışmasında; Madadi ve arkadaşlarının<sup>147</sup> çalışmasında; Calvocoressi ve arkadaşlarının<sup>148</sup> çalışmasında; Schueler ve arkadaşlarının<sup>149</sup> çalışmasında ve O'malley ve arkadaşlarının<sup>150</sup> çalışmasında doktor tarafından tavsiye almak taramaya katılmakla ilişkili bulunmuştur. Gierisch ve arkadaşlarının<sup>151</sup> çalışmasında ise ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda ise bu ilişki aile

veya yakın çevre ve sağlık personeli tavsiyesi olarak sorgulanmıştır. Mamografi çektirmesi için tavsiye alma durumu, gruplar arasında farklılık göstermemiştir.

Bu çalışmada ayrıca **tarama hizmetini kullanmamış kadınların gerekçesi** de sorgulandı. Bu bilgiyi edinmek kadınların hizmete yönelik engel algılarını görülmesi ve hangi noktalara müdahale edilmesi gerektiğini göstermesi açısından değerlidir. Bizim alışmamızda kadınların en sık gerekçeleri meme probleminin olmaması (%56,8), zaman bulamamak (%47,2) ve önemsememek (%45,3) olarak saptanmıştır. Literatürde benzer bulgular gösterilmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının<sup>132</sup> alışmasında kadınların en sık mamografi ektirmeme nedeni mamografi çektirmenin gerekli olduğunu bilmemek (%43,6) bulunmuştur. Leong ve arkadaşları<sup>152</sup> Singapur’da yaptıkları araştırmada en fazla gözlenen nedenleri; yeterli zaman olmaması (%42,5), işlem sırasında acı çekme korkusu (%26,9) ve kendilerinin kansere yakalanmayacağına ilişkin inançlarıdır (%24,6). etin ve arkadaşları<sup>153</sup> Belçika’da yaşayan 35-49 yaş arası Türk kadınlarla yaptığı çalışmada ise sorun olmadıkça mamografi çektirmenin gereksiz olduğunu düşünmek (%38), bir şey çıkmasından korkmak (%38) ve zararlı olduğunu düşünmek (%25), mamografi ektirmeme nedenleri arasında yer almıştır. Chagpar ve arkadaşlarının<sup>154</sup> alışmasında mamografi ektirmeme nedeni olarak en sık gerekçe mamografi çektirmek için bir sebebi olmamak (%39), doktorun nermemiş olması (%14) saptanmıştır.

Meme kanseri hakkındaki önermelere verilen cevaplara bakıldığında hizmeti kullanmamış kadınların kullananlara göre meme kanseri ve tarama hizmeti hakkındaki bilgilerin daha zayıf olduğu görülmektedir. Özellikle tarama hizmeti kullanmamış kadınların yaklaşık %38’i bu hizmetin ücretsiz olduğunu; yaklaşık %65’i iki yılda bir düzenli olarak mamografi çektirmesi gerektiğini; yaklaşık %68’i kendi kendine meme muayenesinin ayda bir yapılması gerektiğini bilmiyordu.

Meme kanseri tarama programlarının faydaları ile ilgili bilim dünyasında tartışmalar yaşanmaktadır. Bu durum bireysel tercihleri dikkate alan yeni stratejilerin geliştirilmesine yol açmıştır. Karar yardımı “decision aid” bunlardan bir tanesidir. Kadınların meme kanseri tarama hizmetini kullanma aşamasında bilinçli bir seçim yapıp yapmadığı belirsizdir. Kadınlara taramaların bilimsel olarak olumlu ve olumsuz yönleri hakkında bilgi verilmesi önemlidir. Bu sayede mamografinin potansiyel faydaları ve zararları konusunda gerçekçi olmayan beklentilerin önüne geçilebilir ve kadınlar taramalara katılım noktasında

daha bilinçli seçimler yapabilir.<sup>155</sup>Bourmoud ve arkadaşlarının<sup>156</sup> Fransa’da yaptıkları müdahale çalışmasında kontrol grubuna sadece davetiye gönderilirken müdahale grubuna davetiyeyle birlikte karar yardım broşürü gönderilmiştir. Sonuç olarak müdahale grubunda taramalara katılım daha fazla bulunmuştur.

Fisher ve arkadaşlarının<sup>157</sup> İngiltere’de meme kliniğine gelenler üzerinde yaptığı araştırmada, kadınların meme kanserine yönelik kişisel bir risk değerlendirmesi yapılmasına olan ilgisini, meme kanseri ile ilişkili yaşam tarzı faktörleri ve tavsiye almak için tercih edilen yöntemler değerlendirilmiştir. Katılımcıların çoğu kişisel bir meme kanseri risk değerlendirmesi yapılmasıyla ilgilenmiştir. Meme kanseri ile yaşam tarzı ilişkili olmasına rağmen birçok katılımcı, kilo alma, obezite, alkol tüketimi ve fiziksel hareketsizlik gibi belirli risk faktörlerinden habersiz bulunmuştur. Hemen hemen tüm katılımcılar, tarama servisinden meme kanseri önleyici yaşam tarzı tavsiyesinin diğer kaynaklardan daha güvenilir olacağını belirtmiştir. Ayrıca kitapçık, kısa yüz yüze danışmanlık veya interaktif bir web sitesi en çok tercih edilen diğer yöntemler olarak saptanmıştır.

Ulusal tarama programında davet yönteminin ne olduğu açıkça yazılmamıştır. Bu yöntemler telefon, davetiye mektubu , ev ziyaretleri veya sms, mail, mobil uygulamalar gibi zamanın iletişim tekniklerini içerebilir.<sup>158</sup> Philips ve arkadaşlarının<sup>159</sup> yaptığı müdahale araştırmasında taramalara katılımı artırmak için davetiye mektubu ve otomatik telefon aramalarının birlikte kullanıldığında tek tek kullanılmasından daha etkili bulunmuştur. Arcas ve arkadaşlarının<sup>160</sup> Barcelona’da yaptıkları çalışmada cep telefonlarına atılan kısa mesajın taramalara katılımı artırmıştır. Chan ve arkadaşlarının<sup>161</sup> yaptığı taramalara katılımı geciktiren kadınlarda çalışmada ise aile hekiminin imzasını taşıyan davetiyenin katılımı artırdığı saptanmıştır.

Davranışsal modelde, belirleyici, kolaylaştırıcı ve gereksinim değişkenlerinin hizmet kullanımında görece baskınlık dereceleri, hizmetin hakkaniyetli bir şekilde dağıtılmasıyla ilişkisi kurulmuştur. Tablo 22’de davranışsal modele göre hizmet kullanımını etkilediği saptanan değişkenlerimiz gösterilmiştir.

**Tablo 22. Hizmet Kullanımını Etkileyen Değişkenlerin Davranışsal Modele Göre Gruplandırılması**

<b>Davranışsal Model</b>	<b>Değişkenler</b>
<b>Belirleyici Değişkenler</b>	Yaş Çocuk Sayısı Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Durumu Aile veya Çevrede Kanser Durumu
<b>Kolaylaştırıcı Değişkenler</b>	-
<b>Gereksinim Değişkenleri</b>	Memede Hastalık Durumu

Davranışsal modele göre hizmet kullanımının hakkaniyetli olması için hizmet kullanımında en önemli gösterge gereksinim değişkenleri ve demografik değişkenler (örn; yaş, cinsiyet) olmalı, kolaylaştırıcı değişkenlerden (örn; sigorta kapsamı, gelir) olmamalıdır. Bizim çalışmamızda tarama hizmeti kullanımı ile ilgili en güçlü ilişki memede hastalık varlığı olarak bulunmuştur. İkinci ve üçüncü sırada arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi olması ve ailesinde kanser tanılı kişi olma gelmektedir. Bir gereksinim değişkeni olan meme hastalığı olanların taramalara katılmasının daha olası bulunması, hizmet kullanımının hakkaniyetli olması açısından modele göre olumlu bir durum gibi görünse de taramalarda temel amaç sağlıkların taranmasıdır. Bu sebeple tarama hizmetinin sağlık kadınlara ulaşmasında eksiklik olduğu görülmektedir. Çalışma sonuçlarının en önemli vurgularından birisi de sağlık okuryazarlığının koruyucu hizmetler kullanımında güçlü bir etkisi olduğunun görülmesidir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada meme kanseri tarama hizmeti kullanım özellikleri, hiç mamografi çekirmemiş 212 kadın (olgular) ve KETEM’de mamografi çektiren 407 kadın (kontroller) üzerinde incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

- Olgu grubunun yaş ortalaması  $47,6 \pm 8,5$ , kontrol grubunun yaş ortalaması  $50,8 \pm 7,3$ ’dir.
- İkili analizlerde:
  - Olgu grubunda kontrol grubuna göre gelir getirici bir işte çalışma 1,6 kat; yetersiz/sınırlı genel sağlık okuryazarlığı 2,2 kat; yetersiz/sınırlı tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı 3,6 kat; yetersiz/sınırlı korunma ve geliştirme sağlık okuryazarlığı 2,1 kat daha fazladır.
  - Olgu grubunda kontrol grubuna göre meme hastalığı varlığı 0,02 kat; ailede meme kanseri tanılı kişi varlığı 0,3 kat; arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi varlığı 0,2 kat; KKMM bilme durumu 0,6 kat daha azdır.
  - Olgu grubunda kontrol grubuna göre yaş ve çocuk sayısı daha düşüktür (**p:0,000**).
  - Olgu grubunda kontrol grubuna göre genel sağlık okuryazarlığı puanı, tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı puanı, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı daha düşüktür (**p:0,000**).
  - Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu evlilik, çocuk varlığı, gelir, eğitim, sosyal güvence, yaşanan yer, meme şikayeti, düzenli KKMM yapma ve tavsiyede bulunulma durumundan etkilenmemiştir.
  - Olgu grubundaki kadınların %56,8’i “meme şikayet/hastalığı olmaması”, %47,2’si “zaman bulamamak” ve %45,3’ü “önemsememek”, %10,4’ü “mamografi çektirmesi gerektiğini bilmemek”, %9,9’u “ağrılı bir işlem olması”, %8’i “kanser korkusu”, %7,1’i “mamografinin zararlı olduğunu düşünmek” ve %3,8’i de “yaşın genç olduğunu düşünmek” gerekçeleriyle hizmeti kullanmadığını beyan etmiştir.
  - Kontrol grubunun %76,9’u (313 kişi) tarama amaçlı; %23,1’i (94 kişi) ise meme şikayeti/hastalığı nedeniyle bu hizmeti kullanmıştır.

- Çok değişkenli analizde:
  - Olgu grubunda kontrol grubuna göre; sadece okuryazar ve ilkokul mezunu varlığı 0,5 kat; meme hastalığı varlığı 0,04 kat; ailede meme kanseri tanılı kişi varlığı 0,4 kat; arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi varlığı 0,2 kat daha azdır.
  - Olgu grubunda kontrol grubuna göre yaş, çocuk sayısı ve genel sağlık okuryazarlığı daha düşüktür.
  - Meme kanseri tarama hizmeti kullanım durumu, çalışma durumu, tavsiyede bulunulma durumu ve KKMM yapmasını bilme durumundan etkilenmemiştir.

## 6.2. Öneriler

- Çalışmamızda taramalara katılmamış kadınların sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur. Buna yönelik kadınların sağlık okuryazarlığını geliştirmek için oluşturulacak politikalarda sağlık sistemi, eğitim sistemi ve kültürel alt yapı birlikte değerlendirilmelidir. Ayrıca medya gibi diğer sektörlerinde işbirliğine ihtiyaç vardır.
- Çalışmamızda meme hastalığı olan, ailesinde veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi olan kadınların tarama hizmetini daha çok kullandığı görülmüştür. Tarama hizmetinde esas amaç sağlıklı kadınların taranmasıdır. Bu amaçla birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir. Aile hekimleri riskli gruptaki her kadına danışmanlık yapıp, KETEM'e yönlendirmelidir. Sağlık eğitimi amaçlı ev ziyaretleri etkili müdahaleler olabilir. Ayrıca meme kanseri farkındalığı artırılmalıdır. Buna yönelik kadınların bilgi düzeyini artıracak basılı ve görsel-işitsel eğitim materyalleri yaygınlaştırılmalıdır.
- Çalışmamızda ileri yaşlarda ve çocuk sayısı fazla olan kadınların tarama hizmetini daha çok kullandığı görülmüştür. Kadınlara erken yaşlarda ulaşılmalı ve taramalara katılımın devamlılığını sağlanmalıdır. Buna yönelik kaçırılmış fırsatlar değerlendirilmelidir.
- Çalışmamız riskli yaş gurubundaki kadınlar üzerinde yapılmıştır. Türkiye geneline ilişkin kanıt değeri yüksek bulgular için olasılıklı örneklem ile okuryazarlık gözetilmeksizin tekrarlanabilir. Ayrıca taramaya katılmayan kadınların gerekçeleri ile ilgili daha net ve ayrıntılı bir anlama sağlamak için niteliksel araştırmalar yapılabilir. Meme kanseri tarama hizmeti kullanımını etkileyen, sağlık sisteminin organizasyon ve kaynak boyutunu inceleyen çalışmaların da yapılmasına gereksinim vardır.

## 7.ÖZET

### **Birinci Basamakta Mamografi Çektiren ve Çektirmeyen Kadınların Meme Kanseri Tarama Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

**Osman Özkan KESKİN**

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı; 40-69 yaş arası kadınların, meme kanseri tarama hizmetini kullanıp kullanmamasını etkileyen faktörleri tespit etmek, hizmet planlayıcılarının tarama programına yönelik müdahalelerde bulunma veya yeni stratejiler geliştirmesi konusunda katkı sunmak ve sağlık hizmet kullanımı konusunda literatüre katkı sunmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Olgu kontrol tipte araştırma tekniği kullanılan bu çalışmada; 40-69 yaş aralığındaki kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Olgular daha önce hiç mamografi çekmemiş kadınlar, kontroller ise son iki yıl içinde KETEM’de mamografi çektiren kadınlar olarak tanımlanmıştır. Eşleştirilmemiş olgu kontrol çalışmaları örnek büyüklüğü hesabı kullanılmıştır. Olgu grubunda 212, kontrol grubunda 407 kadınla yüz yüze görüşme yöntemiyle soru formu uygulanmıştır.

**Bulgular:** Olgu grubunda kontrol grubuna göre; meme hastalığı varlığı 0,04 kat; ailede meme kanseri tanılı kişi varlığı 0,4 kat; arkadaş veya çevresinde meme kanseri tanılı kişi varlığı 0,2 kat daha azdır. Olgu grubunda kontrol grubuna göre yaş, çocuk sayısı ve genel sağlık okuryazarlığı daha düşüktür.

**Sonuç:** Toplumda meme kanseri farkındalığı arttırılmalıdır. Kadınların sağlık okuryazarlığı geliştirilmelidir. Kadınlara daha genç yaşta ulaşılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmet kullanımı, meme kanseri, mamografi, sağlık okuryazarlığı.

## **8. ABSTRACT**

### **Assessment Of Breast Cancer Screening Service Usage Characteristics In Women Who Had or Didn't Have Mammography In Primary Care**

**Objective:** The purpose of this research; to identify factors that affect whether 40-69 year old women use breast cancer screening services, to contribute to the intervention of service planners' screening program or to develop new strategies, and to contribute literally to health service use.

**Material and Method:** In this study case-control type research technique was used. Women aged 40-69 constitute the universe of research. The cases were defined as women who had never taken mammograms and controls were women who had mammography in KETEM over the last two years. Sample size calculated for unmatched case control studies. 212 questionnaires were administered in face-to-face interview with 407 women in the control group.

**Results:** In those who do not use breast cancer screening services, presence of breast disease 0.04 times; individuals diagnosed with breast cancer in the family 0.4 times; person who is diagnosed with breast cancer in the vicinity of the person 0.2 times less according to in getting mammography. Age, number of children and general health literacy are lower in the case group than the control group.

**Conclusion:** Breast cancer awareness should be increased in society. Health literacy should be developed in women. Women should be reached at a younger age.

**Keywords:** Health services utilization, breast cancer, mammography, health literacy.



## 9.EKLER

### EK-1: Olgu Grubu Soru Formu

**Birinci Basamakta Mamografi Çektiren ve Çektirmeyen Kadınların Meme Kanseri Taraması Hizmeti  
Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi  
Santral ASM Grubu Soru Formu**

**Açıklama:** Değerli katılımcı, sağlık okuryazarlığı bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır. Aşağıdaki sorular sağlık okuryazarlığı ile meme kanseri taraması yaptırma arasındaki ilişkiyi araştıran bir tez çalışmasıdır. Bu formda doldurulan kişisel bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalı olup araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ankette yer alan sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak yanıtlayınız. Formu doldurup teslim etmeniz araştırmaya katıldığınız anlamına gelecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Dr. Osman Özkan Keskin  
Halk Sağlığı AD. Arş. Grv. Tlf: 538 945 8816

Anket No: ... ASM'ye Başvuru Nedeni: .....

#### A. Kişisel Bilgiler ve Meme Kanseri Taramasına Yönelik Sorular

1. Doğum tarihiniz: .../.../19..		
2. Evlilik durumunuz:	<input type="radio"/> Evli ya da birliktelik	<input type="radio"/> Yalnız (Bekar / Boşanmış / Eşi ölmüş)
3. Çocuğunuz var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise kaç tane? .....
4. Eğitim durumunuz:	<input type="radio"/> Okuryazar değil <input type="radio"/> Ortaokul Mezunu	<input type="radio"/> Sadece okuryazar <input type="radio"/> Lise Mezunu <input type="radio"/> İlkokul mezunu <input type="radio"/> Üniversite mezunu
5. Sosyal güvenceniz (SGK vb.):	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Bilmiyorum
6. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise nedir? .....
7. Kendinizin veya ailenizin gelir durumu nasıldır?	<input type="radio"/> Gelir giderden az	<input type="radio"/> Gelir gidere denk <input type="radio"/> Gelir giderden çok
8. Yaşadığınız yer:	<input type="radio"/> İl-İlçe merkezi	<input type="radio"/> Kasaba-Köy
9. Şuan mevcut meme şikayetiniz (ağrı, akıntı vb.) var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise nedir? (.....)
10. Şuan mevcut meme hastalığınız (doktor tanılı) var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise nedir? (.....)
11. Ailenizde meme kanseri olan var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise kim? .....
12. Arkadaşlarınızda veya çevrenizde meme kanseri tanısı alan kişi veya kişiler var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet
13. Kendi kendinize meme muayenesi yapmasını biliyor musunuz?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet
14. Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise Sıklık? (Ayda 1 /Ayda 1 den az)
15. Daha önce mamografi çektirdiniz mi?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise Kaç kere? .....
16. En son çektirdiğiniz mamografi tarihiniz nedir? Nerede çektirdiniz?	Tarih (ay/yıl): .../.....	Yer: .....
17. Eğer anımsamadıysanız, en son çektirdiğiniz mamografi ne kadar zaman önceydi?	<input type="radio"/> 0-1 yıl içinde	<input type="radio"/> 1-2 yıl içinde <input type="radio"/> 2 yıldan fazla
18. Mamografi çektirmeniz için son iki yılda kişi veya kurumlar tarafından tavsiyede bulunuldu mu?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise, × Aile Sağlığı Merkezi × KETEM (eğitim sonrası, fırsatçı tarama vb.) × Başka bir sağlık personeli × Aile veya yakın çevre × Diğer (.....)

19. Eğer son 2 yılda mamografi çekmediyseniz, sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Zaman bulamamak
- Mevcut meme hastalığının olmaması
- Yaşın genç olduğunu düşünmek
- Önemsememek
- Mamografi çekmesi gerektiğini bilmemek
- Eşin izin vermemesi
- Ulaşım zorluğu
- Ağır bir işlem olması
- Kanser korkusu
- Mamografinin zararlı olduğunu düşünmek (radyasyon vb.)
- Mamografi çekecek teknisyenin erkek olması
- Diğer (.....)

20. Aşağıdaki cümleleri “Doğru”, “Yanlış” ve ya “Bilmiyorum” olarak cevaplayınız.

	<u>Doğru</u>	<u>Yanlış</u>	<u>Bilmiyorum</u>
Meme kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilen bir hastalıktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografi meme kanseri taramasında kullanılan en etkili yöntemdir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografi çekimleri ücretlidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografi çekimi 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir yapılır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her ay yapılmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### B. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay/ kolay / zor /çok zor/ bilmiyorum” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok Zor	5. Bilmiyorum
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok Zor	5. Bilmiyorum
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Günlük davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

## EK-2: Kontrol Grubu Soru Formu

### Birinci Basamakta Mamografi Çektiren ve Çektirmeyen Kadınların Meme Kanseri Taraması Hizmeti Kullanım Özelliklerinin Niceliksel ve Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi İzmit KETEM Grubu Soru Formu

**Açıklama:** Değerli katılımcı, sağlık okuryazarlığı bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır. Aşağıdaki sorular sağlık okuryazarlığı ile meme kanseri taraması yaptırma arasındaki ilişkiyi araştıran bir tez çalışmasıdır. Bu formda doldurulan kişisel bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalı olup araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ankette yer alan sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak yanıtlayınız. Formu doldurup teslim etmeniz araştırmaya katıldığınız anlamına gelecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Dr. Osman Özkan Keskin  
Halk Sağlığı AD. Arş. Grv. Tlf: 538 945 8816

#### A. Kişisel Bilgiler ve Meme Kanseri Taramasına Yönelik Sorular

Anket No: .....

1. Doğum tarihiniz: .../.../19..			
2. Evlilik durumunuz:	<input type="radio"/> Evli ya da birliktelik	<input type="radio"/> Yalnız (Bekar / Boşanmış / Eşi ölmüş)	
3. Çocuğunuz var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise kaç tane? .....	
4. Eğitim durumunuz:	<input type="radio"/> Okuryazar değil <input type="radio"/> Ortaokul Mezunu	<input type="radio"/> Sadece okuryazar <input type="radio"/> Lise Mezunu	<input type="radio"/> İlkokul mezunu <input type="radio"/> Üniversite mezunu
5. Sosyal güvenceniz (SGK vb.):	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Bilmiyorum
6. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise nedir? .....	
7. Kendinizin veya ailenizin gelir durumu nasıldır?	<input type="radio"/> Gelir giderden az	<input type="radio"/> Gelir gidere denk	<input type="radio"/> Gelir giderden çok
8. Yaşadığınız yer:	<input type="radio"/> İl-İlçe merkezi	<input type="radio"/> Kasaba-Köy	
9. Şuan mevcut meme şikayetiniz (ağrı, akıntı vb.) var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise nedir? (.....)	
10. Şuan mevcut meme hastalığınız (doktor tanılı) var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise nedir? (.....)	
11. Ailenizde meme kanseri olan var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise kim? .....	
12. Arkadaşlarınızda veya çevrenizde meme kanseri tanısı alan kişi veya kişiler var mı?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	
13. Kendi kendinize meme muayenesi yapmasını biliyor musunuz?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	
14. Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise Sıklık? (Ayda 1 /Ayda 1 den az)	
15. Daha önce mamografi çektirdiniz mi?	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet ise Kaç kere? .....	
16. En son çektirdiğiniz mamografi tarihiniz nedir? Nerede çektirdiniz?	Tarih (ay/yıl): .../.....	Yer: .....	
17. Eğer anımsadıysanız, en son çektirdiğiniz mamografi ne kadar zaman önceydi?	<input type="radio"/> 0-1 yıl içinde	<input type="radio"/> 1-2 yıl içinde	<input type="radio"/> 2 yıldan fazla
18. Şuan ki mamografi çekimine geliş nedeniniz hangisidir?	<input type="radio"/> Tarama amaçlı	<input type="radio"/> Mevcut meme şikayeti sebebiyle	
<input type="checkbox"/> Kendim karar verdim	<input type="checkbox"/> Kendim karar verdim		
<input type="checkbox"/> Aile veya çevrem tavsiyede bulundu	<input type="checkbox"/> Aile veya çevrem tavsiyede bulundu		
<input type="checkbox"/> Sağlık personeli tavsiyede bulundu	<input type="checkbox"/> Sağlık personeli tavsiyede bulundu		
<input type="checkbox"/> Diğer (.....)	<input type="checkbox"/> Diğer (.....)		

19. Mamografi çektirmeniz için son iki yılda kişi veya kurumlar tarafından tavsiyede bulunuldu mu?(Birden fazla işaretlenebilir)

Hayır

Evet ise,

- Aile Sağlığı Merkezi
- KETEM (eğitim sonrası, fırsatçı tarama vb.)
- Başka bir sağlık personeli
- Aile veya yakın çevre
- Diğer (.....)

20. Aşağıdaki cümleleri "Doğru", "Yanlış" ve ya "Bilmiyorum" olarak cevaplayınız.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Meme kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilen bir hastalıktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografi meme kanseri taramasında kullanılan en etkili yöntemdir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografi çekimleri ücretlidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografi çekimi 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir yapılır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her ay yapılmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### B. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini "çok kolay/ kolay / zor /çok zor / bilmiyorum" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok Zor	5. Bilmiyorum
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok Zor	5. Bilmiyorum
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

### EK-3: KOÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2017/7.19	Proje No: 2017/83	Tarih: 12/6/2017
	Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
	<input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

#### Etik Kurul Üyeleri


Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

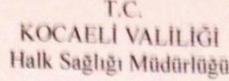
\* Gerekçe ve öneriler: *Anahtarın gereklilikleri mevcuttur, fakat onay alınmıştır.*

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu


Belge Kodu	Rev. Tarihi / No-su	Sayfa
Onay formu	21.09.2016/KOGOKER01.1	2/2

## EK-4: Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü Onayı

  
T.C. Sağlık Bakanlığı

  
T.C.  
KOCAELİ VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KOCAELİ HALK SAğLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ÇEVRE SAğLIĞI  
TOPLUM SAğLIĞI DEPARTEMANI ÇEVRE SAğLIĞI BÖLÜMÜ  
26.02.2011 11:07 15096744-663.08 E-18

  
00041153305

Sayı : 15096744-663.08  
Konu : Uzmanlık Tezi (Dr.Osman Özkan  
KESKİN)

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
(Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı )

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan Araştırma Görevlisi Dr.Osman Özkan KESKİN tarafından, Doç.Dr.Çiğdem ÇAĞLAYAN danışmanlığında İzmit KETEM ve İzmit Santral Aile Sağlığı Merkezinde "Birinci Basamakta Meme Kanseri Taraması Yaptırımlarında Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi"ne yönelik araştırma talebi komisyonumuzca değerlendirilerek uygun görülmüş olup, sonucunda hazırlanacak olan araştırma raporunun 2 nüsha halinde hazırlanarak Müdürlüğümüze iletilmesi hususunda;

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr.Mehmet YILMAZ  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

---

Körfez Mah.Eski Ankara Karayolu Cad.No:129 İZMİT  
Faks No:0 262 324 56 30  
e-Posta:emine.ozen@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ebe E.ÖZEN 0 262 300 64 62  
kocaeli.sos@saglik.gov.tr

Bilgi için:Emine ÖZEN  
Unvan:EBE  
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d7adb1d0-4087-418a-945d-8d2eb6f95153 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## KAYNAKÇA

1. World Health Organization. Frequently asked questions. Erişim tarihi: 19.10.2017  
Erişim Adresi: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.
2. Gökkaya D, Erdem D. Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;26(1):149-184.
3. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 1982. Erişim Tarihi: 19.10.2017 Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>.
4. World Health Organization. Health Services Delivery. Erişim tarihi: 01.10.2017 Erişim adresi: [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_section1\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf?ua=1).
5. Aday LA. Indicators and Predictors of Health Services Utilization. In Williams, S. and Torrens, P. (Ed.), Introduction to Health Services. Albany, New York: Delmar Publishers Inc. 1993. p46-70.
6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. Aralık 2014.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara, 2017.
8. UNICEF. İnsan Hakları Beyannamesi. Erişim tarihi: 19.10.2017 Erişim adresi: [https://www.unicef.org/turkey/udhr/\\_gi17.html](https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html).
9. Milletler Arası Sözleşmeler. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin Onaylanması Hakkında Karar Karar Sayısı: 2003/5923. . Erişim tarihi: 19.10.2017 Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/83-93.pdf>.
10. Fişek, Nusret. Halk Sağlığına Giriş. 1983. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi Yayını No: 2.
11. Hayran, Osman; Sur, Haydar. Sağlık Hizmetleri. İstanbul. Yüce Yayın. 1988.
12. World Health Organization. Health systems. Erişim tarihi: 19.10.2017 Erişim adresi: <http://www.who.int/healthsystems/en/>.

13. Şenol V, Cetinkaya F, Balci E. Factors associated with health services utilization by the general population in the Center of Kayseri, Turkey. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2010;30(2);721-730.
14. Erdem R, Pirinççi E. Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler. *OMÜ Tıp Dergisi*. 2003;20(1);39-46.
15. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*. 1981;9(2);127-140.
16. Sante C, Sofreco E. Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2007.
17. Rosenberg MW, Hanlon NT. Acces and utilization: Acontinuum of health services environments. *Social Science and Medicine*. 1996;43;975-983.
18. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 1974;9(3);208-220.
19. Cleary PD, Mechanic D, Greenley JR. Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation. *Journal of Health and Social Behavior*.1982;23(2);106-119.
20. Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ. Gender differences in the utilization of healthcare services. *The Journal of Family Practice*, 2000;49(2);147-152.
21. Joung IMA, Meer JB, W van der and Mackenbach J P. Marital status and health care utilization. *International Journal of Epidemiology* 1995; 24: 569-575.
22. Morgan M. Marital status, health, illness and service use. *Soc Sci Med* 1980;14A;633-43.
23. Simeonova E. Marriage, bereavement and mortality: The role of health care utilization. *Journal of health economics*. 2013;32(1);33-50.
24. Quan H, Fong A, De Coster C ve ark. Variation in health services utilization among ethnic populations. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(6);787-791.
25. Yang PQ, Hwang SH. Explaining immigrant health service utilization: A theoretical framework. *SAGE Open*. 2016;6(2);1-15.
26. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care:Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 1995;36(1);1-10.

27. Andersen R, Newman, JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*.1973;51(1);95-124.
28. Currie J, Gruber J. Health insurance eligibility, utilization of medical care, and child health, *The Quarterly Journal of Economics*. 1996;111(2);431–466.
29. Treviño FM, Moyer ME, Valdez RB ve ark. Health insurance coverage and utilization of health services by Mexican Americans, Mainland Puerto Ricans, and Cuban Americans. *JAMA*.1991;265(2);233–237.
30. Ward E, Halpern M, Schrag N ve ark.Association of insurance with cancer care utilization and outcomes. *CA: a cancer journal for clinicians*.2008;58(1);9-31.
31. Bertranou F. Health care services utilization and health insurance coverage: evidence from Argentina." *Revista de Análisis Económico*.1998;13.
32. Fields KS, Briggs DJ. Socioeconomic and locational determinants of accesibility and utilization of Primary Health Care. *Health Social Care in the Community*. 2001;9(5);294-308.
33. Kılıç D, Çalışkan Z. Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. *Nevsehir University Journal of Social Sciences*.2013;2;192-206.
34. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health economics*.2002;11(5);431-446.
35. Hochbaum G, Rosenstock I, Kegels S. Health belief model. *United States Public Health Service*.1952.
36. Rosenstock IM. "The health belief model and preventive health behavior." *Health education monographs*.1974;2(4);354-386.
37. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*.1974;2(4);328-335.
38. Andersen R. A Behavioral Model of Families' Use of Health Services. *Research Series #25, The University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Chicago*.1968:25.

39. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: Assessing environmental and provide- related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*. 1998;33(3);571-59.
40. Aday LA, Begley CE, Lairson DR ve ark. Evaluating the healthcare system: Effectiveness, efficiency and equity. Chicago: Health administration press.2004.
41. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization: Patient perspective. *Medical Care*. 1985;23;438-460.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Yayın No:1083.
43. TÜİK. 2016 Yılı Sağlık Harcamaları İstatistikleri Raporu. Erişim tarihi: 15.12.2017 Erişim adresi: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr).
44. World Health Organization. Kickbusch I, Pelikan MJ, Apfel P, Tsouros AD (ed).Health Literacy The Solid Fact.2013.
45. Kindig, DA, Panzer, AM, Nielsen-Bohlman L(ed). Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press.2004.
46. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67;2072–2078.
47. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J ve ark.Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1);80.
48. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles. *Health Educ Res*. 2002;17;187-189.
49. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.2010.
50. McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L ve ark. Health and modernity: The role of theory in health promotion. New York: Springer Science & Business Media.2007.
51. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*.2006;21(8);878-883.

52. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*.2000:15(3);259-267.
53. Pleasant A, Kuruvilla SS. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*. 2008:23(2);152-159.
54. Levin-Zamir D. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promot Int*. 2001:16(1); 87-94.
55. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA ve ark. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009:36(5);446-451.
56. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007:31(1);19-26.
57. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res*. 2008:23(5);840-847.
58. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005:50;633-640.
59. UNESCO. Literacy for all. Education for All Global Monitoring Report 2006. UNESCO Publishing.
60. Ratzan S. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*. 2001:16(2);207-214.
61. von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behaviour*. 2009:36(5);860-877.
62. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready ND ve ark. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması 2012. Erişim tarihi: 21.10.2017 Erişim adresi: <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA5r.pdf>.
63. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*. 2008:10;248-255.
64. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine* 2011:155(2);97-107.

65. Kripalani S, Henderson LE, Chiu, EY ve ark. Predictors of medication Self-management skill in a low-literacy population. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8);852-856.
66. Waldrop-Valverde D, Jones DL, Jayaweera D ve ark. Gender differences in medication management capacity in HIV infection: the role of health literacy and numeracy. *AIDS and Behavior*. 2009;13(1);46-52.
67. Raehl CL, Bond CA, Woods TJ ve ark. Screening tests for intended medication adherence among the elderly. *Annals of Pharmacotherapy*. 2006;40(5);888-893.
68. Estrada CA, Martin-Hryniewicz M, Collins C ve ark. Literacy and numeracy skills and anticoagulation control. *The American journal of the medical sciences*. 2004;328(2);88-93.
69. Davis TC, Wolf MS, Bass PF ve ark. Lowliteracy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal. Medicine*. 2006;21(8);847–851.
70. Davis TC, Wolf MS, Bass PF ve ark. Literacy and Misunderstanding Prescription Drug LabelsLiteracy and Medication Labels. *Annals of internal medicine*. 2006;145(12);887-894.
71. Rothman RL, Housam R, Weiss H ve ark. Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *American journal of preventive medicine*. 2006;31(5);391-398.
72. Wolf MS, Davis TC, Tilson HH ve ark. Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2006;63(11).
73. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J ve ark. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of general internal medicine*. 2008;23(6);723-726.
74. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV ve ark. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(3);215-220.
75. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American journal of medicine*. 2005;118(4);371-377.

76. Murray MD, Tu W, Wu J ve ark. Factors associated with exacerbation of heart failure include treatment adherence and health literacy skills. *Clinical pharmacology & therapeutics*.2009;85(6);651-658.
77. DeWalt DA, Dilling MH, Rosenthal MS ve ark. Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. *Ambulatory Pediatrics*.2007;7(1);25-31.
78. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM ve ark. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*.2008;66(8);1809-1816.
79. Hope CJ, Wu J, Tu W ve ark. Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. *American journal of health-system pharmacy*.2004;61(19);2043-2049.
80. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *The Annals of Family Medicine*.2009;7(3);204-211.
81. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *American journal of health behavior*.2008;32(3);227-242.
82. Guerra CE, Krumholz M, Shea JA. Literacy and knowledge, attitudes and behavior about mammography in Latinas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*.2005;16(1);152-166.
83. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of general internal medicine*.2006;21(8);857-861.
84. Sudore RL. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access." *Journal of the American Geriatrics Society*.2006;54(5);770-776.
85. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR ve ark.Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling*.1996;27(1);33–39.
86. Wolf MS, Williams MV, Parker RM ve ark.Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *Journal of Health Communication*.2007;12(8);721–732.

87. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*.2009;54(5);313.
88. Vernon JA, Trujillo A, Rosenbaum S ve ark. Low health literacy: Implications for national policy.2007.Erişim adresi: <http://www.gwumc.edu/sphhs/>.
89. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2006;9(4);142-147.
90. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.2014;13(4);327-334.
91. Rudd RE. Health literacy skills of US adults. *American Journal of Health Behavior*.2007;31(1);8-18.
92. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM ve ark. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire.2013;13(1);948-958.
93. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No :1025. Mayıs 2016.
94. Coughlin SS, Ekwueme DU. Breast cancer as a global health concern. *Cancer epidemiology*.2009;33(5);315-318.
95. Jacques F ve ark. Global burden of breast cancer. *Breast cancer epidemiology*. Springer New York.2010;1-19.
96. Danny RY ve ark. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiology*. 2012;36(3);237-248.
97. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M ve ark. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide:IARC CancerBase No. 11.
98. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Erişim tarihi: 10.10.2017 Erişim sayfası: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.
99. International Agency for Research on Cancer. Breast cancer screening, IARC handbooks for cancer prevention. Lyon: IARCpress. 2002:7.



100. Lacey JV ve ark. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*.2009;9;84.
101. ZiQi T ve ark. Breast cancer: epidemiology and etiology. *Cell biochemistry and biophysics*.2015;72(2);333-338.
102. Esserman LJ, Esserman LE. Diagnostic evaluation and initial staging work-up of women with suspected breast cancer. *UpToDate*. 2006;14. Erişim adresi: <http://www.uptodate.com/home/index.html>.
103. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C. Familial breast cancer:. collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet* 2001;358(9291);1389–99.
104. Anderson BO ve ark. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*.2008;113;2221–43.
105. Centers for Disease Control and Prevention. "Behavioral Risk Factor Surveillance system summary data quality report." Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention.2002.
106. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464);1099–1104.
107. Moyer VA. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*.2014;160(4);271-281.
108. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S ve ark. Clinical breast examination: preliminary results from a randomized controlled trial in India. *Journal of the National Cancer Institute*.2011;103;1476-1480.
109. Bordoni A. Assessment of breast cancer opportunistic screening by clinical–pathological indicators: a population-based study. *British journal of cancer*.2009;101(11);1925-1931.

110. Tabar L ve ark. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography." *Lancet*.1985;1;829-32.
111. Schopper D, Chris W. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European journal of cancer*.2009;45(11);1916-1923.
112. Shapiro S ve ark. Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. *International journal of epidemiology*.1998;27(5);735-742.
113. Smith R ve ark. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Early Detection and Access to Care. *The breast journal*.2006;12(1);16-26.
114. Ute-Susann A, Schulz K. Clinical breast examination: what can be recommended for its use to detect breast cancer in countries with limited resources?. *The breast journal*.2003;9(2);90-93.
115. Hakama M, Coleman MP, Alexe DM, Auvinen A. Cancer screening: evidence and practice in Europe. *Eur J Cancer*.2008;44(10);1404-1413.
116. Schopper D, de Wolf C. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European journal of cancer*.2009;45(11);1916-1923.
117. Gøtzsche PC ve ark. Breast screening: the facts—or maybe not.*Bmj*.2009;338;86-92.
118. De Gelder R ve ark. Interpreting overdiagnosis estimates in population-based mammography screening. *Epidemiologic reviews*.2011;33(1);111-121.
119. KanserDaire Başkanlığı. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim tarihi:10.10.2017 Erişim sayfası: <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf>.
120. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Basic epidemiology*. 2nd Edition. World Health Organization.2006.
121. Schlesselman JJ. *Case-control studies: design, conduct, analysis*. Oxford University Press.1982.

122. Lemeshow S. Adequacy of Sample Size in Health Studies. World Health Organization.1990.
123. Maral I ve ark. Topluma Dayalı Mamografi Taramasına Katılımı Etkileyen Faktörler. Trakya Univ Tıp Fak Derg. 2010;27(2);122-126.
124. Özaydın AN ve ark. Bahçeşir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health 2009;5(4);214-224.
125. Bare ML ve ark. Factors related to non-participation in a population-based breast cancer screening programme. European Journal of Cancer Prevention.2003;12(6);487-494.
126. Dundar PE, Ozyurt BC, Erdurak K. Sociodemographic determinants of nonattendance in a Population-Based Mammography Screening Program in the city of Manisa, Turkey. The Scientific World Journal.2012.doi:10.1100/2012/816903.
127. Esteva M, Ripoll J, Leiva A ve ark. Determinants of non attendance to mammography program in a region with high voluntary health insurance coverage. BMC Public Health.2008;8(1);387-396.doi:10.1186/1471-2458-8-387.
128. McNoe B, Richardson AK, Elwood JM. Factors affecting participation in mammography screening. The New Zealand medical journal.1996;109(1030);359-361.
129. Lagerlund M ve ark. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening—a population-based register study (Sweden). Cancer Causes and Control.2002;13(1);73-82.
130. Lagerlund M ve ark. Psychosocial factors and attendance at a population-based mammography screening program in a cohort of Swedish women." BMC women's health.2014;14;33-42.
131. Aro AR ve ark. Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. Journal of Medical Screening.1999;6(2);82-88.
132. Yıldırım DA, Özaydın NA. Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. Journal of Breast Health.2014;10;47-56.

133. Rahman SM, Dignan MB, Shelton BJ. Factors influencing adherence to guidelines for screening mammography among women aged 40 years and older. *Ethn Dis.* 2003;13(4);477–484.
134. Puddu M, Demarest S, Tafforeau J. Does a national screening programme reduce socioeconomic inequalities in mammography use?. *International journal of public health.*2009;54(2);61-68.
135. Duport N, Ancelle-Park R. Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *European journal of cancer prevention.*2006;15(3);219-224.
136. Kinnear H ve ark. The low uptake of breast screening in cities is a major public health issue and may be due to organisational factors: a Census-based record linkage study. *The Breast.* 2011;20(5);460-463.
137. Dinçel E, Kısmet K, Erel S ve ark. İlk mamografi yaşına etki eden faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health.*2010;6(3);113-117.
138. Sherman A. Determinants of mammography use in rural and urban regions of Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine.*2010;15(2);52-60.
139. Luengo S ve ark. Use of mammography among women residing in Spanish provinces with breast cancer screening programmes. *European journal of cancer prevention.*1999;8(6);517-524.
140. Carney PA ve ark. Factors associated with interval adherence to mammography screening in a population-based sample of New Hampshire women. *Cancer.*2002;95(2);219-227.
141. Pagan JA ve ark. Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. *Journal of Cancer Education.*2012;27(1);132-137.
142. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC public health.*2016;16(1);596-603.

143. Yilmazel G. Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. *Journal of Cancer Education*.2016:1-6.DOI 10.1007/s13187-016-1053-y.
144. Komenaka IK ve ark. Association of health literacy with adherence to screening mammography guidelines.*Obstetrics & Gynecology*.2015:125(4);852-859.
145. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*.2002:40(5);395-404.
146. Gummersbach E, Schmitt J, Mortsiefer A ve ark. Willingness to Participate in Mammography Screening: A Randomized Controlled Questionnaire Study of Responses to Two Patient Information Leaflets.2015:112;61-68.
147. Madadi M ve ark. Analyzing factors associated with women's attitudes and behaviors toward screening mammography using design-based logistic regression. *Breast cancer research and treatment*.2014:144(1);193-204.
148. Calvocoressi L, Stolar M, Kasl SV ve ark. Applying recursive partitioning to a prospective study of factors associated with adherence to mammography screening guidelines. *American journal of epidemiology*.2005:162(12);1215-1224.
149. Schueler KM, Chu PW, Smith-Bindman R. Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature. *Journal of women's health*.2008:17(9);1477-1498.
150. O'malley MS, Earp JA, Hawley ST ve ark. The association of race/ethnicity, socioeconomic status, and physician recommendation for mammography: who gets the message about breast cancer screening?.*American Journal of Public Health*.2001:91(1);49-54.
151. Gierisch JM, Earp JA, Brewer NT ve ark. Longitudinal predictors of nonadherence to maintenance of mammography. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*.2010:19(4);1103-1111.
152. Leong HS, Heng R, Emmanuel SC. Survey on mammographic screening among women aged 40 to 65 years old at polyclinics. *Singapore Med J*. 2007:48;34-40.

153. Çetin N, Tulay N, Benli AR, Demir N, Kartounian J. Meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin Türk kadınlarının bilgi, tutum ve görüşleri. *Dirim*.2007:82(1);311-321.
154. Chagpar AB, McMasters KM. Trends in mammography and clinical breast examination: a population-based study. *Journal of Surgical Research*.2007:140(2);214-219.
155. Reder M, Kolip P. Does a decision aid improve informed choice in mammography screening? Results from a randomised controlled trial." *PloS one*.2017:12(12);e0189148.
156. Bourmaud A, Soler-Michel P, Oriol M ve ark. Decision aid on breast cancer screening reduces attendance rate: results of a large-scale, randomized, controlled study by the DECIDEO group. *Oncotarget*.2016:7(11);12885–12892.
157. Fisher BA, Wilkinson L, Valencia A. Women's interest in a personal breast cancer risk assessment and lifestyle advice at NHS mammography screening. *Journal of Public Health*.2017:39(1);113-121.
158. Jepson R, Clegg A, Forbes C ve ark. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review.2000:4(14);1-133.
159. Phillips L, Hendren SH. Improving breast and colon cancer screening rates: a comparison of letters, automated phone calls, or both. *The Journal of the American Board of Family Medicine*.2015:28(1);46-54.
160. Arcas MM, Buron A. Can a mobile phone short message increase participation in breast cancer screening programmes?. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*. 2014: 29(4);188-196.
161. Chan EK ve ark. Signed family physician reminder letters to women overdue for screening mammography: A randomized clinical trial. *Journal of medical screening*. 2017. DOI: 0969141317719921.